

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.11.10

浅析我院86例颈段食管胃黏膜异位症

张 雁, 李哲华

(番禺区中医医院 内镜室, 广东 广州 511400)

摘要:[目的]总结分析颈段食管胃黏膜异位的临床症状、内镜特点、病理现象及诊治方法。[方法]回顾性研究2009年1月~2015年7月我院总共发现86例患者临床、内镜及病理特点,以及抑酸对症治疗。[结果]咽部酸涩感、吞咽不畅或胸骨后烧灼疼痛感为主要症状;胃镜下可呈现玫瑰-橘红色天鹅绒样斑块,与正常胃黏膜表现无异,但与周围正常的食管黏膜界限明显。NBI(窄带成像技术)观察,呈青褐色,表现多平坦或浅凹陷,可见到圆点状或线状的腺管开口,且边界清晰。病理结果为含有主细胞、壁细胞为主的胃上皮组织组成,与正常胃黏膜结构比较,有腺管萎缩表现。如有不适症状出现,一般的抑酸对症治疗可缓解临床不适症状。[结论]颈段食管胃黏膜异位症可引起咽部酸涩感、吞咽不畅或胸骨后烧灼疼痛感等临床症状,重者可引起溃疡、出血、狭窄等并发症,极少癌变。常规胃镜检查易漏诊,胃镜医师应重视。

关键词:食管;胃黏膜异位症;胃镜检查

中图分类号:R57

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2016)11-0858-03

Analysis of 86 cases of cervical heterotopic gastric mucosa in esophagus

ZHANG Yan, LI Zhe-hua

(Panyu District TCM Hospital, Guangzhou 511400, China)

Corresponding Author: ZHANG Yan, E-mail: 105866320@qq.com

Abstract:[Objective] To summarize the clinical symptoms, endoscopic features, pathological phenomena and diagnosis and treatment of cervical heterotopic gastric mucosa in esophagus. [Methods] From January 2009 to July 2015, we retrospectively reviewed the clinical, endoscopic and pathologic features of 86 patients, as well as symptomatic treatment of acid suppression. [Results] The symptoms of pharyngeal soreness, poor swallowing or burning pain after sternum were the main symptoms. The rosette-orange red velvety-like plaques appeared in the endoscopy, which showed no difference with normal gastric mucosa, but with normal surrounding esophageal mucosa. For NBI (Narrow Band Imaging) observation, it was dark brown, showing more than flat or shallow depression. Dots or linear gland opening could be seen, and the boundary was clear. Pathological results for the main cells, parietal cells consisting mainly of gastric epithelial tissue, compared with the normal gastric mucosa structure, ductal atrophy performance. If symptoms occurred, the general symptomatic treatment of acid suppression could relieve clinical symptoms. [Conclusion] Cervical heterotopic gastric mucosa in esophagus can cause pharyngeal soreness, poor swallowing or burning sensation after sternum. Clinical symptoms can be caused by ulcers, bleeding and stenosis. Conventional endoscopy is easy to make misdiagnosis. Attention should be paid when performing gastroscopy.

Key words: Esophagus; heterotopic gastric mucosa; endoscopy

胃黏膜异位症(Heterotopic gastric mucosal)是一种先天性胚胎残余病变,临床罕见。患者就诊时一般无明显临床症状,偶尔可见咽部酸涩感、吞咽不畅或胸骨后烧灼疼痛感。一般发生在消化管或内胚

层分化形成的器官。常见的部位有:食管(43.41%),十二指肠球部(26.67%),麦克尔憩室(13.50%)^[1]。患者的年龄、性别无显著差异。本病暂无其他检查辅助技术可代替,胃镜检查是唯一可确诊手段。但由于病灶靠近食管开口处,常规胃镜检查时患者呕吐剧烈等原因容易造成胃镜检查时的漏诊,所以该

病暂时发现率还很低。本文总结了本院 86 例患者的内镜、病理特点,以及 NBI 下胃黏膜异位症的特点及其临床治疗,现将其分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2009 年 1 月~2015 年 7 月我院内镜室共收治 86 例颈段食管胃黏膜异位症患者。所有病例操作均由两位资深内镜医师(胃镜操作例数一万例以上)共同完成。检查器械为 Olympus Gif-H260 胃镜,所有患者接受静脉全麻无痛技术后再行胃镜检查。病例筛选标准:符合胃镜检查绝对禁忌症。

