

3 种胆汁反流性胃炎的临床与胃镜特征

周雨峡¹, 屠惠明², 乔 峤¹, 杨 帆¹

(1. 苏州大学医学部第四临床医学院, 江苏 苏州 215123; 2. 无锡市第四人民医院 消化内科, 江苏 无锡 214026)

[摘要] 目的: 探讨不同病因所致胆汁反流性胃炎的临床和内镜特点。方法: 分析 267 例胆汁反流性胃炎患者的临床特征及内镜特点, 257 例患者病变部位黏膜组织行病理检查, 所有病例均进行幽门螺旋杆菌(Hp)监测。结果: 胃切除术后所致的胆汁反流性胃炎患者年龄最大, 临床症状明显, 胃镜检查示残胃黏膜胆染显著, 偏金黄色, 炎症反应明显; 胆道疾病所致胆汁反流性胃炎患者年龄较年轻, 无典型临床症状, 胃镜示黏膜胆染面积广泛, 偏黄绿色; 胃动力障碍所致胆汁反流性胃炎患者年龄最小, 最突出的临床症状为上腹饱胀, 胃镜示胆染面积较集中, 偏草黄色; 所有病例中合并 Hp 感染阳性病例较阴性病例临床症状显著, 胃镜下表现胃黏膜炎症反应较重。结论: 不同病因所致的胆汁反流性胃炎的临床及胃镜表现不尽相同, 可为胆汁反流性胃炎的临床诊断、鉴别诊断及治疗提供依据。

[关键词] 胃镜; 胆汁反流性胃炎; 胃切除术后; 胆系疾病; 螺杆菌, 幽门

[中图分类号] R573.34 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2012)06-0684-02

胆汁反流性胃炎发病机制尚不明确, 临床诊断较困难, 尽管胃肠动力监测为临床诊断提供了依据, 但并非“金标准”^[1], 也不易普及, 目前大多根据胃镜及病理学特点来诊断, 因此胃镜下对胆汁反流的观察就显得十分重要, 且不同病因胃中胆汁反流情况在内镜下不尽相同, 但相关报道很少, 现将 2010 年 6 月~2012 年 6 月确诊为胆汁反流性胃炎患者的临床表现与胃镜特征分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 胆汁反流性胃炎 267 例。胃切除术后患者 137 例, 占 51%; 男 101 例, 女 36 例; 年龄 44~86 岁, 平均 67 岁; 病程 3~5 年, 平均 4 年。胆系疾病患者 91 例, 占 34%; 男 26 例, 女 65 例; 年龄 38~88 岁, 平均 56 岁; 病程 1~3 年, 平均 2 年。胃肠道动力障碍患者 39 例, 占 14%; 男 24 例, 女 15 例; 年龄 24~78 岁, 平均 48 岁; 病程 0.5~2 年, 平均 1 年。

1.2 电子胃镜检查 术前禁食、禁水 8 h 以上, 术前 10 min 口服利多卡因及西甲硅油胶浆黏膜表面麻醉并消除上消化道气泡。采用 Olympus GIF H260 型电子胃镜检查至十二指肠降部, 观察食管、胃及十二指肠黏膜的改变, 常规在胃窦部大小弯侧距幽门 2~3 cm 处, 取 2 块组织做组织学检测。

1.3 幽门螺旋杆菌检测 胃镜检查时全部病例行

快速尿素酶试验, 检测 Hp 感染情况。

2 结果

3 种不同病因胆汁反流性胃炎的临床症状见表 1。胃镜特征及 Hp 感染情况: 胃切除术后所致的胆汁反流性胃炎, 胃镜下见胃窦黏膜胆染为金黄色, 较厚, 不易冲洗, 黏膜充血、肿胀明显, 黏液湖呈黄绿色偏黄, 66 例幽门功能丧失者胃镜下表现尤为突出(图 1A); 胆道疾病胆汁反流性胃炎患者胃镜下见胃窦黏膜胆染偏黄绿色, 以绿为主, 黏膜胆染面积广泛, 黏液湖稠厚, 胃窦及胃体下部黏膜红白相间, 黏膜充血、水肿显著(图 1B); 胃动力障碍胆汁反流性胃炎患者胃镜示胆染面积较集中于胃窦区, 偏草黄色, 黏液湖为深黄色, 偏黄为主, 稠腻(图 1C)。胃切除术后胆汁反流性胃炎 Hp 感染 23 例, 胆系疾病所致反流性胃炎 Hp 感染 18 例, 胃动力障碍所致反流性胃炎 Hp 感染 6 例, 所有病例中合并 Hp 感染阳性病例较阴性病例临床症状显著, 胃镜下见胃窦黏膜红白相间、充血、肿胀也较阴性者表现显著(图 1C)。三种胆汁反流性胃炎的病理特征见表 2

