行多次(一般4次)治疗。但是,即使经过多次治疗,仍不能很好解决EV复发的问题,如Lo等平均随访21月的EV复发率为50%[6],Hou等[8]平均随访5.1年EV的复发率为64.8%。有鉴于此和治疗的费用,本组绝大多数病例只做1次治疗,经2~21月随访的5例有2例于4.5月后出现EV复发。

总之,内镜下套扎治疗是肝硬化EV破裂出血的有效治疗手段,但潜在致命性出血的并发症,远期疗效也不很理想。根据我们的经验,活动性出血期套扎治疗操作难度虽然稍大些,但疗效和并发症的发生率则大体相似。由于EV破裂出血绝大多数均为贲门齿状线上方栏栅区(Palisade zone)单个点状病灶出血,皮圈套扎一般均能获立竿见影之效,治疗时间也短,没有三腔管长期压迫的痛苦,易于被患者接受。因此,我们主张EVL主要用于EV有活动性出血或近期有出血患者的止血治疗,对以消除EV和预防EV初次出血为目的的治疗则宜慎重。

参考文献:

[1] Franchis R D, Primignani M. Endoscopic treatments for portal hypertension [J]. Sem Liver Disease, 1999, 19(4): 439-455.
[2] 田自然,许 乐,崔桂兰,等.经内镜结扎治疗食管静脉曲张破裂出血[J].中华消化内镜杂志,1999,16(6):361.
[3] 刘 诗,许军英,侯晓华,等.内镜结扎治疗食管静脉曲张破裂出血的长期疗效观察[J].中华消化内镜杂志,2000,17(4):205-207.
[4] 黄裕新,闻勤生,雷巧玲,等.食管静脉曲张内镜结扎术后近期再出血危险因素的探讨[J].中国内镜杂志,2000,6(3):7-8.
[5] Wong T, Pereira S P, McNair A, *et al*. A prospective, randomized comparison of the ease and safety of variceal ligation using a multiband vs. a conventional ligation device[J]. Endoscopy, 2000, 32(12): 931-934.
[6] Lo G H, Lai K H, Cheng J S, *et al*. Endoscopic variceal ligation plus nadolol and sucralfate compared with ligation alone for the prevention of variceal rebleeding: a prospective, randomized trial[J]. Hepatology, 2000, 32(3): 461-465.
[7] Argonz J, Kravetz D, Suarez A, *et al*. Variceal band ligation and variceal band ligation plus sclerotherapy in the prevention of recurrent variceal bleeding in cirrhotic patients: a randomized, prospective and controlled trial [J]. Gastrointest Endosc, 2000, 51(2): 157-163.
[8] Hou M C, Lin H C, Lee F Y, *et al*. Recurrence of esophageal varices following endoscopic treatment and its impact on rebleeding: comparison of sclerotherapy and ligation[J]. J Hepatol, 2000, 32(2): 202-208.
[9] 丁大洪.食管胃底静脉曲张内镜下诊断和治疗规范试行方案[J].中华消化内镜杂志,2000,17(4):198-199.

(编辑 郭建秀)

文章编号:1000-5404(2001)09-1103-01

个案与短篇

胃粘膜相关组织淋巴组织淋巴瘤8例临床分析

Clinical analysis of 8 cases of gastric MALT lymphoma

毕小刚[1],杨建民[1],李向红[1],阎晓初[2] (第三军医大学附属西南医院:[1]全军消化专科中心;[2]病理学研究所;重庆 400038)

胃粘膜相关淋巴组织(Mucosa-associated lymphoid tissue, MALT)淋巴瘤临床少见,误诊率高。我院自1973-01-2001-03,经胃镜、手术及病理确诊8例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组8例均为住院病人,其中男4例,女4例,年龄32~63(45.8±13.9)岁,就诊前病程2~140月,平均13.4月。全部病例均符合MALT淋巴瘤的诊断标准[1]。

1.2 临床表现

多数起病隐匿,发展缓慢,主要症状有腹痛、贫血、黑便、消瘦及腹胀等。仅1例以呕血、黑便为首发症状。主要体征有上腹部压痛(6例)及腹部包块(1例)。上述表现并无特征性。

