

残胃病变与胆汁反流及幽门螺杆菌感染相关性临床研究

刘逸群

(江西省横峰县中医院 横峰 334300)

摘要:目的:分析残胃病变与胆汁反流及幽门螺杆菌感染的相关性。方法:对 48 例残胃病变的临床资料进行分组研究。结果:48 例残胃病变中 HP 阳性者 17 例,感染率 35.4%。伴胆汁反流组 HP 感染率 14.3%,不伴胆汁反流组 HP 感染率 65.0%,两组间差异性显著($P<0.05$)。术后 5 年内组 HP 感染率 20.0%,术后 5 年以上组 61.1%,两组间差异性显著($P<0.05$)。毕氏 I 式术后 16 例,胆汁反流率 25.0%,毕氏 II 式术后 32 例,胆汁反流率 75.0%,两组比较有显著差异($P<0.05$)。结论:胆汁反流及 HP 感染是残胃病变的重要因素,HP 感染可能是毕氏 I 式术后残胃病变的主要病因,而胆汁反流是毕氏 II 式术后残胃病变的主要因素。

关键词:残胃;胆汁反流;幽门螺杆菌感染;相关性

中图分类号:R 573

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.016

胃大部分切除后的残胃常发生残胃炎、吻合口炎,甚至发展成残胃癌。残胃病变除与胆汁反流有关外,HP 感染也是重要因素。我院对 48 例残胃病变的患者进行临床检测分析,以探讨残胃病变与胆汁反流及幽门螺杆菌感染关系,并指导临床治疗。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 48 例均为胃大部分切除术后的病例,其中男 38 例,女 10 例;年龄 21~65 岁,平均年龄(38 ± 5)岁。全部病例均因消化性溃疡出血或穿孔而行胃大部分切除术。行毕氏 I 式 16 例,毕氏 II 式 32 例;术后时间为 8 个月~6 年,平均 2.36 年,其中 5 年内 30 例,5 年以上 18 例;术后发生残胃炎及吻合口炎 36 例,残胃及吻合口溃疡 9 例,残胃癌 3 例。

1.2 诊断标准 残胃炎、吻合口炎:残胃和(或)吻合口黏膜充血、水肿、糜烂,触之易出血,结节状增生。吻合口溃疡、残胃癌:符合消化性溃疡或胃癌诊断标准,结合胃镜和病理检查结果。胆汁反流:胃镜下见残胃腔内大量胆汁存留,或见黄色泡沫状胆汁由肠腔涌入胃内,残胃和吻合口黏膜充血显著,黏膜发红。

1.3 临床症状 上腹部烧灼感,胀痛,反酸,恶心,呕吐,呕血,黑便,纳差,消瘦。48 例均经电子胃镜复查及病理切片检查。

1.4 检查方法 所有病例均采用电子胃镜检查,检查过程中注意残胃黏膜变化。在距吻合口 2~3cm 处取残胃大小弯处黏膜各 1 块标本,1 块做快速尿素酶试验,另一块送病理学及 Giemsa 组织学检查,其中任一项阳性均认为 HP 感染。同时吻合口处黏膜取 2 块标本,送病理学检查。

1.5 统计学处理 用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 残胃病变与 HP 感染的关系 48 例残胃病变中 HP 阳性者 17 例,阳性率 35.4%,其中残胃炎及

吻合口炎 HP 阳性率 27.8%(10/36),残胃及吻合口溃疡 HP 阳性率 55.6%(5/9),残胃癌 HP 阳性率 66.7%(2/3)。前者与后者比较有显著差异($P<0.05$),提示 HP 感染可加重残胃炎的炎症程度,促进溃疡的形成或复发,甚至可致残胃癌变。

2.2 手术方式与胆汁反流、HP 感染的关系 胆汁反流共 28 例。48 例残胃病变中毕氏 I 式术后 16 例,胆汁反流率 25.0%(4/16),毕氏 II 式术后 32 例,胆汁反流率 75.0%(24/32),两组比较有显著差异($P<0.05$)。残胃病变中残胃炎及吻合口炎胆汁反流率 58.3%(21/36),残胃及吻合口溃疡胆汁反流率 55.6%(5/9),残胃癌胆汁反流率 66.7%(2/3)。胆汁反流组 HP 感染率 14.3%(4/28),无胆汁反流组 HP 阳性检出率 65.0%(13/20)。术后 5 年内组 HP 感染率 20.0%(6/30),术后 5 年以上组 61.1%(11/18),两组间差异性显著,有统计学意义($P<0.05$)。提示胆汁反流在毕氏 II 式术后较毕氏 I 式容易发生,且随着术后时间延长越容易发生,胆汁反流可能是毕氏 II 式术后残胃炎的主要病因,而伴胆汁反流者 HP 感染率明显降低。

3 讨论

胃大部分切除术后残胃病变发生比较多见,术后残胃炎及吻合口炎发病率可达 95.0%^[1]。本组病例发生率亦较高,达 75.0%(36/48)。现已明确 HP 感染与慢性胃炎、溃疡病、胃癌及胃 MALT 淋巴瘤发病密切相关,在全球范围内有一半人口感染 HP^[2]。目前认为残胃病变的发生与胆汁反流及 HP 感染有密切关系,文献报道残胃的 HP 感染在 25%~71%之间^[3]。而本组 HP 感染率为 35.4%,较自然人群感染率低,引起 HP 感染率低的原因可能是因为手术切除了 HP 的主要定植部位——胃窦,并影响幽门及其支配神经,破坏了幽门、胃窦以及十二指肠的正常生理功能,导致胃排空延迟及胃肠道逆蠕动增加。反流液中胆汁酸在非离子化亲脂状态下能进入黏膜细胞,并在那里积聚,引起细胞膜及其紧密连接

