

· 论 著 ·

86 例胃体上部溃疡的胃镜及病理诊断分析

毕婉蓉¹, 张玉臣¹, 许树长²

[摘要] 目的 讨论胃体上部溃疡的性质。方法 回顾性分析胃体上部溃疡的胃镜检查资料。结果 86 例病例中, 良性溃疡(innocence ulcer, IU) 占 90.17%, 恶性溃疡(malignant ulcer, MU) 占 9.13%; 随年龄增长, IU、MU 发生部位上移; IU、MU 在胃镜下的性状、部位等因素之间差异无统计学意义($P > 0.05$), 但有性别差异, 男性明显多于女性($P < 0.05$); 胃溃疡(gastric ulcer, GU) 多以小溃疡为主, 其中 15 例溃疡直径 > 2 cm 以 MU 为主, 71 例溃疡直径 ≤ 2 cm 以 IU 为主。结论 进行正规胃镜下钳夹活组织病理检查是提高诊断率的关键。

[关键词] 胃溃疡; 胃镜; 病理检查

[中图分类号] R573.111 [文献标识码] A [文章编号] 1681 - 6676(2008)02 - 0118 - 03

Diagnosis and analysis on 86 cases of ulcer on upside of paunch body with gastro2 scope and pathology

BI Wan2rong, ZHANG Yu2chen, XU Shu2chang. Department of Gastroenterology, Tongji Hospital Affiliated to Tongji University, Shanghai 200092, China

[Abstract] Objective To discuss the habitudes of ulcer on upside of paunch body. Methods Retrospective a2 nalysis was used on gastroscopy data of ulcer on upside of paunch body. Results In 86 cases, innocence ulcer(IU) was 90.17%, malignant ulcer(MU) was 9.13%. With ages increasing, ulcer position was ascending. There was no prominent difference on character and position under gastroscopy in IU or MU($P > 0.05$), but in gender, males were more than females($P < 0.05$). Gastric ulcer(GU) were almost apthae, 15 cases of ulcer s diameter > 2 cm were MU, 71 cases of ulcer s diameter ≤ 2 cm were IU. Conclusion Normal ring clamp under gastroscope for alive tissue pathology examination is key to advance dignosing rates.

[Key words] gastric ulcer; gastroscope; pathology examination

消化性溃疡(peptic ulcer, PU) 是一种消化系统常见病, 溃疡的形成和发展与胃液中胃酸和胃蛋白酶的消化作用有关。约 95% ~99% 的消化溃疡发生在胃或十二指肠, 故又分别称为胃溃疡(gastric ulcer, GU) 或十二指肠溃疡(duodenal ulcer, DU), 也可发生于食管下段, 胃空肠吻合口附近及 Meckel 憩室^[1]。GU 是全球性多发病, 发病率约占总人口的 10% ~12%, 常见于男性, 以青壮年居多, 平均发病年龄为 40 岁, 有报道显示 GU 的癌变率为 5.16%, 因此尽早正确诊断是防止胃癌的發生的重要举措^[2]。为提高胃镜下 GU 的正确诊断率, 我们对 2006 年 7 月 ~2007 年 9 月在同济大学附属同济医院分院内科胃镜及病理诊断胃体上部溃疡的病例资料进行了胃镜及病理分析研究, 总结其胃镜下特点。

1 资料和方法

作者单位: 1 200092 上海, 同济大学附属同济医院分院内科

2 上海, 同济大学附属同济医院消化内科

1.1 一般资料 选择 2006 年 7 月 ~2007 年 9 月在同济大学附属同济医院分院内科胃镜及病理诊断胃体上部溃疡的病例所有资料共 86 例。其中良性溃疡(innocence ulcer, IU) 76 例, 男 65 例, 女 11 例, 平均年龄(28.15 ± 7.15) 岁; 恶性溃疡(malignant ulcer, MU) 8 例, 男 5 例, 女 3 例, 平均年龄(21.15 ± 6.15) 岁。所有溃疡按直径又分为 ≤ 2.10 cm 和 > 2.10 cm 两组。排除肝硬化食管静脉曲张、慢性浅表性及萎缩性胃炎、胃大部分切除术后、心肝肾衰竭者。