3 讨论

胆汁反流性胃炎包括原发性胆汁反流性胃炎



注:A 为胃切除术后胆汁反流性胃炎,B 为胆道疾病所致胆汁反流性胃炎,C 为胃动力障碍所致胆汁反流性胃炎。

图 1 三种胆汁反流性胃炎胃镜图像

Fig. 1 Gastroscopic figures of three kinds of bile reflux gastritis

表 1 三种不同病因胆汁反流性胃炎的临床症状

Tab. 1 Clinical symptoms of three kinds of bile reflux gastritis

胆汁反流性 胃炎病因	恶心、呕吐 [例(%)]	口苦、早饱 [例(%)]	嗝气、泛酸 [例(%)]	上腹胀痛 [例(%)]	上腹饱胀 [例(%)]	便血 [例(%)]
胃切除术后 (137 例)	97 (70.8)	35 (25.55)	28 (20.44)	91 (66.42)	57 (41.61)	9 (6.57)
胆系疾病 (91 例)	13 (14.29)	69 (75.82)	52 (57.14)	33 (36.26)	71 (78.02)	0
胃动力障碍 (39 例)	7 (17.95)	11 (28.21)	22 (56.41)	8 (20.51)	36 (92.31)	0

表 2 三种不同病因胆汁反流性胃炎的病理特征

Tab. 2 Pathological features of three kinds
of bile reflux gastritis

胆汁反流性 胃炎病因	胃小凹异常增生 [例(%)]	炎性细胞浸润 [例(%)]	肠上皮化生 [例(%)]
胃切除术后 (137 例)	112 (81.75)	38 (27.74)	27 (19.71)
胆系疾病 (91 例)	42 (46.15)	67 (73.63)	59 (64.84)
胃动力障碍 (39 例)	9 (23.08)	31 (79.49)	23 (58.97)

和继发性胆汁反流性胃炎,都是由于十二指肠胃反流(DGR)过多的十二指肠内容物(主要由胆酸、溶血磷脂酰胆碱及胰腺分泌液组成)反流入胃,破坏胃黏膜屏障,引起 H^+ 向上皮细胞内反渗造成胃黏膜慢性炎症、糜烂甚至溃疡形成,称为胆汁反流性胃炎(BRG)或碱性反流性胃炎(ARG)^[2]。发生于胃幽门术后过多胆汁反流引起的胃炎称为继发性胆汁反流性胃炎(SBRG),发生在非手术胃的胆汁反流性胃炎称为原发性胆汁反流性胃炎(PBRG)^[3]。幽门是抗胆汁反流的屏障,因此各种原因接受胃部分切除术的患者,由于丧失具有抗反流作用的幽门,胆汁反流是常见的并发症,保留幽门的胃部分切除术后患者胃胆汁反流诱发胃炎的

发生率明显低于传统的胃大部切除术后患者。本研究发现胃切除术后并发胆汁反流性胃炎患者的年龄偏大,临床症状最为突出,幽门切除的胃手术者胆汁反流内镜下表现及病理改变与保留幽门者也不尽相同,程度更重。

胆石症或胆囊功能障碍的患者经常伴有胆汁反流,并且在胆囊切除后更加严重^[4]。一方面由于胆汁连续不断地排入十二指肠,使得空腹时胆汁反流增加,缺乏食物和胃酸中和的胆汁滞留在十二指肠内,为胆汁反流提供了条件;另一方面,胆囊切除术后,血清胃泌素、胆囊收缩素、酪酪肽等胃肠道激素升高,可直接影响胃幽门十二指肠协同运动,肠内压力升高,使胆汁同胰液、小肠液等通过十二指肠的逆蠕动入胃^[5],对胃黏膜造成损害。直接分泌进入十二指肠的胆汁中的次级胆酸、去氧胆酸反流入胃对胃黏膜的损伤更加严重。本研究发现在胆道系统疾病胆汁反流性胃炎中胆囊手术者较非手术者(胆囊炎、胆石症、胆道功能异常等)临床症状明显,内镜下胃黏膜胆染为黄绿色,且更偏绿。

研究显示,神经和内分泌因素对胆囊运动功能及胆汁排出起调节作用^[6],正常情况下,胃十二指肠协调收缩,能有效防止反流发生,但在胃肠动力

(下转第 691 页)

