DOI:10.16016/j.1000-5404.1987.01.027

溃疡病胃切除术后慢性残胃炎——143例分析

晏才杰 黄 文 叶桃明（第一附属医院 普外科）
徐采朴 杨宗才 周子成（第一附属医院 消化科）

本文分析143例在我院就诊经胃粘膜活检诊断的溃疡病手术后残胃炎，讨论其临床分型、手术指征与术式选择，并对照466例未经手术治疗的溃疡病合并慢性胃炎的胃镜检查结果以及339例合并胃炎的溃疡病胃切除标本病理检查结果，探讨残胃粘膜炎症的主要特征。

材料与方法

1973年9月至1984年9月在我院就诊经胃粘膜活检诊断的溃疡病术后慢性残胃炎共143例，不包括复发性溃疡、吻合口狭窄、输入袢综合征等。本文分析讨论此143例残胃炎（以下简称残胃组）的临床分型、胃镜主要发现和胃粘膜主要病理检查结果。143例中25例有胆汁性呕吐，其中3例在我院再次手术，本文报告其手术方式与治疗结果。

作者复习了1983年1月至1984年9月间256例未经手术治疗的十二指肠溃疡及1978年5月至1984年9月间220例未经手术治疗的胃溃疡的胃镜与溃疡以外胃粘膜活检报告。256例十二指肠溃疡均合并慢性胃炎（以下简称球溃组），220例胃溃疡中210例合并慢性胃炎（以下简称胃溃组，与球溃组合称溃疡病组）。本文统计溃疡病组的胃镜与活检结果，作为分析残胃炎的对照。

作者还复习了1977年1月至1984年9月间350例溃疡病胃切除标本的病理报告，339例合并慢性胃炎（以下简称切除胃组）。统计切除胃组的胃粘膜切片病检结果（不包括胃溃疡本身的病理），作分析对照参考。

结 果

143例残胃炎，男:女=128:15；年龄22～69，平均44.4（S=4.2）；十二指肠溃疡术后117例，胃溃疡术后26例；Billroth Ⅰ式术后12例，Billroth Ⅱ式术后131例；手术至胃镜活检时间6月～30年，平均6年（S=5）。

临床表现 8例无症状（6%），135例上腹灼痛或隐痛（94%），25例胆汁性呕吐（17%），31例黑便或呕血（22%），32例体重减轻（22%），4例伴轻度倾倒症状（表1）。135例症状性残胃炎中43例系1973年9月～1984年9月在我院胃切除病例，约占同期溃疡病手术总数8%。根据主要症状，本组残胃炎可分为以下四型：（1）无症状型：8例；（2）腹痛型：85例，经常上腹灼痛或隐痛，无一定规律，约⅓夜间加重，常伴恶心、纳差，16例体重减轻5kg以上，2例减轻15kg；（3）出血型：25例，除上腹痛、恶心外，主要表现为长期间断黑便，2例并有间断呕血，12例贫血（Hb<10g%），8例体重减轻5kg以上，7例近期出血者胃镜检查均见胃粘膜糜烂与新鲜或陈旧出血点；（4）呕吐型：25例，除上腹痛、恶心等外，间断出现胆汁性呕吐，多表现为吐黄色苦水2～3口，3例呕吐量较多，为混有胆汁的胃内容物，吐后症状缓解，8例体重减轻，25例胃镜下均见肠-胃反流，2例反流至食道、合并反流性食道炎。

胃镜主要发现 病变多较弥漫，以吻合口周围最明显，多表现为红肿，⅓病例见粘膜糜烂、出血点，少数病例见吻合口周围假性息肉（8%）、缝线残留（11%）与胃内蛔虫（2.8%），肠-胃反流率98%，重度者（33%）胃内有大量胆汁存留或可见胆汁由肠腔向胃腔涌入，轻度者见残胃近吻合口处粘膜黄染或有小量黄色泡沫状液（表2）。胃粘膜活检结果：粘膜萎缩率11%，上皮化生率14.7%（肠上皮化生率9%，幽门腺化生率4.9%，1例鳞状上皮化生），不典型增生率7.6%，炎症活动率15%（表3）。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.n

表1 143例残胃炎的主要症状与临床分型

	上腹痛	体重减轻	出血	呕吐	轻度倾倒
无症状型（8例）	—	—	—	—	—
腹痛型（85例）	85	18	2*	—	3
出血型（25例）	25	6	25	—	—
呕吐型（25例）	25	8	4*	25	1
共　计(143例)	135(94%)	32 (22.7%)	31(22%)	25 (17%)	4 (2.8%)

