

## 胃镜诊断胃黏膜脱垂365例

田新社, 章振国

田新社, 章振国, 襄樊市康达医院消化内科 湖北省襄樊市 441003  
通讯作者: 田新社, 441003, 湖北省襄樊市, 康达医院消化内科.  
tianxs@xfskdyy.cn  
电话: 0710-3021517  
收稿日期: 2006-09-19 接受日期: 2006-10-18

### Gastrosopic diagnosis of gastric mucosal prolapse: an analysis of 365 cases

Xin-She Tian, Zhen-Guo Zhang

Xin-She Tian, Zhen-Guo Zhang, Department of Gastroenterology, Kangda Hospital, Xianfan 441003, Hubei Province, China

Correspondence to: Xin-She Tian, Department of Gastroenterology, Kangda Hospital, Xianfan 441003, Hubei Province, China. tianxs@xfskdyy.cn

Received: 2006-09-19 Accepted: 2006-10-18

### Abstract

**AIM:** To study the gastroscopic manifestation and its significance of gastric mucosal prolapse.

**METHODS:** According to the clinical symptoms, the gastroscopic manifestations (using Olympus140) of 365 GMP patients were respectively analyzed.

**RESULTS:** GMP was found in the patients of 10 to 80 years old. One piece of AMP was observed in 285 cases, 2 pieces in 60 cases, and 3 pieces in 20 cases. AMP was located at the lesser curvature in 324 cases and the greater curvature in 30 cases, and on the anterior wall in 33 cases and the posterior wall in 48 cases. Re-examination of gastroscopy showed that the site of AMP hadn't changed in 74 cases. A total of 249 cases were complicated with gastritis, 115 with yellow mucus pool, and 67 with esophagitis.

**CONCLUSION:** GMP may be an independent disease, which is the important cause of gastritis and esophagitis.

**Key Words:** gastric mucosal prolapse; diagnosis; gastroscopy; gastritis; esophagitis

Tian XS, Zhang ZG. Gastrosopic diagnosis of gastric mucosal prolapse: an analysis of 365 cases. Shijie Huaren Xiaohua Zazhi 2007;15(9):1027-1029

### 摘要

**目的:** 研究胃黏膜脱垂(gastric mucosal prolapse, GMP)胃镜下表现及其临床意义.

**方法:** 根据临床症状, 回顾性研究365例GMP患者电子胃镜(Olympus140)图像资料.

**结果:** 10-80岁各年龄段均可见GMP; 脱垂黏膜为1条者285例, 2条者60例, 3条者20例; 脱垂黏膜处在小弯侧324例, 大弯侧、前后壁分别为30、33和48例; 74例行胃镜复查脱垂黏膜位置恒定; 伴胃炎249例, 黏液池黄染115例, 食管炎67例.

**结论:** GMP可能为一独立疾病, 同时也可能是导致胃炎、食管炎的重要病因.

**关键词:** 胃黏膜脱垂; 诊断; 胃镜; 胃炎; 食管炎

田新社, 章振国. 胃镜诊断胃黏膜脱垂365例. 世界华人消化杂志 2007;15(9):1027-1029

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/15/1027.asp>

### 0 引言

由于缺乏特异性病理意义的报告和特异性临床症状, 长期以来胃黏膜脱垂(prolapse of gastric mucosa, GMP)未受到足够重视. 近年, 随着胃镜的普及使用, 有关GMP胃镜诊断及胃镜下治疗逐渐引起临床工作者的关注. 现就本院近3 a来胃镜诊断的365例GMP病例进行回顾性分析研究, 并作一报告. 本院胃镜室3 a来在1972例接受胃镜检查的患者中诊断胃黏膜脱垂近400例. 现就其中资料完整的365例进行回顾性分析研究并报告如下.

### 1 材料和方法

**1.1 材料** 我院胃镜室2003-07/2006-06诊断的资料完整的研究GMP病例进行回顾性研究, 除外十二

### ■背景资料

胃黏膜脱垂主要是因为黏膜过于松弛、肥厚、冗长, 在胃蠕动收缩的同时, 将该处的黏膜推送挤压, 因脱离原来的位置而下入到十二指肠引起的, 其临床表现包括, 腹部疼痛、不适、打嗝、烧心, 侧卧时容易疼痛, 没有规律性, 难于掌握和控制.

