·专题论坛·

局部进展期胃癌淋巴结清扫的质量化控制

柯彬 梁寒
天津医科大学肿瘤医院胃部肿瘤科 国家恶性肿瘤临床医学研究中心 天津市恶性肿瘤临床医学研究中心 天津市消化系统肿瘤重点实验室，天津 300060
通信作者：梁寒，Email：tjlianghan@126.com

【摘要】 多项临床研究已证实，D_2淋巴结清扫是局部进展期胃癌的标准术式，标准化和规范化的淋巴结清扫是保证手术质量和提高疗效的关键。对局部进展期胃癌淋巴结清扫进行质量化控制时，建议依照第六版《日本胃癌治疗指南》的规定进行D_2清扫；针对No.10、No.13、No.14v、No.16和纵隔淋巴结等D_2清扫范围外的淋巴结，可依照指南和共识的建议，选择性地进行D_2+淋巴结清扫，也可使部分患者获益。目前，局部进展期胃癌手术时联合大网膜切除仍是标准术式，是否保留大网膜仍需更多临床研究结果的验证。胃癌术后规范化的淋巴结送检为术后精准分期奠定基础，建议送检30枚以上的淋巴结以确保精准分期，避免分期偏倚。

【关键词】 胃肿瘤，局部进展期； 根治术； 淋巴结清扫； 质量控制
基金项目：天津市医学重点学科（专科）建设项目（TJYXZDXK-009A）

Quality control of lymph node dissection for locally advanced gastric cancer

Ke Bin, Liang Han
Department of Gastric cancer, Tianjin Medical University Cancer Institute & Hospital, National Clinical Research Center for Cancer, Tianjin's Clinical Research Center for Cancer, Tianjin Key Laboratory of Digestive Cancer, Tianjin 300060, China
Corresponding author: Liang Han, Email: tjlianghan@126.com

【**Abstract**】 Numerous studies have confirmed that D2 lymphadenectomy is the standard surgery for locally advanced gastric cancer. Standardized lymph node dissection plays a crucial role in ensuring surgical quality and efficacy. It is recommended to perform D2 lymph node dissection according to the 6th edition of the Japanese gastric cancer treatment guidelines. For lymph nodes beyond the scope of D2 lymph node dissection, such as No.10, 13, 14v, 16 and mediastinal lymph nodes, selective D2+ lymph node dissection can be performed, which may be advantageous for some patients. Currently, omentectomy is the standard surgical procedure for locally advanced gastric cancer. However, the clinical significance of gastrectomy with preservation of the greater omentum requires further validation through large-scale clinical trials. Standardized *ex vivo* lymph node dissection is important for accurate postoperative staging, and it is recommended to harvest more than 30 lymph nodes to avoid staging deviation.

【**Key words**】 Stomach neoplasms, locally advanced; Radical resection; Lymph node dissection; Quality control
Fund program: Tianjin Key Medical Discipline (Specialty) Construction Project (TJYXZDXK-009A)

虽然近年来，我国胃癌发病率呈缓慢下降趋势，但仍是我国最常见的恶性肿瘤之一。国家癌症中心最新数据显示，我国每年新增胃癌患者超39万人，死亡数超28万，是全球胃癌发病率和死亡

DOI：10.3760/cma.j.cn441530-20231211-00209
收稿日期 2023-12-11 **本文编辑** 卜建红
引用本文：柯彬, 梁寒. 局部进展期胃癌淋巴结清扫的质量化控制[J]. 中华胃肠外科杂志, 2024, 27(2): 148-152. DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20231211-00209.

率最高的国家[1]。由于我国尚未开展胃癌的大规模早期筛查，导致大多数患者确诊时已属进展期，预后不佳[2]。多项临床研究证实，D_2淋巴结清扫是局部进展期胃癌的标准术式[3-4]；淋巴结清扫的质量是影响手术疗效的关键，标准化和规范化则是重要的质量控制指标[5]。目前，主要指南均规定依据不同胃切除范围来进行淋巴结清扫，进展期胃癌应采取D_2淋巴结清扫术，但不同指南对D_2淋巴结范围界定存在争议；另外，针对一些特殊情况，建议进行D_2以上范围的扩大淋巴结清扫。由于缺乏高级别的证据支持，对于D_2+清扫的指征也缺乏统一标准。2022 年，中国抗癌协会胃癌专业委员会制定了《局部进展期胃癌规范化淋巴结清扫范围中国专家共识（2022 版）》（以下简称《共识》），为局部进展期胃癌淋巴结清扫提供指导[6]。本文就局部进展期胃癌淋巴结清扫标准和质量控制并结合本中心经验进行讨论。

