

少^[1-2],但出现颅内血肿者甚少^[3-4]。术后颅内血肿以手术或手术邻近部位最常见,还可出现远隔部位颅内血肿,远隔部位颅内血肿又以硬膜外血肿常见。蔡其刚等^[5]曾报道三叉神经 MVD 术后并发小脑出血、脑疝形成死亡 1 例,出血原因考虑与患者有高血压病史、血管弹性差、手术时间长、过度牵拉小脑实质等有关。但本例患者既往无高血压病史,术中也未过度牵拉脑实质,手术时间也不长,故考虑与本例患者术后出现对侧半卵圆中心出血有关的因素有:(1)患者为老年女性,血管本身状况不良,弹性差,或存在隐匿性小的血管畸形,易破裂出血。(2)术中脑脊液大量放出后,颅内压快速下降,脑组织减压后肿胀、移位,脑血管受牵拉、破裂出血。郭林平和甄金殿^[6]曾报道脑脊液引流过快可并发颅内血肿。(3)患者脑血管自动调节功能差,当颅内压快速下降时,脑灌注压升高,脑血流量瞬间增加,脑血管充盈、扩张,而脑血管充盈、扩张后脑血管阻力降低,进一步导致脑血流量增加,从而加大血管破裂出血可能。

综上所述,此病例为三叉神经 MVD 术的并发症,术后远隔脑实质内出血实属罕见,本例患者通过及时处理后恢复满意,值得临床医师注意的是术后患者出现意识改变、失语、同侧肢体运动障碍应该考虑有颅内对侧远隔出血的可能,甚至对侧脑实质内出血。术后应密切观察病情,一旦出现异常,应立即复查头颅 CT 了解颅内情况,及时、有效地针对性处理是应对此类并发症的有效手段。

参考文献:

- [1] 白雅林,孙学琴,杜东平,等. 三叉神经微血管减压术主要
• 短篇及病例报道 •

并发症临床分析[J]. 宁夏医学杂志,2008,30(11):1000-1001.

- [2] 张祥,庞其军,尹港峰,等. 颅神经血管压迫综合征微血管减压术后并发症分析[J]. 河北医药,2009,31(18):2438-2439.
- [3] Hanakita J, Kondo A. Serious complications of microvascular decompressions operations for trigeminal neuralgia and hemifacial spasm[J]. Neurosurgery,1998,22(2):348-352.
- [4] Huk R, Han IB, Moon JY, et al. Microvascular decompression for hemifacial spasm: analyses of operative complications in 1582 consecutive patients[J]. Surg Neurol, 2008,69(2):153-157.
- [5] 蔡其刚,赵永宏,米修奎,等. 三叉神经微血管减压术后并发小脑出血、脑疝形成死亡 1 例[J]. 解放军医学杂志,2007,32(8):849.
- [6] 郭林平,甄金殿. 脑脊液引流过快并发颅内血肿[J]. 临床误诊误治,2004,17(9):663-665.

(收稿日期:2010-12-09 修回日期:2010-12-21)

胃套细胞淋巴瘤 1 例病例回顾

孙文静,潘大维,沈小春,傅鑫,崔红莉,胡轲,兰春慧
(第三军医大学大坪医院消化内科,重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.15.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)15-1559-02

1 临床资料

患者,男,73岁,因“反复呕吐2个月”于2010年8月10日就诊。患者以恶心、呕吐为主要症状。病后无明显消瘦,体质量下降1.5 kg,余无特殊不适。15年前因胆囊结石行胆囊切除术。入院查体:体温36.6℃,呼吸19次/分,心率89次/分,血压128/78 mm Hg。轻度贫血貌。全身浅表淋巴结未扪及肿大。心、肺无异常。腹软,右上腹可见一长约8 cm的手术瘢痕。全腹无压痛、反跳痛及肌紧张。肝脾肋下未扪及。移动性浊音阴性。双下肢无水肿。入院后初步诊断:(1)慢性胃炎;(2)消化性溃疡?(3)腹腔内肿瘤?入院后查血常规:Hb 51 g/L,RBC $2.5 \times 10^{12}/L$,WBC $5.12 \times 10^9/L$,平均红细胞体积(MCV)58.8 fL(正常值85~95 fL),红细胞平均血红蛋白浓度(MCHC)280 g/L(正常值320~360 g/L),MCV及MCHC检测值较正常值均明显降低;骨髓穿刺检查结果符合缺铁性贫血。胸片、肝功能、肾功能、生化、凝血象、肿瘤标记物、前列腺特异抗原检查及大便隐血试验均未见异常;乙肝表面抗原阳性。入院时心电图检查示前壁心肌有缺血可能。心肌损伤标记物检查未见异常。经输红细胞悬液400 mL后复查心电图:窦性心律,68次/分,正常心电图。胃镜检查:胃体前壁靠大弯侧查见一约2.5 cm×2.0 cm×0.2 cm溃疡灶,表面覆盖白苔,