## ■ 研发前沿

由于缺乏特异性病理意义的报告和特异性临床症状, 长期以来胃黏膜脱垂(prolapse of gastric mucosa, GMP)未受到足够重视。近年, 随着胃镜的普及使用, 有关GMP胃镜诊断及胃镜下治疗逐渐引起临床工作者的关注。

指肠球部溃疡, 变形者, 和合并肝、胆、胰腺疾病的患者。365例中, 男207例, 女158例, 男女之比为1.3:1, 年龄13-79(平均 $44.2 \pm 12.3$ )岁。临床表现: 腹胀246例, 占67.4%; 腹痛220例, 占60.3%; 反酸118例, 占32.3%; 烧心97例, 占26.6%; 并发上消化道出血75例, 占20.5%; 呕吐50例, 占13.7%; 暖气43例, 占11.8%; 恶心10例, 占2.7%。

## 1.2 方法

1.2.1 诊断标准 (1)幽门口关闭时可见一至数条异常粗大胃黏膜皱襞走行, 通过幽门口进入十二指肠球部, 导致幽门口关闭不全; (2)幽门口开全时仍见异常粗大胃黏膜皱襞走行, 通过幽门口进入十二指肠; (3)幽门口变形。

1.2.2 幽门螺旋杆菌(*H pylori*)检测 在胃窦部取材进行快速尿素酶试验及病理HE染色, 两种方法均为阳性者为*H pylori*阳性。

## 2 结果

2.1 年龄分布 <20岁者6例; 21-30岁41例; 31-40岁98例; 41-50岁102例; 51-60岁82例; 61-70岁34例; 71-80岁2例。

2.2 脱垂黏膜条数及位置 1条285例, 2条60例, 3条20例。若为1条以上脱垂黏膜根据所处不同位置分别计入, 若在同一位置则按1例统计。小弯侧324例, 大弯侧30例, 前壁33例, 后壁48例。365例中有74例在4 wk至1 a时再次胃镜检查时与初诊图像比较, 脱垂黏膜仍然存在, 且位置恒定。

2.3 伴随病变情况 脱垂黏膜表面有炎症性改变者有149例, 其中充血101例, 糜烂48例。胃黏膜炎症共249例, 其中胃底炎症29例, 胃体炎症53例, 胃窦部炎症228例。表现为黏膜充血91例, 隆起糜烂49例, 平坦糜烂17例, 黏膜明显红白相间88例, 黏膜变薄, 血管透见22例。合并胃溃疡12例。伴黏液池发黄115例。合并食管炎67例, 其中食道黏膜充血渗出45例, 糜烂14例, 溃疡8例。合并食管癌2例。十二指肠炎28例。十二指肠球部息肉9例。胃息肉8例。

2.4 胃部黏膜病理情况 68例行胃黏膜活检, 其中淋巴细胞浸润13例, 嗜酸性粒细胞浸润12例, 肠化生9例, 非典型性增生6例, 肠化生伴颈部腺体增生4例, 非典型性增生伴颈部腺体增生5例, 淋巴滤泡增殖5例, 黏膜萎缩4例。慢性浅表性炎症10例。*H pylori*阳性者41例, 占11.2%。与X线造影检出比较, 其中66例患者先后行X线钡餐造影检查, 诊断GMP 8例。X线造影与胃镜检查阳性符合率12.1%(8/66)。

## 3 讨论

GMP是指幽门处胃黏膜通过幽门口进入十二指肠的异常改变。1911年由Von Schmiele首先报告<sup>[1]</sup>。发作时临床表现有: 不规则上腹疼痛、饱胀、暖气、恶心、呕吐。症状往往因进食、餐后右侧卧位诱发或加重, 呕吐或左侧卧位减轻或缓解, 抗酸治疗一般无效。严重者可出现幽门梗阻症状及上消化道出血<sup>[2]</sup>, 但其症状缺乏特异性且与其他上消化道疾病症状重叠。其诊断依赖X线钡餐造影或胃镜检查。本组365例主要临床表现为: 腹胀、腹痛、反酸、烧心、上消化道出血、呕吐、暖气、恶性等。与李国庆 *et al*报道相似<sup>[3]</sup>。

