

- V. Influence of various proton pump inhibitors on intestinal metaplasia in noneradicated *Helicobacter pylori* patients. *World J Gastroenterol* 2005;11:2334-2336
- 8 李克强, 付江. 辨证治疗幽门螺杆菌相关性胃病 168 例. 中国中医药信息杂志 2004;11:902-903
- 9 杨俊, 喻方亭. 中医药治疗幽门螺杆菌相关性胃病的实验研究近况. 新中医 2003;35:71-73
- 10 严光俊, 黄纓, 桂壮. 金不换冲剂治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的疗效研究. 中国中西医结合消化杂志 2003;11:359-360
- 11 冀爱英, 赵文霞, 王智慧, 杨国红, 陈天朝, 贾士奇, 张玉洁. 夏连抑幽胶囊治疗幽门螺杆菌感染性胃炎的临床及实验研究. 中国中西医结合杂志 1999;19:595-598
- 12 简军. 半夏泻心汤治疗幽门螺杆菌相关性胃炎 60 例. 河南中医 2005;25:18-19
- 13 杨国红, 胡研萍. 黄连温胆汤治疗 *Hp* 阳性浅表性胃炎(脾胃湿热证)临床研究. 中国中医急症 2004;13:804-805
- 14 吴灵飞, 郑宗茂, 李国平, 王炳周, 詹海勇, 曾哲, 周泽清. 胃舒散对功能性消化不良的疗效与幽门螺杆菌的关系. 世界华人消化杂志 2002;10:275-278
- 15 吴灵飞, 王炳周, 冯家琳, 郑宗茂, 张金池, 曾哲. 胃食管反流病与幽门螺杆菌相关胃炎及胃肠激素的关系. 世界华人消化杂志 2004;12:1100-1103
- 16 芦茜. 抗菌疗法加叶酸治疗幽门螺杆菌感染慢性萎缩性胃炎. 实用临床医学 2004;5:37

编辑 王瑾晖 审读 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 慢性萎缩性胃炎内镜表现与病理诊断对比分析

王玉波, 杨玉琼, 刘 海, 李国柱, 孙 平

王玉波, 杨玉琼, 刘海, 李国柱, 孙平, 云南省第三人民医院消化内科 云南省昆明市 650011

通讯作者: 王玉波, 650011, 云南省昆明市北京路 292 号, 云南省第三人民医院消化内科. wybd003@sina.com

电话: 0871-6122527

收稿日期: 2005-03-07 接受日期: 2005-04-01

### 摘要

**目的:** 探讨慢性萎缩性胃炎(CAG)的内镜下表现与病理结果的关系。

**方法:** 对同期胃镜诊断为 CAG 的患者 163 例, 于病变处取活检, 对比胃镜描述与病理结果, 揭示 CAG 胃镜表现与病理诊断的相关性。

**结果:** 163 例胃镜诊断为 CAG 的患者中病理诊断为 CAG 108 例, 慢性胃炎 54 例, 胃癌 1 例, CAG 108 例中伴肠上皮化生 71 例, CAG 伴异型增生 57 例, 胃镜肉眼诊断 CAG 与病理诊断符合率仅 66.26%, 胃镜描述为黏膜粗糙呈颗粒状伴有糜烂者及具有 CAG 各种镜下表现的病检符合率为 87.5% 及 88.89%, 其符合率对比无明显差异( $P>0.05$ )。且具备上述两种镜下特征的病例, 伴有肠上皮化生率分别为 75% 及 77.78%, 伴有异型增生率分别为 75% 及 66.67%, 而胃镜描述为黏膜红白相间, 以白为主, 血管透见的 CAG 病理检查符合率仅为 51.21%。

**结论:** 胃镜下诊断 CAG 与病理检查对比符合率较低, 诊断 CAG 应内镜结合病理检查, 缺一不可, 胃镜表现为黏膜粗糙, 呈颗粒状及伴糜烂可能与肠上皮化生及异型增生有关。

王玉波, 杨玉琼, 刘海, 李国柱, 孙平. 慢性萎缩性胃炎内镜表现与病理诊断对比分析. 世界华人消化杂志 2005;13(12):1484-1485  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1484.asp>

