

他畸形可能，对患儿及家庭危害巨大，由于染色体疾病在临床上并无治疗对策，目前能采取的措施，应进一步降低该类患儿的出生，本研究与朱蕊等^[9]、周玉春等^[10]的研究结果基本一致。有研究发现，除遗传学因素外、高龄、不良理化环境、病毒等因素，亦有可能间接导致染色体的异常。

综上所述，针对存在染色体核型异常高危因素的人群，应当对其后续的生育情况、加强孕期的基因检查监测工作，尽量降低畸形儿及基因缺陷儿的出生率，从而达到提高生育质量、达到优生优育的目的。

〔参考文献〕

- (1) 柯买春. 九江地区 835 例遗传咨询患者外周染色体核型分析 (J). 实验与检验医学, 2019, 37(1), 58-59.
- (2) 周静, 惠伟戎, 许争峰. 南京地区 4335 例遗传咨询者外周血染色体核型分型 (J). 中国优生与遗传杂志, 2012, 20(9): 28-30.
- (3) 唐芳, 陶晓海, 卢航, 等. 染色体异常、染色体多态性与生殖异常的相关性分析 (J). 海南医学, 2015, 26(16): 2379-2381.
- (4) 常家祯, 戚庆炜, 周希亚, 等. 孕妇 X 染色体异常对其外周血游离 DNA 产前筛查的影响 (J). 中华妇产科杂志, 2020, 55(2): 100-105.
- (5) 薛淑雅, 李少英, 刘维强, 等. 颈部透明层增厚与染色体异常的相关分析 (J). 实用妇产科杂志, 2019, 35(5): 382-385.
- (6) 柳宛璐, 石鑫玮, 刘海意, 等. 3 例家族性 Alport 综合征遗传咨询和产前诊断的临床病例分析 (J). 现代妇产科进展, 2019, 28(3): 21-24.
- (7) 江雨, 陈小露, 陈佳燕, 等. 两个 18 号染色体臂间倒位家系的产前诊断与遗传咨询 (J). 中华围产医学杂志, 2019, 22(2): 127-133.
- (8) 王晓华, 白瑞芳, 周燕, 等. 使用基于联合探针锚定聚合技术的高通量测序平台的低覆盖度全基因组测序检测自然流产组织中染色体异常的分析 (J). 中华妇产科杂志, 2019, 54(12): 808-814.
- (9) 朱蕊, 曾爱群, 杜晶春. 780 例遗传咨询者外周血染色体核型分析 (J). 海南医学, 2016, 27(14): 2249-2251.
- (10) 周玉春, 王华, 黄定梅, 等. 1034 例羊水细胞染色体核型分析 (J). 中华围产医学杂志, 2006, 9(6): 421-423.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)22-0018-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.22.007

不同类型胃息肉临床病理特征及术后复发危险因素分析

傅文胜 卢燕平

(福建省汀州医院, 福建 长汀 366300)

〔摘要〕 **目的:** 研究不同类型胃息肉临床病理特征并分析术后复发的危险因素。 **方法:** 研究样本来源于 2018 年 1 月至 2020 年 1 月期间福建省汀州医院收治的 600 例胃息肉患者, 全部患者均行胃息肉检查诊断及内镜下治疗干预, 分析各项指标。 **结果:** 胃息肉主要病理类型包括腺瘤性息肉、增生性息肉、炎性息肉、胃底腺息肉等, 大部分息肉病灶结构为半圆形或圆形隆起, 600 例患者内镜下采用不同术式治疗胃息肉后 105 例患者复发, 息肉超 1 cm、腺瘤性息肉、多发息肉、幽门螺杆菌感染、年龄 ≥ 45 岁均是术后复发的独立危险因素。 **结论:** 通过对不同类型胃息肉病理特征分析可初步判断其性质, 内镜治疗胃息肉疗效显著, 息肉超 1 cm、腺瘤性息肉、多发息肉、幽门螺杆菌感染、年龄 ≥ 45 岁易复发, 需定期复查。

〔关键词〕 胃息肉; 病理特征; 术后复发; 危险因素

〔中图分类号〕 R 573 〔文献标识码〕 B

胃息肉是源自胃黏膜组织的隆起病变, 大部分患者在早期或无其他并发症时无明显症状, 部分患者表现为腹部隐痛不适, 腹胀, 也有少数患者会出现恶心呕吐等症状, 但由于该病无典型临床症状, 因此难以被察觉。临床上对其发病的诱因仍无统一定论, 目前所了解到该病的主要病因与幽门螺

