

假性贲门失弛缓症 4 例

许卫兵

江苏省如东县人民医院内科,江苏 如东 226400

【关键词】 贲门失弛缓症;诊断

【中图分类号】 R573.7

【文献标识码】 D

【文章编号】 1009-3257(2004)03-0033-01

1 临床资料

例1,男,65岁,进行性吞咽困难2个月伴胸痛、呕吐。2个月前因胃窦癌行手术切除,术后病理为低分化腺癌,侵及浆膜层,伴区域淋巴结转移。查体:神志清楚,消瘦貌,锁骨上淋巴结未及肿大。心肺(-)。腹平坦,上腹部见一长约15 cm手术疤痕,愈合佳,无压痛,肝脾肋下未及,腹水征(-)。双下肢无水肿。血常规:白细胞 $5.6 \times 10^9/L$,中性0.56,淋巴0.44,红细胞 $3.23 \times 10^{12}/L$,血红蛋白10.6 g/L,血小板 $102 \times 10^9/L$ 。肝肾功能均正常。上消化道钡餐提示:近端食管扩张,食管下段呈鸟嘴样或笔尖样逐渐狭窄,其边缘光滑。拟诊:贲门失弛缓症,胃癌手术后病变。胃镜示:贲门失弛缓症,胃癌复发。病理报告:(胃底部)低分化腺癌。上腹部CT:肝胆脾未见异常,腹腔淋巴结肿大。综合分析病史诊断为假性贲门失弛缓症,胃癌复发。

例2,男,73岁,进行性吞咽困难、呕吐半年。既往体健。查体:神清,消瘦貌,锁骨上淋巴结未及肿大。心肺(-)。腹部凹陷,剑突下压痛(+),肝脾肋下未及,腹水征(-)。双下肢无水肿。上消化道钡餐提示:近端食管扩张,食管下段呈鸟嘴样或笔尖样逐渐狭窄,其边缘光滑。拟诊:贲门失弛缓症,慢性胃炎。第一次胃镜示贲门失弛缓症,贲门炎,慢性浅表性胃炎。病理报告:(贲门)粘膜慢性炎。行内镜下贲门扩张术,术后症状好转,但10天后再次加重。第二次胃镜检查,见食管内有大量食物及粘液,给予冲洗及反复抽吸,在贲门狭窄

处进行深挖式活检。胃镜诊断为贲门失弛缓症,贲门癌不能排除。1周后病理报告(贲门)粘膜腺癌。诊断:假性贲门失弛缓症,贲门癌。

例3,男,54岁,进行性吞咽困难、恶心、呕吐2个月。既往体健。查体:神清,消瘦貌,锁骨上淋巴结未及肿大。心肺(-)。腹部凹陷,剑突下压痛(+),肝脾肋下未及,腹水征(-)。双下肢无水肿。上消化道钡餐提示:近端食管扩张,食管下段呈鸟嘴样或笔尖样逐渐狭窄,其边缘光滑。拟诊:贲门失弛缓症,慢性胃炎。胃镜诊断:贲门失弛缓症,贲门炎。病理报告:(贲门)粘膜慢性炎。患者在上海某医院外科行手术治疗,术中发现腹膜间皮瘤,累及食管下段及贲门,术后3个月死亡。最终诊断为假性贲门失弛缓症,腹膜间皮瘤。

例4,女,58岁,乏力、消瘦3个月伴吞咽困难1个月。既往体健。查体:神清,消瘦貌,锁骨上淋巴结未及肿大。心肺(-)。腹部平坦,肝肋下2 cm可及,脾肋下3 cm可及,腹水征(-)。双下肢无水肿。B超示脾肿大,腹腔淋巴结肿大。上消化道钡餐示贲门失弛缓症,慢性胃炎。当地医院疑诊贲门癌转至我院。胃镜示食管腔扩大,贲门狭窄,粘膜光滑,内镜通过有阻力。考虑贲门失弛缓症。CT示肝脾肿大,腹腔淋巴结肿大。考虑淋巴瘤。血常规:白细胞 $4.6 \times 10^9/L$,中性0.46,淋巴0.55,红细胞 $3.03 \times 10^{12}/L$,血红蛋白9.6g/L,血小板 $122 \times 10^9/L$ 。肝肾功能正常。骨髓象示增生性贫血。给予CHOP(环磷酰胺+阿霉素+长春新碱+泼尼松)方案化疗,吞咽困难明显缓解,考虑淋巴瘤引起假性贲门失弛缓症。

