好[6]。所以,通过麻醉药物合理调节 IL-6 和 IL-10 的浓度能降低炎性反应强度,限制手术引起的过度炎症反应、免疫损伤。综上所述,芬太尼联合氯诺昔康术后镇痛效果好,下调 IL-6 而促进 IL-10 的分泌,对危重患者及预防严重并发症的发生具有治疗意义。

关键词:镇痛;患者自控;芬太尼;氯诺昔康;白细胞介素
中图法分类号:R614　　文献标识码:B

参考文献:

[1] Mahdy A M, Galley H F, Abdel-Wahed M A, *et al*. Differential modulation of interleukin-6 and interleukin-10 by diclofenac in patients undergoing major surgery[J]. Br J Anaesth, 2002, 88(6): 797 – 802.

[2] Berg J, Fellier H, Christoph T, *et al*. The analgesic NSAID lornoxicam inhibits cyclooxygenase (COX)-1/-2, inducible nitric oxide synthase (iNOS), and the formation of interleukin (IL)-6 *in vitro*[J]. Inflamm Res, 1999, 48(7): 369 – 379.

[3] Fiebich B L, Hofer T J, Lieb K, *et al*. The non-steroidal anti-inflammatory drug tepoxalin inhibits interleukin-6 and alpha1-anti-chymotrypsin synthesis in astrocytes by preventing degradation of IkappaB-alpha [J]. Neuropharmacology, 1999, 38(9): 1325 – 1333.

[4] Giannoudis P V, Smith R M, Perry S L, *et al*. Immediate IL-10 expression following major orthopaedic trauma: relationship to anti-inflammatory response and subsequent development of sepsis[J]. Intensive Care Med, 2000, 26(8): 1076 – 1081.

[5] Wang P, Wu P, Siegel M I, *et al*. Interleukin(IL)-10 inhibits nuclear factor kappa B (NF kappa B) activation in human monocytes. IL-10 and IL-4 suppress cytokine synthesis by different mechanisms[J]. J Biol Chem, 1995, 270(16): 9558 – 9563.

[6] Taniguchi T, Koido Y, Aiboshi J, *et al*. Change in the ratio of interleukin-6 to interleukin-10 predicts a poor outcome in patients with systemic inflammatory response syndrome[J]. Crit Care Med, 1999, 27(7): 1262 – 1264.

(编辑　郭建秀)

文章编号:1000-5404(2008)05-0457-02

经验交流

胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤的内镜下表现

张晓梅,张桂英,王　娟　(中南大学附属湘雅医院消化内科,长沙 410008)

胃黏膜相关淋巴组织(MALT)淋巴瘤是原发性胃恶性淋巴瘤的主要类型,在胃恶性肿瘤中占 2% ~8%,并有逐年上升趋势[1]。现分析总结我院 40 例 MALT 的临床资料,对其临床、内镜下特点进行讨论,旨在提高对该病的认识。

1　资料与方法

1.1　临床资料

选取本院 1996 年 9 月至 2005 年 3 月经病理证实的 40 例胃 MALT 淋巴瘤。其中男性 26 例,女性 14 例,男女比例 1.85∶1。发病年龄 22 ~79 岁,平均 56.5 岁,50 岁以上患者占 65%。病程 7 d 至 20 年,平均 28 个月。

1.2　方法

回顾性分析 40 例患者的临床、内镜和病理资料。病例均经胃镜检查,并在病灶周围取 4 ~6 块组织送检。2 例行超声胃镜检查。23 例行幽门螺杆菌(Hp)感染检测:以常规病理检查、快速尿素酶试验、^{14}C 呼气试验和血清抗 Hp-IgG 抗体检测有无 Hp 感染。其中 2 项结果阳性即判为 Hp 感染。原发性胃淋巴瘤病理诊断根据 2000 年 WHO 淋巴瘤的新分类诊断标准;分期诊断按 1994 年制定的胃肠道淋巴瘤分期标准[1,2]。所有病例做免疫组化染色。

作者简介:张晓梅,女,湖南省长沙市人,博士研究生,副主任医师,主要从事消化道肿瘤的基础与临床方面的研究,发表论文 10 篇。电话:(0731)4327106, E-mail:zhangxiaomei3@medmail.com.cn

