

李氏胃癌筛查评分系统在福建地区中老年社区人群早期胃癌筛查中的应用

林秀美 刘晓慧 曾庆新

福建省老年医院消化内科 福建福州 350000

【摘要】目的 探讨李氏胃癌筛查评分系统在福建地区中老年社区人群早期胃癌筛查中的应用。**方法** 对 2020 年 3 月至 2021 年 8 月在福建省福州市新店卫生院、晋安区医院、仓山区医院的归口社区及军门社区、长青养老院、天颐养老院的中老年人进行早期胃癌筛查,对不愿行胃镜检查的中人群通过问卷调查和检测血清胃蛋白酶原/胃泌素-17/幽门螺杆菌抗体,根据李氏胃癌筛查评分系统,分为低、中、高危组,低危组门诊定期随访(2021 年 3 月-8 月完成再次筛查),中、高危组完善胃镜检查,比较三组人群 Hp 抗体阳性、早期胃癌、癌前病变检出情况。**结果** 最终纳入 561 例,低、中、高危组分别为 421 例、84 例、56 例。三组人群共检出 Hp 抗体阳性 208 例(37.08%),低、中、高危组分别为 24.23%(102/421)、71.43%(60/84)、82.14%(46/56),组间比较存在差异有统计学意义($P<0.05$);共检出胃癌 6 例(1.07%),三组人群分别为 0%(0/421)、1.19%(1/84)、8.92%(5/56),组间比较存在差异有统计学意义($P<0.05$);早期胃癌 2 例(0.36%),三组人群分别为 0%(0/421)、1.19%(1/84)、1.79%(1/56),中、高危组检出率高于低危组($p<0.01$),但中、高危组检出率比较,差异未见统计学意义($P<0.05$)。在胃癌前疾病、癌前病变检出情况三组人群比较组间差异不明显($P>0.05$)。**结论** 李氏胃癌筛查评分系统可以有效保障福建地区中老年社区人群的早期胃癌的发现和诊断率。

【关键词】 胃蛋白酶原;胃镜;HP 抗体;早期胃癌;癌前病变

【中图分类号】 R735.2

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-7858(2021)06-008-03

【基金项目】 福建省卫生健康委向农村和城市社区推广适宜技术项目(2019012)

全球超过一半新发胃癌位于东南亚地区,以中国为主^[1],胃癌已成为我国发生率和死亡率第二高的肿瘤^[2]。研究表明:进展期胃癌患者 5 年生存率低于 30%,而早期胃癌患者 5 年生存率大于 90%^[3]。我国早期胃癌筛查率仅为 10%,远远低于日本(70%)和韩国(50%)^[4]。《“健康中国 2030”规划纲要》^[5]明确指出:“针对高发地区重点癌症开展早诊早治工作,推动癌症等慢性病的机会性筛查,逐步将符合条件的癌症等重大慢性病早诊早治纳入诊疗常规”。制定符合我国实际情况,具有良好可行性和可操作性的医院人群早期胃癌机会筛查方法势在必行。福建省为胃癌高发区域,如何发现更多的早期胃癌,提高早期胃癌的“三早”率是本研究的主要目的和意义,对不愿进行胃镜检查的人群使用无创的胃癌筛查评分系统,评分为中、高危再进行胃镜检查,可节省医疗资源,又可提高早期胃癌的诊断率,所以胃癌筛查评分系统的推广应用特别是在社区基层医疗机构具有重大意义,通过一年半的研究,现将结果报道如下:

1 对象与方法

1.1 对象与方法

选取 2020 年 3 月至 2020 年 8 月在福建省福州市新店卫生院、晋安区医院、仓山区医院的管辖社区及军门社区、长青养老院、天颐养老院的中老年人使用李氏胃癌筛查评分系统进行早期胃癌的筛查^[6]。历时 6 个月,完成全部目标人群的筛查。纳入标准:①性别及年龄:男性>40 岁,女性>50 岁;②知情同意并签署知情同意书。排除标准:①一年内做过胃镜检查者;②罹患胃疾病行胃切除术者;③两周内服用 PPI 或 H2 受体拮抗剂;④有以下任何一种情况者:半年内有缺铁性贫血史;一年内有消化道出血史;反复腹泻;吞咽困难或咽喉异物感;有胃恶性肿瘤、胃癌前病变,胃癌前疾病者;严重心肺肾功能不全者;其他器官恶性肿瘤。纳入人群基本

