

胃肠道间质瘤 38 例临床分析

史东波

(浙江省宁波市第一医院 宁波 315010)

关键词: 胃肠道间质瘤; 手术疗法; 临床分析

中图分类号: R 735

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)03-0073-02

胃肠道间质瘤 (gastrointestinal stromal tumors, GIST) 是一组独立起源于胃肠道间质干细胞的肿瘤, 由未分化或多能的梭形或上皮样细胞组成, 免疫组化过表达 c-KIT(CD117)和 CD34, 属于消化道间叶性肿瘤。本院自 1998 年 2 月~2004 年 2 月共收治 38 例, 现就其临床表现、诊断、治疗和预后作一分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男性 20 例, 女性 18 例; 年龄 35~72 岁, 平均 53 岁; 病变部位为胃 28 例, 小肠 8 例, 结、直肠 2 例。通常为肌壁间肿块, 可向腔内生长, 粘膜面可继发溃疡形成或向浆膜下生长, 甚至肿物主体在壁外只有细蒂与肠壁相连。所有病例均经病理证实。

1.2 临床表现 GIST 的症状与肿瘤的部位、大小和生长方式有关。最常见的症状是腹部隐痛不适, 浸润到消化道腔内表现为溃疡或出血, 大约 1/3 的患者可出现胃肠道出血, 其它少见症状有食欲不振、体重下降、肠梗阻及阻塞性黄疸等。50%~70% 的患者腹部可触及包块。

1.3 术前诊断 28 例胃肠道间质瘤均行胃镜检查, 表现为粘膜下肿块 18 例, 肿块伴溃疡 6 例, 胃镜下见粘膜隆起、高度怀疑间质瘤者 4 例。8 例小肠间质瘤 6 例经小肠镜明确, 1 例经 DSA 明确, 1 例出现肠梗阻最终手术明确。2 例结、直肠间质瘤经肠镜明确。CT 检查 22 例, 16 例诊断为实质性肿块, 13 例明确来源于消化道管壁。

1.4 病理结果 肿瘤最小 0.5cm×0.6cm×0.6cm, 最大 21cm×11cm×10cm。大多数为境界清楚的结节状或分叶状肿块, 部分有包膜, 切面灰白, 质韧, 部分肿瘤呈鱼肉状, 伴出血、坏死及囊性变。镜下肿瘤细胞有 2 种形态: 梭形瘤细胞和上皮样细胞。采用 GIST 广义分类法^[1], 38 例中平滑肌方向分化 8 例, 神经方向分化 12 例, 平滑肌和神经双向分化 7 例, 缺乏特异性 11 例。其中良性 22 例, 恶性 3 例, 交界性 13 例。本组 CD 34 (+) 94.7% (36/38), CD 117 (+) 92.1% (35/38), SMA (-) 84.2% (32/38), S-100 (-) 100% (38/38)。

1.5 治疗和预后 本组 38 例均经手术治疗, 其中胃大部切除 13 例, 胃部分切除 7 例, 胃肿块摘除 8 例, 小肠肠段切除 5 例, 小肠肿块摘除 3 例, 结、直肠部分切除 2 例。随访期 1 月~6 年, 35 例患者无瘤生存, 3 例患者带瘤生存, 无死亡率。

2 讨论

GIST 起源于胃肠道的间质干细胞—Cajal 细胞 (Intestinal cell of Cajal, ICC)^[2], 该细胞呈网状结构分布于胃肠道的肌层之间, 是胃肠道慢波活动 (基本电节律) 的起搏点, 类似于心脏的窦房结区的起搏细胞, 调节内脏的运动, 参

与胃肠道的运动性疾病 (如巨结肠病变和胃肠道动力障碍) 和胃肠道肿瘤的发病机制。该细胞是胃肠道中唯一表达 c-KIT (CD117) 和 CD34 的细胞。c-KIT 是一种跨膜受体酪氨酸激酶, 持续激活酪氨酸激酶信号通路, 导致肿瘤细胞不断增殖。研究表明 GIST 的发生与 c-KIT 基因突变有关。文献报道 GIST 的 c-KIT 基因突变率 85%^[3], 突变有多种形成, 常见的有 3-21 碱基对丢失、点突变, 偶见插入性突变。突变主要见于恶性 GIST。

