

lymphoma in an african american patient presenting with hemophagocytic syndrome[J]. Am J Case Reports,2017, 18:160-165.

[25] TOBINAI K. Disease-oriented treatment of T/NK-cell lymphomas[J]. J Clin Hematol,2016,57(8):1044-1051.

[26] YANG Y,ZHU Y,CAO J Z,et al. Risk-adapted therapy

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2018.25.033

for early-stage extranodal nasal-type NK/T-cell lymphoma:analysis from a multicenter study[J]. Blood, 2015, 126(12):1424-1432.

(收稿日期:2018-03-18 修回日期:2018-05-23)

以腹水为主要症状的十二指肠淋巴瘤 1 例报道并文献复习

方年富,杨卫生,丁元军

(江西省景德镇市第二人民医院消化科 333000)

[中图法分类号] R733.4 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2018)25-3362-03

十二指肠淋巴瘤是胃肠道一种罕见的肿瘤,临床早期症状及体征缺乏特异性表现,临床医师对该病认识不足,易误诊和漏诊。本院收治 1 例以腹水为主要症状的十二指肠淋巴瘤患者,本文通过对该患者的诊治过程进行分析并复习相关文献,以提高临床医师对该病的认识。

1 临床资料

患者,男,52 岁。因“腹部胀满不适、腹围增大 20 余天”于 2015 年 11 月 15 日入院。患者于 20 余天前无明显诱因出现全腹部持续性胀满不适,腹围增大,伴纳差、乏力。无发热、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、黄疸等症状。于 2015 年 11 月 12 日福建某医院住院。血生化示总清蛋白 57.8 g/L,尿酸 515.3 μmol/L,乳酸脱氢酶 1 757 U/L。肝肾功能、电解质、血糖、血脂正常。结核抗体示阴性。甲状腺激素示游离 FT3 2.21 pmol/L,FT4、TSH 均正常。肿瘤标志物示 CA125 299.50 U/mL,AFP、CEA、CA724、CA199、CA153 均正常。胸腹盆腔 CT 示肺气肿、肺大泡,右肺上叶陈旧性结核,两肺慢性炎症;腹腔积液;肝内低密度灶性质待定;大量腹水,网膜弥漫结节(转移?感染?);乙状结肠、直肠近肛门管壁欠规则。腹水常规示微混,黄色,李凡他试验阳性,白细胞计数 1 650×10⁶/L。腹水生化示腺苷脱氨酶 79.7 U/L,乳酸脱氢酶 5 160.9 U/L,清蛋白 26.4 g/L;腹水未检出抗酸杆菌,未见肿瘤细胞。腹水肿瘤标志物示 CA153 35.38 U/mL,CA125 706.8 U/mL,AFP、CA199 正常。予消炎、抑酸、营养支持治疗,腹胀无缓解,转入本院。既往体健,否认“肝炎、结核”等传染病史,无烟酒等不良嗜好。

入院查体:体温 36.6℃,脉搏 98 次/分,呼吸 20 次/分,血压 125/80 mm Hg,神志清楚,全身皮肤巩膜无黄染,浅表淋巴结未触及肿大,双肺无啰音,心率 98 次/分,律齐,无杂音。腹部稍膨隆,腹肌软,全腹无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及,Murphy 征阴性;双肾

及肝区无叩击痛,移动性浊音阳性,肠鸣音正常。初步诊断:腹水原因待查,结核性腹膜炎?网膜恶性肿瘤?入院后进一步完善相关检查:血常规示正常;CRP 示 35.8 mg/L;生化示总蛋白 53 g/L、清蛋白 30 g/L、尿酸 524 μmol/L、肌酸激酶 176 IU/L、乳酸脱氢酶 2 028 IU/L、三酰甘油 1.96 mmol/L,肝功能、电解质、血糖正常;大小便常规示正常。腹部 MRI 增强示:肝门部及十二指肠球部占位(红色箭头),考虑十二指肠来源恶性肿瘤可能,肝尾叶占位,转移瘤可能,建议进一步检查;大网膜及腹膜转移,左侧腹壁转移;大量腹水,见图 1。

