

网络出版时间:2016/1/28 14:23:10 网络出版地址: <http://www.cnki.net/kcms/detail/34.1065.R.20160128.1423.040.html>

慢性胃炎内镜表现与胃癌前病变检出能力分析

李楠¹, 张磊¹, 胡咏梅^{2,3}, 罗玲玲¹, 许建明^{1,3}

摘要 目的 探讨慢性胃炎内镜表现与病理诊断胃癌前病变的相关性。方法 收集 574 例接受内镜检查的慢性胃炎患者,比较内镜表现(红斑、出血、糜烂、白相为主)与病理结果,分析其诊断的灵敏度和特异度。结果 内镜表现红斑、出血、糜烂、白相为主不同程度检出黏膜萎缩、肠上皮化生和上皮内瘤变,其中白相为主诊断中-重度黏膜萎缩、肠上皮化生和低级别上皮内瘤变特异度最高,且其联合糜烂或出血内镜表现后诊断灵敏度提高。结论 当慢性胃炎内镜下表现为白相为主,尤其是合并出血或糜烂时,予以病理活组织检查,有助于胃癌前病变的检出。

关键词 内镜; 螺杆菌; 病理; 胃炎

中图分类号 R 573.3

文献标志码 A **文章编号** 1000-1492(2016)03-0403-03

慢性胃炎为临床常见疾病^[1],随着慢性非萎缩性胃炎(non-atrophic gastritis, NAG)疾病进展,出现胃黏膜萎缩、肠上皮化生(intestinal metaplasia, IM)、上皮内瘤变时,胃癌发生的风险明显升高。如何通过白光胃镜观察发现病灶并予以活检至关重要。各内镜表现与病理诊断的符合率一直存在争议,该研究通过内镜表现与病理诊断的比较,旨在提高内镜癌前病变的检出。

1 材料与方法

1.1 病例资料 收集 2012 年 10 月~2014 年 10 月就诊于安徽医科大学第一附属医院接受胃镜检查患者,纳入标准:① 年龄大于 18 岁;② 结合症状及病史拟诊为慢性胃炎患者;③ 同意内镜及活检检查。排除标准:① 2 周内服用抑酸剂、胃黏膜保护剂、抗生素;② 长期口服抗凝剂或 NSAIDs 类药物;③ 伴有心血管、肝、肾等严重疾病患者;④ 胃肿瘤、胃手术史、消化道出血病史;⑤ 合并精神疾病或严重神

经官能症患者;⑥ 不能主观表达不适症状者。所有患者签署知情同意书。

1.2 内镜检查 观察内镜黏膜红斑(弥漫或多斑点的黏膜发红)、出血、糜烂(包括平坦型和隆起型)、白相为主 4 种表现并统计,选择 ϕ 为 5 mm 内镜活检钳,全(或半)开活检钳垂直胃黏膜取材 2 块(即胃体和胃窦各 1 块),标本达到黏膜肌层,不同部位标本分开瓶装,标明取材部位^[1-2]。

1.3 病理诊断 病理组织包埋注意黏膜方向,确保观察到黏膜全层,采用悉尼系统直观模拟评分法^[1],将慢性炎症、黏膜萎缩、IM 等组织学变化分级,包括无、轻、中、重。单纯胃窦部位活检检出黏膜萎缩为胃窦萎缩,单纯胃体部位组织活检检出黏膜萎缩为胃体萎缩,胃窦和胃体均检出黏膜萎缩为全胃萎缩。

1.4 统计学处理 运用 SPSS 19.0 软件,多组均数比较应用方差分析,各组间率的比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。并分别计算各内镜下表现对病理诊断的灵敏度和特异度。