情况:最终纳入 561 例,男 316 人,女 245 人,年龄 40~79 岁,其中 40~49 岁 57 人,全为男性;50~59 岁 160 人,男 75 人,女 85 人;60~69 岁 227 人,男 112 人,女 115 人;>69 岁 117 人,男 72 人,女 45 人。低危组 421 例(75.04%),男 209 例(49.64%),女 212 例(50.36%),年龄(53.1±9.8)岁;中危组 84 例(14.97%),男 58 例(69.05%),女 26 例(30.95%),年龄(53.9±10.7)岁;高危组 56 例(9.98%),男 56 例(100.00%),年龄(56.4±8.1)岁。纳入患者先进行问卷调查,在内镜检查前抽血检测幽门螺杆菌(helicobacter pylori, Hp)抗体免疫球蛋白 G(immunoglobulin G, IgG)、胃蛋白酶原 I(pepsinogen I, PG I)、胃蛋白酶原 II(pepsinogen II, PG II)、胃泌素-17(gastrin-17, G-17)、采用李氏胃癌筛查评分系统进行评估,根据得分将筛查人群分为低危组、中危组和高危组。三组人群进行分类管理:低危组门诊定期随访,一年后再次进行筛查。2021 年 3 月-8 月完成低危组人群再次筛查工作,截止 2021 年 8 月 31 日,纳入的低危组 421 人中,除 1 人死亡,3 人因疾病住院治疗,其余 417 人全部完成再次筛查。中、高危组强烈要求进一步胃镜检查,统计两组人群早期胃癌、癌前病变和癌前疾病的检出情况,早癌患者及时进行规范治疗。如此循环反复。宣教过程中告知所有患者本研究的目的、过程和意义,中、高危组人群强烈建议完善胃镜检查并签署胃镜检查同意书。本研究已经过本院伦理审查。

1.2 辅助检查

1.2.1 人群筛查

在中老年社区人群中根据纳入和排除标准初步筛选出符合标准的人群,对不愿进行胃镜检查的中老年人群采用李氏胃癌筛查评分系统进行筛查,根据评分结果分为低风险组、中风险组、高风险组。该评分系统内容包括:性别、年龄、Hp 感染,血清胃蛋白酶原 PG I 与 PG II 比值(PGR),G-17p(mol/L)五

个指标组成,每个指标都有一定的分值。年龄方面:年龄>69岁分值为10分,60~69岁分值为6分,50~59岁分值为5分;性别方面:男性分值为4分,女性分值为0分;PGR<3.89分值为3分,PGR>=3.89分值为0分;G-17p(mol/L)>5.70分值为5分,1.50~5.70分值为3分,<1.49分值为0分。总分0~23分,分为三个等级:17~23分(高危人群)、12~16分(中危人群)、0~11分(低危人群)。胃癌筛查评分为中、高危人群推荐进行胃镜精查。

1.2.2 问卷调查

1) 调查内容一般信息:性别、年龄、家族史(直系亲属患胃癌病史)。2) 调查方法:采用自制调查问卷,由负责筛查对象筛选的社区基层医疗机构医生进行面对面调查。自制问卷Cronbach's α 为0.79,重测系数为0.81,同时效度存在。共发出问卷561份,回收539份,问卷回收率为96.08%。

1.2.3 血清胃蛋白酶原/胃泌素-17/幽门螺杆菌抗体检测在问卷调查后、内镜检查前采集血标本进行检测^[7]。标本采集:采集空腹静脉血标本5ml,离心后血清-20℃冷藏待用(保存时间不超过8周)。采用Gastoro-Panel胃黏膜血清学检测试剂盒(ELISA法或荧光免疫层析法)检测:胃蛋白酶原I、II(PGI、II)、胃泌素-17(G-17)、Hp抗体(IgG)。

