DOI:10.16016/j.1000-5404.1979.03.011

疣状胃炎（附35例报告）

第一附属医院　徐采朴　袁　玫　刘为纹　杨宗才　吕秀惠

自从纤维胃镜广泛开展以来，更多地发现一种胃粘膜呈疣状隆起，中央有脐窝样凹陷性病变，其名称繁多，诸如持续型糜烂性胃炎、痘疮状胃炎、鲟鱼吸盘样胃炎或陷窝性胃炎等颇不统一。一般认为系糜烂性胃炎的一种类型。1974年佐野量造等[1][3]经过细致的病理组织学研究，命名为“疣状胃炎”，是慢性胃炎的独立类型，并指出其病变以胃窦部为主者，病理特征是幽门腺增生，发生于胃体者，其病理特征为腺颈部上皮增生。此后文献多沿用本名[2][4]。我院2000余例次纤维胃镜检查中发现此病18例，对230例外科切除的胃标本进行复查亦发现此症17例，一共35例，其中慢性萎缩性胃炎、肠上皮化生及间变之发生率较高，与文献报导似有不尽一致处，兹结合文献作一讨论。

一、发病率：各家报告不一（0.2～12.7%）。佐田[1]在5762例窥镜检查中（9510例次）共发现本病551例（9.56%）；多贺等68900次窥镜检查仅发现0.2%；放射线检查发现率为1.7%；Lambert[3]八年内发现251例（占0.91%），其中弥漫性痘疮样胃炎90例（占0.3%）。我院近5年于纤维胃镜检查2000余例次中发现18例（占0.88%），又于230例手术切除胃标本复查中发现17例（占7.3%），说明较为常见。

二、年龄与性别：文献报告各发病部位的男女比值，在幽门前区者为2.45：1，在前庭部者为3.4：1，在胃角及胃体部者1.4：1。Lambert 90例中（胃体为主）男性68例，女性22例。我们内窥镜发现（胃窦为主）男性15例，女性3例，

文献报告各发病部位的平均年龄，在幽前区者为44.5±13.4岁；胃窦部者为50.2±10岁；胃角部者为57±9.7岁；胃体部者为58.8±11.3岁。我们胃镜发现之18例中13例在40岁以上。

文献记述随着年岁之增长，病变部位逐渐向上发展。

三、病程：我们胃镜发现的18例中除2例缺乏明确记录外，其余均有上腹痛病史1年以上者13例，1年以内者3例。

四、分型：（一）按病变部位可分[3]为A型（病变在胃窦部），B型（病变部在胃窦部和胃体部），C型（病变限于胃体部）。Lambert报导的90例弥漫性痘疮样胃炎可能相当于B型。本组35例中仅B型2例，C型1例，其余均属A型。

（二）按病程及组织学分型：根据长期胃镜观察和活检、胃酸测定以及切除胃的组织学研究和X线检查等形态与功能两方面之不同可以分为消失型及持续型。

1．消失型：病变系急性炎症以渗出为主，多数在3个月内（短者在四周内）消失。胃酸分泌平均较持续型者为高，在X线检查下加压可使局部隆起消失。胃镜检查所见特征（图1）为疣状隆起不显著，逐渐移行，中央凹陷浅而宽。此型一般认为是糜烂性胃炎。

2．持续型：系腺上皮过度再生为基础的增殖性病变，长期不消失（有长达45个月以上者）。X线检查时隆起性病变质地较硬，压之并不消失。胃镜所见特征（图1）为隆起较明显而且急峻，中央凹陷面积小而

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

深，边界清楚。此型和消失型不同，称之为“疣状胃炎”[5]似有必要从慢性糜烂性胃炎中独立出来。

持续型疣状胃炎根据肉眼所见形态不同又分为四种亚型（图2），即疣状型（图3、6）、球型（息肉型）、蛇行型(图4）及棍棒型。前两种亚型可发生于胃粘膜各个部位，而后两者多限于胃窦部。我们胃镜所见18例中除蛇行型和棍棒型各1例外，其余皆属疣状型，5例为单发的，13例为多发性的，最多的见有十余个疣状隆起。16例疣状隆起之中央有凹陷，表面有白苔者4例，黄苔及红苔者各2例。疣状隆起中央之凹陷可以反复发生和消失。疣状隆起一般为绿豆或豌豆大小，本组仅1例棍棒型为2×1厘米及1例蛇行型为0.4×1厘米左右，其他约豌豆大小者4例，绿豆大小者12例。胃镜下见表面光滑、色泽与周围粘膜基本上一样。本组一例用甲苯胺兰（2%）直视下喷撒染色法也发现疣状隆起处未着色而顶部凹陷白苔处明显着色。文献亦有报导用甲基美兰染色法，结果中央凹陷及白苔处可着色。