一、局部进展期胃癌D_2淋巴结清扫范围的质量化控制

第 6 版日本《胃癌治疗指南》（以下简称《指南》）是目前全球范围内影响力最大的胃癌治疗指南，建议按照指南要求来开展D_2淋巴结清扫手术[7]。远端胃切除时，D_2淋巴结清扫应包括 No.1、No.3、No.4sb 和 4d、No.5、No.6、No.7、No.8a、No.9、No.11p 和 No.12a；全胃切除时，D_2淋巴结清扫应包括 No. 1~No. 7、No. 8a、No. 9、No. 11p、No. 11d 和 No.12a；近端胃切除时，D_2淋巴结清扫应包括 No.1、No.2、No.3a、No.4sa 和 4sb、No.7、No.8a、No.9、No.11p 和 No.11d；当肿瘤侵及食管时，清扫应包括 No.19、No.20 和 No.110。目前，在局部进展期胃癌进行D_2淋巴结清扫时，建议对各组淋巴结 *en-bloc*（整体）切除，各组淋巴结的清扫标准可参考《中国腹腔镜胃癌根治手术质量控制专家共识（2022 版）》[8]。

二、局部进展期胃癌扩大淋巴结清扫的质量化控制

局部进展期胃癌扩大淋巴结清扫范围主要包括 No.10、No.13、No.14v 和 No.16 等，虽然这几组淋巴结不在常规D_2淋巴结清扫范围内，但在某些病例中存在着较高的转移风险，且扩大的淋巴结清扫可改善部分患者的预后。因此，针对一些特定的患者，进行扩大范围的淋巴结清扫可以提高手术疗效。

1. 脾门淋巴结（No.10）清扫：进展期胃癌 No.10 淋巴结清扫指征一直存在争议。JCOG0110 研究结果提示：对于无大弯侧侵犯的胃上部癌，不建议预防性脾切除来进行 No.10 淋巴结清扫[9]。国内一项研究也显示，对于非大弯侧侵犯的近端胃癌，腹腔镜下保脾的 No.10 淋巴结清扫也不能带来患者的生存获益[10]。因此，《指南》仅对侵犯大弯侧的进展期近端胃癌患者建议行 No.10 淋巴结清扫。文献显示，胃上部癌 No.10 淋巴结转移率高于胃下部癌，且当肿瘤分期较晚、胃大弯受侵、直径较大时，No.10 淋巴结转移率高[11-12]。福建协和医院对国内 4 项前瞻性临床研究结果进行汇总分析显示：局部进展期近端胃癌，No.10 转移率为 10.3%；肿瘤位于胃大弯侧、直径>5 cm 的非大弯侧以及 cN+患者，No.10 淋巴结转移高；腹腔镜下保脾的 No.10 淋巴结清扫安全可靠，并可改善患者远期预后[13]。本中心经验认为，对于局部进展期胃中上部癌，当肿瘤>5 cm、侵犯胃大弯侧时，建议行保留脾脏的 No.10 淋巴结清扫；而对于非大弯侧胃癌，No.10 淋巴结清扫指征尚需更多的研究证实，无需常规清扫。

2. 胰头后淋巴结（No.13）清扫：No.13 淋巴结并不在D_2清扫范围内，但当肿瘤浸润十二指肠时，可将 No.13 淋巴结视为区域淋巴结处理。局部进展期胃下部癌侵犯十二指肠时，其转移率可达 26.7%，淋巴结治疗指数达 6.8，超过了部分D_2清扫范围的淋巴结[14]。因此，《指南》推荐胃癌浸润十二指肠时，应行D_2+No.13 淋巴结清扫。本中心回顾性数据显示，局部进展期胃下部癌 No.13 转移率为 9.0%，No.13 淋巴结清扫可改善 pTNM Ⅱ~Ⅲ期患者的预后，因此，对于侵犯十二指肠的Ⅱ~Ⅲ期胃癌，可考虑进行D_2+No.13 淋巴结清扫[15]。由于 No.13 淋巴结位于胰头后方，手术清扫技术要求较高，且当肿瘤累犯十二指肠时，R_0切除率较低。因此，对于累犯十二指肠的局部进展期胃癌，《共识》推荐新辅助治疗后再进行D_2+No.13 淋巴结清扫。

