41-66.
[8] Lin J J, Jiang H, Fisher P B. Characterization of a novel melanoma differentiation-associated gene, mda-9, that is down-regulated during terminal cell differentiation[J]. Mol Cell Differ, 1996, 4: 317-333.
[9] Beekman J M, Coffer P J. The ins and outs of syntenin, a multifunctional intracellular adaptor protein[J]. J Cell Sci, 2008, 121(Pt 9): 1349-1355.
[10] Zimmermann P, Tomatis D, Rosas M, *et al*. Characterization of syntenin, a syndecan-binding PDZ protein, as a component of cell adhesion sites and microfilaments[J]. Mol Biol Cell, 2001, 12(2): 339-350.
[11] Boukerche H, Su Z Z, Emdad L, *et al*. mda-9/Syntenin: a positive regulator of melanoma metastasis[J]. Cancer Res, 2005, 65(23): 10901-10911.
[12] Chatterjee N, Stegmuller J, Schatzle P, *et al*. Interaction of syntenin-1 and the NG2 proteoglycan in migratory oligodendrocyte precursor cells[J]. J Biol Chem, 2008, 283(13): 8310-8317.
[13] Tong X P, Li X Y, Zhou B, *et al*. Ca(2+) signaling evoked by activation of Na(+) channels and Na(+)/Ca(2+) exchangers is required for GABA-induced NG2 cell migration[J]. J Cell Biol, 2009, 186(1): 113-128.
[14] Wang A, He B P. Characteristics and functions of NG2 cells in normal brain and neuropathology[J]. Neurol Res, 2009, 31(2): 144-150.
[15] 陈鹏慧, 蔡文琴, 王丽雁, 等. NG2胶质细胞在成年大鼠脑内的分布及形态特征[J]. 第三军医大学学报, 2008, 30(1): 31-34.
[16] 陈鹏慧, 蔡文琴, 王丽雁. 大鼠少突胶质细胞前体细胞的生后发育特点及围生期电生理特性的研究[J]. 第三军医大学学报, 2008, 30(19): 1783-1786.
[17] 焦岩, 胡俊, 范沁林, 等. 大鼠脑缺血血管内皮生长因子与NG2细胞增殖关系的初步研究[J]. 第三军医大学学报, 2010, 32(2): 123-126.

(**收稿**:2010-01-29;**修回**:2010-02-02)
(编辑 王 红)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2010)06-0600-01

346例术后残胃病变内镜检查分析

冯定奇 (402760 重庆,重庆市璧山县人民医院内二病区)

[关键词] 胃残端;胃镜检查;胃切除术
[中图法分类号] R573 **[文献标志码]** B

1 临床资料

本组病例346例(2003年5月至2009年5月),其中男性267例,女性79例,年龄29~84岁,平均53.6岁。术后距胃镜检查间隔时间2个月至39年。其中毕Ⅰ式胃143例,毕Ⅱ式胃203例。术前原发病:胃癌67例,胃溃疡193例,十二指肠球部溃疡(含幽门梗阻)59例,胃十二指肠复合溃疡27例。胃镜检查前主要临床表现有上腹疼痛78.24%,腹胀不适46.30%,恶心呕吐11.18%,呕血或黑便10.76%,消瘦6.20%。

采用日本OLYMPUS-V70电子胃镜对346例残胃患者的残胃、吻合口、输出入袢进行观察,并对可疑病变行粘膜组织活检送病理学及组织学染色检查。均在吻合口及胃体取胃黏膜组织作快速尿素酶检测幽门螺杆菌(*Hp*)。

数据采用χ^2检验。

2 结果

2.1 胃镜及病理结果

346例患者经胃镜及病理检查证实有残胃及吻合口炎259例(74.86%);残胃溃疡12例(3.47%);吻合口溃疡35例(10.12%);残胃癌19例(5.49%);无异常21例(6.07%)。其中胃镜检查发现胆汁反流有237例,无胆汁反流有109例。

2.2 幽门螺杆菌检出结果

346例患者中*Hp*阳性79例(22.83%),其中残胃及吻合口炎*Hp*阳性66例(25.48%);残胃溃疡*Hp*阳性3例(25%);吻合口溃疡*Hp*阳性7例(20%);残胃癌*Hp*阳性3例(15.79%),各残胃病变的*Hp*阳性率相比无统计学差异($P>0.05$)。