1.2 研究方法

1.2.1 GU 诊断标准^[3] (1) 慢性病程, 周期性发作, 常与季节变化、精神因素、饮食不当有关; 或长期服用能致溃疡的药物如阿司匹林等。(2) 上腹隐痛、灼痛或钝痛, 服用碱性药物后缓解。典型胃溃疡常于剑突下偏左, 好发于餐后半小时到 1 ~2 h。疼痛常伴反酸暖气。(3) 基础泌酸量及最大泌酸量测定有助诊断。胃溃疡的基础泌酸量正常或稍低, 但不应为游离酸缺乏。(4) 溃疡活动期大便隐血阳

性。(5) X 线钡餐检查可见龛影及黏膜皱襞集中等直接征象。单纯局部压痛, 激惹变形等间接征象仅作参考。(6) 胃镜检查见胃体上部圆或椭圆、底部平整、边缘整齐的溃疡。可分为: 活动期: 溃疡面为灰白或褐色苔膜覆盖, 边缘肿胀, 色泽红润、光滑而柔软; 愈合期: 苔膜变薄, 溃疡缩小, 其周围可见黏膜上皮再生的红晕; 或溃疡面几乎消失, 其上有极少的薄苔; 瘢痕期: 溃疡面白苔已消失, 变成红色充血的瘢痕; 可见皱襞集中。具备以上(1)、(2)、(5)或(2)、(6)项者可作 GU 诊断。

11212 MU 诊断标准^[4] 有下列情况者列入高危人群:(1) 近期有上腹隐痛不适, 食欲不振, 特别是直系亲属中有明确胃癌病史者。(2) 有明确的消化性溃疡, 但腹痛规律消失或溃疡治疗效果不明显者。(3) 萎缩性胃炎特别是有中度以上腺上皮化生或不典型增生者。(4) 胃息肉病史者, 或曾因各种原因做胃大部切除术后达 5 年以上者。(5) 原因不明的消瘦、食欲不振、贫血等, 特别是有呕血、大便潜血试验持续阳性 > 2 周者。结合胃镜下所见分为四型: 溃疡浸润型、溃疡型、隆起型、糜烂型。

11213 溃疡部位 所有病例溃疡均为胃体上部溃疡。

11214 病理学方法及标准^[5] 所有患者均进行病变部位的黏膜活检, 均于病变部位取胃黏膜组织 3~10 块, 经 10% 甲醛固定, 常规脱水、包埋、切片, HE 染色, 光镜检查。平坦病变于病灶周边黏膜皱襞中断处及中央取材, 溃疡病灶在溃疡边缘及内侧交界处活检, 隆起病变取中心部位及基底部黏膜。各病例均多点取材活检, 送病理科, 鉴定病理类型。

113 统计学分析 全部调查结果及实验数据输入 Excel 数据库, 应用 SPSS 13.10 软件, 均数比较采用方差分析; 计数资料组间频率比较用 Fisher 双侧确切检验; K-S 检验样本均数是否呈正态分布。

2 结果

211 GU 患病率 2006 年 7 月 ~2007 年 9 月我院在 1751 例行胃镜检查患者共检出 PU 502 例(占 28.167%); 其中 GU 327 例(占 65.114%); 胃体上部溃疡 86 例(占 26.129%); IU 78 例(占 9.0170%); MU 8 例(占 9.13%)。

212 GU 部位、直径与年龄、性别关系 见表 1。

表 1 GU 部位、直径与年龄、性别的关系 (例)