* 偶有黑便史

表2 143例残胃炎的主要胃镜发现与临床分型

	吻合口红肿	粘膜糜烂	出血点	假性息肉	缝线存留	胃内蛔虫	肠-胃反流 无	轻	重	食道反流
无症状型（8例）	2	—	—	—	—	—	2	6	—	—
腹痛型（85例）	60	27	12	8	10	1	1	63	21	—
出血型（25例）	21	11	10	2	1	—	—	23	2	—
呕吐型（25例）	22	5	2	2	2	—	—	1	24	2
共　计（143例）	105	43	24	12	16	4	3	93	47	2

表3 143例残胃炎的主要粘膜活检结果与临床分型

	萎缩性炎	浅表性炎	慢性炎*	肠上皮化生	幽门腺化生	鳞状上皮化生	不典型增生
无症状型（8例）	—	8	—	—	—	—	—
腹痛型（85例）	11	66(13)	8	9	6	1	7
出血型（25例）	2(1)**	22(6)	1	4	1	—	—
呕吐型（25例）	3	20(2)	2	—	—	—	4
共　计（143例）	16(1)	116(21)	11	13	7	1	11

* 活检标本切片未见粘膜肌层

** 括号内数字指炎症活动期例数

466例未手术溃疡病合并慢性胃炎胃镜检查，胃粘膜糜烂、出血者亦约占¼病例，红肿不明显，仅1例假性息肉，肠-胃反流率56%（重度者2.8%），未发现胃内蛔虫。胃粘膜活检，粘膜萎缩率43%，肠上皮化生率11%（未见幽门腺化生与鳞状上皮化生），不典型增生率8.4%，炎症活动率仅1%，病变主要在胃窦，波及体部者65%，波及底部者不及3%，体底部炎症绝大多数为浅表性，粘膜萎缩仅3例；胃溃组不典型增生率（11%）高于球溃组(5.4%)。

切除胃组339例胃粘膜病检，粘膜萎缩率43%，肠上皮化生率11%（未见幽门腺化生与鳞状上皮化生），不典型增生率2.6%，炎症活动率0.3%，病变主要在胃窦，波及体部者55%（主要为浅表性炎症，仅2例粘膜萎缩）。

讨　论

术后碱性反流性胃炎（PARG)的含义，文献记载不尽一致，或限于同时具备上腹痛、恶心、呕吐症状的病例[1]，或泛指所有症状性残胃炎[2][3]，其发病率为5～35%[4][5]，悬殊很大。活检诊断和临床症状不完全符合，本文将143例残胃炎按临床表现分为无

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.n

症状、腹痛、出血、呕吐四型，似较具体而明确。从表2可看出临床症状与胃镜发现（特别是肠-胃反流量和胃粘膜炎症的活动性）关系密切。无症状型均为轻度吻合口周围炎，肠-胃反流轻或无；呕吐型除明显炎症表现外，绝大多数（24/25）均有重度肠-胃反流；出血型绝大多数（23/25）仅有轻度反流，其主要发现为粘膜糜烂、出血等；腹痛型中3/4的病例肠-胃反流属轻度，1/4属重度。从表3可看出，胃粘膜炎症活动期22例均为症状性残胃炎，而粘膜萎缩、上皮化生、不典型增生等虽仅见于症状性残胃炎，但似与临床症状无明显关系。

肠-胃反流液中的胆酸（特别是游离胆酸）与溶血卵磷脂等可造成粘膜损害、导致炎症[6][7]，炎症的严重程度与反流量呈正相关系[8][9]。本文残胃组胃镜观察反流率为98%，重度33%，明显高于溃疡病组(56%，2.8%）且与临床症状分型相符。可见，在没有条件作同位素闪烁图等无管试验时，胃镜观察反流量是有效方法和诊治依据。

在症状分型的基础上，可结合症状的轻重与反流情况将症状性残胃炎分为轻、中、重三度。例如无体重减轻或贫血、无反流或轻度反流之腹痛型属轻度残胃炎，反之属中度残胃炎；出血型与呕吐型多数属中度残胃炎，但有重度反流且伴有体重下降或贫血时即属重度残胃炎。

溃疡病术后残胃癌发生率约1～2%[10][11][12]。手术后时间超过15年发生率显著上升，超过25年则发生率6倍于年龄对照组[13][14][15]。本组残胃炎术后时间平均6年（S=5），多数在12年以内，尚未发现残胃癌，粘膜萎缩率11%，亦低于文献数据[16]。

