

早期胃癌的临床病理特点与内镜下的表现研究

赵 雯

沂南县人民医院病理科, 山东 临沂 276300

【摘要】 目的 探究早期胃癌的临床病理特点与内镜下表现同质性及异质性。方法 观察对象均为我院肿瘤科收治的 50 例早期胃癌患者, 观察开展时间 2019 年 3 月—2020 年 9 月, 予以患者内镜检查与病理学检查, 观察同质性及异质性。结果 早期胃癌以低分化腺癌、中分化管状腺癌较为常见, 癌组织可浸润至黏膜下及黏膜内, 淋巴结转移占比 16.0%; 早期胃癌内镜下可见直径 1.0cm 以上病灶, 较为常见, 胃癌大体类型以 II c 型较为常见; 早期胃癌淋巴结转移与癌组织浸润程度及分化程度具有高度相关性 ($P < 0.05$)。结论 早期胃癌以 55 岁及以上中老年患者为高发人群, 以 1.0cm 以上病灶较为常见, 以 II 型癌症为主, 需重视癌组织浸润程度及分化程度, 及时检出淋巴结转移情况。

【关键词】 早期胃癌; 临床病理特点; 内镜表现

胃癌为临床常见肿瘤疾病, 疾病恶化程度较高, 具有发病率高、死亡率高等特异性表现, 部分患者无明显症状, 均会导致病情延误, 以早期诊断、早期治疗为主要原则^[1]。胃癌发生因素较多, 与机体免疫机制、遗传因素、饮食生活、慢性胃炎疾病具有高度关联。据卫生组织发布数据显示^[2], 我国近十年胃癌发病率及死亡率显著升高, 临床针对胃癌诊断手段较多, 早期胃癌病理表现不显著, 存在较高漏诊及误诊情况, 延误患者治疗时间, 影响疾病治疗预后, 增加死亡率。我国为有效防范胃癌, 加强疾病早期筛查, 特针对早期胃癌临床病理特点进行分析, 联合内镜检查, 旨在为早期胃癌诊疗工作开展提供医学支持。

1 资料与方法

1.1 一般资料 观察对象均为我院肿瘤科收治的 50 例早期胃癌患者, 观察开展时间 2019 年 3 月—2020 年 9 月, 其中涉及男性患者 28 例, 女性患者 22 例, 年龄 41 ~ 74 (59.63 ± 1.43) 岁。

1.2 方法 所选患者均由相同医务人员实施内镜检查、病理学检查及胃癌组织学分型, 确保研究开展客观性; ①内镜检查: 指导患者无痛胃镜检查体位, 予以患者麻醉, 观察麻醉深度, 置入内镜, 加强对食管组织的防护, 借助内镜反馈信息明确置入位置, 探查病灶位置、直径及大体类型, 由 2 名医生进行审阅, 针对疑难病灶, 可咨询第 3 名专家学者共同审阅; 并于内镜辅助下采集活体样本。②病理学检查: 经内镜所得样本送至实验室进行病理学检测, 评估癌组织类型、分化程度、浸润程度及淋巴结转移情况; ③胃癌

组织学分型: 依据 WHO 肿瘤医学会推荐癌组织分型标准^[3], 分为高分化管状腺癌、中分化管状腺癌、低分化腺癌、印戒细胞癌、黏液细胞癌、乳头状腺癌; ④内镜下分型: 依据 2002 年 Paris 分型标准^[4], 分为 I 型, II a 型、II b 型、II c 型、III 型。

1.3 统计学分析 统计学软件 SPSS24.0 进行假设检验, $P < 0.05$ 设为统计学差异基础表达。

2 结 果

2.1 早期胃癌病历资料分析 早期胃癌以 55 岁及以上中老年患者为主, 占比 70.0%, 男女患病具有同质性, 始发症状特异性较低, 以腹隐痛、饱胀、食欲降低、持续消瘦及黑便为主, 部分患者无临床症状, 癌组织分为未分化型及分化型, 主要组织学分型以低分化腺癌、中分化管状腺癌较为常见, 淋巴结转移占比 16.0%, 见表 1。

2.2 早期胃癌内镜下表现 早期胃癌内镜下可见病灶直径在 0.2 ~ 1.3cm 区间, 以 1.0cm 以上直径病灶较为常见, 约占比 50.0%, 病灶主要分布于胃体部、胃窦部、贲门部、胃底部, 占比为 30.0%、38.0%、14.0%、18.0%, 胃癌大体类型为 I 型、II a 型、II b 型、II c 型及 III 型, 占比为 14.0%、10.0%、12.0%、40.0% 及 24.0%, 以 II c 型较为常见, 占比高于其他类型, 差异显著 ($P < 0.05$)。

2.3 早期胃癌临床病理表现及内镜下表现与淋巴结转移相关性分析 早期胃癌淋巴结转移与癌组织浸润程度及分化程度具有高度相关性, 行统计分析, 差异显著 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 早期胃癌病历资料分析 (n, %)