1.2 方法

检查前详细询问病史,特别是咽部酸涩感、吞咽不畅或胸骨后烧灼疼痛感等症状。检查前 5 min 服用利多卡因凝胶剂二甲硅油消泡剂,常规鼻导管吸氧及心电监护。检查中根据患者年龄、性别、身高、体重推注适量芬太尼、丙泊酚,待患者进入深度镇静状态可进行胃镜检查。按常规胃镜检查顺序:食管、胃、十二指肠球部及降段,然后缓慢退镜至距门齿 15~23 cm,如发现有异样黏膜斑块,颜色及形态与周围正常的食管黏膜不同时,先启动 NBI(窄带成像技术)观察,然后用灭菌的一次性活检钳对病灶取 2~4 块组织送检。

2 结果

2.1 内镜检查及病理结果

采用奥林巴斯 GIF-H260 行静脉全麻无痛胃镜检查。胃镜下显示食管上段距门齿 15~23 cm,发现有异样颜色黏膜斑块,一般呈橘红色类圆样,数量为单发或双发(常呈对吻状),直径约 0.3~0.8 cm,与周围灰白色正常的食管黏膜界限明显,先启动 NBI(窄带成像技术)观察,呈青褐色,表现多平坦或浅凹陷,可见到圆点状或线状的腺管开口,且边界清晰。然后用灭菌的一次性活检钳对病灶取 2~4 块组织送检。病理结果由含有主细胞、壁细胞为主的柱状上皮组成胃上皮组织,与正常胃黏膜结构比较,有腺管萎缩表现。

2.2 治疗及转归

有吞咽不适、胸骨后疼痛的患者予抑酸对症治疗。如病理结果提示有不典型增生,可采用 APC(氩离子束凝固术)。因本病极少发生癌变,如无特别不适,建议临床随诊。

3 讨论

胃黏膜异位可发生于消化道任何部位,也叫做“嵌入斑块”。该病例较常发生于食管、十二指肠球部等部分,其概率为:食管(43.41%),十二指肠球部(26.67%),麦克尔憩室(13.50%)^[1]。年龄、性别无

显著差异性。胚胎发育过程中,大概 7 周时,胚芽长约 4 cm,食管表面可出现复层纤毛柱状上皮。当胚胎形成 16 周,长约 13 cm 时,食管中段的复层柱状上皮逐渐被复层鳞状上皮替换,并向两端移行,最终完全替换原先的复层柱状上皮。如果此替换过程不完全,会造成胚胎性胃黏膜残留于食管,并且可终生存在。由于大部分残留黏膜无特殊分泌功能,不易产生特殊不适症状,所以不引起人们关注。只有当其发生病变引起不适症状时,才会引起患者重视而就诊。食道上段异位胃黏膜病理组织结构为主要含有主细胞、壁细胞的胃黏膜,因此也可与正常胃黏膜一样有分泌酸的功能。Nakajima 等通过测定食管各点的 PH 值,发现在食管胃交界处 PH 值为 5.6 左右,但当测定异位胃黏膜时,其值骤降至 2.4,继续往上退镜,PH 值达到 8.1,提示病灶黏膜具有分泌酸的功能,且发现 PH 值与病灶面积无关。

有关食管上段异位胃黏膜的并发症很少见,患者的吞咽不适、胸骨后疼痛与病灶的分泌酸功能有关。研究表明,部分食管上段胃黏膜异位症患者可存在幽门螺旋杆菌感染,但幽门螺旋杆菌是否存在与其导致的炎症及炎症的严重程度无明显相关性。其原因可能幽门螺旋杆菌在食管上段异位胃黏膜只是定居而不是致病,也可能是含有消化酶的唾液下咽影响了异位胃黏膜的微环境,以致幽门螺旋杆菌不能发挥其功能与活性。

临床该病例还需要与 Barrett 食管相鉴别。Barrett 食管也可表现为咽部酸涩感、吞咽不畅或胸骨后烧灼疼痛感等。Barrett 食管病因可分为有先天与后天。先天性 Barrett 食管也可由于柱状上皮与鳞状上皮的置换不完全引起的,但只有当此置换不全发生在食管中下段时才叫 Barrett 食管。后天病因为长期而持续的反流性食管炎造成鳞状上皮的损伤,柱状上皮暂时发挥黏膜修复作用,从而取代了鳞状上皮。Barrett 食管胃镜下特点有:①多位于食管中下段,尤其是食管-胃交界处。②形态多样,岛状或舌状。病灶直径一般为 0.2~0.8 cm。颜色常呈橘红色,表面光滑,与正常食管黏膜分界明显。其病理组织诊断学为:①食管柱状上皮的黏膜下层有食管固有腺体或食管腺体导管。②食管柱状上皮可见鳞状上皮岛状残留。③食管柱状上皮部分黏膜肌层呈现两极化。

