

上消化道功能性消化不良的临床和 X 线诊断

秦来浦 张芹

(山东省肥城市中医院 肥城 271600)

关键词 功能性消化不良 临床症状 X 线诊断

中图分类号 R445.4

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2005)02- 0061-02

功能性消化不良是指一种病因未明, 无器质性或全身性疾病,以胃为主的一组消化不良的症候群。以慢性持续性或反复发作性为特点,是消化道内科的常见病、多发病。我们收集了 2000~2004 年 300 例 X 线钡餐诊断为此病的病例,结合临床症状作进一步分析。

1 方法和材料

使用 GETU-41 胃肠机, 青岛产双重造影干混悬剂 II 型及产气粉。配制钡剂浓度为 180%~200%W/V,总液量 150mL 左右。采用立位多体位服钡观察食管,压迫器轻压观察胃内情况。然后卧位翻转,观察,必要时服产气粉。全程均在电视图像及录像下观察和摄片。

300 例中,男性 142 例,女性 158 例;年龄 5~65 岁。其中 126 例先胃镜检查未发现器质性病变,6 个月内又钡餐检查; 174 例先钡餐检查又胃镜检查均未发现器质性病变。300 例病人均经临床和实验检查均未发现其他病变。全部病例均有不同程度消化道症状,主要表现为腹痛、腹胀、反酸、嗝气、纳差、恶心等症状,病程在 1~30 个月。

2 结果

X 线表现与临床症状相对应关系见表 1。

表 1 X 线征象与临床症状的相对应关系

X 线征象	临床症状	例数	百分比
空腹胃滞留征	返酸、嗝气、纳差	149	49.6
胃呈无力型	腹胀、纳差	122	40.6
胃蠕动波浅少	腹胀、嗝气、纳差	260	86.6
胃排空迟缓	腹胀、纳差	272	90.6
十二指肠返流	腹痛、嗝气	65	21.6
十二指肠郁积症	腹胀、腹痛	26	8.6

及是否合并有严重的癌前疾病和癌前病变来决定^[4]。病灶境界清楚,笔者认为切缘 2~3cm 即可;境界不明显,分化程度差、切缘应在 3cm 以上。为保证切缘阴性,术中冰冻切片是必要的。对浅表扩散型及多灶性胃癌宜行全胃切除术。对于早期胃癌的淋巴清扫范围,我们的原则是:粘膜内癌、分化程度好、病灶直径 <4cm,可作 D1 或 D2-;粘膜下癌、分化程度差、病灶直径比较大、凹陷型则作 D2 手术。

明确癌灶部位大小是合理手术治疗的前提,微小早期癌,特别是“一点癌”,术中尽管有术前胃镜定位描述,仍无法触摸到肿块,此时需切开胃壁仔细寻找病灶,必要时借助冰冻切片来准确病灶部位和大小。本组中有 11 例借助此法才明确诊断。术内镜下行病灶部位的美蓝染色对于指导手术选择切除范围也有帮助^[5]。

对早期胃癌术后是否需要辅助化疗,我们的做法是对于 IB 期病人常规行 MF 方案化疗,并根据病人的具体情况作相应的药物调整。对年龄较大的胃部不适的患者,扩大胃镜检查指征,是提高早期胃检出率的有力措施,改善胃癌低生存

3 讨论

功能性消化不良在临床中很常见,在 X 线检查中往往只重视有无器质性病变,而功能性病变常被忽视,引不起临床医生的重视。据资料证明,功能性消化不良占消化道门诊病人的 1/3 以上。在临床检查中,上消化道检查方法很多,但上消化道钡餐检查为首选方法,它既能显示上消化道形态和结构的变化,又能动态观察其功能的改变,如蠕动、排空、返流、逆蠕动。随着对胃肠运动生理学的进一步认识和近年来胃动力药物的研发,X 线钡餐检查诊断功能性消化不良成为热门的话题。