杆菌感染、饮食、药物等相关, 且其好发于胃窦, 发生于胃体上部、胃底和贲门少数患者可见。胃息肉大部分为良性, 部分具有恶变可能性, 其恶变率与息肉病理类型相关, 相关资料研究显示, 腺瘤性息肉恶变率最高可达 45%, 增生腺息肉及胃底性息肉恶变可能性较低^[1]。本研究旨在探讨胃息

〔收稿日期〕 2020-09-23

〔作者简介〕 傅文胜, 男, 副主任医师, 主要研究方向是各器官系统临床病理诊断。

肉的恶变与其发生的部位，患者的年龄和肠道菌群感染之间的关系，研究并分析不同类型胃息肉的病理特征，并总结术后复发的相关危险因素。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究样本来源于 2018 年 1 月至 2020 年 1 月期间本院收治的 600 例胃息肉患者，全部患者经胃镜检查，确诊存在胃息肉。患者中，男 237 例，女 363 例；年龄 16~75 岁，平均(50.71±5.33)岁，其中年龄<30 岁的有 39 例，31~45 岁，153 例，46~60 岁 159 例，61~75 岁 249 例。患者均对研究内容知情且同意参与。

1.1.1 诊断标准 符合《消化内科疾病诊疗》^[2]中关于胃息肉的相关诊断标准，经胃镜检查显示胃壁黏膜上有边界清晰且表面光滑平整的圆形或半圆形突起，色泽鲜红或与正常黏膜无异，质地柔软。患者主诉上腹胀痛，纳差，并伴有多种消化系统疾病。

1.1.2 纳入标准 (1) 经病理学检测确诊；(2) 患者就诊资料完整；(3) 知情同意并自愿参与本研究。

1.1.3 排除标准 (1) 对胃镜检查不耐受导致检查未完成者；(2) 曾做过胃部相关手术；(3) 合并有肠道炎症性疾病；(4) 家族体质性息肉病；(5) 未做好胃镜准备前事项要求，导致影响黏膜观察。

1.1.4 剔除与脱落标准 (1) 中途退出本研究者；(2) 随访信息脱落者；(3) 隐瞒病史者。

1.2 方法

所有患者均行胃息肉病理诊断及内镜下治疗干预，医师利用内镜观察息肉位置、大小、数量、形态等，对息肉行直接切除或钳夹等操作，采样进行病理检查，并结合患者息肉实际情况确定治疗方案，具体术式包括内镜黏膜下剥离术、内镜下黏膜切除术、氩气刀治疗、活检取净、高频电凝电切等。

全部患者均接受幽门螺杆菌感染检测，胃镜辅助下选定距离幽门 2~5 cm 胃窦区域黏膜组织进行尿酸酶实验，并进行¹⁴C 呼气试验，如为阳性则属于幽门螺杆菌感染。术后定期对患者进行胃镜复查，观察胃部及食管等区域是否存在息肉，如存在息肉需详细观察息肉位置、数量、大小，并实施切除治疗，术后对息肉组织进行病理检查。

1.3 评价标准

依据病理检查结果对胃息肉进行分型，并分析其临床病理特征。统计术后复发患者各项临床资料，研究其危险因素。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，胃息肉术后复发危险因素采用 logistic 回归模型进行分析，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 不同类型胃息肉临床病理特征比较

600 例患者经内镜检查单发息肉 405 例 (67.50%)，多发息肉 195 例 (32.50%)。息肉大小在 0.5 cm 以下的有 422 例 (70.33%)，息肉大小 > 0.5 cm 的有 178 例 (29.67%)。息肉部位包括胃底 220 例 (36.67%)、胃体 215 例 (35.83%)、胃窦 126 例 (21.00%)、十二指肠 20 例 (3.33%)、贲门 19 例 (3.17%)。依据病理检查结果，腺瘤性息肉 20 例 (33.33%)、增生性息肉 102 例 (17.00%)、炎性息肉 438 例 (73.00%)、胃底腺息肉 40 例 (6.67%)。大部分胃息肉表面平整光滑，边界结构清晰，病灶形态为半圆形或圆形隆起，色泽与正常胃黏膜组织无显著差异。12 例 (2.00%) 胃息肉检出异常增生，部分息肉表面为鲜红色糜烂充血，质地较软，部分息肉为分叶状、指状、菜花状。