2.3 不同术式与残胃病变的关系

毕Ⅰ式与毕Ⅱ式两种手术方式下各残胃病变发生率相比较有显著性差异($P<0.01$)。见表1。

表1 不同术式与残胃病变发生的关系[例数(%)]

	残胃吻合口炎	残胃溃疡	吻合口溃疡	残胃癌	胆汁反流
例数	259	12	35	19	237
毕Ⅰ式	86(33.20)	4(33.33)	11(31.43)	5(26.32)	75(31.65)
毕Ⅱ式	173(66.80)	8(66.67)	24(68.57)	14(73.68)	162(68.35)

3 讨论

本组资料显示,残胃吻合口炎74.86%(259/346)及胆汁反流68.50%(237/346)最常见,与文献[1]报道相似,其次是良性溃疡13.58%(47/346)、残胃癌5.49%(19/346)。可以看出残胃的各种病变发生率均较正常人群高。这可能是因为胃大部切除术后,切除了幽门及其神经支配,破坏了胃窦-幽门-十二指肠的正常解剖结构,导致十二指肠液返流入胃内,其中的胆汁和胰液能溶解残胃黏膜上皮细胞及黏液,从而破坏胃黏膜屏障,引起残胃及吻合口炎症、黏膜腺体萎缩、糜烂、出血甚至溃疡形成。反流的胆汁还可促使黏膜细胞增生,从而提高对突变性刺激(如硝酸盐、亚硝酸盐及次级胆酸)的敏感性,增强了上述物质的致癌性。同时胃内长期低酸、高pH值,有利于细菌的生长繁殖,加速胆汁分解,使胃内硝酸盐减少而亚硝胺增加,导致残胃癌的发生。

(下转603页)

[通信作者] 冯定奇,E-mail:fdq_bs@sina.com

继发性淋巴瘤肺内病变的生长方式有多种形式：①纵隔、肺门淋巴结直接侵犯蔓延至肺内，形成肿块或结节；②瘤细胞浸润破坏肺泡间隔后进入肺间隙，肺内出现斑片状渗出或实变阴影，类似肺炎的表现；③瘤细胞沿淋巴管或血管播散，侵犯肺间质，形成网状间质改变或者弥漫小结节阴影。肺内生长方式不同，CT的表现形式亦不同。孙洁等[3]认为有以上两种或两种以上表现者为混合型，且该型最常见，约占50%。本组分为5型，以混合型最多见(9例，45%)，还合并纵隔、肺门淋巴结增大，胸膜增厚，胸腔积液及心包积液等胸部病变，未出现单一肺内改变的征象，均提示肿瘤的CT表现多样性。

淋巴瘤肺浸润时主要侵犯肺的间质和支气管黏膜下组织，因而支气管腔通常保持通畅或仅轻度狭窄而形成空气支气管征，与一般肺炎引起的空气支气管征无明显区别。Lewis等[4]认为空气支气管征是继发性肺淋巴瘤肿块(结节)和实变阴影内最常见的特征。本组14例(70%)病变内可见空气支气管征，在肿块(结节)型和肺炎肺泡型中显示率达100%，是最多见的伴随征象。磨玻璃影是由瘤细胞浸润肺间质或肺泡间隔破坏肺泡并部分充盈形成。彭卫军[1]及单华等[7]报道认为磨玻璃影是继发性肺淋巴瘤最常见的CT表现形式，而本组12例(60%)，较文献报道低，可能是在CT上认识磨玻璃影仍较主观的原因所致。淋巴瘤浸润胸膜可表现为胸膜的增厚呈结节状或斑块状并趋向于分散。胸腔积液常见，Lewis[4]及Hwang等[6]认为恶性淋巴瘤浸润肺会导致33%～42%的患者出现胸腔积液，本组比例较高(11例，占55%)。一般认为中量和大量胸腔积液提示胸膜受侵，少量积液与淋巴管或静脉回流受阻有关[7]。