通过 300 例胃功能性改变的观察发现,功能性消化不良的发病基础主要是运动功能障碍。X 线表现为无蠕动波可见、蠕动波浅少、排空迟缓、十二指肠逆蠕动和空腹胃滞留液存在,说明其与自主神经有密切关系。自主神经功能异常影响了整个消化道动力异常,产生运动功能紊乱,出现消化道功能性变化。

胃排空功能的评定是上消化道功能性改变 X 线诊断的主要依据。胃排空主要受蠕动的强弱、胃肠道的张力、幽门功能、胃内钡剂粘稠度和口服总量的影响。同时自主神经的病变也影响胃窦、幽门和十二指肠的协调运动,继而影响了胃的排空。此外,胃排空与当时病人的精神状态有着密切的关系。本组 300 例以服钡后 0.5h、1.5h、3h 胃排空情况观察,1.5h 排空不足 50%、3h 未排空者均为排空迟缓。健康人在消化期间,常表现为始于胃和小肠上部,并向胃肠远端移行特征性。消化间期周期性的移动性复合运动,功能性消化不良病

率的现状。

参考文献

[1]林言箴.进一步提高胃癌治疗水平的几个关键问题[J].中华消化杂志,1991,11(6):311~312

[2]Nishi M, Ishara S,Nakajima T,et al.Chronological Changes of Characteristics of early gastric cancer and therapy: Experience in the cancer institute hospital of Tokyo 1950~1994 [J]. J cancer Res Clin Oncol,1995,121(9~10):535~541

[3]Secondo F, Paolo M, Franco R,et al. Risk factors for lymph node metastases and their prognostic significance in early gastric cancer for Italian research group for gastric cancer [J].Japan J Clin Oncol, 2001,31:495~499

[4]王舒宝.从胃癌手术的历史演变探讨胃癌的现代外科治疗[J].中国实用外科杂志,1999,19(6):371~373

[5]徐峰,刘华,许春进,等.内镜下黏膜色素染色和结扎治疗术对早期胃癌的诊疗价值[J].中国内镜杂志,2004,10(1):11~13

(收稿日期: 2004 - 12 -08)

132 例老年性消化性溃疡的临床分析

曾德珍

(贵州省人民医院急诊科 贵阳 550002)

关键词 消化性溃疡 老年人 并发症 内窥镜检查 临床分析

中图分类号 R 573.1

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2005)02- 0062-01

老年性消化性溃疡 (PUA) 是指年龄在 60 岁以上的消化性溃疡,老年性消化性溃疡随着寿命的延长而有发病率升高的趋势,对该病特殊的表现,临床上须加以重视。现将我院近年住院治疗的老年性消化性溃疡临床症状特点加以总结分析如下:

1 临床资料

2002 年 3 月~2004 年 3 月,经内镜诊断的老年性消化性溃疡 132 例作为老年组,其中男 74 例,女 58 例;平均年龄为 66.7 岁;其中胃溃疡为 51 例,十二指肠球部溃疡 81 例。同时随机抽取同期 60 岁以下经内镜诊断为消化性溃疡 100 例 (其中十二指肠球部溃疡 52 例,胃溃疡 48 例) 作为对照组。平均年龄为 39.7 岁,男女比例 3.8:1.2。

2 结果

老年性消化性溃疡与对照组的主要症状、首发症状、并发症及内镜下特点的结果见表 1~4。

表 1 主要症状对照						例 (%)	
上腹痛	腹胀	呃气	烧心	食欲不振	呕吐	无症状	
老年组 76(57.57)	12(9.1)	40(30.39)	13(9.84)	13(9.84)	10(7.58)	15(11.36)	
对照组 98(98)	4(4)	50(50)	41(41)	6(6)	11(11)	0(0)	

注:2 组相比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 2 首发症状对照						例 (%)	
上腹痛	腹胀	呃气	烧心	食欲不振	穿孔	出血	梗阻
老年组 72(54.54)	7(5.30)	2(1.51)	1(0.76)	1(0.76)	6(4.55)	26(19.97)	7(5.30)
对照组 97(97)	2(2)	2(2)	1(1)	1(1)	1(1)	6(6)	1(1)

