

## 短篇报道

## 胃窦部慢性炎性肉芽肿一例

魏江平 朱忠福 鲍坤旺

患者, 男性, 43岁, 因上腹部饱胀不适, 伴恶心、呕吐、低热1周入院。呕吐物为胃内容物, 量少, 呈非喷射性, 不伴有返酸、暖气, 既往有胆石症病史, 否认肝炎、肺结核病史。体格检查: 体温36.5℃, 血压18/11kPa, 血象正常, 腹部平坦, 未见胃肠型及蠕动波, 腹壁柔软, 未触及明显肿块, 肝脾肋下未触及肿大, 腹部无压痛及反跳痛, 叩诊无移动性浊音, 听诊肠鸣音正常。电子胃镜示胃窦后壁大弯侧粘膜粗糙、不平感, 局灶隆起, 分界欠清, 活检组织软, 蠕动差, 胃窦稍变形, 拟诊为胃窦部癌待排。上消化道钡餐示胃窦部略变形, 胃窦大弯侧近后壁粘膜平坦光滑, 明显留钡(俯卧位), 仰卧位时胃窦大弯侧可见一较大结节样腔内突起, 胃窦部大弯侧略僵硬、蠕动波减少, 小弯侧边缘不光整可见切迹, 十二指肠球部变形, 幽门管痉挛, 2h后复查胃内钡剂排空不足20%(图1、2), 诊断: ①胃窦部大弯侧占位性病变, 以平滑肌瘤可能性大并幽门不全梗阻; ④慢性胃窦炎; ④十二指肠球部溃疡。CT平扫示胃窦部胃腔呈偏心性狭窄, 胃窦部胃壁明显增厚约2cm, 以大弯侧为主, 且表面(粘膜、浆膜面)不甚光滑, CT值为39HU; 胆囊小边缘不甚光滑, 且胆囊密度增高(图3), 诊断为: ①胃窦癌; ④慢性胆囊炎。手术所见: 腹腔无渗液, 胃窦部见一个大小约4.0cm×4.0cm×3.5cm的肿块, 质地较硬, 与肝脏、十二指肠粘连, 周围有网膜附着, 肝十二指肠韧带粘连、水肿, 界线不清, 分离后可见少许脓苔, 胆囊萎缩大小约4cm×2cm×2cm, 壁增厚, 未见结石, 周围大网膜包裹。术中冰冻病检4次均为胃窦部平滑肌肉瘤, 术后病理切片检查示胃壁幽门处平滑肌结构紊乱, 纤维组织增生, 淋巴细胞弥漫性浸润, 周围系膜脂肪组织纤维化, 淋巴细胞浸润; 胆囊壁纤维化, 肉芽肿形成, 诊断: ①胃幽门平滑肌萎缩、退行性变、纤维化及慢性炎症; ④萎缩性胆囊炎。

## 讨论

据文献参考<sup>[1]</sup>胃炎分为急性胃炎和慢性胃炎, 慢性胃炎多

由急性胃炎过渡而来, 慢性胃炎可分为慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎和慢性肥厚性胃炎。慢性浅表性胃炎可累及胃的各部位, 以胃窦部受累最常见, 病理变化: 肉眼观病变多为多灶性或弥漫性, 局限于某一处的则很少见, 病变粘膜充血、水肿, 表面有灰白或黄白色粘液性渗出物覆盖, 有时伴有小出血点或糜烂; 镜下见粘膜浅层有炎性细胞浸润, 粘膜浅层水肿、小出血点或表浅上皮坏死脱落或被新生的胃上皮细胞代替, 病灶周边粘膜正常或轻微炎性细胞浸润。慢性萎缩性胃炎是在浅表性胃炎的基础上发展而来的, 病理改变为胃粘膜萎缩变薄, 腺体减少或消失。慢性肥厚性胃炎的病变特点是粘膜肥厚, 皱襞加深变宽呈脑回状。本病例的特殊之处在于炎症累及胃壁全层及胃周围脏器形成广泛粘连, 胃粘膜的炎症较轻, 粘膜下胃壁的炎症较重伴明显的平滑肌纤维组织增生、周围肠系膜脂肪组织纤维化。这种病理改变只有在慢性穿通性溃疡的病例中才可能见到, 而在慢性胃炎病例中是非常罕见的, 故此胃镜、钡餐、CT和病理均误诊, 鉴于这种情况, 通过再次详细追问病史, 患者陈述在此次发病的1个月前曾做过胆囊结石体外超声波碎石术, 作者认为本次发病是由于体外碎石时超声波造成局部胃壁损伤、诱发感染所致, 该病例不仅病变的部位、累及的范围, 而且致病的病因都有其特殊性。胃炎的致病因素通常为急性应激、药物、缺血、胆汁返流和幽门螺杆菌感染。超声波所致胃壁损伤并感染, 目前国内尚未见报道。超声波体外碎石术是一种去除结石的有效方法, 但是这种方法的运用需要操作人员具备良好的技能, 如果定位不准确则可能导致邻近组织或脏器的损伤, 出现并发症, 给患者造成不必要的痛苦, 尤其是胆囊结石的体外碎石术应慎用。

## 参考文献

- 1 武忠弼主编. 病理学(第2版). 北京: 人民卫生出版社, 1986. 219-221.

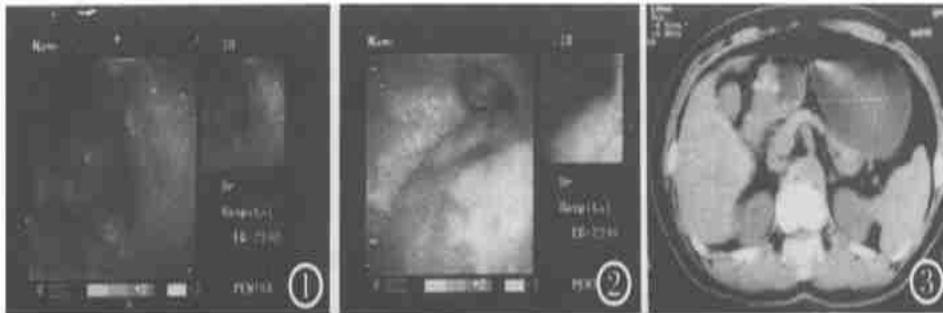


图1、2 胃窦部变形, 胃窦大弯侧见一结节样腔内突起, 粘膜平坦, 胃窦大弯侧略僵硬、蠕动波减少。图3 胃窦部胃腔呈偏心性狭窄, 大弯侧胃壁增厚达2cm, 胆囊壁增厚。

(1999-03-22 收稿)