五、病理改变：有报告[2][3]疣状胃炎位于胃窦者主要是幽门腺增生，位于胃体者主要是颈部粘液腺增生。管野晴夫报告胃粘膜的不典型上皮也可呈疣状突起，多由化生的肠腺组成，而且有不典型增生，但很少有糜烂。均位于胃窦。除胃镜活检标本太小不便诊断者外，本组从显微镜观察构成疣状突起的病变可分为四类：①幽门腺增生，10例。②颈部粘液腺增生4例，位于胃体者属于此类，其中2例为多个疣状突起，部分为幽门腺增生，部分为颈部粘液腺增生（图9）。③肠上皮化生、增生，（图5）4例。④除具上述某一类增生外，还伴有粘膜肌层增生，肥厚，纤维组织增生、水肿以及粘膜下血管高度扩张充血等病变，（图5）4例。其中3例同时有前述三种类型的疣状病变。在这一类中有的粘膜已基本恢复正常，但疣状突起仍存，主要由增生的纤维组织形成瘢痕挛缩，使粘膜突起（图8）。因此，形成疣状突起的病变是多种多样的，就是一个病例也可同时有不同类型的病变。在疣状突起的顶部有时可看到糜烂、表面有脱落的坏死细胞及渗出物（图9）。

在疣状突起区伴有肠上皮化生及不典型增生（图7）的共8例，占35例中的24%，其中6例为I级，2例为II级，与管野晴夫报告相近（1/4）。

伴发的病变：本组中十二指肠球部溃疡16例，胃溃疡9例，胃癌1例（多贺报导2%合并胃癌)。伴慢性萎缩性胃炎25例．伴肠上皮化生25例，约各占71%，由于疣状胃炎与慢性萎缩性胃炎伴发率很高，因此就提出一个问题，它是否慢性萎缩性胃炎或慢性浅表性胃炎的病理表现之一？抑或是另一种不同病因引起的病变？Lambert曾对比了弥漫性疣状胃炎与萎缩性胃炎病人胃粘膜中各种免疫细胞的比例，发现IgA、IgM、IgG淋巴细胞数无明显差别，而IgE淋巴细胞在萎缩性胃炎中明显少于疣状胃炎，从而提出疣状胃炎的发病原因与药物等过敏有关，国内[4]报导认为与胆盐反流有密切关系，总之疣状胃炎的病因尚未完全阐明，局限于胃窦部者与弥漫性疣状胃炎可能有所不同。

六、临床表现

（一）症状：上腹疼痛不适最为常见，多贺等报导100例中31%有上腹胀感、26%心窝部痛、3%黑便，28%无症状者胃镜普查中发现。我们胃镜发现之18例中12例上腹有隐痛、11例食欲不振、11例嗳气、7例黑便、4例体重下降、4例腹胀。Lambert认为胃窦部的疣状胃炎较弥漫性疣状胃炎发病率高但症状无特征性。弥漫性疣状胃炎患者症状常类似消化性溃疡，体重下降显著者又象癌肿，他报导90例中63例（70%）有上腹痛，进食后痛缓解的32例，消化不良伴有厌食、恶心但无疼痛或轻微疼痛者28例（31%），47例

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

(52%)有体重下降(5公斤以上者33例,10公斤以上者18例)，胃肠道出血者仅3例。

疣状胃炎患者除上腹压痛外多无其他体征。

(二) X线检查：Lambert⑧报告弥漫性疣状胃炎75例X线检查，有67例异常，胃体纵行皱襞间断性膨大。双重对比法可能发现糜烂性息肉样病变，即在园形或卵园形陷窝中央见有钡点。往往胃窦部发现糜烂性粘膜肿胀，而胃体呈现粗大结节性皱襞。

(三) 胃液分析①：基础胃酸分泌及标准乙氨基吡唑刺激试验结果，消失型胃炎患者此二试验胃酸均高于持续型者，持续型中病变限于胃窦部的又高于胃底部者，疣状隆起中央有凹陷者高于无凹陷者。疣状胃炎消失后基础胃酸分泌较前降低。

七、诊断：主要依靠内窥镜检查。鉴别诊断应包括无蒂息肉，疣状胃炎隆起基底宽、顶端稍尖、且有脐样凹陷，是其特征。此外尚须和Ⅰ型或Ⅱa型早期胃癌、异位胰腺、肌腺病等鉴别⑤。

八、治疗：目前这方面资料很少。Lambert⑧等报导90例弥漫性疣状胃炎，认为发病和免疫机制有关，治疗原则是以抑制肥大细胞脱粒作用及组织胺拮抗剂为基础而粘膜保护剂、抗胆碱能药物均不能缓解症状，据报告色甘酸钠有效，日服80—160毫克共1个月者7例症状迅速缓解，病变好转（胃镜复查）。此外也可用甲氰咪胺 (Cimetidine) 等H_2受体拮抗剂日服1克，据称5例中4例症状显著缓解。本组有1例连服用锡类散一个月后胃镜复查疣状胃炎消失，值得今后继续观察积累更多资料。

九、小结：本文报导疣状胃炎35例，其中71%伴有慢性萎缩性胃炎及肠上皮化生，而且病变部位也以胃窦部为主，故提出疣状胃炎可能是慢性萎缩性或浅表性胃炎之一种表现，而与 Lambert 所报导之弥漫性痘疮样胃炎不尽相同。是否可按胃炎治疗如胃复安、锡类散等试治提出讨论。

主要参考文献

1. 佐田博：ひわゆるタユィボ型びらん性胃炎の研究，日本消化器内视镜学会杂志，16(4):365，1974.