3. 肠系膜上静脉根部组淋巴结（No.14v）清扫：第 15 版日本《胃癌处理规约》将 No.l4v 淋巴结归为区域淋巴结，但并未将其纳入D_2淋巴结清扫范围[16]。由于 No.14 与 No.6 淋巴结相邻，且 No.14v 淋巴结转移患者中不乏长期生存者，因此《指南》在胃下部癌 No.6 淋巴结转移时，推荐D_2+No.14v 清扫[7]。本中心回顾性研究结果显示：局部进展期远端胃癌 No.14 淋巴结转移率为 18.5%，D_2+No.14v 淋巴结清

扫可提高Ⅲb、Ⅲc期患者生存；且No.6和No.4d淋巴结转移是No.14v淋巴结转移的高危因素，No.14v淋巴结转移是影响Ⅲ期胃癌患者的独立因素[17-18]。因此我们认为，对于局部进展期胃癌，不必常规清扫No.14v淋巴结，但对临床评估No.6淋巴结转移的患者，建议进行D_2+No.14v淋巴结清扫；当术前考虑有No.14v淋巴结转移者，建议新辅助化疗后再行D_2+No.14v淋巴结清扫。

4. 腹主动脉旁淋巴结（No. 16）清扫：JCOG 9501研究结果否定了局部进展期胃癌预防性腹主动脉旁淋巴结清扫（para - aortic lymph node dissection，PAND）的价值[19]。但文献报道，对于仅存在No.16淋巴结转移的病例，D_2+PAND可改善此类患者的预后[20]；本中心回顾性研究也得到类似结果[21]。JCOG0405结果显示，对临床考虑No.16淋巴结转移的患者，采取顺铂+替吉奥（CS）方案术前化疗，随后采取D_2+PAND治疗，客观缓解率达65%，R_0切除率为82%，患者5年生存率达53%[22]。基于此，《指南》弱推荐，建议采取CS方案术前化疗后行D_2+PAND的治疗模式[7]。我们认为，对于No.16转移的患者，术前化疗并不能使肿瘤细胞完全消失，联合PAND能使患者获得更好的疗效。近年来，免疫治疗和分子靶向药物在胃癌转化治疗中的应用备受关注，针对No.16转移的病例，经过积极的转化治疗后行D_2+PAND，可能会使更多患者获得根治性切除和长期生存。

三、局部进展期食管胃结合部腺癌纵隔淋巴结清扫的质量化控制

近年来，食管胃结合部腺癌（adenocarcinoma of the esophagogastric junction，AEG）的发病率逐年上升，目前针对Siewert Ⅰ型及Siewert Ⅲ型AEG进行淋巴结清扫已基本达成共识，但Siewert Ⅱ型AEG的淋巴结清扫范围仍备受争议。研究发现，Siewert Ⅱ型AEG纵隔淋巴结转移率与肿瘤侵犯食管的长度密切相关，当侵犯食管长度≤2 cm时，纵隔淋巴结转移率较低；侵犯食管长度为2~4 cm时，下纵隔淋巴结（No.110）转移率较高；而侵犯食管超过4 cm时，上中纵隔的淋巴结转移率增加[23]。因此，第6版《指南》建议，根据食管侵犯长度来确定纵隔淋巴结清扫范围。《共识》推荐，AEG肿瘤侵犯食管<2 cm时，不必清扫纵隔淋巴结；侵犯食管为2~4 cm时，推荐经腹食管裂孔清扫No.110淋巴结；食管侵犯≥4 cm时，推荐经胸入路清扫中纵隔淋巴结[6]。临床工作中建议依照此标准进行纵隔淋巴结清扫的质控。