### 0 引言

慢性萎缩性胃炎是指胃黏膜已经发生了萎缩性改变的慢性胃炎, 常伴有肠上皮化生, 胃上皮或化生的肠上皮增生过程中发生发育异常, 可形成异型增生, 表现为细胞异型性和腺体结构的紊乱, 异型增生是癌前病变, 1978 年 WHO 将 CAG 列为胃癌的癌前状态, 为明确病理诊断肠上皮化生及异型增生的胃镜下表现, 提高胃镜下 CAG 的诊断水平及取材部位的阳性率, 提高癌前病变的检出率, 我们对 163 例胃镜诊断为 CAG 的患者进行病检, 对照病检结果, 分析内镜下 CAG 表现与病理检查的相关性。

### 1 材料和方法

**1.1 材料** 近期内镜诊断为 CAG 的患者 163 例, 男 95 例, 女 68 例, 年龄 35-85 岁, 平均年龄  $61 \pm 3$  岁. 将胃镜下 CAG 的表现描述如下: I 型: 黏膜红白相间, 以白相为主, 黏膜变薄, 可透见血管纹. II 型: 黏膜花斑样改变, 伴隆起糜烂. III 型: 黏膜粗糙不平, 呈细颗粒状伴糜烂。

**1.2 方法** 在病变处取 4-6 块组织, 950 mL/L 酒精固定, 常规石蜡切片, 行 HE 染色, 由固定病理医师诊断, 病理学诊断标准依据 2000 年井冈山中华医学会消化分会慢性胃炎内镜诊断标准。

**统计学处理** 采用  $\chi^2$  检验。

### 2 结果

胃镜下表现及病理结果比较见表 1, 肉眼判断 CAG 与病理检查符合率仅为 66.26%, 胃黏膜粗糙不平呈细颗粒状

表1 胃镜下表现及病理结果比较

胃镜下表现	n	病理诊断(例/%)				
		黏膜萎缩	肠上皮化生	异型增生	慢性浅表性胃炎	胃癌
I	82	42(51.22)	22(26.83)	18(21.95)	40(48.78)	0(0)
I+ II	56	44(78.57)	30(53.57)	21(37.50)	12(21.42)	0(0)
I+ II + III	9	8(88.89)	7(77.78)	6(66.67)	0(0)	1(11.11)
III	16	14(87.50)	12(75.00)	12(75.00)	2(12.5)	0(0)

伴糜烂,病检诊为CAG符合率87.5%,同时具有各种CAG内镜特征的,病理符合率为88.89%,其符合率之间比较无显著差异( $P>0.05$ ),仅有黏膜红白相间,白相为主,黏膜变薄,血管纹透见此特征的,病检CAG符合率为51.22%,有48.78%的病理诊断为慢性浅表性胃炎,其阳性率之间比较无显著差异( $P>0.05$ ).经内镜及病理检查均确诊为CAG的108例患者,内镜下描述为黏膜粗糙,呈细颗粒样改变伴糜烂及花斑样改变,黏膜变薄,其肠化生率均 $>77.5\%$ ,异型增生率均 $>70\%$ ,而黏膜描述为血管纹透见,红白相间、白相为主者肠化生及异型增生率约22%左右,相比之下,胃黏膜粗糙不平对肠化生及异型增生的诊断更有指导意义.

### 3 讨论

胃黏膜异型增生是胃癌的癌前病变,异型增生是一动态过程,可以由轻度向重度发展,也可以保持不变或逆转,而重度异型增生则不可逆,可发展成为胃癌,CAG与异型增生及胃癌关系密切,故研究CAG镜下表现与病理的相关性,特别是CAG镜下表现与异型增生,肠化生的关系有重要意义,早发现胃黏膜肠化生及异型增生,及时给予积极的生活指导及干预治疗是预防胃癌的关键.在本组病例中胃镜下诊断与病理诊断符合率为66.26%,与石磊 *et al* 报告诊断符合率为67.35%相符<sup>[1]</sup>符合率较低.其中54例的慢性浅表性胃炎,占33.12%,即有33.12%的误诊率,如仅凭胃镜描述诊断CAG,势必增加患者的经济负担及精神压力,故诊断CAG必须结合胃镜及病理检查,方能定论.于中麟 *et al*<sup>[2]</sup>用Kendall 相关分析法研究CAG内镜下表现和病理,结果提示内镜下CAG表现和病理上的诊断相关性差,说明目前对于CAG的诊断上传统的内镜下萎缩表现只能起参考作用,应依靠病理检查确诊.

