

超细胃镜对慢性萎缩性胃炎的诊断价值及病理对照分析

米永刚

南京市浦口区中心医院消化内科 江苏南京 211800

摘要：目的 探讨超细胃镜对慢性萎缩性胃炎患者的诊断及与病理诊断结果的吻合度。**方法** 选取 2014 年 1 月～2016 年 12 月我院收治的 48 例慢性萎缩性胃炎患者，对其临床资料进行回顾分析，所有患者均给予胃镜检查及病理检查，比较患者胃镜下表现和病理诊断结果。**结果** 胃镜下黏膜皱襞变平或消失，血管透见或结节状表现确诊为慢性萎缩性胃炎的符合率为 88.89%；黏膜呈颗粒状或结节状表现确诊符合率为 81.25%；胃镜下黏膜皱襞变平或消失，血管透见及黏膜呈颗粒状或结节状表现诊断符合率为 71.43%，与胃镜下诊断结果比较，具有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。**结论** 胃镜和病理检查诊断慢性萎缩性胃炎结果存在差异性，通过将胃镜检查及病理检查结合，能够有效提升临床对慢性萎缩性胃炎的诊断准确率。

关键词：超细胃镜；慢性萎缩性胃炎；病理诊断；对照

中图分类号：R573.3

文献标识码：A

文章编号：1009-6647 (2018) 06-007-02

Diagnostic value and pathological comparison of ultrafine gastroscopy in chronic atrophic gastritis

MI Yong-gang Department of Digestive Medicine, Pukou District Central Hospital, Nanjing (Nanjing, Jiangsu 211800)

Abstract: Objective to investigate the diagnosis of chronic atrophic gastritis by ultrafine gastroscopy and its agreement with pathological diagnosis. **Methods** the clinical data of 48 patients with chronic atrophic gastritis from January 2014 to December 2016 were retrospectively analyzed. All the patients were given gastroscopy and pathological examination. **Results** under gastroscopy, the mucosal folds flattened or disappeared, the coincidence rate of vascular penetration or nodular manifestations for chronic atrophic gastritis was 88.89, that of granular or nodular mucous membrane was 81.25, and that of gastroscopy was 81.25. The submucosal folds flattened or disappeared, the diagnostic coincidence rate of vascular permeability and mucosal granular or nodular manifestations was 71.43. There was a significant difference between the results of gastroscopy and that of gastroscopy ($P < 0.05$). **Conclusion** there are differences between gastroscopy and pathological examination in the diagnosis of chronic atrophic gastritis. The accuracy of clinical diagnosis of chronic atrophic gastritis can be effectively improved by combining gastroscopy with pathological examination.

MeSH: Ultrafine gastroscopy; chronic atrophic gastritis; pathological diagnosis; control

慢性萎缩性胃炎属于常见的慢性胃部疾病，其发生发展与患者家族遗传疾病、年龄、胆汁反流以及饮食等因素具有较大关系。慢性萎缩性胃炎主要表现为胃粘膜固有腺体出现慢性萎缩性病变，部分还会伴有肠上皮化生，是胃癌较为常见的癌前状态，因此对慢性萎缩性胃炎进行及时准确的诊断和治疗，在早期胃癌预防和治疗中有着重要意义。临床主要根据胃镜下表现对慢性萎缩性胃炎进行诊断，单纯性萎缩主要表现为皱裂变平或消失、黏膜以白相为主，血管清晰；萎缩伴增生大多表现为黏膜呈颗粒状或结节状^[1]。为了解慢性萎缩性胃炎的胃镜下表现与病理诊断的差异，本文回顾分析了 48 例 2014 年 1 月～2016 年 12 月期间我院收治的慢性萎缩性胃炎患者的临床资料，对其胃镜下表现和病理诊断结果进行比较，具体情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集病例 48 例，均来源于 2014 年 1 月～2016 年 12 月在我院诊治的慢性萎缩性胃炎患者，均经胃镜检查确诊为慢性萎缩性胃炎，排除严重肝肾功能不全、先天性胃部不足及精神疾病患者。所有患者均知晓本研究并自愿配合。其中男性患者 26 例，女性患者 22 例。年龄为 28～57 岁，平均（45.6±4.7）岁。

1.2 方法

本研究中，所有患者均给予胃镜检查及病理检查，实施胃镜检查之前，常规禁饮禁食 6～8h，并给患者详细介绍胃镜检查方法和过程，增加患者对胃镜检查的了解，缓解其紧张、恐惧等不良情绪，从而增强患者胃镜检查的配合度。检查前通服用利多卡因对食道进行润滑，从而达到祛除胃部泡沫的效果，并详细观察患者的胃镜下表现。病理检查：于患者病