1.2.4 胃癌患病风险评分及患病风险判断

1) 胃癌患病风险评分:根据李氏胃癌筛查评分系统,计算筛查对象的得分。2) 胃癌患病风险判断及筛查策略:高风险人群:强烈推荐胶囊胃镜或胃镜检查;中等风险人群:推荐胶囊胃镜或胃镜检查;低风险人群:定期随访^[8, 10]。

1.2.5 胶囊胃镜或胃镜检查

磁控胶囊胃镜、普通白光胃镜或普通白光胃镜+LCI检查有异常发现的,要求采用下列任意一种方式进一步进行检查:

表1:三组人群胃癌筛查情况[n(%)]

组别	例数	胃癌部位				分化程度		病理	
		早期	进展期胃癌	胃窦	胃体	低未分化癌	高中分化	腺癌	印戒细胞癌
低危组	421	0	0	0	0	0	0	0	0
中危组	84	1(1.19)	0	1(1.19)	0	1(1.19)	0	0	1
高危组	56	1(1.79)	4(7.14)	3(5.36)	2(3.57)	1(1.79)	4(7.14)	3(5.36)	2(3.57)
χ^2		2.908	4.262	3.875	5.419	2.908	4.262	3.875	5.419
P		0.079	0.065	0.061	0.053	0.079	0.065	0.061	0.053

2.3 三组人群癌前疾病、癌前病变筛查情况对比

李氏胃癌筛查评分系统与癌前疾病、癌前病变之间存在

化学染色、激光共聚焦显微内镜、荧光内镜等;病灶切除或活检送病理检查;胃镜检查结束后应由内镜检查专家及时填写上报内镜检查结果。内镜精查发现胃癌:规范治疗后,按照相关临床指南确定内镜随访间隔,本研究随访终止;内镜精查发现癌前疾病(萎缩性胃炎、胃息肉、胃溃疡等)和癌前病变(上皮内瘤变):规范治疗后,不考虑原来的风险评估情况,均按照每年1次的随访间隔进行内镜检查随访。内镜精查发现其他良性病变:规范治疗后,按未发现病变的方案进行随访。

1.3 统计学方法

采用SPSS21.0统计学软件进行数据分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t检验;胃癌、癌前疾病、癌前病变等计数资料用[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验,以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 Hp 抗体阳性情况

共检出208例(37.07%),其中低危组、中危组、高危组胃癌检出率分别为24.23%(102/421)、71.43%(60/84)、82.15%(46/56),三组人群胃癌检出率存在差异有统计学意义(P<0.05)。

2.2 胃癌检出情况

共检出胃癌6例(1.07%),三组人群胃癌检出率分别为0%(0/421)、1.19%(1/84)、8.92%(5/56),三组人群胃癌检出率存在差异有统计学意义(P<0.05);早期胃癌2例(0.36%),三组人群早期胃癌检出率分别为0%(0/421)、1.19%(1/84)、1.79%(1/56),中、高危组早期胃癌检出率高于低危组(p=0.0001, <0.01),但中、高危组早期胃癌检出率比较,差异未见统计学意义(P>0.05),见表1

一定的相关性,癌前疾病和癌前病变更多分布于中、高危组,见表2。

表2:三组人群癌前疾病、癌前病变筛查情况对比表[n(%)]

组别	例数	癌前疾病			癌前病变	
		胃炎	胃息肉	胃溃疡	低级别上皮细胞瘤变	肠上皮化生
低危组	421(75.04)	38(9.02)	42(9.98)	69(16.40)	9(2.14)	10(2.38)
中危组	84(14.97)	17(20.24)	9(10.71)	21(25.00)	4(4.76)	11(13.10)
高危组	56(9.98)	6(10.71)	10(17.86)	15(25.78)	5(8.92)	14(23.21)
χ^2 值		11.542	11.705	13.691	12.357	14.524
P值		0.010	0.009	0.004	0.007	0.004

3 讨论

3.1 我国胃恶性肿瘤面临的问题和挑战

胃恶性肿瘤是威胁人类生活甚至生命的一类疾病,我国是胃癌高发国,相关数据表明:全球超过一半新发胃癌位于东南亚地区,其中以中国为主^[1]。研究表明:进展期胃癌患者5年生存率低于30%,而早期胃癌患者治疗后,5年生存率大于90%,不但避免了放化疗的痛苦,亦可节约大量医疗资源,可见早癌诊断的重要性。我国早期胃癌筛查率仅为10%,低于东