本组资料显示:内镜下描述为黏膜粗糙不平呈细颗粒状伴糜烂的病例,病检CAG符合率为87.5%,同时具有各种CAG特征的符合率为88.89%,其阳性率之间比较无显著差异( $P>0.05$ ),提示胃镜下上述表现对CAG的诊断有一定的指导意义.胃镜下描述为黏膜红白相间,白相为主,黏膜变薄,血管纹透见者,病检为CAG符合率为51.22%,病检为慢性浅表性胃炎为49.7%,二者比较 $P>0.05$ ,说明该特征对CAG的镜下诊断无指导意义,但

有Sauerbruch *et al*<sup>[3]</sup>研究显示黏膜下血管透见和CAG有很好的相关性,我们认为造成黏膜变薄血管纹透见的原因可能与操作者充气过多所致,并非CAG真实表现.

对于肠化生及异型增生的研究,我们发现,黏膜粗糙不平,细颗粒状,花斑样改变者,肠化生率均在75%左右,异型增生率在70%左右,而描述为血管纹透见,红白相间,白相为主的肠化生率及异型增生率均低,仅为22%左右,相比之下,黏膜粗糙不平及伴糜烂对肠化生及异型增生的判断更有意义.提示临床医生在内镜下遇到上述胃黏膜改变时,一定要取病检,排除CAG伴肠化生及异型增生.值得一提的是,我们有一例17 a前胃镜诊断为慢性浅表性胃炎的患者,病检提示肠上皮化生,13 a后复查胃镜提示CAG伴轻度不典型增生,15 a后胃镜描述为黏膜粗糙,颗粒状伴隆起糜烂,花斑样改变,病检为CAG伴腺体重度不典型增生,2 a后病检提示黏膜内中分化癌伴CAG,经外科手术随访2 a,无肿瘤转移及复发,提示我们对于有肠上皮化生的胃黏膜定期严密追踪,以便早期发现恶变可能.故早发现CAG并肠上皮化生及异型增生,对胃癌的预防和治疗有深远意义.

随着对CAG深入研究,国外学者提出CAG的发展变化是胃癌演变过程中的关键环节<sup>[4]</sup>,本组资料CAG胃镜诊断与病理诊断符合率较低,可见胃镜下诊断与病理组织学诊断结果存在一定差异,临床上应以病理组织学诊断为诊断依据,对于胃黏膜粗糙不平,颗粒状伴糜烂,血管纹透见的表现,必须行病理检查排除CAG并异型增生,警惕癌前病变发生,色素内镜及放大内镜的应用有助于提高诊断符合率<sup>[5]</sup>.

### 4 参考文献

- 1 石磊,李文,赵卫川,范君度.慢性萎缩性胃炎内镜与病理诊断的相关性研究.中华消化内镜杂志 2004;21:83-85
- 2 于中麟,李鹏,张澍田,于永征,吴咏冬,冀明,俞力,梁晓梅,牛应林,王海燕,张长淮,陈光勇,刘学宗.慢性胃炎内镜表现和病理的相关性研究.中华消化内镜杂志 2004;21:79-82
- 3 Sauerbruch T, Schreiber MA, Schussler P, Permanetter W. Endoscopy in the diagnosis of gastritis. Diagnostic value of endoscopic criteria in relation to histological diagnosis. Endoscopy 1984;16:101-104
- 4 Kimura K. Gastritis and gastric cancer. Asia. Gastroenterol Clin North Am 2000;29:609-621
- 5 周丽雅,李建辉,林三仁,金珠,丁士刚,黄雪彪,夏志伟.胃黏膜肠上皮化生的内镜分析.中华消化内镜杂志 2001;18:84-86