收稿日期:2007-05-08;修回日期:2007-09-11

2　结果

2.1　临床特征

上腹痛最多见(67.5%),其次为上消化道出血(30.0%),上腹饱胀不适(22.5%),恶心、呕吐(17.5%),消瘦及上腹包块等。

2.2　内镜下表现

病变位于胃体 19 例(47.5%),胃窦 8 例(20.0%),同时累及胃底、胃体、胃窦、幽门中至少 2 个部位以上者 7 例(17.5%)。胃镜下表现为弥漫型 8 例(20.0%),镜下见黏膜皱襞粗大,表面呈颗粒状或结节样不平,多发糜烂及浅溃疡,弥漫浸润型胃壁广泛增厚、变硬,扩张不良,蠕动明显减弱,组织脆,易出血。溃疡型 18 例(45.0%),其中 14 例为单个深凹巨大溃疡(直径 >2.5 cm,最大达 10 cm);4 例为多发浅表溃疡,大小为 0.4 cm×0.3 cm ~2.5 cm×2.0 cm。溃疡形态不规则,表面高低不平,苔污秽,可见陈旧性出血,周边围堤状隆起,边界多欠清;结节型 14 例(35.0%),结节直径约 2 cm×3 cm ~15 cm ×10 cm。其中 7 例表现为单发巨大肿块,中心均有大而深的不规则溃疡;胃镜下诊断胃癌 37 例,炎症 1 例,溃疡 2 例,活检确诊为 MALT 淋巴瘤 27 例,其中 6 例经多次胃镜活检确诊,确诊率 67.5%。术前 9 例误诊为低分化腺癌,2 例为胃溃疡,2 例为可疑淋巴瘤,误诊病例均未作免疫组化检测。2 例行超声胃镜检查,病灶呈低回声改变,1 例黏膜层及黏膜下层增厚,1 例胃壁全层增厚,累及部分浆膜层,均无淋巴结转移。

2.3　病理学检查

所有病例确诊为非霍奇金淋巴瘤,MALT 型,B 细胞来源。

低度恶性 38 例,高度恶性 2 例。

2.4 分期

对 23 例手术患者和 2 例超声胃镜检查者进行分期。Ⅰ期 10 例(40%);Ⅱ期 6 例(24%);Ⅲ期 4 例(16%);Ⅳ期 5 例(20%)。

2.5 Hp 感染情况

有 23 例患者做过两项以上 Hp 感染检测,Hp 感染率 60.9%(14/23)。25 例分期患者中,有 14 例做过两项以上 Hp 感染检测,分期患者 Hp 感染情况为:Ⅰ期 6 例,ⅠE1 期 4 例 Hp 感染率 100%。ⅠE2 期 2 例 Hp 均为阴性;Ⅱ期 5 例,Hp 感染率为 80%。Ⅲ期 3 例,Hp 均为阴性。

3 讨论

胃 MALT 淋巴瘤临床表现缺乏特异性,胃镜检查为其早期诊断的重要手段。本组资料显示胃体受累最多,但病变可累及胃任何部位或同时累及多个部位。内镜下主要表现为弥漫型、溃疡型、结节型,但不同类型病变分布无明显差异($P>0.05$)。大多数胃 MALT 淋巴瘤具有较典型的恶性征象,尤其是高度恶性 MALT 淋巴瘤及晚期病例均显示典型恶性征象,表现为巨大溃疡、巨大肿块、广泛浸润病变,形态上不易与胃癌相鉴别。统计分析也显示不同病理分期胃 MALT 淋巴瘤的镜下表现有显著差异($P<0.05$),本病早期内镜表现以溃疡型较多见,病变直径多 <5 cm;而晚期以弥漫浸润型及巨大肿块多见,但本组病例数较少,需进一步扩大样本统计分析。因此内镜下如果病变具有如下特点:①病变范围广泛,累及多个部位,表现为大的溃疡、巨大的腔内肿物、广泛的结节,形成鹅卵石样外观或弥漫分布的颗粒样改变;②病变多发,多发性溃疡或多灶性损害时均应考虑该病。胃 MALT 淋巴瘤具有独特的病理形态,组织学诊断为确诊本病的关键,本组胃镜活检确诊率仅 67.5%,其中 6 例经多次胃镜活检确诊。可能因为本病为黏膜下病变,常规活检组织小、浅,再加上挤压变性等因素的影响,因此活检确诊率低。术前病检误诊率高达 32.5%,其中 9 例误诊为低分化腺癌,可能为中心细胞样淋巴组织不易与低分化腺癌鉴别,并且误诊病例均未作免疫组化检测所致。免疫组化可区分早期低度恶性 B 细胞淋巴瘤和反应性淋巴组织增殖、高度恶性淋巴瘤和腺癌。文献[2-5]报道内镜下多次多点活检、深凿活检及利用圈套活检采取包括黏膜下层在内的大块胃黏膜(EMR 活检),同时应用免疫组化方法可提高本病的确诊率至 98%。