GMP的发生原因不是十分清楚。生理变异或窦部黏膜发生炎症、水肿、肥厚及黏膜下层松弛, 导致胃窦黏膜正常活动性丧失, 肥大的黏膜作为异物, 被增强的胃蠕动挤向幽门管形成GMP<sup>[4]</sup>。在上述基础上, 一切能引起胃剧烈运动的原因如精神、机械、烟、酒、茶等刺激均可成为本病的诱因<sup>[5]</sup>。既往GMP多通过X线钡餐造影作出诊断, 线钡餐造影表现为: 幽门增宽, 十二指肠球部基底处呈蕈状、伞状充盈缺损, 也可见粗大的胃窦黏膜经幽门管突至十二指肠球部等征象<sup>[6]</sup>。但临床诊断率不高, 国外检出率1.3%-14%<sup>[2]</sup>, 国内检出率为1.05%-2.03%<sup>[3]</sup>。而作为对上消化道疾病特别是上消化道黏膜改变的观察最有价值的胃镜检查, 诊断GMP的报道却很少。这主要是因为GMP缺乏病理意义的报告, 同时胃镜检查时有诸如溃疡、炎症、肿瘤、萎缩、*H pylori*感染等更多的其他阳性发现, 因而未能引起胃镜医师的足够重视。胃镜检出的上消化道疾病以消化性溃疡为第一位, 其后依次为胆汁反流、恶性肿瘤、息肉、食管静脉曲张、良性肿瘤等<sup>[7]</sup>。随着对GMP认识的提高其检出率可能会上升。

由于内镜检查的直视性, 其对GMP的观察应较之X线钡餐造影更敏感, 更准确。本组资料中有66例先后行X线钡餐造影检查, 诊断为GMP仅8例, 与胃镜检查符合率12.1%。因此胃镜诊断GMP具有方便、快捷、直观等优点, 克服了X线钡餐造影检查的不足<sup>[8]</sup>。胃镜检查过程中, 当窦部收缩时, 胃黏膜形成多条纵行皱襞达到幽门口。很明显, 如何界定正常与异常之间的区别对胃镜诊断GMP至关重要。正常情况下胃收缩时, 到达幽门口的黏膜呈均匀分布, 且胃窦舒张、幽门开圆时, 这些纵行的皱襞都会消失。在GMP患者, 通过幽门的黏膜异常粗大, 与其他黏膜不

对称,且可持续存在,幽门口开全时仍存在,并导致幽门关闭不全.因此,胃镜诊断GMP要点在于:脱垂黏膜较其他正常胃黏膜异常粗大;脱垂黏膜通过幽门口进入十二指肠球部并造成幽门口关闭不全.以此为标准,本组资料在1972例胃镜检查者中检出GMP365例,检出率为18.5%.可见,GMP的存在比较普遍.

既往也有人认为,GMP多为一种可复性疾病,不能作为独立性疾病<sup>[4]</sup>.在本组资料中,74例重复检查的患者其脱垂黏膜继续存在且位置恒定.因此,GMP可能为一独立疾病.

本组资料中,GMP 365例中合并各种胃炎249例,占68.2%,并发慢性胃炎比例很高.推测GMP可能是慢性胃炎的重要病因之一.黏液池发黄115例,占31.5%,GMP也可能是导致肠胃反流的重要原因之一.十二指肠胃反流的发生需要两个前提<sup>[2]</sup>:(1)逆行的十二指肠收缩活动推动十二指肠内容物逆向移动;(2)幽门口关闭不全.任何导致胃肠道动力紊乱和解剖结构异常的因素均可能引起病理性胃黏膜脱垂,导致幽门口关闭不全造成十二指肠胃反流.近年随着胃内24 h pH监测、24 h胆红素检测等检查手段的应用,发现十二指肠胃反流也是慢性胃炎常见原因之一,并且十二指肠胃反流性慢性胃炎的临床特点、病理特点与既往描述的典型的胆汁反流性胃炎有较大的不同<sup>[10-11]</sup>.同时,胆汁反流还可导致胃黏膜的急性损害<sup>[12]</sup>,这与胃黏膜脱垂的临床症状可能有一定联系.并发反流性食管炎67例,占18.4%,发生率也比较高.幽门、十二指肠运动不协调,可使胃排空减慢胃排空延迟可能是胃食管反流病发病的重要因素<sup>[13]</sup>,而GMP导致十二指肠胃反流的过程中可能也延缓了胃的排空,进而引起食管的酸碱反流损害而形成反流性食管炎.有研究显示胆汁反流可能导致Barrett食管发病率上升,从而食管腺癌发生率亦上升<sup>[14]</sup>.这些研究结果提示,我们需要重新认识十二指肠胃反流性慢性胃炎的地位,也需要重视GMP的病理意义.