指标	例数	占比
性别	男	28 56.0
	女	22 44.0
年龄	≥ 55 岁	35 70.0
	<55 岁	15 30.0
始发症状	腹隐痛	21 42.0
	饱胀	7 14.0
	食欲降低	6 12.0
	持续消瘦	7 14.0
	黑便	3 6.0
	无症状	6 12.0

续表 1

指标	例数	占比
分化程度	未分化	29 58.0
	分化	21 42.0
组织学分型	高分化管状腺癌	5 10.0
	中分化管状腺癌	13 26.0
	低分化腺癌	23 46.0
	印戒细胞癌	2 4.0
浸润程度	黏液细胞癌	4 8.0
	乳头状腺癌	3 6.0
	黏膜下癌	23 46.0
淋巴转移	黏膜内癌	27 54.0
	有	8 16.0
	无	42 84.0

表 2 早期胃癌临床病理表现及内镜下表现与淋巴结转移相关性分析 [$\bar{x} \pm s, n(\%)$]

指标	转移 (n=8)	未转移 (n=42)	χ^2	P 值	
年龄均值	58.63 ± 4.31	57.44 ± 4.39	0.714	0.479	
病灶直径	1.67 ± 0.51	1.66 ± 0.49	0.051	0.959	
浸润程度	黏膜下癌	5 (62.50)	18 (42.86)	4.625	0.011
	黏膜内癌	3 (37.50)	24 (57.14)		
分化程度	未分化	7 (87.50)	22 (52.38)	3.402	0.044
	分化	1 (12.50)	20 (47.62)		
病灶位置	胃体部	2 (25.0)	13 (30.95)	0.816	0.229
	胃窦部	3 (37.50)	16 (38.10)		
	贲门部	1 (12.50)	6 (14.29)		
	胃底部	2 (25.0)	7 (16.67)		
胃癌大体类型	I	1 (12.50)	6 (14.29)	0.692	0.581
	II	5 (62.50)	26 (61.90)		
	III	2 (25.0)	10 (23.81)		

3 讨 论

据世界卫生组织发布数据显示^[5],近年随着人们生活质量的提高,饮食多元化改变,胃癌发病率近 10 年呈逐年递增趋势,其致死率仅次于肺癌;因我国社会快速发展,人们生活节奏加快,特殊的饮食文化导致我国为胃癌高发区域,受累患者广泛,成为阻碍社会发展的主要肿瘤疾病。胃癌与其他胃肠道疾病临床表现高度相似,部分患者早期癌变时无明显症状,故胃癌早期筛查难度大。基于我国医疗资源发展现状,胃癌筛查临床推广落实度较低,于体检中检出早期胃癌比重较低,是导致胃癌死亡率居高的重要因素。

手术作为早期胃癌治疗的重要手段,手术治疗有效性、近五年生存率与患者手术治疗时机具有高度关联,早期胃癌患者经由胃癌根治术,可有效延长近五年内生存率;中晚期胃癌患者经由

单一手术治疗效果不佳,于术后多需辅助放疗等,有效杀死癌组织,延长患者生命时长,治疗负担较大,且不良反应较多,极易因不耐受而中断治疗,危害患者生命安全,因此加强早期胃癌筛查,为医学发展探讨热点课题^[6]。近年随着医疗技术完善,早期胃癌筛查手段增多,穿刺活检、胃镜检查可为胃癌早期治疗提供技术支持,经由内镜下发现肿瘤病灶,早期进行切除,实施内镜下胃癌根治术为疾病首选方案,有效延长患者预计生命时长。

胃癌临床表现较多,以典型消化道症状为主,始发症状特异性较低,以腹隐痛、饱胀、食欲降低、持续消瘦及黑便为主,部分患者无临床症状,特异性较低,患病年龄范围较广,以 55 岁及以上中老年患者为主,占比 70.0%,经男女性别发病分析,男女患病具有同质性;癌组织分为未分化型及分化型,主要组织学分型以低分化腺癌、中分化

管状腺癌较为常见,部分患者表现高分化管状腺癌、印戒细胞癌、黏液细胞癌、乳头状腺癌,癌组织可浸润至黏膜下及黏膜内,多无淋巴转移,淋巴结转移占比 16.0%。

胃镜检查作为胃肠道疾病检查首选方案,同样为早期胃癌筛查重要手段,随着电子内镜技术不断优化,经由电子胃镜下开展疾病诊断,可有效明确病灶情况,有效进行疾病良恶性定性,筛查早期胃癌,避免病情延误。电子胃镜借助高清晰彩色屏幕成像,可有效检出微小病灶,取得局部图像信息,可供多位内镜医师进行商讨,早期筛查借鉴性较高,可有效避免病灶遗漏^[7]。临床大量样本观察可知,早期胃癌发病高发期以 55 岁及以上中老年患者为主,近十年来因年轻人生活压力增大,饮食不节制,年轻人出现胃癌概率升高,借助胃镜技术,开展病理诊断,可发现病灶区域伴有丘疹、出血、溃疡、粘膜局部增厚及色泽改变等特异性征象,其中以溃疡或浅表凹陷症状较为常见,约占 50% 以上;因疾病早期分化程度较低,病灶较小,传统影像学检查易出现漏诊及误诊情况,故采用胃镜检查,可有效提高精准性,为有效避免癌症漏诊,临床推荐采用胃镜联合穿刺活检手段,以提高癌症筛查精准性,其诊断精准性可达 90% 以上。