南亚国家日本和韩国,其早期诊治率分别达到70%和50%^[5]。日本胃癌、早癌的早发现、早诊断、早诊断率高于中国,得益于日本胃镜的推广^[6]。

3.2 我国胃镜推广面临的困难

胃镜检查是诊断胃癌的金标准,我国由于地区差异,医疗资源分布不均,胃镜检查分布也严重不均衡^[9],早癌发现率存在较大的地区差异性。胃镜检查为侵入性操作,行胃镜检查者不舒适体验明显,在胃镜检查健康宣传度不足的情况

下,胃镜检查在我国中老年社区人群中接受度较低,难以大规模普查^[11]。

3.3 李氏胃癌筛查评分的优势

李氏胃癌筛查评分系统主要用于不愿行胃镜检查的人群,操作简单,项目分类明确,对人群风险度的分类敏感,接受评分者无不舒适体验,易于在中老年社区人群中推广^[12,13]。对于评分结果存在中、高风险的人群,经过胃癌相关知识健康宣教,对胃镜的接受程度明显高于未评分之前,因此,对中、高风险人群胃癌的发现和诊断率无明显影响。本研究表明李氏胃癌筛查评分分为中、高风险人群胃癌的检出率和诊断率无明显差别。

在本研究中早期胃癌的总检出率为 0.36% (2 / 561),其中低、中、高风险组的早期胃癌检出率分别为 0% (0 / 421)、1.19% (1 / 84)、1.79% (1/56),中、高风险组早期胃癌检出率高于低风险组 ($p=0.0001$, <0.01),但中风险组与高风险组早期胃癌检出率比较,差异未见统计学意义 ($P>0.05$)。经过李氏胃癌筛查的中老年人群中在胃相关疾病和癌前病变检出率的比较组间差异无统计学意义 ($P>0.05$),表明李氏胃癌筛查评分系统在区分低风险和中、高风险人群的敏感度高,对中、高风险人群早期胃癌的筛查率无明显作用^[14]。但是经过李氏胃癌筛查评分系统的中、高风险人群对胃镜检查的接受率明显提高,保证了中、高风险人群胃癌和癌前病变的检出率。

总之,李氏胃癌筛查评分系统对中老年社区胃癌风险人群进行分类,虽然不能直接提高中老年社区中、高风险人群胃癌的检查率,但是能提高中老年社区中、高风险人群进行胃镜检查的接受率,进而推进胃镜检查在中老年社区中普及,间接提高中老年社区人群早期胃癌的诊断和治疗率,改善早期胃癌患者预后,提高其生活质量,降低医保相关费用。

参考文献:

- [1] 孙冬玮, 庞敏娇, 苗智峰, 等. 胃癌腹膜转移的诊疗进展[J]. 中华转移性肿瘤杂志, 2020, 03 (02): 145-148.
- [2] Chen W, Zheng R, Baade P D, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA: a cancer journal for clinicians, 2016, 66(2): 115-132.
- [3] 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(07):433-448.

[4] 国家消化系统疾病临床医学研究中心, 中华医学会消化内镜学分会, 中华医学会健康管理学分会, 中国医师协会内镜医师分会消化内镜专业委员会, 中国医师协会内镜医师分会消化内镜健康管理及体检专业委员会, 国家消化内镜质控中心, 中国抗癌协会肿瘤内镜学专业委员会. 中国早期胃癌筛查流程专家共识意见 (草案) (2017 年, 上海)[J]. 胃肠病学, 2018, 23(2):92-97.

[5] 黄翊彬. 健康中国 2030 规划纲要[J]. 中华眼科杂志, 2018, 54 (1): 10-22.

[6] 陈中霞, 纪璘, 刘增超, 等. 早期胃癌筛查现状及思考[J]. 中华消化内镜杂志, 2019, 36(5):305-307.

[7] 倪栋琼, 吕宾, 包海标, 等. 不同血清学危险分层方法在人群早期胃癌筛查中的比较研究[J]. 中华内科杂志, 2019, 58(4):294-300.DOI:10.3760/cma.j.issn.05781426.2019.04.011.