周边黏膜肿胀不规则,胃壁变硬,扩张蠕动差,组织脆,活检易出血,黏液清亮。胃窦、胃体交界处大弯侧及后壁延续至小弯侧查见一不规则溃疡灶,边界不清,表面覆盖白苔,周边黏膜呈增生隆起,组织脆。腹部CT:胃体部前壁增厚,胃小弯侧有数个肿大淋巴结,肝多发性囊肿,双肾囊肿。消化道钡餐检查:(1)慢性胃炎;(2)早期浸润期胃癌?病理活检:胃窦与胃体交界处后壁及胃体前壁溃疡黏膜内成批中等大小淋巴样细胞增生,符合非霍奇金B细胞淋巴瘤(non-Hodgkin's lymphoma, NHL);免疫组化:CK(-)、CD20(-)、CD3(-)、Ki67>80%,CD24(-)、CD5(-)、CD30(-)、cyclin-D1(+)。最后诊断:(1)胃套细胞淋巴瘤(mantle cell lymphoma, MCL);(2)十二指肠降段憩室;(3)多发性肝囊肿;(4)双肾囊肿;(5)缺铁性贫血。

2 讨论

MCL是淋巴造血组织肿瘤新分类中的一种独立的NHL,占NHL的5%~10%。其发病机制与t(11,14)(q13,q32)染色体易位、CyclinD1蛋白过度表达以及细胞增生和分化失控有关。该病起病隐袭,进展迅速,多数患者就诊时已为临床Ⅲ~Ⅳ期,并有广泛的结外浸润。其主要临床表现有高热、乏力、脾脏及淋巴结肿大、脾内形成瘤块及骨髓受累等,部分病例伴有外周淋巴细胞明显增多,类似于淋巴细胞白血病。与其他类

型的淋巴瘤相比,具有具备低度恶性淋巴瘤的不可治愈性及侵袭性的特点,因此其预后较其他类型 NHL 差。该病常好发于淋巴结,结外组织最常见于胃肠道。因此,MCL 也具有胃非霍奇金淋巴瘤的某些特点^[1-3]。

胃非霍奇金淋巴瘤与胃癌均是胃内最常见的恶性肿瘤,在胃肿瘤疾病中,胃非霍奇金淋巴瘤的发病率仅次于胃癌,位居第 2 位。而在非霍奇金淋巴瘤中,约 40% 起源于结外淋巴组织^[4-5]。本病内镜下表现的特点可以概括为:(1)病灶为多发性;(2)发病部位位于胃体以及窦体交界部位;(3)镜下表现为溃疡型,伴有黏膜增生样隆起。孙晓敏等^[6]通过分析 37 例胃淋巴瘤内镜下表现的特点,提出“三多”的内镜下特点,即多部位病变、多发性溃疡及多灶性损害。这与本文结论相符。

但是, Hu 等^[7]通过研究和总结 31 例胃淋巴瘤内镜表现特点指出,当内镜下胃淋巴瘤表现为较深、较大的溃疡时,很难与胃癌鉴别,而内镜初次正确诊断胃淋巴瘤的阳性率仅为 29%,但对于胃肿瘤的恶性倾向的诊断率可达 60%。这可能与胃淋巴瘤病变主要起源于黏膜下层有关。尽管如此,内镜检查及病理活检仍是确诊胃淋巴瘤的重要检查手段^[8]。因此,详细掌握患者的病史资料、多部位深挖取活检,再结合病理学证据,是提高胃淋巴瘤诊断率的重要途径。通过复习文献及比较胃癌和胃淋巴瘤的区别,可以从以下几点鉴别胃癌和胃淋巴瘤:(1)该患者常缺少消化道肿瘤的报警症状,如消化道出血、消瘦、腹痛、腹痛节律的改变。虽该患者入院时有贫血表现,但是大便隐血试验阴性,即无消化道出血的证据,故该患者贫血可能与非霍奇金淋巴瘤有关。(2)从 CT 上看,胃淋巴瘤主要表现为胃壁弥漫性增厚,因胃淋巴瘤起源于黏膜下层,首先在黏膜下呈浸润生长,侵犯范围较广。而胃癌多起源于黏膜层,首先在黏膜表面生长,故多表现为黏膜表面不平,可形成溃疡灶。(3)从病理学上看,胃淋巴瘤主要表现为淋巴小结结构破坏、淋巴细胞异形性和浸润性生长,而胃癌则主要表现为腺体结构紊乱、柱状上皮细胞来源的细胞及细胞核的异形性为主。免疫组化上可看到表达 T 细胞相关抗原 CD5 阳性,同时表达 B 细胞相关抗原 CD19、CD20、CD22、CD79a 也可呈阳性,而胃癌通常可见细胞角蛋白 CK 阳性,CK 阳性提示肿瘤细胞来源于上皮组织^[8-10]。