2.2 胃肠息肉术后复发、未复发患者的单因素分析

600 例患者内镜下采用不同术式治疗胃息肉后 105 例患者复发，胃肠息肉术后复发、未复发患者的性别、饮酒、抽烟、炎性息肉、增生性息肉比较，差异均无统计学意义 (*P* > 0.05)；年龄 ≥ 45 岁、幽门螺杆菌感染、息肉超 1 cm、腺瘤性息肉、多发息肉比较，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 胃肠息肉术后复发、未复发患者的单因素分析 (例)

因素	复发 (n = 105)	未复发 (n = 495)	χ^2	<i>P</i>
男	49	188	2.384	0.123
女	56	307	2.384	0.123
年龄 ≥ 45 岁	91	317	19.354	0.000
饮酒	30	142	0.009	0.924
抽烟	42	196	0.001	0.974
幽门螺杆菌感染	69	221	14.565	0.001
多发息肉	87	195	63.959	0.000
息肉超 1 cm	39	76	25.158	0.000
息肉类型				
炎性	64	325	0.647	0.421
增生性	25	165	3.204	0.073
腺瘤性	16	5	47.793	0.000

2.3 胃息肉术后复发危险因素的 logistic 回归分析

经 logistic 回归分析证实，息肉超 1 cm、腺瘤性息肉、多发息肉、幽门螺杆菌感染、年龄 ≥ 45 岁均是导致胃息肉术后复发的独立危险因素，见表 2。

表 2 胃息肉术后复发危险因素分析

因素	<i>B</i>	S.E.	Wald	<i>P</i>	OR	95% CI
息肉超 1 cm	1.392	0.524	12.368	0.012	2.546	(1.562,3.877)
腺瘤性息肉	1.457	0.326	15.251	0.003	4.012	(1.775,7.463)
多发息肉	1.132	0.307	14.913	0.001	6.857	(2.149,8.926)
幽门螺杆菌感染	1.286	0.385	17.224	0.006	3.475	(1.677,3.967)
年龄 ≥ 45 岁	1.513	0.591	11.082	0.021	1.573	(1.487,2.653)

3 讨论

胃息肉主要源自人体胃黏膜细胞生长聚集区域向胃腔内突起,形成的肿物,表现为局部胃黏膜的结节样或颗粒样隆起,以胃体与胃窦部位较为好发。胃息肉的表面往往较为光滑,且与周围有清晰的界限,可为广基底无蒂类型,也可为有蒂类型,可为单发也可为多发,但直径一般均在2 cm内^[3]。患有胃息肉者临床症状一般不具有特异性,部分单纯胃息肉患者也可无任何临床表现,仅在合并胃炎、胃溃疡、反流性食管炎等其他消化系统疾病时,出现饱胀感、腹部疼痛、消化不良、慢性反流等症状,位于幽门或贲门部位的大息肉还可能引发不完全梗阻等症状。有报道在实际诊疗中发现,胃息肉多在消化道造影或胃镜检查时偶然发现,主要发病人群为中老年群体,发病初期由于患者无典型症状,因此确诊率较低^[4]。胃息肉目前被认为与癌前病变具有密切相关性,尤其是广基底病理类型为腺瘤性且直径超过2 cm的息肉,进展为胃癌的风险性进一步增加。胃腺癌属于世界范围内的第四大癌症,因胃腺癌死亡的患者约占癌症死亡总人数的10.4%,成为了第二大癌症相关死亡病因。胃腺癌患者就诊时,病情往往已经进展至晚期,因此难以治愈,每年新发胃癌患者高达90万,而胃癌相关死亡的病例则高达70万,且胃癌患者普遍存在生活质量不佳与生存时间短的情况。不同类型胃息肉临床病理特征及预后存在较大差异,部分类型胃息肉存在较大的恶变可能性,为此本研究通过内镜检查确定胃息肉病理类型,并总结了不同类型胃息肉的临床病理特征。