胃 MALT 淋巴瘤的发生被认为与 Hp 感染密切相关,但总的 Hp 感染率为 60.9%,低于国内外文献报道,可能与本组病例以胃体病变为主,且胃部病变较晚有关。此外,抗生素的普遍应用也与 Hp 阳性率降低有关。

胃 MALT 淋巴瘤早期恶性程度低,长期局限于胃,预后良好。掌握其胃镜特征,多部位深凿取材,良好切片以及免疫组化染色,结合超声胃镜检查,可得以早期诊断治疗,提高 5 年、10 年生存率。

关键词:淋巴瘤;胃肿瘤;黏膜相关淋巴组织
中图法分类号:R735.2 文献标识码:B

参考文献:

[1] Al-Akwaa A M, Siddiqui N, Al-Mofleh I A. Primary gastric lymphoma [J]. World J Gastroenterol, 2004, 10(1): 5-11.
[2] 李 琛, 燕 敏. 原发性胃恶性淋巴瘤的研究进展:文献综述[J]. 国外医学·外科学分册, 2003, 30(2): 93-95.
[3] 张 伟, 郭乔楠. 胃肠黏膜相关淋巴瘤的病理诊断及鉴别诊断的研究进展[J]. 第三军医大学学报, 2004, 26(13): 1219-1222.
[4] 宫立众, 夏顺中, 田晓波, 等. 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤 35 例临床分析[J]. 第三军医大学学报, 2005, 27(23): 2397-2398.
[5] 杨树东, 孙荣超, 张丽华, 等. 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤的内镜和病理诊断[J]. 中国内镜杂志, 2005, 11(2): 127-129.

(编辑 郭建秀)

关于计量单位的使用

在医学领域中几乎时时处处都离不开计量单位。国务院于 1984-02-27 公布了《关于在我国统一实行法定计量单位的命令》和《中华人民共和国法定计量单位》。1993-12-27 国家技术监督局发布了《量和单位》国家强制标准,全国必须统一采用计量单位。

我国的法定计量单位包括:①国际单位制的基本单位,如长度(m)、质量(kg)、时间(s)等;②国际单位制的辅助单位;③国际单位制中具有专门名称的导出单位,如频率(Hz)、压力(Pa)、能量(J);④国家选定的非国际单位制单位,如时间(min、h、d)、转速(r/min);⑤由以上单位构成的组合形式单位,如速度(m/s)、浓度(mol/L);⑥由词头和以上单位所构成的倍数和分数单位,如 μm、kPa、ml 等。在医学写作时必须严格执行国务院的命令和有关的国家标准。

各种单位除在无数值的叙述性文字中和科普读物中可使用中文名称或中文符号外,均应使用符号。单位符号都是正体拉丁和希腊字母,无复数形式,符号后不附加圆点(正常语法名字尾标点符号除外)。来源于人名的单位,例如:Pa、Gy、W 等和 10^6 以上的词头,例如:M、G、T 等的首字母大写以外均为小写,容积"升"的符号可用大写(L)也可用小写(l),一般在单独使用不加词头时用大写。数值与单位符号之间、单位符号与相邻的其他符号(例如:化学元素符号)之间应留半个阿伯数字空隙,词头与其所组合的单位符号之间不需空隙。词头不能单独使用,也不能重叠使用(例如"mμm"应为"nm")。

本刊编辑部