本文所收集的异位胃黏膜患者全部进行了静脉全麻无痛技术。该技术可以让患者处于一种深度镇静状态,完全消除了患者恐惧、惊慌的情绪,吞咽的生理反射暂时消除,减少了呕吐等干扰因素,让医生可以有充分的时间缓慢退镜,对食道四个壁检查得

更为仔细,减少了漏诊率,使得本次的检出率较高。

本文所收集的异位胃黏膜全部采用 NBI 技术,可更清楚地显示食管胃黏膜异位病变的轮廓,提高靶向活检的检出率,并且 NBI 操作简单,可避免内镜下染色所存在的不足,可区别炎性病变及其它恶性病变。

食管胃黏膜异位症患者如有吞咽困难、胸痛、胸骨后烧灼感等可适当用制酸药对症治疗。据本人临床观察,达喜(铝碳酸镁片)对其有较好的疗效,尤其异位黏膜发生溃疡时。其原理简单归纳为:上调防御因子水平,促进黏膜修复。其他并发症有环咽肌痉挛、狭窄、息肉形成、食管环或蹼的形成、外突性憩室、乳头状瘤形成等。如对症保守治疗无效时可考虑内镜下根治性治疗,如氩离子凝固术(APC)。

总之,本人在内镜检查中发现本病的发病率不低,之前检出率不高,可能与检查者的重视程度不高有关,加上现在有安全的静脉全麻无痛技术支持,NBI 或共聚焦内镜等高端技术的参与,检出率会有

所提高。必要时还可加入内镜下喷洒染色技术,对该病变的诊断提供更加充分的证据。据 Noguchi^[2]报道,至今已有 19 例异位胃黏膜癌变的病例,其中两例是女性,其他临床病理特征如年龄、肿瘤大小、大体形态、分化程度及浸润程度无明显区别。国内暂时没有恶变病例报道。我们胃镜检查医生更应该重视本病的发展,随时发现异形增生,为患者的临床随诊提供客观依据。

参考文献

[1] JACOBS E, DEHOU MF. Heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus: a prospective study of 33 cases and review literature[J]. Endoscopy. 1997, 29: 701—705.

[2] NOGUCHI T, TAKENO S, TAKAHASHI Y, et al. Primary adenocarcinoma of the cervical esophagus arising from heterotopic gastric mucosa[J]. J Gastroenterol, 2001, 36: 704—709.

(上接第 857 页)

[7] 何红梅, 苏 琼. 胃癌根治术后早期肠内外营养应用的比较研究[J]. 重庆医学, 2013, 42(18): 2175—2176.

[8] 王晨光, 傅芬兰, 张鹏程, 等. 全胃切除术后早期肠内外营养的临床研究[J]. 肠外与肠内营养, 2013, 15(1): 30—32.

[9] 赵桂彬, 曹守强, 张 凯, 等. 早期肠内营养对食管癌患者术后免疫功能和临床结局的影响[J]. 中华胃肠外科杂志, 2014, 4(17): 356—360.

[10] 冯 立, 王 峰. 胃癌患者根治术后早期肠内营养的临床观察[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2014, 21(3): 325—329.

[11] 孙金利, 祝国莲. 早期肠内营养支持对胃癌术后患者

营养状况和临床结局的影响[J]. 中国实用医刊, 2013, 40(1): 55—56.

[12] 徐文龙, 罗森飙, 范 敏, 等. 胃癌根治术后早期肠内营养支持的临床疗效研究[J]. 中国现代医生, 2013, 51(2): 25—27.

[13] 戴江峰, 王文强. 117 例胃癌术后早期营养支持的临床分析[J]. 浙江创伤外科, 2013, 18(1): 303—305.

[14] 骆永春, 唐大年, 周 雪, 等. 老年胃肠道肿瘤住院患者营养风险筛查和营养支持调查分析[J]. 中华老年医学杂志, 2014, 33(3): 85—87.

[15] 黄 彪, 王琦三. 早期肠内和肠外营养对胃癌病人术后免疫功能影响的系统评价[J]. 肠外与肠内营养, 2014, 21(1): 35—38.