维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2005年第14卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg, 2005, Vol.14, No.3

·经验交流·

原发性胃恶性淋巴瘤15例诊治体会

Experience in diagnosis and treatment of primary gastric malignant lymphoma in 15 cases

李传真，杨铁成，刘美娜 （鞍山钢铁集团公司立山医院外科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 胃；恶性淋巴瘤；诊治
[中图分类号] R735.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)03-0167-01

原发性胃恶性淋巴瘤(PGML)是起源于胃粘膜或粘膜下层淋巴组织的恶性肿瘤，临床较少见，该病约占胃恶性肿瘤的3%～5%[1]。由于表现症状和体征与胃癌或溃疡相似，容易误诊。我院自1995年至2003年收治了15例原发性胃恶性淋巴瘤患者，现通过回顾性总结分析将诊治体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组15例，男11例，女4例，年龄最小32岁，最大73岁。急诊手术1例，择期手术14例。症状和体征有：返酸嗳气、恶心、腹痛、便血、呕血、发热、腹部包块等。辅助检查：血化验RBC < 4.0×10^{12}/L、Hb < 100 g/L占4例，其余11例化验正常。X线钡餐腹透：报告胃癌5例，9例胃溃疡穿孔1例。电子胃镜：报告萎缩性胃炎2例，胃溃疡7例，胃癌5例。

1.2 治疗

1例因胃穿孔急诊手术，另14例择期手术。术式均为毕罗式胃大部切除，术后病理报告T细胞型恶性淋巴瘤9例，B细胞型恶性淋巴瘤6例。

2 结果

1例死于术后6个月，2例在术后2年内死亡，其余病例术后5年内生存，后失去联系。

3 讨论

由于原发性恶性淋巴瘤表现症状和体征与胃癌或溃疡颇为相似，如：嗳气、返酸、腹痛与腹胀、纳差消瘦，个别发生呕血或腹部触及包块等，病人早期就诊时误诊为消化道溃疡病而服药对症治疗，部分病例虽经X线钡餐透视或电子胃镜检查被诊断胃溃疡或胃癌但也未能明确诊断，临床检验又无特异性，因此在客观上造成术前误诊。本病的病变发生在粘膜下层呈弥漫浸润性生长，电子胃镜直观下发现粘膜有多种变化，如：形成溃疡，粘膜隆起，形成粗大皱襞或肉芽状增生等。本组14例在活检钳取材时为防止并发出血、穿孔而取材过浅，没有将活检钳深入到粘膜下层取材，故当时活检报告无一例确诊为恶性淋巴瘤病变。由于本病临床少见，许多医务人员缺乏对本病的认识，对于胃疾病分析简单，工作中的习惯性诊断和常规治疗也是造成术前误诊的原因之一。

从概念上看由于胃恶性淋巴瘤可以是全身恶性淋巴瘤在胃的一部分表现，因此诊断原发性胃恶性淋巴瘤必须有以下条件方可确定[2]：①全身淋巴结不大；②白细胞计数及分类正常；③X线检查纵隔淋巴结不肿大；④手术证实病变局限于胃及其引流区域的淋巴结，腹腔脏器无病变；⑤肝脾正常。本组15例均符合上述条件，故认为是原发性胃恶性淋巴瘤。所以在电子胃镜取活检时要求将活检钳深入到病变的深部取材，而且多取一些病变组织，术前准确诊断本病[3-5]。此外，术者在进行手术时，可直接将病变组织取下做冰冻快速病理检查，这样不仅能明确诊断，而且能决定手术方式和切除范围，有利于病人的康复。

本组15例中T细胞型恶性淋巴瘤9例(占60%)，B细胞型恶性淋巴瘤6例(占40%)，该病采用手术切除是比较有效的办法，手术不仅能切除病变，还能切除区域性淋巴结，减少复发和转移的机会。手术要求技术娴熟，干净彻底，防止术后吻合口瘘、出血等并发症的发生。手术后还应辅以化疗，杀伤微小转移病灶。目前较常用的是CHOP方案(环磷酰胺、阿霉素、长春新碱及强地松)。化疗期间要注意病人的营养状态和血液细胞的变化，同时加强心理护理和整个围手术期的护理也很重要。

[收稿日期] 2004-11-11 [修回日期] 2004-12-29

[参考文献]

[1] 朱丽明，李海梅，陆星华．原发胃肠道恶性淋巴瘤诊断分析[J]．中国误诊学杂志，2001，1(5)：643-645.
[2] 董科，李波，关宗林，等．原发性腹腔器官恶性淋巴瘤临床分析[J]．消化外科，2004，3(4)：242-244.
[3] 顾健腾，陶国才，鲁开智，等．胃镜检查中异丙酚与咪唑安定的联合应用[J]．局解手术学杂志，2004，13(1)：18-20.
[4] 叶金明，瞿 丽，周娟娣，等．原发性胃恶性淋巴瘤术前诊断的探讨[J]．医师进修杂志(外科版)，2004，27(10)：32-34.
[5] 许永春，邹晓平，孙振兴，等．原发性胃恶性淋巴瘤的内镜诊断[J]．中华消化内镜杂志，2004，21(4)：241-244.

(编辑：左艳芳)