四、局部进展期胃癌大网膜切除的质量化控制

JCOG 1001研究否定了胃癌手术中行网膜囊切除的意义，但对大网膜切除的必要性并未明确[24]。目前《指南》建议，对于T3及以上的胃癌，标准手术应完整切除大网膜。对于T1和T2的肿瘤，可距胃网膜动脉>3 cm切除网膜，保留结肠侧的大网膜。但是，对局部进展期胃癌是否行大网膜预防性切除仍存争议。日本一项多中心回顾性队列研究结果显示：对于非Borrmann Ⅳ型的cT3~T4胃癌病例切除大网膜和保留大网膜相比，大网膜切除组出血量较多，Ⅲ级以上并发症显著增多（17.5%比10.3%，P=0.016），但两组5年总生存率（77.1%比79.4%，P=0.749）和无复发生存率（73.7%比74.1%，P=0.914）差异并没有统计学意义[25]。多项回顾性研究也得到类似结果[26-27]。这些研究表明，对于局部进展期胃癌，预防性切除大网膜并不能提高患者生存率，反而可能增加手术风险及术后并发症的发生率。日本关于T3以上胃癌患者保留和切除大网膜对比的JCOG1711研究正在进行中。由本中心牵头开展的“大网膜切除在进展期胃癌根治术中临床疗效的Ⅲ期多中心、前瞻性、随机对照研究”（TOP-GC，注册号：NCT04843215）已完成病例入组，初步结果显示，两组间的手术安全性相当，复发及生存数据仍在随访中。现阶段认为，对于局部进展期胃癌手术，联合大网膜切除仍是标准术式。相信随着相关RCT研究结果的公布，可能会对进展期胃癌大网膜切除的指征进行调整。

五、局部进展期胃癌根治术后淋巴结送检的质量化控制

胃癌根治术后淋巴结送检数目对术后准确的pN分期至关重要，淋巴结送检数目越多，阳性淋巴结遗漏的可能性越小，pN分期越准确。Sano等[28]研究认为，对于局部进展期胃癌，术后送检淋巴结数目≥30枚才能达到准确评估患者预后的要求。我国一项多中心回顾性研究也显示，对于术后病理学检查证实有淋巴结转移的患者，送检淋巴结数目≥30枚才能有效地避免分期迁移[29]。2023版中国临床肿瘤学会（Chinese Society of Clinical Oncology，CSCO）指南规定，根治术标本至少应送检16枚淋巴结，为获得更准确的分期，送检淋巴结数目最好>30枚[30]。为了实施胃癌根治术后淋巴结规范送检，国内专家制定了《胃癌根治术标本规范

淋巴结送检及操作中国专家共识(2019版)》,建议胃癌根治术后的标本应在标本离体后、中性甲醛液浸泡前,由外科医师按照胃区域淋巴结分组完成淋巴结的分拣,再由病理科医师完成后续淋巴结固定、包埋、制作和读片等工作[31]。

六、小结

D_2根治术作为局部进展期胃癌的标准手术方式已经成为全球共识,但是D_2清扫的合理范围一直存在争论。在局部进展期胃癌淋巴结清扫进行质量化控制时,建议依照《指南》的规定进行标准化和规范化的D_2清扫;针对No.10、No.13、No.14v、No.16和纵隔淋巴结等常规D_2清扫范围外的淋巴结,可依照《共识》的意见适当地进行扩大范围的淋巴结清扫。目前,大网膜切除是局部进展期胃癌手术的标准,但其临床意义尚不明确,局部进展期胃癌手术中保留大网膜仍需相关临床研究结果的验证。胃癌根治术后淋巴结规范化送检能促进术后精准病理学分期,对保证胃癌根治手术质量具有重要意义。

利益冲突　所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

[1] Zheng R, Zhang S, Zeng H, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2016[J]. J Nat Cancer Center, 2022, 2(1):1-9. DOI:10.1016/j.jncc.2022.02.002.

[2] 中国胃肠肿瘤外科联盟. 中国胃肠肿瘤外科联盟数据报告(2014-2016)[J]. 中国实用外科杂志, 2018,38(1):90-93. DOI: 10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2018.01.20.

[3] Songun I, Putter H, Kranenbarg EM, et al. Surgical treatment of gastric cancer: 15-year follow-up results of the randomised nationwide Dutch D1D2 trial[J]. Lancet Oncol, 2010, 11(5): 439-449. DOI: 10.1016/S1470-2045(10)70070-X.

[4] Degiuli M, Reddavid R, Tomatis M, et al. D2 dissection improves disease-specific survival in advanced gastric cancer patients: 15-year follow-up results of the Italian Gastric Cancer Study Group D1 versus D2 randomised controlled trial[J]. Eur J Cancer, 2021,150:10-22. DOI: 10.1016/j.ejca.2021.03.031.

[5] 梁寒. 局部进展期胃癌的精准淋巴结清扫[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016,19(2):138-143. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2016.02.004.