2. 多贺须幸男ほか：疣状胃炎 Gastritis Verrucosa 100例の解析と经过追求成绩，日本消化器内视镜学会杂志，16(6):763，1974.

3. 佐野量造：胃疾患の临床病理，医学书院，1974，P. 154.

4. 崎田隆夫ほか：胃かメラ研修の实际消化管内视镜检查入门，内外医学社 1976，P 13，394.

5. 中村恭一：胃癌的病理 微小癌和组织发生 1972 河南省科学技术情报研究所译.

6. Lambert，R：Diffuse Varioliform Gastitis，Digestion 17(2):159，1978.

7. 管野晴夫：Early Gastric Cancer，P. 257.1972 东京

8. 第二军医大学一院内科消化组：糜烂性胃炎 学习资料(内窥镜专辑)1977年第三期

附图：

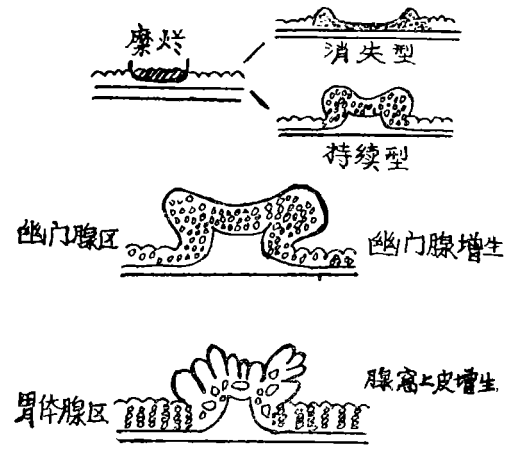


图1

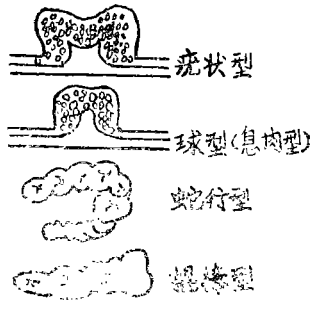


图2

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



图3



图4

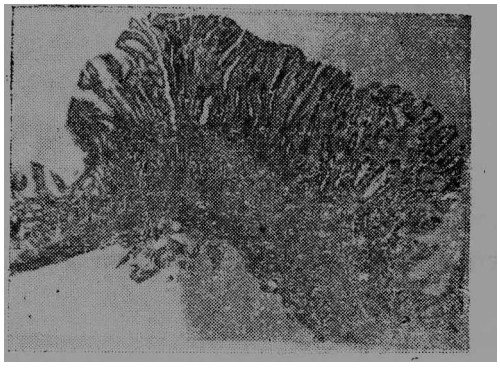


图5　胃窦部疣状突起由肠上皮化生及增生的纤维组织组成

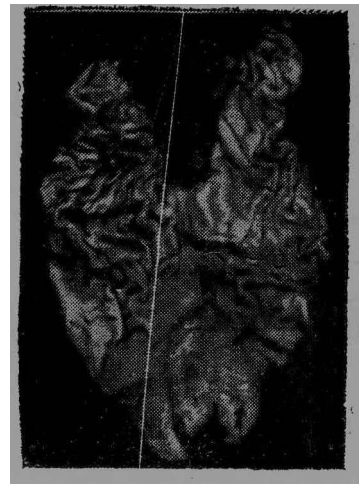


图6　切除胃标本胃窦及胃体交界区有多数疣状突起

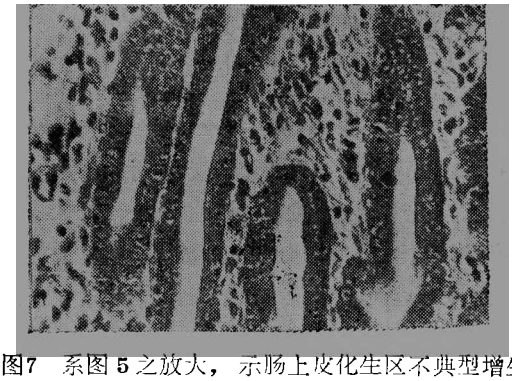


图7　系图5之放大，示肠上皮化生区不典型增生



图8　近胃体区疣状突起中央凹陷区被覆再生粘膜

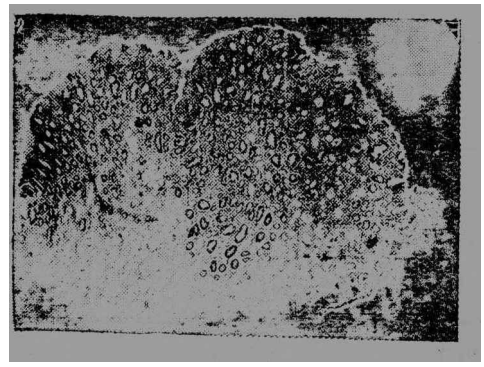


图9　疣状突起，中央凹陷，示颈腺增生

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