促成严重不良反应的发生。此例导致患者死亡的严重不良反应再次提示中药注射剂成分复杂,不易提纯,出现不良反应不易把握,使用时应小心谨慎。

在临床工作中,为减少药物出现严重不良反应,应严格掌握适应症,合理选择给药途径,能口服给药的,不选用注射给药;能肌内注射给药的,不选用静脉注射或滴注给药,必须选用静脉注射或滴注给药的应加强监测;辨证施治,严格按照药品说明书规定的功能主治使用,禁止超功能主治用药;严格掌握中成药用法用量及疗程,严格按照药品说明书推荐剂量、调配要求、给药速度、疗程使用药品,不超剂量、超滴速和超疗程用药;严禁混合配伍,谨慎联合用药。中药注射剂应单独使用,禁忌与其他药品混合配伍使用;如确需联合使用其他药品时,应谨慎考虑与中药注射剂的间隔时间以及药物相互作用等问题。用药前应仔细询问过敏史,过敏体质者慎用中药注射药。老人、儿童、肝肾功能异常患者等特殊人群和初次使用中药注射剂的患者应慎重使用,密切观察,加强监测。需要长期使用者在每

疗程间要有一定的时间间隔,加强用药监护。用药过程中,应密切观察用药反应,特别是刚开始 5 ~ 30 min,发现异常,应立即停药,对症处理。

3 参考文献

- [1] 韦炳华,陈清. 痰热清注射液的不良反应分析[J]. 中国医药导报,2011(1):134-135.
- [2] 汪洋清. 痰热清药物不良反应报告分析[J]. 中国实用医药,2010(22):130.
- [3] 杨玲,赵玉生. 中药制剂痰热清的不良反应分析[J]. 实用医技杂志,2008(32):4673.
- [4] 刘艾,雷招宝. 痰热清注射液的不良反应及其防治[J]. 中国医疗前线,2008(21):104.
- [5] 王卫东,张振霞. 65 例中药制剂不良反应分析[J]. 实用临床医药杂志,2011(19):138-139.
- [6] 王勤,张敏,王瑟红. 药物不良反应 197 例临床分析[J]. 实用临床医药杂志,2010(24):62-63.

(2012-07-17 收稿,2012-09-20 修回)

编辑:周凌

(上接第 685 页)

障碍时,胃排空延迟、胃电收缩节律紊乱,幽门开放,十二指肠收缩频率和(或)幅度降低,胃幽门十二指肠协调运动及推进性压力减少,逆蠕动增多,则发生胆汁反流,引起胃损伤。当存在精神、工作等压力过大等内在或外在因素时,可导致胃肠动力紊乱或障碍,从而导致胆汁反流,若长期诱因不去除,胃黏膜发生相应的病理改变^[7],本组胃动力异常胆汁反流性胃炎多为年轻患者,精神压力大,睡眠差者,虽然临床症状不典型,但内镜下见胃窦黏膜胆染更加偏黄,甚至部分病例较残胃者黄、腻、厚、稠。

Hp 感染和胆汁反流都与胃黏膜损害有关,胆汁在体内或体外均可杀灭 Hp,在高浓度的胆汁酸作用下可使菌体外形由杆状变成表面带气泡状或球状、最终浓缩呈团块而失去活性。所以胆汁反流性胃炎同时伴有 Hp 感染情况在理论上是难以成立的,但许多资料报道胆汁反性胃炎可同时合并有 Hp 感染,Hp 感染率虽较低,但与组织炎症密切相关^[8]。由于这两种因素均可造成黏膜损伤,所以引起不同程度的内镜下胃黏膜改变,本研究的结果与此类似,部分病例合并有 Hp,推断可能 Hp 感染在前,然后出现胆汁反流并导致 BRG,进一步加重了胃黏膜的损害。

4 参考文献

- [1] 孔建华. 胆汁反流性胃炎的研究进展[J]. 中国实用内科杂志,2009(1):157-159.
- [2] Chan DC, Fan YM, Lin CK, et al. Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy to reduce enterogastric reflux and Helicobacter pylori infection [J]. J Gastrointest Surg, 2007(12):1732-1740.
- [3] 彭伟,范红,周雁,等. 熊去氧胆酸联合多潘立酮治疗原发性胆汁反流性胃炎 156 例临床研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2009(8):732-734.
- [4] Chen H, Li X, Ge Z, et al. Rabeprazole combined with hydrocortisone is effective for patients with bile reflux gastritis after cholecystectomy[J]. Can J Gastroenterol, 2010(3):197-201.
- [5] 张晓慧. 胆囊切除术后胆汁反流性胃炎患者的临床特征分析[J]. 实用临床医药杂志,2011(9):117-118.
- [6] Rehfeld JF, Friis Hansen L, Goetze JP, et al. The biology of cholecystokinin and gastrin peptides [J]. Curr Top Med Chem, 200(12):1154-1165.
- [7] 姚萍,王磊. 原发性胆汁反流性胃炎临床病理特征分析[J]. 解放军医学杂志,2011(5):498-500.
- [8] 顾炜,蔡兵. 梗阴性黄疸大鼠应激时血浆表皮生长因子变化与急性胃黏膜病变关系的研究[J]. 实用临床医药杂志,2012(5):7-9.

(2012-08-27 收稿,2012-10-08 修回)

编辑:周凌