1.3 胃镜及钡餐检查

本组8例均于术前作了胃镜检查,病变位于胃体或以胃体为主者5例,病变位于胃窦或以胃窦为主者3例。其中溃疡型4例,结节隆起型2例,弥漫浸润型2例。胃镜肉眼诊断为恶性淋巴瘤2例,胃镜活检病理诊断为恶性淋巴瘤4例。有6例于术前作了钡餐检查,仅1例考虑为胃恶性淋巴瘤。

1.4 临床分期和病理特点

本组8例均符合原发性胃非何杰金氏淋巴瘤的诊断。按修正的Ann Arbor分期标准,本组I_E期1例,II_E期2例,III_E期4例,IV_E期1例。复习术后病理切片,本病的病理特点有:肿瘤细胞呈小圆形,弥漫性分布,核分裂像多见,侵犯腺上皮及部分淋巴结,浅肌层、深肌层及浆膜层均可受累。重新调阅存档的HE染色病理切片,发现此8例均有幽门螺杆菌(Hp)感染。

2 治疗与结果

本组8例中,行根治性远端胃切除术加化疗4例,根治性全胃切除术加化疗1例,姑息性胃切除加化疗1例,姑息性手术(未切胃)加化疗1例,单纯化疗1例。8例均无并发症,痊愈出院。其中1例术后28月死于肿瘤复发。

3 讨论

胃MALT淋巴瘤是一种特殊类型的淋巴瘤,临床少见,自上世纪80年代中期命名以来,由于发现其发病与Hp感染有关,近年报道不断增多[1,2]。

(下转1106页)

作者简介:毕小刚(1970-),男,四川省自贡市人,医师,现在四川省自贡市第四人民医院消化内科,自贡 643000. 电话:(0813)2400012

收稿日期:2001-06-18;修回日期:2001-08-05

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

3 讨论

对于 Q 热的诊断，仅仅依赖于临床症状容易造成误诊。我国到目前为止所发现的 Q 热病例，绝大多数均是临床上初诊为发热待诊、上呼吸道感染、流感、支气管肺炎、沙门菌感染、传染性肝炎或其他热性传染病者。实验室诊断是确诊 Q 热和进行流行病学调查的重要手段。从患者体内或其它标本中分离鉴定病原体，虽然是证实 Q 热最确切的方法，但耗时长，并且需要特殊的实验条件，不易推广。

血清学诊断是 Q 热最常用的特异性诊断方法，其特异性很高。在病程中几份血清 Q 热抗体滴度不断增长，恢复期滴度高于急性期 4 倍以上，对确定 Q 热诊断有重要意义。常用的补体结合实验、微量凝集试验、间接免疫荧光技术及 ELISA 等，由于操作方便，已在临床上得到广泛应用。其它血清学方法包括免疫印迹、对流免疫电泳、抗球蛋白致敏及放射性同位素沉淀实验等，也可用于 Q 热的诊断。但这些试验有的需纯净抗原量较大，有的操作较繁琐，难以作常规血清学诊断用[1]。另外，由于抗体往往在病后几年还存在，现症感染和既往感染需要收集病程中的几份血清，确定抗体滴度明显增长才能辨别，这种回顾性的分析往往对治疗病人已失去指导价值。

作为病原学诊断的核酸探针技术和 PCR 技术近年来在 Q 热的诊断上应用广泛。用 Q 热立克次体质粒 DNA 片段制备的探针可测出血、尿及组织标本中的立克次体达 10^4 细胞和少于 1 ng Q 热立克次体 DNA；如果结合 PCR，则其敏感性可达 1 ~ 10 个立克次体细胞[3]。Stein 等[4]报道以 Q 热立克次体的超氧化物歧化酶的序列设计引物，可检出含 10 个立克次体细胞的标本。

Q 热立克次体分离株间 16S-23S ISR 十分保守，而且其序列为 Q 热立克次体所特有。因此，可以依据该区设计特异性引物或探针用作 Q 热病原学诊断。我们以自行设计的 3 条引物 ISR-L、ISR-R 和 23S-R 分别建立了常规 PCR 和半套式 PCR 方法。ISR-L 和 23S-R 在 10 株 Q 热立克次体分离株中均扩增到 864 bp 的片段，此片段包括 16S-23S ISR 和一部分 23S rRNA 基因序列。而在 8 个对照菌中均未扩增出阳性片段。此常规 PCR 的检测敏感度为 10 pg。半套式 PCR 以 ISR-L 和 23S-R 作为首次扩增引物，ISR-L 和 ISR-R 作为二次扩增引物，用此法在 10 株 Q 热立克次体分离株中扩增到 572 bp 的片段，此片段即 16S-23S ISR 区域。而 8 个对照菌无此阳性片段出现，提示此半套式 PCR 的高度特异性。而且半套式 PCR 比常规 PCR 更为灵敏，敏感度为 1 pg。