早期胃癌内镜下可见病灶直径在 0.2 ~ 1.3cm 区间,以 1.0cm 以上直径病灶较为常见,因疾病早期表现特异性较低,于鉴别诊断时进行淋巴结转移检查,本研究经临床病理表现及内镜下表现分析可知,早期胃癌淋巴结转移与癌组织浸润程度及分化程度具有高度相关性,差异显著($P < 0.05$),与年龄均值、病灶直径、病灶位置、胃癌大体类型无相关性,差异均衡($P > 0.05$),需高度重视胃癌分化程度及浸润深度,评估转移风险。早期胃癌镜下表现为浅表不规则溃疡、黏膜改变,例如色泽改变、黏膜增厚等,经由肉眼探察,可见局部溃疡糜烂,极易误诊,与良性疾病鉴别诊断难度较大,可通过局部取样,经由病理染色后,经镜下观察,可见明显凹陷症,因肿瘤分化初始,黏膜色泽改变可作为早期癌症镜下检查特征,其色泽改变主要是因癌症浸润导致纤维组织含量异常,影响毛细血管血流量及密度,受多重因素影响,出现色泽改变;同时因患者发病后机体分泌功能减退,局部组织黏液细胞分泌减少导致,黏膜色泽度降低。早期胃癌镜下可见异常黏膜皱壁,于凹陷病灶周围可见黏膜组织皱壁,可作为早期胃癌筛查重要指征,表明存在黏膜层癌症浸润情况;若表现为结节状或杵状肥大、相互融合性肥大等,则表明伴有黏膜下层浸润,可有效评估肿瘤分期。因早期胃癌病灶血运供给较多,极易

于内镜检查下出现病灶区出血,表明疾病恶性程度较高,若于临床检查时,首诊为阴性,可于检查期间出现病灶出血,需高度重视,定期开展医学随访,督促患者定期复查,因早期胃癌多发症状较少,呈孤立、单发病灶,且病变区域较小,经由肉眼探察漏诊率较高,于胃镜检查期间需精准探查微小改变,针对可疑病灶及时进行局部取材,以进行穿刺活检,是提高早期胃癌筛查率的重要举措。

综上,早期胃癌以 55 岁及以上中老年患者为高发人群,以 1.0cm 以上病灶常见,以 II 型癌症为主,需重视癌组织浸润程度及分化程度,及时检出淋巴结转移情况,考虑早期胃癌部分患者无明显症状,易被误诊为良性疾病实施治疗,延误治疗时机,建议患者加强疾病筛查重视度,针对伴有慢性胃肠道疾病的患者,需及时进行健康体检;并明确早期胃癌高发人群,针对年龄 55 岁及以上,既往有慢性胃肠道疾病、家族有胃癌病史,既往饮食不节,既往有肠型上皮化生或慢性萎缩性胃炎、胃溃疡病史,近期肢体持续性消瘦患者,需将其列为高危人群,早期于正规医院进行专项检查,确保早期检出、早期施治。

参考文献

- [1] 张红. 中药调剂质量对临床用药安全的影响观察[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(67):326-327.
- [2] 杜涛. 中药调剂管理与中药房的质量控制效果评价[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(44):212,214.
- [3] 杨晓军,王征球,蒋斌. 早期原发性胃癌的白光内镜下临床病理特点研究[J]. 现代消化及介入诊疗,2018,23(3):326-329.
- [4] 郑春雷,张忠泰,高红. 胃癌组织中生存素和基质金属蛋白酶-9 的表达及其与胃癌临床病理特点的关系[J]. 中华实验外科杂志,2017,34(2):214-216.
- [5] 杨其昌,冯斯雯,刘宏斌,等. 基于世界卫生组织标准的 315 例早期胃癌患者临床病理与淋巴结转移风险的分析[J]. 中华消化杂志,2018,38(12):800-805.
- [6] 陆丽娜,李岗秀,蒋国法,等. 早期原发性胃癌患者的白光内镜下临床病理特点研究[J]. 现代实用医学,2018,30(2):209-211.
- [7] 商倩,张诗彤,邱志兵,等. 255 例早期胃癌临床病理及蓝激光成像结合放大内镜下的特征分析[J]. 中华消化内镜杂志,2018,35(10):740-744.