相关资料统计显示^[5],胃息肉临床发病率约为1%~5%,女性发病率高于男性,关于胃息肉的具体发病原因尚无确定结论,部分研究认为胃息肉具有癌变倾向,其发病环境为无酸或低酸环境,与胃癌发病环境类似。基因学相关研究认为,胃息肉的发病与癌基因ras、抑癌基因P53突变具有相关性^[4]。本研究中胃息肉的主要类型包括腺瘤性息肉、增生性息肉、炎性息肉、胃底腺息肉,大部分患者为炎性息肉、增生性息肉,主要发病部位为胃底及胃体,息肉大小<0.5 cm患者占比较高,体积较大息肉多为增生性息肉。大部分胃息肉表面平整光滑,边界结构清晰,病灶形态为半圆形或圆形隆起,色泽与正常胃黏膜组织无显著差异,通过对不同类型息肉病理特征的分析研究,可有效检出腺瘤性息肉等癌前病变,进而降低胃癌发生率。现阶段腺瘤性息肉及增生性息肉临床发病率显著降低,其内镜监测程序尚缺乏统一标准,直径超2 mm的增生性息肉及腺瘤采用活检无法实现准确评价,原则上需将其切除,并配合病理检查,以确定是否存在恶变^[5]。

内镜下采用不同术式可实现对息肉的有效治疗,通过本研究分析可知,息肉超1 cm、腺瘤性息肉、多发息肉、幽门螺杆菌感染、年龄≥45岁术后易复发,此类患者需定期复查,发现息肉复发需及时治疗。幽门螺杆菌被WHO的国

际癌症研究机构纳入至I类致癌源,在多种胃部疾病患者中,均可检测到该致病菌的存在,而幽门螺杆菌感染问题也成为了严峻的公共卫生问题。目前,幽门螺杆菌在发展中国家的检出率高达76%,而在发达国家约为58%,1/2以上的世界人口感染与幽门螺杆菌感染相关。分析幽门螺杆菌感染增加胃息肉复发风险的原因,幽门螺杆菌感染可对胃黏膜屏障造成一定的损害,并可刺激机体生成白细胞三烯、前列腺素等多种炎症介质,从而进一步加重炎症反应,刺激胃受损位置发生腺体数目增加、黏膜腺管生成以及腺体颈部延长等变化,黏膜肌与腺管上皮的不断增生导致黏膜周边隆起,最终形成息肉甚至肿瘤。有学者认为^[6-7],幽门螺杆菌感染为胃息肉生成与进展的高危因素,可能与解聚金属蛋白酶的异常激活,进一步激活了表皮生长因子,加之机体炎症因子水平的提高可促进胃息肉转变至恶性相关。年龄≥45岁胃息肉患者术后复发的风险较高,分析其原因,胃底息肉自10~69岁患病率存在持续升高趋势,而≥70岁患病率则呈现下降趋势,因此年龄≥45岁的老年人群为胃息肉的高发人群,也是胃息肉复发的重要危险因素。目前,胃息肉的复发危险因素研究尚存争议,人群、地域的不同,会导致胃息肉术后复发率存在一定差异,且关于胃息肉的研究尚不如肠息肉的研究更为细致。本研究认为:息肉超1 cm、腺瘤性息肉、多发息肉、幽门螺杆菌感染、年龄≥45岁术后更易复发,为进一步充实研究论点,进一步还可分析胃息肉复发的可控因素,以为临床制定胃息肉复发预防控制策略,防治胃息肉发生与发展等,提供参考。

综上所述,通过对不同类型胃息肉病理特征分析可初步判断其性质,息肉超1 cm、腺瘤性息肉、多发息肉、幽门螺杆菌感染、年龄≥45岁易复发,需定期复查。

〔参考文献〕

- (1) 樊桂玲,梁晓霞,张瑜,等.胃息肉病理分型与中医证型及幽门螺杆菌的相关性研究(J).中国药物与临床,2020,20(6):941-943.
- (2) 惠德生.消化内科疾病诊疗(M).长春:吉林科学技术出版社,2013.
- (3) 李转,苏红霞,路红,等.胃息肉的诊治进展(J).胃肠病学和肝病杂志,2020,29(1):93-98.
- (4) 陈吉,崔宏,段聿,等.AIF和HSP70在胃息肉及胃癌中的表达及其相关性研究(J).胃肠病学和肝病杂志,2017,26(9):990-993.
- (5) 中华医学会病理学分会消化病学组.胃肠道腺瘤和良性上皮性息肉的病理诊断共识(J).中华病理学杂志,2020,49(1):3-11.
- (6) 乔建霞.胃息肉内镜下切术后复发危险因素分析(J).长治医学院学报,2018,32(5):369-370.
- (7) 陈光远,刘星群,王秀艳.不同病理类型胃息肉幽门螺杆菌感染及其与黏膜组织内HIF-1 α 表达的相关性(J).医学综述,2020,26(10):2031-2034,2041.