注:2 组相比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 3 并发症对照				例 (%)	
消化道出血	穿孔	幽门梗阻	癌变	合计	
老年组 58 (43.94)	19 (14.39)	6 (4.55)	6 (4.55)	89 (67.5)	
对照组 24 (24)	9 (9)	5 (5)	2 (2)	40 (40)	

注:2 组相比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 4 胃内镜下表现对照						例 (%)	
n	幽门	胃窦	胃角	胃体	贲门及胃底	球部	
老年组 51	3 (5.88)	13 (25.49)	15 (29.41)	13 (25.49)	7 (13.73)	81	
对照组 48	5 (10.42)	20 (41.67)	16 (33.33)	6 (12.5)	1 (2.08)	52	

注:2 组相比较差异显著, $P<0.05$ 。

3 讨论

老年性消化性溃疡的发病率在近 10 年来有不断上升的

趋势,新加坡的报道显示,1990~1992 年的发病率为 1962~1968 年的 2 倍^[1],且十二指肠球部溃疡与胃溃疡的发病率同时增高^[2],这可能是由于老年人消化道各部位的血流量明显低于非老年人^[3],致粘膜防御能力下降有关。

本资料显示老年性消化性溃疡的症状多不典型,其上腹部痛的出现及程度较对照组少且轻,老年组为 57.57%,对照组为 98% ($P<0.05$);且以腹痛为首发症状就诊者,老年组仅为 54.54%,而对照组为 97% ($P<0.05$)。老年性消化性溃疡中无症状者 (包括以出血、穿孔、梗阻及其它疾病就诊者) 为 11.36%,而对照组中为 0 ($P<0.05$)。这可能与老年人神经末梢感觉迟钝,症状易被其他伴随症状掩盖有关^[4],且老年人常伴有各种慢性疾病,这些疾病使老年患者出血后易产生严重的并发症,是消化道出血的诱因^[5]。

老年性消化性溃疡的并发症发生率高,Freston 报道半数以上的老年性消化性溃疡以出现并发症 (且以出血为主) 为就诊原因^[2]。本组中老年组并发症的发生率为 67.5%,其中出血为 43.94%,与此报道相吻合。本资料显示胃溃疡的发生部位随年龄增高而由幽门向贲门转移,老年组高位溃疡发生率为 13.73%,而对照组仅为 2.08%,且男性大于女性。

老年性消化性溃疡症状不典型,易延误诊治,常使溃疡面增大,出血率增高,且内科疗效差,再出血、穿孔机率高,进而增加了手术的机率。老年性消化性溃疡的这些特点就要求我们在对待老年患者时应提高这方面的意识,认真总结经验,提高诊疗水平。

参考文献

[1]TM Ng.Pepticulcer disease in the elederly in Singapore [J].Journal of Stroenterology and Hepatology,1994,9:278~280
[2]Freston Ms ,Freston Jow.Petic ulcer in the elderly unique feactures and mangement[J].Geriatricas,1990,45(1):39~45
[3]李兆国.老年性胃溃疡粘膜血流量和粘膜电位的变化[J].老年学杂志,1991,11 (4) :234~236
[4]王淑英.慢性胃炎患者幽门杆菌抗体检测及意义[J].西安医科大学学报,1994,15 (4) :400~401
[5]余勇.老年性消化性溃疡的临床分析[J].现代诊断与治疗,2000,11 (5) :123~124

(收稿日期: 2004 -08 -28)

人症状的出现,可能是其移行性复合运动异常产生的。
本组 300 例上消化道功能性改变的 6 种 X 线征象,既互相联系,又互为因果,常合并出现。如果病人出现上述临床症状,再结合 X 线钡餐检查,同时排除其他可引起此症状的疾

患,X 线就可诊断功能性消化不良,提示给临床医生给予相应的治疗。

(收稿日期: 2004 - 10 -08)