维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol.11, No.2

8例大肠原发性恶性淋巴瘤诊治临床分析

周 昱* 王 新* 周 晟**

【摘 要】 目的 为了探讨原发性大肠恶性淋巴瘤的诊断和治疗。方法 回顾了我院1983年～1999年收治的8例原发性大肠恶性淋巴瘤的临床资料，并结合有关文献对原发性大肠恶性淋巴瘤的临床特点，诊断及预后进行了分析。结果 8例患者均行手术探查，其手术切除率为100%，其中根治性手术达75%。5年生存率为37.5%。结论 提高大肠原发性恶性淋巴瘤的治愈率和生存期的关键是对本病的临床特点和病理特点的认识、作到早发现，早诊断。治疗上采取以手术为主的综合疗法。

【关键词】 大肠原发性恶性淋巴瘤；诊断；治疗；预后

Clinical analysis on the diagnosis and treatment of 8 cases of primary malignant lymphoma of large intestine *Zhou Yu, Wang Xin, Zhou Sheng. Department of Oncology, The First Affiliated Hospital, Jiamusi University, Jiamusi* 154002

【Abstract】 **Objective** To explore the diagnosis and treatment of primary malignant lymphoma of large intestine. **Methods** The clinical data of 8 patients with primary malignant lymphoma of large intestine operated in this hospital from 1983 to 1999 were analysed retrospectively. The clinical characteristics, dignosis and prognosis were studied. **Results** 8 patients were cured, 5 years survival rate was 37.5%. **Conclusion** Full realization the clinical and pathological feature, early finding, dignosis and operation may improve the cure rate and survival rate.

【Key words】 Primary malignant lymphoma of large intestine; Diagnosis; Treatment; Prognosis

胃肠道原发性恶性淋巴瘤好发部位是小肠和胃，发生在大肠者甚少见。由于此病发病率低、临床表现缺乏特异性，临床医生对本病缺乏认识，大多诊断为结肠，直肠癌，误诊率达90%[1]，本文收集了我院1983年至1999年收治的大肠原发性恶性淋巴瘤8例。均符合Pawson于1961年提出的诊断原发性胃肠道恶性淋巴瘤的标准。

资料与方法

一、一般资料：男性6例，女性2例，年龄16～68岁，平均年龄48岁。病程半个月～1年，平均3个半月。临床表现为腹痛6例，便血5例，发热7例（为年轻患者），腹部肿块5例，肛诊触及肿块2例，术前8例均行钡灌肠，诊断为癌或回盲部克隆病。行结肠镜并粘膜活检5例，确诊1例，其余均误诊为癌肿或淋巴结增生。

二、病变部位，病理及分期，见附表。

结 果

本组8例中行右半结肠切除4例，因穿透浆膜侵及右输尿管而行右半结肠扩大切除1例，横结肠切除1例，姑息性Miles氏手术2例，术后放疗4例，化疗4例，同时行放，化疗者2例，另2例因全身情况差，未行放疗，化疗。

术后全组病例均获随访，其中2例一年内死亡，分别死于肠出血及肿瘤复发，年龄分别为18岁及26岁，均属Ⅲ期病例、生存5年以上者3例，无肿瘤复发。

附表 大肠原发性恶性淋巴瘤病理及分期

例序	面积(cm)	部位	浸润深度	大体类型	淋巴结转移	组织类型	临床分期
1	13×9	盲肠	肌层	浸润型	1/6	网织细胞型	Ⅱ
2	6×6	直肠	浸出浆膜	隆起型	1/4	网织细胞型	Ⅲ
3	3.5×2.5	盲肠	肌层	隆起型	0/7	淋巴细胞型	Ⅰ
4	10×12	盲肠	浆膜内	溃疡型	0/6	何杰金氏病	Ⅱ
5	8×6.5	直肠	浸出浆膜	浸润型	1/7	网织细胞型	Ⅲ
6	17×5 5	盲肠	浸出浆膜	浸润型	1/10	网织细胞型	Ⅲ
7	2×2.5	盲肠	肌层	溃疡型	0/8	淋巴细胞型	Ⅰ
8	2.5×2.5	横结肠	浆膜内	溃疡型	1/6	淋巴细胞型	Ⅱ

讨 论

一、诊断：本病与相应部位的大肠癌的临床表现极为相似，术前确定诊断较难，本组病例仅1例术前粘膜

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院肿瘤科
** 黑龙江省双鸭山市集贤县人民医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