中西医结合治疗糖尿病周围神经病变 30 例临床观察

徐红梅 滕涛

(山东省泰安市中医医院 泰安 271000)

摘要:目的:观察中西医结合对糖尿病周围神经病变的治疗效果。方法:在基础降糖的前提下,将临床诊断为糖尿病周围神经病变的 60 例患者随机分为两组,其中对照组 30 例,予弥可保肌注;治疗组 30 例,予弥可保肌注,并给予中药活血通络合剂;两组均以 1 个月为 1 个疗程,连用 2 个疗程。结果:经临床观察,治疗组在改善临床症状、提高神经传导速度方面均优于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗糖尿病周围神经病变的疗效优于单纯西药治疗。

关键词:糖尿病周围神经病变;中西医结合疗法;弥可保;活血通络合剂

中图分类号:R 587.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.017

糖尿病周围神经病变是严重影响糖尿病患者身体健康最常见的慢性并发症之一。近年来,随着糖尿病发病率的急剧升高,糖尿病周围神经病变的发病率也呈明显上升趋势^[1]。本病病情复杂,痛苦较大,严重影响患者的生活质量。目前对糖尿病周围神经病变的治疗虽然有降糖、B 族维生素营养神经、改善微循环等综合治疗方案,但疗效仍不够满意。笔者于 2007 年 3 月~2009 年 3 月运用活血通络合剂合并弥可保治疗糖尿病周围神经病变 30 例,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例均为泰安市中医医院内分泌科门诊及住院患者,随机分为治疗组 30 例与对照组 30 例。治疗组男 17 例,女 13 例;年龄 33~67 (50.73±7.54) 岁;病程 3~20(8.55±2.17) 年。对照组男 14 例,女 16 例;年龄 31~65(48.57±7.33) 岁;病程 3~21(8.63±3.14) 年。两组病例一般资料比较,无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 全部符合 1999 年 WHO 制定的糖尿病诊断标准,确诊为 2 型糖尿病。糖尿病周围神经病变诊断标准(参考 1993 年上海全国糖尿病慢性并发症专题会议糖尿病周围神经病变的诊断标准):

的损伤^[4],破坏了胃黏膜屏障,同样也可破坏 HP 的细胞膜,产生抑制和杀灭作用^[5]。

残胃不同手术方式引起胆汁反流及 HP 感染率差异很大,本组病例中毕氏 I 式术后 16 例,胆汁反流率 25.0%,毕氏 II 式术后 32 例,胆汁反流率 75.0%;伴胆汁反流组 HP 感染率 14.3%,不伴胆汁反流组 HP 阳性率 65.0%,两组间差异性显著 ($P<0.05$)。原因可能是:(1)反流的胆汁提高残胃内 pH,不利于 HP 的生存;(2)反流的胆汁损伤胃黏膜,并破坏 HP 细胞膜;(3)胆汁酸可抑制 HP 的生长。

综上所述,胆汁反流及 HP 感染是残胃病变的重要因素,残胃 HP 感染与胆汁反流有明显相关性。

(1)糖尿病病史;(2)两肢呈对称性感觉障碍、麻木刺痛、烧灼痛、腿疼痛、痛温觉减弱、触觉异常、腱反射减退;(3)运动障碍主要表现为肢软乏力,手、足肌肉麻痹或萎缩;(4)神经传导速度测定:运动神经传导速度(MNCV)及感觉神经传导速度(SNCV)均显著减慢。

1.3 治疗方法 基础治疗:所有患者采用糖尿病饮食和合理的体育锻炼,口服降糖药物或给予胰岛素治疗以控制血糖。对照组在基础治疗基础上予弥可保注射液 0.5mg 肌注,每日 1 次。治疗组在基础治疗基础上予弥可保注射液 0.5mg 肌注,每日 1 次,并给予中药活血通络合剂(熟地、当归、赤芍、鸡血藤、川芎、丹参、水蛭、全蝎、黄芪、桑枝、牛膝等)每次 200mL,每日 2 次。两组均以 1 个月为 1 个疗程,连服 2 个疗程。

1.4 观察指标 观察治疗前后两组临床症状、神经传导速度及血脂变化。

1.5 统计方法 计量资料用($\bar{X} \pm S$)表示,比较采用 t 检验;计数资料比较用 χ^2 检验;临床等级资料比较用 Ridit 分析。操作均在统计软件 SPSS13.0 上进行, $P<0.05$ 为有统计学意义, $P<0.01$ 为有显著统计学意义, $P>0.05$ 为无统计学意义。

HP 感染可能是毕氏 I 式术后残胃的主要病因,而胆汁反流是毕氏 II 式术后残胃病变的主要因素。毕氏 II 式术后较毕氏 I 式术后胆汁反流发生率高,伴胆汁反流者 HP 感染率明显降低。

参考文献

[1]张正坤,郭进华.胃次全切除术后残胃病变的内镜分析[J].中华消化内镜杂志,2000,17(2):113
[2]赵景涛,刘玉兰.消化内科学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2000.40
[3]朱云华.返流性胃炎与幽门螺杆菌相关胃炎[J].内镜,1993,10(3):148
[4]Arroyo AJ,Huyghe WA.Entergastic refluxmimicking gallbladder: detection,quantitation and potential signifcancee [J].Nuel Med Technol,1999,27(3):207-214
[5]庄彦华,沙瑞华,付浩然.残胃炎与幽门螺杆菌感染[J].中华消化内镜杂志,1999,16(2):117

(收稿日期:2010-03-10)