我们还以 16S-23S ISR 作为探针，建立了 DNA 斑点杂交法。此探针只与 10 株 Q 热立克次体基因组 DNA 有阳性杂交，而与其它 8 个对照菌基因组 DNA 呈阴性，证明该方法具有很好的特异性。此探针可检出 0.5 ng 的 Q 热立克次体基因组 DNA，与 Frazier 等[3]使用的质粒探针和余全等使用的基因组全 DNA 探针敏感度相近[5]。

为了使 16S-23S ISR 探针能够长期保存，我们把 ISR 克隆入 pUCm-T 质粒。用插入 ISR 的 2 号质粒作为探针，也获得了与 PCR 产物探针相同的特异性和敏感性。另外，我们还用探针对 Q 热立克次体感染的小鼠、豚鼠血清进行了检测，显示出阳性结果（资料没有显示）。该半套式 PCR 方法和 DNA 斑点杂交法尚需进一步在临床标本中加以应用和考验。

参考文献：

[1] 俞树荣 编著. Q 热的病原与防治[M]. 重庆：科学技术出版社重庆分社，1990. 68.

[2] Stein A, Kruszewska D, Goouvernet J, *et al*. Study of the 16S-23S ribosomal DNA internal spacer of Coxiella burnetii[J]. Eur J Epidemiol, 1997, 13(4): 471－475.

[3] Frazier M E, Mallavia L P, Samuel J E, *et al*. DNA probes for the identification of Coxiella burnetii strains[J]. Ann N Y Acad Sci, 1990, 590: 572－581.

[4] Stein A, Raoult D. Detection of Coxiella burnetii by DNA amplification using polymerase chain reaction[J]. J Clin Microbiol, 1992, 32(9): 2 462－2 466.

[5] 余 全，俞树荣. 用 DNA 探针检出 Q 热立克次体[J]. 中华微生物学和免疫学杂志，1994，14(5)：349－351.

（编辑 潘式文）

（上接 1103 页）

本病国外报道 Hp 感染率高达 92%，显著高于一般人群的 50% ~ 60%。最近，Morgner 等[3]总结国外 12 篇文献近 400 例资料，表明约 80% 早期低度恶性胃 MALT 淋巴瘤在根除 Hp 后可获得完全缓解，这也是目前唯一能够通过药物治愈的消化道恶性肿瘤。本组 8 例的病理切片中均发现有 Hp 的存在，也说明重庆地区胃 MALT 淋巴瘤的发生可能与 Hp 感染有关。

本病术前诊断困难、误诊率高。本组钡餐诊断率仅 16.7%，胃镜加活检诊断率仅 50%。分析本组的内镜下表现，凡范围广泛的溃疡或糜烂等病变，尤其伴周围粘膜皱襞明显增粗、增厚者，就应想到本病。

本病对化疗及放疗均敏感，目前多主张采取以手术为主的综合疗法。手术切除后联合化疗和/或放疗可提高生存率。对 Hp 相关性胃 MALT 淋巴瘤，根除 Hp 则是治疗中必不可少的重要措施。

关键词：胃粘膜相关淋巴组织；淋巴瘤
中图法分类号：R733.4 文献标识码：B

参考文献：

[1] Go M F, Smoot D T. *Helicobacter pylori*, gastric MALT lymphoma, and adenocarcinoma of the stomach[J]. Semin Gastrointest Dis, 2000, 11(3): 134－141.

[2] 朱人敏，何小平，王 琳 等. 胃粘膜相关淋巴组织淋巴瘤临床与内镜表现特征[J]. 中华消化内镜杂志，2001，18(1)：3－5.

[3] Morgner A, Bayerdorffer E, Neubauer A, *et al*. Malignant tumors of the stomach. Gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma and *Helicobacter pylori*[J]. Gastroenterol Clin North Am, 2000, 29(3): 593－607.

（编辑 汪勤俭）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net