本组资料中GMP在10-80岁各年龄组均存在,以1条脱垂黏膜居多,有285例,占78.1%,2条、3条依次减少,分别为60例占16.4%和20例占5.5%.脱垂黏膜的多少是否与患者的年龄及病程有关尚有待进一步研究.脱垂黏膜的位置可以

在幽门四壁的任何方向,但绝大多数处在幽门小弯侧,共324例,占74.5%其余依次为后壁48例、前壁33例、大弯侧30例,分别占11.0%,7.6%及6.9%.*H pylori*感染率11.7%与报道相近,推测GMP与*H pylori*感染无关<sup>[4]</sup>.

传统上GMP的治疗以内科保守治疗为主,仅在出现幽门嵌顿或并发上消化道大出血及不能区别其他严重疾病,如肿瘤、多发息肉等情况时可考虑手术治疗<sup>[2]</sup>.近来,采用胃镜下微波、高频电刀治疗GMP的报道较多并取得了较好疗效<sup>[15-17]</sup>.

GMP可能为十二指肠胃反流及相应的慢性胃炎和胃食管反流及反流性食管炎的重要病因.及时诊断GMP并采取相应的针对性治疗,可望提高慢性胃炎、胃食管反流病的治疗水平,应该引起临床医师的充分重视.

#### 4 参考文献

- 1 郑芝田. 胃肠病学: 胃黏膜脱垂症. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 246-248
- 2 于皆平, 沈志祥, 罗和生. 胃黏膜脱垂症. 实用消化病学. 第一版. 北京: 科学出版社, 1999: 547-551
- 3 李国庆, 张明亮. 胃黏膜脱垂症的内镜诊断及其微波治疗体会. 湖南医学 1999; 16: 346-347
- 4 朱元民, 刘玉兰, 张艳. 胃黏膜脱垂与慢性胃炎关系探讨. 胃肠病学和肝病学杂志 2005; 14: 178-180
- 5 陈灏珠. 实用内科学: 胃黏膜脱垂症. 第11版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1752-1753
- 6 潘国宗, 曹世植. 现代胃肠病学: 胃黏膜脱垂症. 北京: 科学出版社, 1998: 1036-1037
- 7 陈世耀, 吴同法, 刘厚钰, 王吉耀, 张善身, 张希德. 十年内镜检查分析. 世界华人消化杂志 1999; 7: 15-17
- 8 江庆丰. 胃镜诊断胃黏膜脱垂症及微波治疗观察与探讨. 医师进修杂志 1999: 44
- 9 朱元民, 张向东, 黄勇, 刘玉兰. 胃黏膜脱垂的内镜表现. 实用医学杂志 2005; 21: 703-704
- 10 朱爱勇, 许国铭, 李兆申, 尹宁, 邹多武. 慢性胃炎患者胃内24小时胆汁监测. 中华消化杂志 2002; 22: 530-531
- 11 林金坤, 曾志荣, 高修仁, 陈为, 胡品津. 十二指肠胃反流与胃黏膜炎症关系探讨. 中华消化杂志 2004; 24: 87-89
- 12 罗和生, 陈敏. 胆汁反流与急性胃黏膜病变. 世界华人消化杂志 2005; 13: 1489-1492
- 13 李林, 杨晓川, 匡安仁, 李力霞, 欧阳钦. 胃食管反流病的胃排空功能研究. 中华核医学杂志 2000; 20: 172-174
- 14 台卫平, 张玫, 罗和生. 胆汁反流与Barrett食管及食管肿瘤. 世界华人消化杂志 2006; 14: 884-887
- 15 周国华, 冷明芳, 周红宇. 内镜下微波治疗胃黏膜脱垂症的临床研究. 中国内镜杂志 2005; 11: 539-541
- 16 沙夕华, 陈建飞. 内镜下治疗胃黏膜脱垂的观察. 山西医药杂志 2005; 34: 233-234
- 17 陈哲, 邹尤宝. 高频电圈套切除法在胃黏膜脱垂中的应用. 广西医科大学学报 2005; 22: 913-914

#### ■同行评价

本文做了胃镜诊断胃黏膜脱垂365例的回顾性临床研究,样本量大,结论可靠,有较高的临床指导意义.

电编 李琪 编辑 王晓瑜