2 结果

2.1 一般情况 共收集 574 例慢性胃炎患者,年龄 20~79 (50.96 ± 12.18) 岁,其中男 307 例,女 267 例,病理诊断 283 例慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG),包括 137 例 IM 和 82 例低级别上皮内瘤变(low-grade intraepithelial neoplasia, LGIN),未检出高级别上皮内瘤变(high-grade intraepithelial neoplasia, HGIN),按照黏膜萎缩程度分为 NAG、轻度萎缩、中度萎缩、重度萎缩组,组间性别差异无统计学意义($\chi^2 = 2.64$),NAG 年龄均值小于其他 3 组($F = 14.08, P < 0.01$),余 3 组间差异无统计学意义($F = 1.17$)。按照黏膜萎缩范围分为胃窦萎缩、胃体萎缩及全胃萎缩。CAG 病例中以胃窦萎缩(211 例)为主,其次为全胃萎缩(62 例),胃体萎缩(10 例)病例数少,IM、LGIN 在不同部位比例不同,胃体萎缩中 IM(7 例)及 LGIN(9 例)发生率最高,全胃萎缩 IM(8 例)及 LGIN(15 例)发生率最低($\chi^2 = 24.12, P < 0.01$)。

2015-12-08 接收

基金项目:国家自然科学基金青年基金资助项目(编号:81100269)

作者单位:¹安徽医科大学第一附属医院消化内科,合肥 230022

²安徽医科大学第一附属医院科研处,合肥 230022

³安徽省消化系病重点实验室,合肥 230022

作者简介:李楠,女,硕士研究生;

张磊,女,硕士生导师,责任作者, E-mail: chinazhanglei@163.com

2.2 内镜表现与病理结果比较 按内镜主要表现,分为黏膜红斑(336例)、出血(39例)、糜烂(102例)、白相为主(97例),各内镜表现均病理检出黏膜萎缩、IM及LGIN,见表1。

表1 内镜表现与病理比较[n(%)]

内镜	NAG	轻度萎缩	中度萎缩	重度萎缩	LGIN
胃窦					
I	201(59.82)	90(26.79)	41(12.20)	4(1.19)	29(8.63)
II	23(58.97)	9(23.08)	7(17.95)	0(0)	8(20.51)
III	51(50.00)	36(35.29)	14(13.73)	1(0.98)	13(12.75)
IV	26(26.80)	31(31.96)	34(35.05)	6(6.19)	23(23.71)
胃体					
I	309(91.96)	24(7.14)	3(0.89)	0(0)	10(2.98)
II	36(92.31)	3(7.69)	0(0)	0(0)	1(2.56)
III	93(91.18)	7(6.86)	1(0.98)	1(0.98)	3(2.94)
IV	64(65.98)	25(25.77)	8(8.25)	0(0)	10(10.31)

I:红斑;II:出血;III:糜烂;IV:白相为主

2.3 单独内镜表现的诊断灵敏度和特异度 内镜4种表现诊断中-重度慢性炎的灵敏度和特异度有所差异,见表2。其中出血、糜烂和白相为主的特异度较高,均大于80%,红斑特异度低于其他内镜表现,但其灵敏度较好。各内镜表现诊断中-重度萎缩、中-重度肠化及LGIN的灵敏度和特异度,见表3。红斑诊断胃癌前病变的灵敏度虽高于其他内镜表现,但其特异度均较低,出血、糜烂和白相为主诊断胃癌前病变的灵敏度多低于50%,但特异度较好,均大于80%。

表2 各内镜表现诊断中-重度慢性炎的灵敏度和特异度

内镜表现	胃窦		胃体	
	灵敏度(%)	特异度(%)	灵敏度(%)	特异度(%)
I	58.30	41.31	59.46	41.68
II	5.83	92.59	4.50	92.66
III	20.18	83.76	18.02	82.29
IV	15.70	82.34	18.02	83.37

I:红斑;II:出血;III:糜烂;IV:白相为主

2.4 联合内镜表现的诊断灵敏度和特异度 为改善内镜表现诊断效能,选择白相为主内镜表现联合出血和糜烂诊断胃癌前病变,其诊断灵敏度明显升高,整体筛检能力提高。

3 讨论

当胃黏膜发生CAG、IM及上皮内瘤变时,胃癌发病几率大大增加,诊断并监测胃癌前状态是提高胃癌生存率的一种有效手段^[3-5]。本研究中574例胃炎患者CAG、IM及LGIN检出率分别为49.30%、23.87%和14.29%。分析283例癌前病变的发生