[6] 中国抗癌协会胃癌专业委员会. 局部进展期胃癌规范化淋巴结清扫范围中国专家共识(2022版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2022,25(4):277-283. DOI:10.3760/cma.j.cn441530-20220322-00111.

[7] Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition) [J]. Gastric Cancer, 2023,26(1):1-25. DOI: 10.1007/s10120-022-01331-8.

[8] 中国医师协会腹腔镜外科医师培训学院, 中国抗癌协会胃癌专业委员会, 中国研究型医院学会机器人与腹腔镜外科专业委员会, 等. 中国腹腔镜胃癌根治手术质量控制专家共识(2022版)[J]. 中华消化外科杂志, 2022,21(5):573-585. DOI:10.3760/cma.j.cn115610-20220328-00170.

[9] Sano T, Sasako M, Mizusawa J, et al. Randomized controlled trial to evaluate splenectomy in total gastrectomy for proximal gastric carcinoma[J]. Ann Surg, 2017, 265(2): 277-283. DOI:10.1097/SLA.0000000000001814.

[10] Lin JX, Lin JP, Wang ZK, et al. Assessment of laparoscopic Spleen-Preserving hilar lymphadenectomy for advanced proximal gastric cancer without invasion into the greater curvature: a randomized clinical trial[J]. JAMA Surg, 2023, 158(1):10-18. DOI: 10.1001/jamasurg.2022.5307.

[11] Sasada S, Ninomiya M, Nishizaki M, et al. Frequency of lymph node metastasis to the splenic hilus and effect of splenectomy in proximal gastric cancer[J]. Anticancer Res, 2009,29(8):3347-3351.

[12] Yura M, Yoshikawa T, Otsuki S, et al. The therapeutic survival benefit of splenic hilar nodal dissection for advanced proximal gastric cancer invading the greater curvature[J]. Ann Surg Oncol, 2019,26(3):829-835. DOI: 10.1245/s10434-018-07122-9.

[13] Zhong Q, Chen QY, Xu YC, et al. Reappraise role of No.10 lymphadenectomy for proximal gastric cancer in the era of minimal invasive surgery during total gastrectomy: a pooled analysis of 4 prospective trial[J]. Gastric Cancer, 2021,24(1):245-257. DOI:10.1007/s10120-020-01110-3.

[14] Kumagai K, Sano T, Hiki N, et al. Survival benefit of "D2-plus" gastrectomy in gastric cancer patients with duodenal invasion[J]. Gastric Cancer, 2018, 21(2): 296-302. DOI: 10.1007/s10120-017-0733-6.

[15] 焦旭光, 梁寒, 邓靖宇, 等. 进展期胃下部癌D2根治术第13组淋巴结清扫的意义[J]. 中华外科杂志, 2013,51(3):235-239. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2013.03.011.

[16] 日本胃癌学会. 胃癌取扱い規約[M]. 15版. 東京:金原出版株式会社, 2017.

[17] Liang Y, Wu L, Wang X, et al. Positive impact of adding No.14v lymph node to D2 dissection on survival for distal gastric cancer patients after surgery with curative intent [J]. Chin J Cancer Res, 2015,27(6):580-587. DOI:10.3978/j.issn.1000-9604.2015.12.02.

[18] Wu L, Zhang C, Liang YX, et al. Risk factors for metastasis to No. 14v lymph node and prognostic value of 14v status for gastric cancer patients after surgery[J]. Jpn J Clin Oncol, 2018,48(4):335-342. DOI: 10.1093/jjco/hyy006.

[19] Sasako M, Sano T, Yamamoto S, et al. D2 lymphadenectomy alone or with para-aortic nodal dissection for gastric cancer[J]. N Engl J Med, 2008, 359(5): 453-462. DOI: 10.1056/NEJMoa 0707035.

[20] Morita S, Fukagawa T, Fujiwara H, et al. The clinical significance of para-aortic nodal dissection for advanced gastric cancer[J]. Eur J Surg Oncol, 2016,42(9):1448-1454. DOI: 10.1016/j.ejso.2016.01.002.

[21] 梁月祥, 梁寒, 丁学伟, 等. N3期胃癌D2联合腹主动脉旁淋巴结清扫对患者生存预后的影响[J]. 中华外科杂志, 2013, 51(12):1071-1076. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2013.12.003.