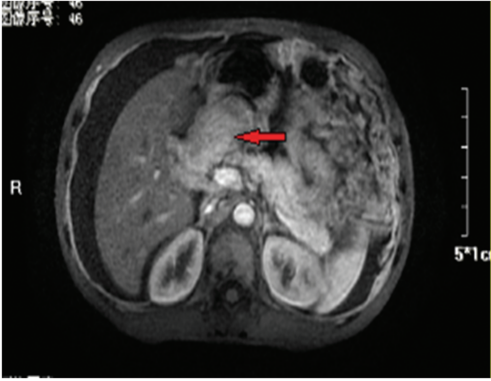


图 1 腹部 MRI 增强扫描

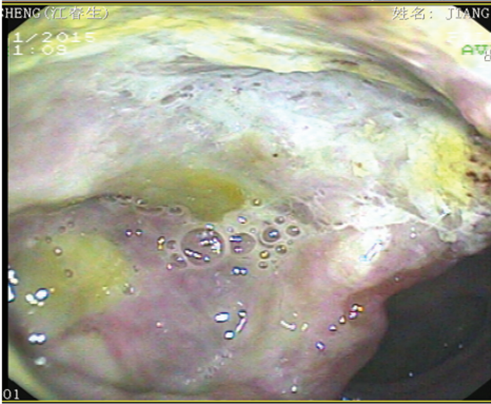
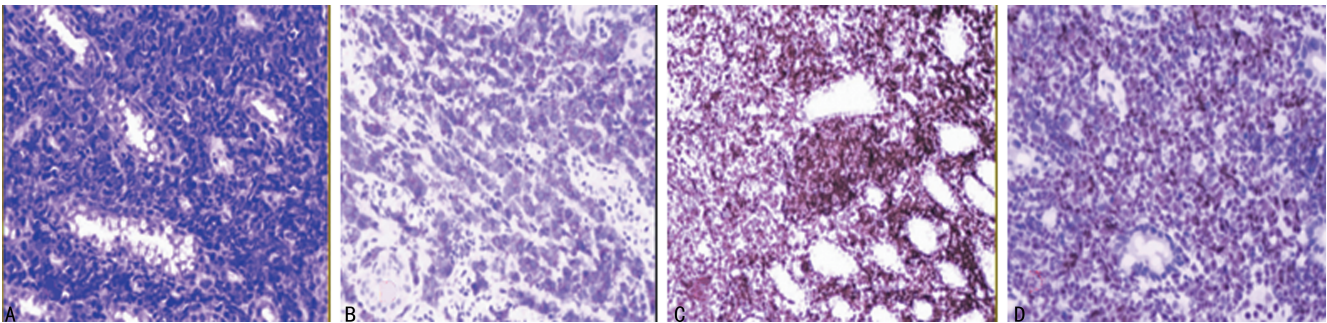


图 2 胃镜图像



A: HE(SP×200);B: CD20(SP×200);C: Ki-67(SP×200);D: PAX-5(SP×200)

图 3 病理图像

考虑腹水来源于胃肠道,遂完善胃肠镜检查。电子肠镜示正常结肠黏膜。电子胃镜示:十二指肠球部巨大溃疡(性质待定),见图 2。病理示:十二指肠球腔非霍奇金氏淋巴瘤,B 细胞来源,倾向弥漫大 B 细胞淋巴瘤(非生发中心来源)。免疫组织化学示:CD20(+),PAX-5(+),Bcl-6(+),MUM-1(+),Bcl-2(+),CD10(-),CD21(-),CD3(-),CKP(-),CgA(-),Syn(-),CD5(-),Cyclin D1(-),Ki-67(80%+),见图 3。

患者最终确诊为十二指肠非霍奇金淋巴瘤。于 2015 年 11 月 23 日转肿瘤科,予长春新碱 1 mg D1+环磷酰胺 500 mg D1+吡柔吡星 30 mg D1 方案化疗 1 个疗程,于 2015 年 12 月 6 日出院。出院后患者未继续化疗,随访患者于 2016 年 1 月 3 日死亡。