活检确诊，余均诊断为癌。结合本病有以下几点有助于与癌鉴别：1.位于直肠的病变，便血较重，而直肠刺激症状和粘膜分泌较轻，肛诊质地柔软，介于癌和绒毛状腺瘤之间。2.位于结肠者，以腹痛、消瘦，腹部肿块为主要症状，其病程短、进展快，肿块常位于右下腹，但很少出现肠腔狭窄的梗阻症状。3.全身症状，70%～80%病例伴有发热，表现为间歇热或弛张热，但血象正常，抗菌素无效，激素治疗较敏感。4.本病的X线误诊率高，其X线表现与癌的不同点是：本病起源于粘膜下层，具有一定弹性，肠腔狭窄不明显[2]，病变广泛，常一段肠管息肉样结节，溃疡或粗大皱襞同时存在。5.内镜检查见隆起型，结节可单发或多个融合形成巨大肿块；溃疡型，此型为放射状，深浅不一，往往为多发，质地柔软，可与癌区别；浸润型，呈粗大皱襞或脑回样改变，但具有一定弹性，肠腔不狭窄，此点与肠癌不同。粘膜活检对癌诊断率高，而淋巴瘤发生于粘膜下层，难以取材，故确诊较难。如怀疑本病可反复深取。术中探查并行病灶或肿大淋巴结冰冻检查，有助于本病诊断，以制定正确的治疗方案。

二、治疗及预后

目前对本病多主张采用以手术为主的综合治疗。因淋巴瘤以血行转移为主，病变范围较大，呈多中心发生，且有于粘膜下沿肠轴生长的特点。手术除了按肠癌根治术要求整块切除病变肠管，且要足够和彻底清除淋巴结外，尚应注意医源性血行转移，并应行术中冰冻病理检查，以免肿瘤残留。总之，对淋巴瘤的手术切除应持比癌更积极态度。恶性淋巴瘤对放疗及化疗比肠癌敏感。本组病例术后多选化疗，长期存活者未发现肿瘤复发和转移。因此，术后化疗应视为常规。对已浸出浆膜，多中心病灶或有周围脏器浸润的根治切除病例，及各种姑息性手术，首先补充放疗。本病的预后主要与病期和治疗手段有关，文献报道总的5年生存率为20%～40%。本组病例病期较晚，仅3例存活5年以上。因此，提高大肠淋巴瘤的治愈率和生存率的关键是对本病的临床特点和病理特点的认识，作到早期发现，同时采取以手术为主的综合治疗是十分重要的。

参 考 文 献

1.王舒宝．胃原发恶性淋巴瘤诊治中的几个问题．实用外科杂志，1993,13(2):82.
2.Jinnal D, Kashimuro A. Malignant lymphoma of the large intestine in Japan. Japanese Journal Surgery, 1983, 13:311.
3.Henry CA. Primary lymphoma of the large intestine. Am Surg, 1988, 54:262.

(收稿日期:2002-02-25)

·个案与短篇·

应用关节镜治疗膝关节疾病的配合体会

朱劲松* 赵 艳* 周 鸿**

关节镜手术是将带摄像机的关节镜插入髌下内侧或外侧，与监视器相连，手术在监视器显示下进行。我院引进和应用了关节镜检查和治疗，取得满意的疗效。现将手术配合体会报道如下。

一、资料与方法

1.临床资料：2001年4月至2001年11月用关节镜治疗膝关节疾病10例，其中女7例，男3例；年龄27～64岁，平均年龄42岁。急性关节炎4例，滑膜炎6例，其中右侧8例，左侧2例。

2.术前准备：(1)术前访视：关节镜是一项新技术，患者对手术方法了解不够，术前访视患者，向患者耐心解释关节镜损伤小，治愈快的特点，消除其顾虑及恐惧心理，使其愉快接受手术治疗。(2)器械准备：关节镜器械一套，三晶片电视成像系统，摄录像系统，30°关节镜，刨削器一个，各种型号咬钳，探钩1个，负压吸引器一台，半月板器械用40%甲醛熏蒸12h备用。(3)其它准备：特制3000ml输液袋1个，2.6m静脉滴注架1个，下肢止血带，50ml注射器，大量生理盐水，建立一组静脉通道。

3.手术操作方法：患者在硬膜外麻醉成功后，取仰卧位，患侧大腿上充气止血带，按膝部手术消毒，铺防水无菌中单。将导光纤维，冷光源，刨削器，负压吸引器连接好。首先用50ml

(转150页)

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院手术室
** 哈尔滨医科大学预防保健医院校直门诊部