双幽门1例

薛来提 艾则木

新疆喀什地区第二人民医院内镜室 新疆 喀什 844000

【关键词】 双幽门;胃镜检查

【中图分类号】 R573.6;R573

【文献标识码】 D

【文章编号】 1009-3257(2004)03-0033-01

患者男,50岁,维吾尔族,反复出现上腹部烧灼样疼痛3年,饥饿时诱发,进食后稍缓解,伴纳差、恶心、间断呕吐,发病以来体重下降12 kg。曾做上消化道钡餐示慢性胃炎,门诊治疗尚有效(具体不详)。半个月前上述症状再发而来我院就诊。胃镜示(图1):胃窦小弯侧见2个幽门,2个幽门之间相距约1.2 cm,正幽门大于副幽门,形态相似呈卵圆形,呈开放状态,见肠液反流;内镜从正幽门进入十二指肠球部和降部,活检钳从副幽门口进入能从正幽门口显示;胃窦小弯前壁近副幽门口处可见0.8 cm × 0.3 cm的条状溃疡,幽门口

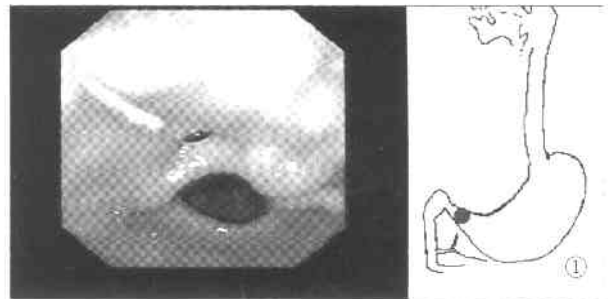


图1 电子胃镜下见双幽门

周围粘膜轻度充血水肿。考虑为先天发育异常而形成正副双幽门,由于幽门关闭不全,肠液反流,导致附近溃疡形成,引起临床症状。

【收稿日期】2004-02-08

2 讨论

贲门失弛缓症临床上不太常见,其临床特点是早期间歇性或一次性吞咽困难,暴饮暴食、过热过冷饮食时发作,有时进流食时也有吞咽困难、反胃、呕吐及胸痛,根据病程的长短及病变发展的不同阶段,所产生的症状以及轻重程度也不相同,结合上消化道钡餐及胃镜检查,诊断不难^[1]。当恶性细胞浸润或肿瘤环绕压迫食管远端可形成假性贲门失弛缓症^[2],其临床特点与贲门失弛缓症具有相似之处,上消化道钡餐及胃镜有时无法鉴别。其不同点有:病史较短;吞咽困难呈进行性或发展较快;贲门失弛缓症的狭窄一般位于膈影以下,少见胃泡,胃镜较易通过;假性贲门失弛缓症的狭窄可位于膈影以下或以上,并多见正常胃泡,胃镜不易通过

^[3]。当临床上遇到短期内吞咽困难进行性加重的贲门失弛缓症时,要考虑是否为贲门癌、胃癌及淋巴瘤等累及贲门及食管下段所致。为了防止误诊,应仔细询问病史及观察钡餐征象、胃镜下粘膜征象,有时可以使用CT、B超及超声内镜检查进一步明确或定期随访,甚至可行手术探查及治疗。

【参考文献】

1. 李辉.食管功能障碍性疾病[M].北京:人民卫生出版社,1999. 81~93.
2. 孟宪镛,黄介飞,杨大明.实用消化病诊疗学[M].上海:世界图书出版公司,2001.8.
3. 吴咏冬,宗晔,王惠吉,等.酷似贲门失弛缓症的胃癌一例[J].中华内科杂志,2001,40(12):846.

【收稿日期】2004-02-15