[8] 衡苗, 蔡轶, 孙斌, 等. 胃癌发病风险评分对早期胃癌诊断价值研究 (附 74 例分析)[J]. 中国实用内科杂志, 2019, 39(6):542-546.DOI:10.19538/j.nk2019160114.

[9] 潘杰, 朱丽明, 林介军, 等. 新型胃癌筛查评分系统在医院就诊人群中的应用[J]. 中华消化内镜杂志, 2019, 36(7):487-490.DOI:10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2019.07.006.

[10] 王霄腾, 冀子中, 韩丰, 等. 新型胃癌筛查评分系统在胃癌筛查及癌前病变风险评估中的价值[J]. 中华消化内镜杂志, 2021, 38(05):379-383.

[11] Hamashima C, Goto R. Potential capacity of endoscopic screening for gastric cancer in Japan[J]. Cancer Sci, 2017, 108(1):101-107.

[12] Sugano K. Screening of gastric cancer in Asia[J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2015, 29(6):895-905.

[13] Zhang XL, Lu ZS, Tang P, et al. Current applications situation of gastrointestinal endoscopy in China[J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(19):2950-2955.

[14] 王霄腾, 蔡利军, 吕宾. 血清幽门螺杆菌抗体联合胃蛋白酶原检测在胃癌和癌前病变筛查中的应用[J]. 中华消化杂志, 2016, 36 (9): 582-587.DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2016.09.002.

(上接第 7 页)

常以对症治疗为主,如口服一些如维生素 B12、神经生长因子等等神经营养的药物来实现损伤神经的修复,能够对疼痛有所缓解。如果出现夜间入睡困难等情况,可以使用镇静剂来减轻痛苦,如果情况缓解,应停药,避免产生药物依赖,严重情况下可采取手术治疗^[3]。中医学认为,带状疱疹后遗神经痛主要表现在不通则痛,针刀疗法是一种介于手术方法和非手术疗法之间的“中医微创医学”,其在融合中医古代九针中的针、锋针等基础上,再结合现代西医外科手术刀的特点而发展形成的一种新的治疗方法。针刀疗法的治疗范围非常广泛,如对慢性软组织损伤、骨性关节炎、颈椎病、腰椎病、周围型类风湿性关节炎、关节强直等疾病均具有较好的治疗效果^[4]。本文在带状疱疹后遗神经痛患者中应用远景针刀疗法进行治疗,远景针刀是在传统针刀的基础上首次将“神经斑马图”应用于临床,并融合了现代脑科学原理、功能解剖学等多种学科,该方法主要是局部脱敏,增加本体感觉输入,激活同侧脑桥网状脊髓系统、大脑功能重塑等,主要有神经触激术、筋膜松解术、肌肉刺激术、切割纠畸术、骨膜刺激术五大术式进行治疗,以达到止痛祛病的目的,而且对人体

组织的损伤也小,且不易引起感染,同时术后患者无需休息,治疗时间短,患者具有较好的治疗依从性^[5]。本研究结果显示,乙组的 VSA 评分明显低于甲组,且其治疗总有效率为 97.77% 明显高于甲组的 75.55% ($P<0.05$),说明远景针刀疗法对于神经性病理疼痛具有较高的治疗价值。

综上所述,带状疱疹后遗神经痛远景针刀治疗的临床效果显著,能缓解患者的疼痛感,加快患者病症的恢复,值得在临床上推广。

参考文献:

- [1] 全科, 何冬凤, 刘华, 等. 针刀治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2016, 16(v.35):52-52.
- [2] 章军, 王忠明, 李大桥, 等. 小针刀微创治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察[J]. 中国社区医师, 2018, 34(26):107-108.
- [3] 沈智周. 观察小针刀微创治疗带状疱疹后遗神经痛的临床效果[J]. 饮食保健, 2019, 6(002):112-113.
- [4] 曾菲. 中医针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, v.16(05):134-134.
- [5] 任月林, 任旭飞. 实用针刀医学治疗学[J]. 人民卫生出版社, 2005, 05(v.33;No.294):89-91.