年龄段	性别	IU (cm)									MU (cm)					合计				
		前壁		前壁		前壁		前壁		小计	前壁		前壁		合计					
		2	>2	2	>2	2	>2	2	>2		2	>2	2	>2						
22 ~40 岁	男	4 ³	1	3	2	1	0	0	0	11	0	0	0	0	0	1	0	0	1	12
	女	1	0	1	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
41 ~59 岁	男	2	0	5 ³	1	6 ³	1	3	0	18 ³	1	1	0	0	0	0	0	1	3 ³	21 ³
	女	1	1	0	0	2	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
60 ~82 岁	男	13	1	10	0	7 ³	0	4	1	36 ³	0	0	0	1	0	0	0	1	2 ³	38 ³
	女	2	0	1	0	1	0	2	0	6	0	0	0	0	1	0	0	1	2 ³	8
合计		23	3	19	3	18	2	9	1	78	1	1	0	1	1	1	0	3	8	86

注: ³ P < 0.05

21211 GU 各年龄组分布情况 40 岁以下 GU 15 例(IU 14 例, 93.33%; MU 1 例, 6.67%), 41 ~59 岁 25 例(IU 22 例, 88.00%; MU 3 例, 12.00%), 60 岁以上 GU 46 例(IU 42 例, 91.30%; MU 4 例, 8.70%)。三组比较年龄差异有统计学意义(F = 11.602, P < 0.05)。

21212 GU 各性别组分布情况 78 例 IU 中男 65 例(占 83.33%), 女 13 例(占 16.67%); 8 例 MU 中男 5 例(占 62.50%), 女 3 例(占 37.50%)。GU 患

者中无论 IU、MU, 男性明显多于女性(P < 0.05)。

21213 GU 形态及大小 边缘整齐 79 例(IU 77 例, 98.172%; MU 2 例 25.100%), 边缘不整齐 7 例(IU 1 例, 11.28%; MU 6 例 75.100%); > 2 cm 15 例(IU 9 例, 11.54%; MU 6 例 75.100%), 2 cm 71 例(IU 69 例, 88.146%; MU 2 例 25.100%)。IU 与 MU 比较大小差异有统计学意义(t = 0.1983, P < 0.05)。

213 MU 胃镜分型 镜下观察本组中溃疡浸润型 4 例(50%), 溃疡型 2 例(25%), 隆起型 1 例

(1215%), 糜烂型 1 例(1215%)。

214 MU 病理类型 腺癌 5 例(62150%), 低分化细胞癌 1 例(12150%), 印戒细胞癌 1 例(12150%), 黏膜腺癌 1 例(12150%)。

3 讨论

本组资料显示, 胃体上部良、恶性溃疡随年龄增长, 检出率逐渐增高, 40 岁以下 GU 15 例, 41 ~59 岁 25 例, 60 岁以上 46 例。这与文献报告随年龄增长胃溃疡、胃癌发生部位上移、发生率增高一致^[6]。提示对中老年患者行胃镜检查时应仔细观察胃的上部, 以提高诊断率。从本组胃镜下形态学分析发现, 胃体上部溃疡多呈圆形或椭圆形, 与胃窦及胃角部溃疡性状相似, 但该部位溃疡大多较浅, 直径常较前二者大。本组病例中溃疡直径超过 2 cm 者 15 例 (IU 9 例, 11154%; MU 6 例 75100%, 两者差异有统计学意义, $P < 0.05$)。有人认为高位巨型胃溃疡恶性者较多^[7], 本组结果支持这一观点。从资料及表 1 中分析, 我们发现胃体上部 IU、MU 在胃镜下性状、部位等因素之间差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但有明显性别差别, 男性明显多于女性 ($P < 0.05$)。性别差别可能与男性工作压力大、应酬多、饮酒、饮食等生活行为不规律有关。因此, 胃镜检查中不应拘泥于既往传统的良恶性溃疡的鉴别诊断条件, 如溃疡病变的大小、形态、质地柔韧度、蠕动是否减弱或消失以及溃疡治疗是否愈合等, 应适当放宽胃镜活检的范围, 以提高良性特征型恶性病变的检出率。有资料报告胃镜下约有 6% 的胃癌表现为 IU^[8]。本组资料中, 有 2 例胃镜诊断“MU(胃癌)”, 而病理报告“IU”的病例, 也有 1 例溃疡型胃癌、在胃镜下误诊“IU”, 进行正规抗溃疡治疗无效后复查才得以确诊。因此, 我们认为内镜医师掌握良、恶性溃疡的鉴别知识固然重要, 便更应重视正规活组织病理检查。不进行正规活组织病理检查是胃镜下胃癌误诊的重要原因^[9]。IU 与 MU, 胃镜及病理检查符合率在 90% 以上, 胃镜下仔细观察溃疡性状, 作出初步诊断, 及时发现恶性病变至关重要, 同时要注意在溃疡边缘多做几块活检, 提高恶性溃疡检出率, 对疑似病例, 要短期内复查胃镜, 重复活检, 减少恶性溃疡漏诊。我们也认为, 诊断胃体上部 IU 与 MU 时, 胃镜检查必须结合正规活组织病理学检查才能使胃镜诊断更加正确, 对防止漏诊有十分重要的价值。正规