2 讨论

以“十二指肠 & 淋巴瘤”为检索词检索中国知网数据库,检索出 485 篇文献,经阅读摘要后剔除与本研究目的无关及重复发表的文献,最后有 48 篇文献入选,共有 55 例十二指肠淋巴瘤个案被报道。其中男 35 例,女 20 例,年龄 11~80 岁,中位数 62.3 岁。临床症状表现各异,首发症状以腹痛(31 例)、上腹部不适(14 例)、消瘦(9 例)、黑便(7 例)、腹部包块(7 例)、恶心呕吐(5 例)为主,其他少见表现如无症状(2 例)、黄疸(1 例)、胸痛(1 例)、腹水(1 例)等。单一症状病例较少,大多数同时表现 2 种或 2 种以上症状。肿瘤位于十二指肠球部 26 例,球部并降部 2 例,降部 23 例,水平部 4 例。经胃镜活检确诊 33 例,经手术切除确诊 22 例,其中有 6 例胃镜反复活检为溃疡或慢性炎症,最终手术后确诊。44 例病例有病理报告,霍奇金淋巴瘤 3 例(6.8%),非霍奇金淋巴瘤 41 例(93.2%),其中 B 细胞型 32 例,T 细胞型 5 例,其余 4 例未确定细胞分型。55 例十二指肠淋巴瘤患者中 36 例有治疗方案,治疗方案各异,其中手术 19 例,化疗 7 例,抗 HP+化疗 4 例,手术+化疗 3 例,化疗+放疗 2 例,手术+放疗 1 例。有随访资料的 23 例,随访时间 1 个月至 6 年 3 个月,其中死亡 4 例(1~14 个月)。

十二指肠淋巴瘤是胃肠道一种罕见的肿瘤,占有十二指肠恶性肿瘤的比例仅为 12%^[1]。有学者于 1877 年报道世界上第一例十二指肠淋巴瘤^[2]。十二指肠淋巴瘤临床早期症状常见为上腹部无规律性腹胀、钝痛、隐痛,也可表现上腹不适、食欲不振、消化不良、恶心、呕吐、腹部包块、消瘦、上消化道出血等,但缺乏特异性表现^[3]。但以腹水为主要表现的十二指肠淋巴瘤更为少见,国内仅见王晓春等报道 1 例^[4]。由于临床症状及体征不典型,临床医师对该病认识不足,易误诊和漏诊。

早期文献对十二指肠淋巴瘤确诊大多依靠手术后病理,随着对此病的认识加深,现在绝大多数病例通过胃镜取组织活检即可确诊。胃镜下十二指肠淋巴瘤形态多样,可表现为十二指肠黏膜粗糙、息肉样隆起、白色颗粒状凸起、溃疡形成、出血糜烂、凹凸不平等^[5]。由于恶性淋巴瘤的病理变化倾向于黏膜下生长并侵及浆膜层,早期很少累及表面黏膜,复习文献发现有 15.4% 患者内镜下十二指肠反复活检为溃疡或慢性炎症,最终需手术切除后方能确诊。因此胃镜活检时采取多点取材及掘井式深挖有助于提高阳性率^[6]。

既往文献显示十二指肠淋巴瘤好发于球部及降段,病理类型主要包括弥漫性大 B 细胞型淋巴瘤、结外边缘区 B 细胞型淋巴瘤、MALT 淋巴瘤、滤泡型淋巴瘤、Burkitt's 淋巴瘤和 Mental 细胞淋巴瘤等。复习文献发现 93.2% 是非霍奇金淋巴瘤,组织学多数为 B 细胞型淋巴瘤,与以往文献相似^[7]。

目前认为,对于十二指肠淋巴瘤患者仍主张手术、放疗、化疗、免疫治疗等综合治疗,因此既往文献显示治疗方案各异。化疗针对不同的病理类型应选择不同的方案,如 R-CHOP 治疗滤泡性淋巴瘤,CVP-R 和 CHOP 治疗 MALT 淋巴瘤^[8-9]。原发性十二指肠淋巴瘤是预后较好的恶性肿瘤,5 年生存率为 61.8%^[10]。本病例在第 1 次化疗过程中患者不良反应较大,很遗憾的是该患者拒绝继续治疗,1 月后患者去世。

近年来,随着内镜技术的不断发展及临床医生认识的加深,十二指肠淋巴瘤的检出率不断升高,将对早期诊断、早期治疗及延长患者生存期有很大帮助。

参考文献

[1] WOO K H,KIM J H,YOON S B,et al. Duodenal mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma; a case report [J]. Korean J Intern Med,2007,22(4):296-299.

[2] HANSEN P B,VOGT K C,SKOV R L,et al. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma in adults: a population-based clinical and histopathologic study[J]. J Intern Med,1998,244(1):71-78.

[3] 归薇,张巧花,杨斌,等. 十二指肠非霍奇金淋巴瘤四例临床分析[J]. 中华血液学杂志,2005,26(10):627-628.