继发性肺HL和NHL的CT表现类似，很难将它们区分开来。单华等[7]报道磨玻璃样晕征仅发生于HL，可能对其鉴别有一定帮助，而本组2例磨玻璃样晕征均发生于NHL，说明它并不能鉴别二者。继发性肺淋巴瘤还需与其他病变鉴别：①中央型肺癌，常表现为肺门肿块，可伴有阻塞性炎症与肺不张、肺内多发转移灶、纵隔肿大淋巴结，但肿块内空气支气管征少见，肿大淋巴结常位于气管前腔静脉后间隙、隆突下和肺门区；②肺炎，表现为斑片状渗出或实变影，可见空气支气管征，但临床症状常较明显：发病急，寒战、高热、咳嗽咳痰、呼吸困难等；③淋巴瘤化疗后出现的药物性肺病变常表现为磨玻璃影(如图2C)和实变影，影像表现鉴别困难，需结合临床症状及治疗综合考虑。

CT检查可明确显示肺内及纵隔病灶情况，根据继发性肺淋巴瘤CT表现的多样性和胸部其他表现，可作出诊断。

参考文献：

[1] 彭卫军，朱雄增. 淋巴瘤影像诊断学[M]. 上海：上海科学技术出版社，2008：105－117.
[2] Graham B B, Mathisen D J, Mark E J, *et al*. Primary pulmonary lymphoma[J]. Ann Thorac Surg, 2005, 80(4): 1248－1253.
[3] 孙洁，郭佑民，付和睦，等. 肺继发性淋巴瘤的CT诊断[J]. 实用放射学杂志，2002，18(8)：670－672，674.
[4] Lewis E R, Caskey C I, Fishman E K. Lymphoma of the lung: CT findings in 31 patients[J]. AJR Am J Roentgenol, 1991, 156(4): 711－714.
[5] 李铁一. 中华影像医学呼吸系统卷[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：326－330.
[6] Hwang G L, Leung A N, Zinck S E, *et al*. Recurrent lymphoma of the lung: computed tomography appearance[J]. J Comput Assist Tomogr, 2005, 29(2): 228－230.
[7] 单华，顾雅佳，李文涛，等. 肺继发性淋巴瘤的CT多样性[J]. 中国医学计算机成像杂志，2007，13(2)：85－87.

(**收稿**：2009-09-02；**修回**：2009-10-01)
(编辑　汪勤俭)

(上接600页)

本组幽门螺杆菌阳性率22.83%(79/346)，与文献[2]报道相似，而明显低于慢性胃炎中幽门螺杆菌阳性率(80%以上)[3]。这可能是由于残胃切除了*Hp*定植的主要部位——胃窦，加之胆汁反流增加，抑制*Hp*定值，并使*Hp*失去活性，故残胃*Hp*阳性率较全胃低。

本组比较了毕Ⅱ式及毕Ⅰ式术后各残胃病变的发生率，结果显示：毕Ⅱ式者吻合口炎、残胃及吻合口溃疡、残胃癌及胆汁反流的发生率均明显高于毕Ⅰ式。这可能与毕Ⅱ式术后胆汁反流更明显，有害物质对残胃的破坏更为严重有关。对于胃及十二指肠的良性病变应以内科治疗为主，对待需要外科手术的良性病变，应严格掌握手术适应证，并且，需行胃大部切除术者，宜选择毕Ⅰ式吻合术。术后应定期胃镜随访，发现可疑病变应多部位活检，以便早期发现残胃及吻合口溃疡和残胃癌，及时治疗，改善其预后。

参考文献：

[1] 阳凡，余传定，程家欣，等. 术后残胃病变633例临床分析[J]. 中华消化内镜杂志，2001，18(5)：300－301.
[2] 章才干，郑华君，陈晓亮. 胃大部切除术式与幽门螺杆菌感染相关性的研究[J]. 浙江临床医学，2008，10(6)：735-736.
[3] 萧树东，房静远. 解读和评述：中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学，2007，12(9)：513－515.
[4] Hosokawa O, Kaizaki Y, Watanabe K, *et al*. Endoscopic surveillance for gastric remnant cancer after early cancer surgery[J]. Endoscopy, 2002, 34(6): 469－473.

(**收稿**：2009-12-16；**修回**：2010-01-15)
(编辑　汪勤俭)