表3 各内镜表现诊断中-重度萎缩、中-重度肠化及LGIN的灵敏度和特异度

内镜表现	中-重度萎缩		中-重度肠化		LGIN	
	灵敏度(%)	特异度(%)	灵敏度(%)	特异度(%)	灵敏度(%)	特异度(%)
胃窦						
I	42.06	37.69	24.24	39.37	39.73	38.72
II	6.54	93.15	12.12	93.53	10.96	93.81
III	14.02	81.37	12.12	81.89	17.81	82.24
IV	37.38	87.79	51.52	85.21	31.51	85.23
II+IV	43.93	80.94	63.64	78.74	42.74	79.04
III+IV	51.40	69.16	63.64	67.10	49.32	67.47
胃体						
I	23.08	40.64	0.00	41.26	41.67	40.73
II	0.00	93.05	0.00	93.18	4.17	93.09
III	15.38	82.17	50.00	82.34	12.50	82.00
IV	61.54	84.14	50.00	83.22	41.67	84.18
II+IV	61.54	77.18	50.00	76.40	45.83	77.27
III+IV	76.92	66.31	100.00	65.56	54.17	66.18

I:红斑;II:出血;III:糜烂;IV:白相为主

部位,胃窦萎缩的病例数远大于全胃萎缩及胃体萎缩,胃体萎缩仅占萎缩病例的3.53%,可能与CAG的发病原因有关。H. pylori感染后引起胃窦慢性炎症,部分进一步发展为黏膜萎缩、IM、甚至胃癌。病变范围从胃窦逐渐延伸至胃体,形成多灶性萎缩性胃炎或全胃炎^[2,6]。本研究中以胃体萎缩为主的病例中IM及LGIN比例更高,可能提示胃体为主黏膜发生萎缩时,癌变风险可能更大^[7]。该类患者内镜检查时如单纯行胃窦活检,容易造成漏诊^[8-9]。

除增加活检部位外,通过各种内镜表现正确诊断并予以病理活组织检查,是提高癌前病变检出率的关键。随着色素内镜、放大内镜等内镜技术的临床应用,胃黏膜病变的诊断率已有所提高,但特殊内镜检查多用于临床精筛,实际工作中要求临床医生在传统白光内镜发现病灶并正确诊断。比较内镜与病理结果发现,CAG的内镜检出率多低于病理诊断结果,可能由于部分胃黏膜萎缩或其他胃癌前病变未有典型表现,导致其漏诊^[10]。

内镜表现中白相为主被认为是黏膜萎缩的典型表现之一,胃黏膜萎缩导致黏膜层变薄,出现白相为主典型表现,除此之外,糜烂、出血亦是内镜常见表现,该类内镜表现可能均影响内镜CAG诊断^[11]。既往研究^[12]显示内镜出现白相为主或糜烂时,亦可能提示上皮内瘤变的发生。本研究中分析黏膜红斑、出血、糜烂、白相为主4种临床常见内镜表现与病理诊断癌前病变的相关性。不同内镜表现病变检出差异有统计学意义,均不同程度检出癌前病变,白相为主的癌前病变检出率最高,在内镜表现为白相

为主时,较好的提示黏膜萎缩的发生,但如单纯考虑此表现,会造成较多病例的漏诊^[10]。因此,观察到糜烂等内镜表现仍可能提示 CAG 等胃癌前病变,胡 膺 等^[11]的大样本调查中提出内镜表现合并糜烂时,病理诊断 CAG 的符合率可提高 1.23 倍,支持本研究结果。考虑出血、糜烂等非典型黏膜萎缩表现亦有发生胃癌前疾病的可能,其原因为胃黏膜发生萎缩时,同时存在间质炎症细胞渗透,如出现局部微循环障碍时,表现为红斑或肿胀,可能会影响萎缩的判断^[13]。

为避免单独内镜表现的漏诊现象,提高其检出率,本研究联合白相为主与糜烂和出血,计算其诊断能力,发现联合内镜表现诊断胃黏膜各部位胃癌前病变灵敏度明显升高,其中白相为主联合糜烂诊断胃癌前病变灵敏度均达到 50% 以上,能够较好的发现病灶。