GIST 目前广义分为: (1) 平滑肌方向分化; (2) 神经方向分化; (3) 平滑肌和神经双向分化; (4) 缺乏分化特征。本组资料采用此法分类。按 Lewin 提出的标准^[4], GIST 的良恶性可分为 3 类: (1) 恶性: 组织学证实的转移, 或浸润到邻近脏器; (2) 潜在恶性: 具备以下任一指标者: 胃部肿瘤 >5.5cm, 肠道肿瘤 >4cm; 核分裂象胃部肿瘤 >5/50HPF, 肠道肿瘤 >1/50 HPF; 有肿瘤坏死; 核异型性明显; 细胞丰富; 上皮样细胞呈巢状或腺泡状。 (3) 不具备上述指标者为良性。文献报道 GIST 中 10%~30% 属于恶性, 潜在恶性占 70%~90%。本组资料恶性占 7.8%, 交界性占 34.2%。

GIST 多发生在 45 岁以上的人群, 无明显性别差别。它可发生在整个胃肠道, 多见于胃 (70%) 和小肠 (20~25%), 结、直肠占 5%, 食管低于 5%。本组资料与文献报道基本一致。根据其生长方式的不同, 临床表现亦不相同。若向腔外生长多无明显症状, 本组 1 例胃间质瘤直径达 21cm, 仅有轻微上腹不适。若向腔内生长可出现消化道症状, 肿瘤较大时可引起粘膜出血坏死, 出现呕血和黑便; 本组资料腹部隐痛不适和黑便共占 75%。GIST 的诊断主要靠内镜, 内镜下主要表现为粘膜下肿块, 若中心坏死可形成溃疡。CT 和 MRI 有助于发现腔外肿块, 了解肿块和周围脏器的关系。DSA 对肿块较小且伴有消化道出血的患者最有帮助。术前内镜下病理活检明确诊断者不多, 本组资料仅 4 例术前确诊, 34 例均为术后病理证实。有文献报道内镜引导下的细针穿刺有助于术前病理确诊。但临床应用不多, 手术切除仍是确诊的主要手段。

GIST 依赖组织病理学和免疫组化检查来确诊, CD117 的阳性表达对 GIST 的诊断有特异性。文献报道的 CD34 (+) 92%, CD117 (+) 94%; SMA (-) 80%, S-100 (-) 80%; 前后两者呈负相关^[5]。本组资料与文献报道基本一致。

手术切除是 GIST 的主要治疗手段, 由于 GIST 鲜有淋巴结转移, 可以不作淋巴结清扫。其生长方式为非浸润性, 所以扩大性切除病灶亦无益处。辅助性放疗在 GIST 中收效甚微, 只对胃或直肠 GIST 手术切缘阳性者有效。GIST 对化疗亦不敏感, 包括阿霉素类、紫杉类、异环磷酰胺、足叶乙甙、健

进食在血液透析中对血压的影响

邹平华 易启莲

(江西省宜丰县人民医院内二科 宜丰 336300)

关键词:血液透析;进食;并发症;低血压

中图分类号:R459.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)03- 0074-01

1 一般资料

我院 2003 年 7 月~2004 年 8 月,共进行血液透析 24 例,男 14 例,女 10 例;年龄 32~70 岁;透析时间为 5 个月~8 年;其中肾小球肾炎 14 例,高血压肾病 4 例,糖尿病肾病 2 例,梗阻性肾病 1 例,慢性肾盂肾炎 2 例,多囊肾 1 例。24 例均采用尼普洛血液透析机碳酸氢盐透析,每周 2 次,每次 3~5h,透析纳浓度 140~154mmol/L,温度 36.4~37℃。24 例患者透析过程中分别进食与禁食 192 次。2 组患者透析前后体重、脱水总量、脱水率比较,差异没有统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 24 例患者透析前后体重、脱水总量、脱水率的比较

	透析次数	脱水总量 /mL	脱水率 /mL·h ⁻¹	透析前体重 /kg	透析后体重 /kg
进食组	192	3382	846	61.9	58.8
禁食组	192	3454*	863*	62.4	59.6**