从治疗上看,胃癌的治疗手段以外科手术为主,放化疗为辅,与胃淋巴瘤有很大不同。对于胃黏膜相关淋巴瘤可采用幽门螺杆菌根治方案可获得痊愈,而对于胃 NHL 可采取化疗结合放疗、靶向治疗及异基因造血干细胞抑制等综合治疗而获得较好的疗效,同时可避免手术引起的不良反应和并发症^[11-12]

参考文献:

[1] Bertoni F, Ponzoni M. The cellular origin of mantle cell

lymphoma[J]. *Int J Biochem Cell Biol*, 2007, 39(10): 1747-1753.

- [2] Jares P, Colomer D, Campo E. Genetic and molecular pathogenesis of mantle cell lymphoma: perspectives for new targeted therapeutics[J]. *Nat Rev Cancer*, 2007, 7(10): 750-762.
- [3] Tucker CA, Kapanen AI, Ahikh G, et al. Silencing bcl-2 in models of mantle cell lymphoma is associated with decreases in cyclin D1, nuclear factor- κ B, p53, bax and p27 levels[J]. *Mol Cancer Ther*, 2008, 7(4): 749-758.
- [4] Fung CY, Grossbard ML, Linggood RM, et al. Mucosa associated lymphoid tissue lymphoma of the stomach: long-term outcome after local treatment[J]. *Cancer*, 1999, 85(1): 9-17.
- [5] Hjermstad MJ, Hollender A, Warloe T, et al. Quality of life after total or partial gastrectomy for primary gastric lymphoma[J]. *Acta Oncol*, 2006, 45(2): 202-209.
- [6] 孙晓敏, 徐萍, 任大宾, 等. 原发性胃淋巴瘤内镜下表现及分析[J]. *临床荟萃*, 2009, 24(11): 1865-1868.
- [7] Hu C, Yi C, Dai X. Clinical study of 31 patients with primary gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2006, 21(4): 722-726.
- [8] 何超文, 刘立义, 陈桂言. 20 例原发性胃恶性淋巴瘤的胃镜诊断和临床分析[J]. *重庆医学*, 2010, 39(12): 1572-1575.
- [9] Andriani A, Zullo A, Di Raimondo F, et al. Clinical and endoscopic presentation of primary gastric lymphoma: a multicentre study[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2006, 23(6): 721-726.
- [10] Kurugoglu S, Mihmanli L, Celkan T, et al. Radiological features in paediatric primary gastric MALT lymphoma and association with *Helicobacter pylori*[J]. *Pediatr Radiol*, 2002, 32(2): 82-87.
- [11] Al-Shehabi ZA, Zezafon HB, Saleh RS. Clinicopathological study of primary gastric lymphoma[J]. *Saudi Med J*, 2007, 28(10): 1506-1510.
- [12] 李芳, 刘芳. 原发性胃淋巴瘤的临床特点分析[J]. *临床荟萃*, 2009, 24(4): 327.

(收稿日期: 2011-01-08)

(上接第 1554 页)

参考文献:

- [1] 许曼音, 陆广华, 陈名道. 糖尿病学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2003: 16-25
- [2] Burns KD. Angiotensin II and its receptors in the diabetic kidney[J]. *Am J Kidney Dis*, 2000, 36(3): 449-467.
- [3] Touyz RM. Molecular and cellular mechanisms in vascular injury in hypertension: role of angiotensin II [J]. *Curr Opin*

Nephrol Hypertens, 2005, 14(2): 125-131.

- [4] 林善铤. 糖尿病肾病发病机制的研究进展[J]. *中华内科杂志*, 2001, 40(11): 782-784.
- [5] 刘志红. 糖尿病肾病[J]. *中华肾脏病杂志*, 2000, 16(2): 126-128.
- [6] 姚勇利. 坎地沙坦酯与卡托普利联合治疗 2 型糖尿病肾病的临床观察[J]. *中国现代医生*, 2007, 45(22): 97-98.

(收稿日期: 2010-10-23 修回日期: 2011-01-29)