活组织检查的关键在于部位要准确。消化性溃疡活检的部位通常取其边缘, 但我们认为对于中央污秽苔下有“小岛样增生”的溃疡, 除边缘部位外, 中央部位的活检也不可放过; 另外活检不少于 6 块, 且要有深度(即活检块要大)。对于活组织病理高度可疑恶性又不能确诊者, 可进一步做免疫组化、黏液染色和核仁组成区检测, 加强胃癌准确诊断的可靠性^[10]。另外, 早期 MU 存在“恶性周期”, 特别是使用过质子泵抑制剂的患者, 治疗后可能出现假愈合现象, 故对表面粗糙不平、色泽异常、周边黏膜僵硬不自然或黏膜皱襞中断的瘢痕期溃疡, 也应在病灶处多取活检。本组即有 1 例胃镜诊断“IU”病理也未发现异常的病例, 使用洛赛克后 3 个月复诊, 原先溃疡处已基本愈合, 但活组织病理检查却发现癌细胞。所以, 我们认为胃镜下“愈合期良性溃疡”也应在 3 ~6 个月后复查胃镜。因此, 对胃镜下周围黏膜有粗大、紊乱皱襞形成的单发或多发型溃疡, 应高度警惕, 要多处及深位活检, 有条件者可行超声胃镜或 CT 检查, 必要时手术探查。

[参考文献]

- 1 Tarnawski A. Quality of gastric ulcer healing: a new concept. *J Clin Gastroenterol*, 2004, 1: 47 - 56.
- 2 Tovey FJ. Gastric ulcer in China. *J Gastroenterol Hepatol*, 2005, 8 (11): 38 - 42.
- 3 陈灏珠. 实用内科学. 北京: 人民卫生出版社, 2003, 1741 - 1748.
- 4 许国铭. 上消化道内镜学. 上海: 上海科学技术出版社, 2003, 333 - 345.
- 5 Butterworth C, Jr Hatch K, Macaluso M, et al. Folate deficiency and cervical dysplasia. *J Am Med Assoc*, 2004, 2: 138 - 142.
- 6 Schorah CJ, Sobala GM, Sanderson M, et al. Neoplasms of the digestive tract: imaging, staging and management. *Am J Clin Nutr*, 2006, 4 (8): 196 - 213.
- 7 Gregory H, Preston BM. The primary structure of human urogastrone. *Int J Pept Protein Res*, 2005, 14(2): 23 - 33.
- 8 Wilson SD, Horne DW. Molecular biology of gastric cancer. *Clin Chem*, 2006, 9(7): 141 - 151.
- 9 Maehara Y, Sakaguchi Y, Mongucbis, et al. Signet - ring cell carcinoma of stomach. *Cancer*, 2004, 7(4): 130 - 139.
- 10 Tarnawski A, Stachura J, William JK, et al. Quality of ulcer healing: a new, emerging concept. *J Clin Gastroenterol*, 2006, 1(1): 141 - 152.

(收稿日期: 2008 - 01 - 15) (编辑: 齐 栩)