注:与进食组比较 $P_1>0.05$ 。

2 方法

24 例患者按上述透析方案透析,透析过程自由进食,以米饭为主,进食总量不超过 500g,每例患者观察 1 个月(8 次血透)。做自身对照,不改变目标干体重、透析纳浓度等透析参数。在透析过程禁止进食,再观察 1 个月,记录每次血液透析前后体重变化、超滤率,记录每次透析前后 30min 的上臂血压。

3 结果

透析过程进食组与禁食组患者透析前血压比较,差异没有统计学意义($P<0.05$),但透析过程最低血压与透析前血压的差值,有显著差异($P<0.01$)。见表 2。

表 2 24 例患者进食前后血液透析中血压的变化 ($\bar{X}\pm S$) mmHg

	透析前血压		透析前血压—透析过程最低血压	
	收缩压	舒张压	收缩压	舒张压
进食组	124.7± 17.2	73.1± 8.8	26.4± 8.6	23.84± 4.3
禁食组	125.5± 19.1*	71.9± 10.1*	19.6± 15.1**	16.5± 5.9**

注:与进食组比较,* $P>0.05$,** $P<0.01$ 。

4 讨论

血液透析中低血压是血液透析常见和严重急性并发症,常导致透析治疗不能够正常进行,影响透析质量。临床症状轻重不一,头昏、眼花、出汗、打哈欠、便意、恶心呕吐、乏力、抽筋、嗜睡等是常见表现,一旦发生,应给予高渗盐水、高渗葡萄糖、白蛋白等。进食引起血液透析中低血压发生的机制:血透过程中进食可使胃肠道迷走神经兴奋,分泌大量消化液,腹腔脏器血管扩张,血液于消化系统再分布,导致循环血量与血管容量的比例失调,有效循环血量减少,体循环平均充盈压急剧降低,回心血量减少,心输出量减少,诱发或加重血液透析中低血的发生。所以,在进行血液透析的过程中应少进食,特别有低血压倾向的患者尤为注意。

参考文献

[1]沈清瑞,叶任高,余学清.血液净化与肾移植[M].北京:人民卫生出版社,1999.80~82
[2]张悌梅.血液透析过程中进餐对血压的影响[J].护士进修杂志,1999,14(6):10~11
[3]冯婉娜,谢文,周凤婵,等.禁食对血液透析中发生低血压患者的影响[J].中华护理杂志,2003,38(11):859~860

(收稿日期: 2004-12-08)

择、丝裂霉素及氮烯咪胺等化疗药物的单药有效率都<10%。近来有报道甲磺酸伊马替尼(Glivec,格列卫)通过阻断 KIT 受体抑制酪氨酸蛋白激酶的活性,达到抑制肿瘤生长的目的,是一种有效的生物靶向治疗剂,目前已用于 GIST 的治疗,特别对恶性 GIST 和高危 GIST 的治疗有很好的发展前景。肝脏和腹膜是 GIST 最常见的 2 个转移部位。肝转移患者可进行肝动脉栓塞术或肝动脉栓塞化术,腹膜浸润者腹腔灌注化疗有一定疗效,尤其是腹膜有病灶的患者在姑息性切除术后或腹膜有复发转移者。GIST 术后 5 年生存率为 54%,影响预后的因素有:肿瘤大小、核分裂象数目、细胞异型性、有无出血坏死、有无邻近器官侵犯及远处转移等。本组病例全部予手术治疗,术后均生存,生活质量良好,并在进一步随访中。

参考文献

[1]柳平,那加,王颖,等.胃肠道间质瘤的光镜、免疫组化和超微结构的观察[J].中华病理学杂志,2002,31(3):199
[2]唐军.胃肠运动起搏器—Cajal 间质细胞研究进展[J].国外医学生理、病理学临床分册,2003,23(1):81~83
[3]Lasota J, Jasinski M, Sarlomo-Rikala M,et al. Mutations in exon 11 of c-Kit occur preferentially in malignant versus benign gastrointestinal stromal tumors and do not occur in leiomyomas or leiomyosarcomas[J].Am J Pathol,1999,154(1):53~60
[4]Lewin KJ,Riddell RH, Weinstein WM, et al. Gastrointestinal pathology and its clinical implications [M].New York:Igaku-Shoin,1992.284~341
[5]纪小龙,虞积耀.胃肠道间质瘤[J].诊断病理学杂志,2000,7(1):35

(收稿日期: 2005-03-10)