变部位取 2～5 块样本，由专业人员使用 10% 甲醛溶液对标本进行固定，石蜡切片后对其实施 HE 染色处理，由病理医师进行专业检测和阅片。

1.3 诊断标准

慢性萎缩性胃炎的胃镜下表现主要为：胃黏膜皱襞变平或消失，黏膜红白相间，黏膜变薄，以白相为主，血管透见或胃黏膜呈结节状或颗粒状。病理诊断判断标准：将慢性萎缩性胃炎分为轻度、中度和重度，其中轻度为炎症细胞较少，主要分布于胃黏膜的浅表层，不及表层的 1/3。中度表现为炎症细胞密集，病变的细胞组织超过胃黏膜表层。重度为炎症细胞密集，基本占据了整个胃黏膜层。各级腺体萎缩程度也可分为三种情况，轻度为固有腺体减少三分之一以内，中度为固有腺体减少 1/3～2/3，重度为只有少数固有腺体存留甚至消失。根据肠上皮化生腺体情况，若肠上皮化生细胞取代约三分之一左右的胃黏膜细胞为轻度，肠上皮化生细胞的替代程度在 1/3～2/3 为中度，肠上皮化生细胞将 2/3 以上的胃黏膜细胞替代为重度^[2]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 统计学软件对所收集数据进行分析，计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，采用 t 检验；计数资料以百分数（%），例（n）表示，采用 χ^2 检验；以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

通过对 48 例患者的胃镜下表现和病理结果进行分析发现，满足病理学诊断要求的患者 39 例，诊断符合率为 81.25%（39/48）。其中伴异常增生 12 例，伴肠上皮化生 20 例。经胃镜检查，48 例患者中表现为黏膜红白相间，胃黏膜皱襞变平或消失，黏膜变薄，血管透见，以白相为主 14 例，经病理

检查诊断为萎缩性胃炎 10 例, 所占比重为 71.43%, 非萎缩性胃炎 4 例, 占比 28.57%。其中 3 例伴有肠上皮化生, 2 例伴有上皮内瘤变。经胃镜检查表现为黏膜呈颗粒或结节状改变的患者 16 例, 病理检查诊断为萎缩性胃炎 13 例, 所占比重为 81.25%; 诊断为非萎缩性胃炎 3 例, 占比 18.75%。其中伴有肠上皮化生患者 7 例, 伴上皮内瘤变患者 4 例。胃镜下表现为黏膜红白相间, 黏膜皱襞变平或消失, 以白相为主, 血管透见及黏膜呈颗粒状或结节状 18 例, 经病理诊断为萎缩性胃炎 16 例, 占比 88.89%; 非萎缩性胃炎 2 例, 所占比重为 11.11%。通过胃镜下黏膜表现为颗粒或结节状确诊为慢性萎缩性胃炎的符合率为 81.25%, 经胃镜下表现为黏膜红白相间, 以白相为主, 血管透见和黏膜颗粒状或结节状改变确诊为慢性萎缩性胃炎的符合率为 88.89%, 经比较不具有显著性差异 ($P > 0.05$)。利用胃镜下胃黏膜皱襞变平或消失, 黏膜变薄, 血管透见等表现确诊的符合率为 71.43%, 诊断准确率相对较低, 与胃镜下表现为颗粒或结节状改变确诊的各项病例符合率比较, 具有显著性差异 ($P < 0.05$)。

3 讨论

慢性萎缩性胃炎在临床具有较高发病率, 是一种以胃黏膜上皮和腺体萎缩, 胃黏膜变薄, 肠腺化生, 黏膜基层增厚为特征的慢性消化系统疾病, 临床主要表现为上腹部隐痛、食欲不振、嗝气、胀满、贫血和消瘦等症状, 临床表现无特异性, 是胃癌常见癌前病变^[3]。慢性萎缩性胃炎容易进展为胃癌, 其分型可表现为不同阶段, 如非萎缩性胃炎胃黏膜表现、萎缩性胃炎肠上皮化生表现、胃黏膜表现、肠上皮内瘤变表现等, 最终会进展为胃癌^[4]。有研究提出, 慢性萎缩性胃炎的发生与年龄具有较大关系, 患者年龄越大, 发生慢性萎缩性胃炎的风险越高, 其可能与幽门螺杆菌感染率随年龄升高而增加有关^[5]。慢性萎缩性胃炎通常伴有肠上皮化生和上皮内瘤变, 若不能及时对其进行有效治疗, 进而会发展为胃癌。因此, 及早发现和诊断慢性萎缩性胃炎, 能够为临床治疗争取时间, 尤其是及早对慢性萎缩性胃炎进行干预, 能够有效降低患者的胃癌发生风险。随着现代医疗技术的不断进步, 胃镜检查在临床中的应用也更加广泛, 为慢性萎缩性胃炎的诊断提供了