对比本文残胃组与溃疡病组胃粘膜病检结果，残胃组粘膜萎缩率（11%）明显低于于溃疡病组（43%）（P<0.0001），但上皮化生率、不典型增生率却很接近。基于粘膜萎缩率与炎症病史时间呈正相关系的事实，若将粘膜萎缩例数看作各病例组的慢性胃炎病史时间参数，计算上皮化生例数／粘膜萎缩例数、不典型增生例数／粘膜萎缩例数两个比值，则发现残胃组上述两种比值均明显大于溃疡病组和切除胃组（表4）。残胃组上皮化生数与不典型增生数相对较大是残胃生理负荷大于全胃以及长期反流性炎症刺激双重因素的结果，提示残胃粘膜癌变的潜在危险性较大，须长期随访。

表4　三组胃粘膜上皮化生-萎缩比值与不典型增生-萎缩比值

	残胃组*（143例）	溃疡病组（466例）	切除胃组（339例）
化生-萎缩比值	21/16，1.321>	70/220，0.318	39/146，0.267（p<0.0001）
肠化-萎缩比值	13/16，0.812>	70/220，0.318	39/146，0.267（p<0.0001）
不典型增生-萎缩比值	11/16，0.688>	39/220，0.177	9/146，0.061（p<0.0001）

* 平均手术后时间=6年（S=5）

症状性残胃炎应以非手术治疗为主，手术只限于症状顽固、经非手术治疗无效并经胃镜检查反流量大者。手术方式以Roux-Y式转流术为首选，输出袢长度以40～50cm为宜[17]，有反流性食道炎者不宜短于60cm[18]；原为Billroth Ⅱ式吻合且输入袢长度达15cm者可选用Tanner-Roux-19术；其它手术如Billroth Ⅱ式改Ⅰ式吻合不能根本解决反流问题，而空肠间置术则因吻合口溃疡发生率高，均已基本不用[19]。文献记载Roux-Y式转流术治疗反流性残胃炎，症状改善者60%，无变化者27%，恶化者13%[20]。我院对症状严重、顽固的3例残胃炎（呕吐型2例、出血型1例）施行了Roux-Y式转流术，2

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.n

例输出袢长40cm，术后随访2～4年，症状完全消失，1例输出袢长30cm，随访3年余，仍有间断上腹痛、恶心与呕吐，胃镜复查仍见多量反流。

参 考 文 献

1. Herrington JL, et al. Ann Surg 1974; 180: 526
2. Beradi RS, et al. Am J Surg 1976; 132:522
3. Van Heerden JA, et al. Am J Surg 1975; 129:82
4. Wickremesinghe PC, et al. Gastroenterol 1983; 84:354
5. Griffiths L, et al. Br J Surg 1974; 61:617
6. Mackie CR, et al. Br J Surg 1981; 68:351
7. Davenport HW. Gastroenterol 1970; 59:505
8. Hoare AM, et al. Gut 1978; 19:163
9. Tolin RD, et al. Gastroenterol 1979; 77: 1027
10. de Hode LR. Br J Surg 1962; 48:512
11. Liavaag K. Ann Surg 1963; 155:103
12. Park GT, et al. Surgery 1954; 44:210
13. Selected Summary. Gastroenterol 1982; 83 :41
14. Stalberg H, et al. Lancet 1971; 11:1179
15. Morgenstern L, et al. Am J Surg 1973; 25 :29
16. Domellof L, et al. Gastroenterol 1977; 73:462
17. Menguy R, et al. Surgery 1978; 84:79
18. Lygidakis NJ. World J Surg 1982; 6:226
19. Schumpelik cV, et al. Scan J Gastroenterol 1984; 19(Suppl 92):227
20. Carlos A, et al. Am J Surg 1985; 150:166

—·新书简介·—

《电子显微镜在临床医学的应用》

《电子显微镜在临床医学的应用》是一本大型临床医学参考书，为广大临床工作者提供了国内外近年来电子显微技术在临床医学应用上的新信息。本书的特点是所提供的资料及图片多为编者多年实践工作所积累，在编写上既注意有新兴理论又能结合临床实际，既可获得新的知识又可作为从事这方面实际工作的一本手册。可供基础医学、预防医学、病理、临床检验以及电镜工作者参考。

全书分上、下两篇，共18章，35万字，300多幅电镜照片。上篇主要介绍正常及病态细胞超微结构、电镜及电镜生物样品制制样技术，专章系列介绍了电镜细胞化学，电镜免疫组化，电镜图像立体定量分析法及X线显微分析等新兴技术；下篇逐章介绍电镜在诊断病毒、肿瘤及各系统主要疾病中的应用。

本书由华西医科大学病理教研室杭振镳及第三军医大学组胚教研室蔡文琴教授主编，参加编写的有洪涛、钟慈声等全国各专业知名专家教授近20人。

本书由重庆出版社出版，预计1987年出版。

（剑 冰）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.n