[22] Tsuburaya A, Mizusawa J, Tanaka Y, et al. Neoadjuvant chemotherapy with S-1 and cisplatin followed by D2 gastrectomy with para-aortic lymph node dissection for gastric cancer with extensive lymph node metastasis[J]. Br J Surg, 2014,101(6):653-660. DOI:10.1002/bjs.9484.

[23] Kurokawa Y, Takeuchi H, Doki Y, et al. Mapping of lymph

node metastasis from esophagogastric junction tumors: a prospective nationwide multicenter study[J]. Ann Surg, 2021, 274(1): 120 - 127. DOI: 10.1097/sla.0000000000003499.

[24] Kurokawa Y, Doki Y, Mizusawa J, et al. Five-year follow-up of a randomized clinical trial comparing bursectomy and omentectomy alone for resectable gastric cancer (JCOG1001) [J]. Br J Surg, 2022, 110(1): 50 - 56. DOI: 10.1093/bjs/znac373.

[25] Ri M, Nunobe S, Honda M, et al. Gastrectomy with or without omentectomy for cT3 - 4 gastric cancer: a multicentre cohort study[J]. Br J Surg, 2020, 107(12): 1640 - 1647. DOI: 10.1002/bjs.11702.

[26] Kim DJ, Lee JH, Kim W. A comparison of total versus partial omentectomy for advanced gastric cancer in laparoscopic gastrectomy[J]. World J Surg Oncol, 2014, 12: 64. DOI:10.1186/1477-7819-12-64.

[27] Sakimura Y, Inaki N, Tsuji T, et al. Long-term outcomes of omentum - preserving versus resecting gastrectomy for locally advanced gastric cancer with propensity score analysis[J]. Sci Rep, 2020, 10(1): 16305. DOI: 10.1038/s41598-020-73367-8.

[28] Sano T, Coit DG, Kim HH, et al. Proposal of a new stage grouping of gastric cancer for TNM classification: International Gastric Cancer Association staging project [J]. Gastric Cancer, 2017, 20(2): 217 - 225. DOI: 10.1007/s10120-016-0601-9.

[29] Deng J, Liu J, Wang W, et al. Validation of clinical significance of examined lymph node count for accurate prognostic evaluation of gastric cancer for the eighth edition of the American Joint Committee on Cancer (AJCC) TNM staging system[J]. Chin J Cancer Res, 2018, 30(5): 477 - 491. DOI: 10.21147/j. issn. 1000 - 9604.2018.05.01.

[30] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会. 中国临床肿瘤学会(CSCO)胃癌诊疗指南 2023[M]. 北京:人民卫生出版社, 2023.

[31] 中国抗癌协会胃癌专业委员会, 中华医学会肿瘤学分会胃肠学组, 中国医师协会外科医师分会肿瘤外科医师委员会. 胃癌根治术标本规范淋巴结送检及操作中国专家共识(2019版)[J]. 中国实用外科杂志, 2019,39(9):881-889. DOI: 10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2019.09.01.

·读者·作者·编者·

本刊文稿中部分常用名词的使用要求

(箭头后为正确用语)

大肠→结直肠
食道→食管
瘘道→瘘管
返流性食管炎→反流性食管炎
胃食管返流→胃食管反流
克隆氏病→克罗恩病
炎症性肠病→炎性肠病
何杰金病→霍奇金病
节段性肠炎→局限性肠炎
应急性溃疡→应激性溃疡
肛皮线→齿状线
提肛肌→肛提肌
横隔→横膈
纵膈→纵隔
尿生殖隔→尿生殖膈
盆隔→盆膈
直肠阴道膈→直肠阴道隔
体重→体质量
体质量指数→体质指数
淋巴腺→淋巴结
探察→探查
化验检查→实验室检查
禁忌症→禁忌证
适应症→适应证
综合症→综合征
指证→指征
机理→机制
机能→功能
机率→概率
记数法→计数法
其它→其他
松驰→松弛
疤痕→瘢痕
石腊→石蜡
肝昏迷→肝性脑病
抗菌素→抗生素
粘膜→黏膜
粘液→黏液
愈合期→恢复期
图象→图像
影象→影像
瘀血→淤血
血象→血常规
血色素→血红蛋白
血液动力学→血流动力学
报导→报道
侧枝→侧支
发烧→发热
份量→分量
成份→成分
浮肿→水肿