新的途径。在临床诊断过程中, 通过胃镜对患者的胃黏膜表现进行观察, 有助于提升慢性萎缩性胃炎的诊断准确率。本研究中, 通过对 48 例慢性萎缩性胃炎患者的胃镜下表现和病理检查结果进行比较发现, 胃镜下表现与病理诊断的符合率为 81.25%, 其中胃镜下黏膜皱襞变平或消失, 血管透见或结节状表现的确证符合率为 88.89%, 黏膜呈颗粒状或结节状表现的符合率为 81.25%, 胃镜下黏膜皱襞变平或消失, 血管透见及黏膜呈颗粒状或结节状表现的确证符合率为 71.43%, 说明胃镜下慢性萎缩性胃炎有多种表现, 如果单纯仅凭某一表现确诊容易出现误诊或漏诊, 由于胃黏膜本身粗糙程度不一, 不同医师在对患者进行视觉判定时也会存在差异性, 可能与病理检查结果存在一定差异性, 但是通过综合分析患者的胃镜下黏膜表现和病理活检切片检查结果, 具有较高的诊断效果。

总而言之, 胃镜和病理检查诊断慢性萎缩性胃炎结果存在差异性, 由于胃镜下观察也具有一定局限性, 加之对慢性萎缩性胃炎的症状表现无特异性, 容易出现误诊或漏诊。胃镜下不同时期胃黏膜皱襞表现差异性较大, 胃镜系统本身分辨率和清晰度差异, 也会对医师诊断造成干扰, 影响诊断结果可靠性。所以, 通过将胃镜检查 and 病理检查结合, 能够有效提升临床对慢性萎缩性胃炎的诊断准确率。

参考文献

- [1] 王蕾, 朱薇, 陈楚弟, 等. 胃镜下慢性萎缩性胃炎诊断准确性研究 [J]. 中国全科医学, 2012, 15(13):1464-1468.
- [2] 王健生, 李长锋, 张宝刚. 112 例慢性萎缩性胃炎胃镜与病理诊断的相关性研究 [J]. 中国实验诊断学, 2011, 15(8):1373-1374.
- [3] 徐斌, 黄玉凯, 周进. 慢性萎缩性胃炎的胃镜下表现与病理诊断对照分析 [J]. 中华全科医学, 2014, 12(9):1388-1390.
- [4] 谭华斌. 胃镜结合病理分析在慢性萎缩性胃炎诊断中的意义 [J]. 现代预防医学, 2011, 38(21):4524-4525.
- [5] 欧淑萍. 胃镜在诊断慢性萎缩性胃炎的应用价值及影响因素分析 [J]. 浙江临床医学, 2015, 17(11):1992-1993.
- [6] 王培正. 胃镜下慢性萎缩性胃炎的表现与病理诊断对照分析 [J]. 临床研究, 2017, 25(02):222-223.

(上接第 6 页)

巴结三者之间存在有一定的间隙, 神经丛和淋巴结之间的间隙较为疏松, 这种关系是保留神经丛清扫的解剖学基础^[4]。有学者通过解剖成人尸体推断胃癌根治术中保留迷走神经肝支是完全可能的, 腹腔支远离胃左动脉者也可保留^[5], 这为保留迷走神经提供了解剖依据和理论基础。在胸段食管癌外科治疗中, 保留迷走神经是在不影响根治性切除病变的前提下, 通过精确而细致的操作, 完整地保留左、右迷走神经, 部分保留前、后丛, 完整保留前、后干及其腹腔内各分支。本次研究发现, 微创功能组与常规手术组比较, 在术中出血量、术后第一天胸腔引流量, 淋巴结清扫个数、并发症发生率方面无统计学差异, 表明手术安全可行。在本研究中我们发现微创功能组与常规组比较手术时间明显延长, 这个可能与我们初期操作不熟练, 对迷走神经解剖不熟悉有关。随着我们手术的开展, 手术时间较初期开展时已明显缩短。研究发现微创功能组患者术后排气时间及术后首次排便时间较常规组明显提前, 表明保留迷走神经可促进术后早期胃肠功能恢复。

本研究病例数较少, 且时间短, 未能就患者长期生存率以及患者术后胃肠功能相关指标进行进一步研究, 不能全面反

应微创功能性食管癌三野根治术与传统胸腹腔镜食管癌三野根治术的差别。但本研究仍可以提示: 微创功能性食管癌三野根治术安全可行, 值得深入研究并在临床推广。

参考文献

- [1] Kang CH, Kim YT, Jeon SH, et al. Lymphadenectomy extent is closely related to long-term survival in esophageal cancer [J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2007, 31(2):154-160.
- [2] Puntambekar SP, Agarwal GA, Joshi SN, et al. Thorocolaparoscopy in the lateral position for esophageal cancer: the experience of a single institution with 112 consecutive patients [J]. Surg Endosc, 2010, 24:2407-2412.
- [3] Yuasa N, Abe T, Sasaki E, et al. Comparison of gastroesophageal reflux in 100 patients with or without prior gastroesophageal surgery [J]. J Gastroenterol, 2009, 44(7): 650-658.
- [4] 幕内雅敏 (日), 监修, 段志泉, 译. 技巧与误区: 胃外科要点与盲点 [M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2009: 212.
- [5] Ando S, Tsuji H. Surgical technique of vagus nerve-preserving gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer [J]. ANZ J Surg, 2008, 78(3): 172-176.