综上所述,内镜检查过程中,内镜医师需注意各种黏膜表现,除白相为主高度提示病变存在以外,急性炎症时出血或糜烂可能掩盖黏膜萎缩等胃癌前病变,当内镜检查中发现上述黏膜表现时,需考虑发生胃癌前病变可能,予以行病理活组织检查以确诊。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会, 房静远, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎共识意见(2012 年, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2013, 33(1): 5-16.
- [2] Nomura S, Terao S, Adachi K, et al. Endoscopic diagnosis of gastric mucosal activity and inflammation[J]. Dig Endosc, 2013, 25(2): 136-46.
- [3] De Vries A C, Van Grieken N C, Looman C W, et al. Gastric cancer risk in patients with premalignant gastric lesions: a nationwide cohort study in the Netherlands[J]. Gastroenterology, 2008, 134(4): 945-52.
- [4] 中华医学会消化内镜学分会, 中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会. 中国早期胃癌筛查及内镜诊治共识意见(2014 年, 长沙)[J]. 中华消化杂志, 2014, 34(7): 433-48.
- [5] Park Y H, Kim N. Review of atrophic gastritis and intestinal metaplasia as a premalignant lesion of gastric cancer[J]. J Cancer Prev, 2015, 20(1): 25-40.
- [6] Correa P, Piazuelo M B. The gastric precancerous cascade[J]. J Dig Dis, 2012, 13(1): 2-9.
- [7] Shiotani A, Iishi H, Uedo N, et al. Histologic and serum risk markers for noncardia early gastric cancer[J]. Int J Cancer, 2005, 115(3): 463-9.
- [8] Isajevs S, Liepniece-Karele I, Janciauskas D, et al. The effect of incisura angularis biopsy sampling on the assessment of gastritis stage[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2014, 26(5): 510-3.
- [9] Matsuhisa T, Aftab H. Observation of gastric mucosa in Bangladesh, the country with the lowest incidence of gastric cancer, and Japan, the country with the highest incidence[J]. Helicobacter, 2012, 17(5): 396-401.
- [10] Du Y, Bai Y, Xie P, et al. Chronic gastritis in China: a national multi-center survey[J]. BMC Gastroenterol, 2014, 14: 21.
- [11] 胡 膺, Chooi E Y H, 陈晓宇, 等. 影响内镜医师诊断萎缩性胃炎的因素分析[J]. 中华消化杂志, 2012, 32(4): 217-21.
- [12] 周 晶, 沈志祥, 沈 磊. 慢性萎缩性胃炎内镜诊断与病理结果对照分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 86-8.
- [13] Nomura S, Ida K, Terao S, et al. Endoscopic diagnosis of gastric mucosal atrophy: multicenter prospective study[J]. Dig Endosc, 2014, 26(6): 709-19.

Relationship between endoscopic features and the histologic diagnosis of chronic gastritis

Li Nan¹, Zhang Lei¹, Hu Yongmei^{2,3}, et al

(¹Dept of Gastroenterology, ²Dept of Scientific Research, The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022; ³The Key Laboratory of Gastroenterology of Anhui Province, Hefei 230022)

Abstract Objective To investigate the correlation between endoscopic features and the histologic diagnosis of chronic gastritis. **Methods** 574 adult individuals who underwent endoscopy were enrolled in this study. And compared the endoscopic features, including erythema, erosions, hematin, and the dominated white phase with histologic diagnosis. **Results** Mucosal atrophy, intestinal metaplasia and low grade intraepithelial neoplasia were found in the four kinds of endoscopic features. The highest specificity for premalignant gastric lesions was the dominated white phase. However some patients with pathologic premalignant gastric lesions did not have typical endoscopic appearance. Combining the dominated white phase with other endoscopic features could increase accuracy for the diagnosis of premalignant gastric lesions. **Conclusion** Patients with white phase dominated endoscopic, particularly accompanied with hematin and erosions, need further histological examination. These endoscopic features conduce to the diagnosis of premalignant gastric lesions.

Key words endoscopy; Helicobacter; histology; gastritis