[4] 王晓春,杨根妹,浦旭斌,等. 以腹水为首发症状的原发性十二指肠淋巴瘤 1 例报道[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2011,20(2):189-190.

[5] GOLLUB M J. Imaging of gastrointestinal lymphoma[J]. Radiol Clin North Am,2008,46(2):287-312.

[6] DOLAK W,KIESEWETTER B,MÜLLAUER L,et al. A pilot study of confocal laser endomicroscopy for diagno-

sing gastrointestinal mucosa-associated lymphoid tissue (MALT)lymphoma[J]. Surg Endosc,2016,30(7):2879.

[7] PAPAXOINIS G,PAPAGEORGIOU S D,KALOUTSI V,et al. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma;a clinicopathologic study of 128 cases in Greece. A Hellenic Cooperative Oncology Group study (HeCOG) [J]. Leuk Lymphoma,2006,47(10):2140-2146.

[8] PENG A P,CHEN M K,SHEN L,et al. Simultaneous primary low-grade mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma of stomach and duodenum[J]. Digestion,2010,81(2):130-133.

[9] CARMAN R,SNYDER J,DAVIDSON M. Primary mucosa-associated lymphoid of the duodenum;a rare presentation of non-Hodgkin's lymphoma[J]. J Clin Oncol,2011,29(9):e226-229.

[10] ZHENG J,GAO H,HONG C Y,et al. Analysis of clinical prognosis of 50 cases of primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma[J]. Zhongguo Shi Yan Xue Ye Xue Za Zhi,2016,24(4):1051-1055.

(收稿日期:2018-03-30 修回日期:2018-05-26)

(上接第 3352 页)

熟悉顺手,与医生密切配合并得到医生和管理者认可,能够体会到职业成就感和归属感带来的快乐,因此对排程的满意度也明显提高达到 96.87%。

人力资源配置是选择按需设岗、按岗定人的用人最佳方案,使工作效率、潜能力挖掘和个人满意度均达到最大值的管理过程^[11]。本研究根据《亚专业手术护士胜任能力评价指标》对一线临床护士进行能力测评,获取亚专业护士群体,通过智能排程系统设置亚专业护士资源约束条件,达到排程中精准匹配手术与护士的目的,既提高排班效率,又最大化利用手术室资源,有效解决日益增长的手术需求与护士有效人力资源不足的矛盾。而手术排程中实际考虑的资源主要有准备室床位、医生、手术室床位、巡回护士、洗手护士、麻醉师、术后恢复室^[12],因此,本研究仅定义为“亚专业护士资源约束”的智能排程,以排除其他不确定因素的干扰。

参考文献

[1] 白晓霞,包安竹,熊艳群. 骨科手术亚专业化护理配合效果观察[J]. 护理研究,2012,26(6):1609-1611.

[2] 李森,吴晓英,王冷,等. 护士使用移动护理信息系统满意度及影响因素调查[J]. 护理学杂志,2013,28(5):18-20.

[3] 包安竹,白晓霞,谭君梅. 亚专业手术护士胜任能力评价

指标的构建[J]. 护理学杂志,2015,30(14):42-44.

[4] MAENHOUT B,VANHOUCKE M. Branching strategies in a branch-and-price approach for a multiple objective nurse scheduling problem[J]. J Sched,2010,13(1):77-93.

[5] CAUSMAECKER P D,BERGHE G V. A categorisation of nurse rostering problems[J]. J Sched,2011,14(1):3-16.

[6] 项薇,殷姣,陈赛峰. 考虑实际护士排班约束的手术排程优化[J]. 工业工程,2013,16(5):121-124.

[7] 郭孟宇. 手术室资源优化调度方法研究[D]. 北京:清华大学,2014.

[8] 雷正元,黄登会. 某三甲医院手术室人力资源配置及需求调查分析[J]. 重庆医学,2015,44(27):3851-3853.

[9] 张晨. 手术室人力资源的优化与管理[J]. 临床合理用药,2013,2(6):158-159.

[10] 贺天勇,项薇. 护士资源不确定下手术排程重调度[J]. 科技与管理,2014,16(3):48-52.

[11] 张容,谭红梅. 人力资源优化排班模式在大型手术室后勤人员配置中的应用[J]. 护理研究,2013,27(9):3035-3037.

[12] 贺天勇. 手术室排程不确定性研究[D]. 宁波:宁波大学,2014.

(收稿日期:2018-03-26 修回日期:2018-05-22)