

Hp 感染与胃癌的关系及其对内镜表现的影响

黄茜敏 张加坤 谢春明

胃癌是危害人们健康的消化道恶性肿瘤之一,近年来随着生活节奏变化、饮食习惯变化、精神因素等影响,胃癌新发病例呈现年轻化,而许多患者由于症状不典型,导致漏诊及误诊,许多患者确诊时已是晚期,5年生存率不足30%,因此早期诊断胃癌十分重要^[1]。内镜是检查及诊断胃癌的直接且有效的方式,能显示胃黏膜的局部情况,在临床广泛应用。研究表明,幽门螺旋杆菌(helicobacter pylori, Hp)与胃癌的发生、发展密切相关, Hp可诱导炎症反应,加重胃黏膜损伤^[2]。其主要进展途径通过影响MLK1及Ki-67的表达来实现^[3]。Hp感染与否对胃癌患者胃黏膜特征性改变在临床中研究较少,故本次研究旨在探究Hp感染与胃癌的关系及其对内镜表现的影响,以为临床诊治Hp感染胃癌提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2019年8月至2023年8月平阳县人民医院收治的胃癌患者102例,纳入标准包括:①符合胃癌诊断标准^[4],并经病理检查确诊;②Hp培养阳性;③均进行内镜检测,临床资料完整。排除标准包括:①伴有其他原发性肿瘤;②胃转移癌;③存在严重心、肺、肾功能障碍;④既往有胃部手术史;⑤近1个月内服用过PPI制剂、铋制剂等药物;⑥认知功能障碍。本次研究经医院伦理委员会审批通过,且所有患者均已知晓并同意参与本次研究。根据是否感染Hp,分为感染组($n=52$)及未感染组($n=50$)。两组一般资料比较见表1。两组比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 方法 内镜检测采用Olympus内镜检测患者胃部病灶,观察其病灶形态、色泽,边界是否清晰,表面有无溃疡、白色不透明物质,是否存在自发性出血、不规则浸润,并观察周围黏膜背景。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2024.012.024

作者单位:325400 浙江平阳,平阳县人民医院内镜中心

表1 两组患者的一般资料比较

组别	n	性别 (男/女)	年龄/岁	肿瘤部位/例		
				胃上部	胃中部	胃下部
感染组	52	31/21	43.15 $\pm$ 5.48	7	26	19
未感染组	50	32/18	42.69 $\pm$ 5.17	10	31	9

1.3 监测指标 ①比较感染组及未感染组内镜下胃部黏膜特征;②分析内镜黏膜特征对Hp感染的诊断价值;③分析感染组患者内镜下特征。

1.4 统计学方法 采用SPSS 28.0统计学软件进行统计分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,组间采用 χ^2 检验;内镜黏膜特征对Hp感染的诊断价值采用受试者工作特征(receiver operating characteristic, ROC)曲线分析。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组内镜下黏膜表现比较见表2

表2 两组内镜下黏膜表现比较/例(%)

黏膜表现	感染组($n=52$)	未感染组($n=50$)
发红	点状 15(28.84)	17(34.00)
	弥漫性 39(75.00)*	8(16.00)
	地图状 17(32.69)	14(28.00)
萎缩	42(80.77)*	15(30.00)
肠化	40(76.92)*	7(14.00)
增生性息肉	16(30.77)	13(26.00)
鸡皮样	41(78.85)*	16(32.00)
皱襞肿大	32(61.54)	30(60.00)
黏液浑浊	21(40.38)	19(38.00)
消化道溃疡	23(44.23)	26(52.00)
黄色素瘤	12(23.08)	14(28.00)
凹陷性糜烂	14(26.92)	11(22.00)
陈旧性出血斑	8(15.38)	9(18.00)
黏膜肿胀	31(59.62)*	18(36.00)

注:*,与未感染组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,感染组患者的内镜下弥漫性发红、萎缩、肠化、鸡皮样、黏膜肿胀发生率均高于对照组,差异均有统计学意义(χ^2 分别=35.70、51.38、40.62、22.69、5.70, P 均<0.05)。

2.2 内镜黏膜特征对Hp感染的诊断价值见表3

由表3可见,弥漫性发红、萎缩、肠化诊断Hp感染的诊断价值较高,AUC分别为0.81、0.75、0.82。

2.3 感染组患者内镜下特征分析见表4

表3 内镜黏膜特征对Hp感染的诊断价值分析

黏膜表现	AUC	P	灵敏度/%	特异度/%	95%CI
弥漫性发红	0.81	<0.05	87.92	84.00	0.72~0.89
萎缩	0.75	<0.05	80.77	70.00	0.66~0.85
肠化	0.82	<0.05	76.92	86.00	0.73~0.90
鸡皮样	0.73	>0.05	78.85	68.00	0.64~0.83
黏膜肿胀	0.62	>0.05	59.62	64.00	0.51~0.73

表4 感染组患者内镜下特征分析/处

特征		病灶在萎缩区域外			病灶在萎缩区域内		
		隆起型 (n=6)	凹陷/平坦型 (n=11)	溃疡型 (n=7)	隆起型 (n=7)	凹陷/平坦型 (n=15)	溃疡型 (n=6)
边界清晰	有	3	8	7	6	9	5
	无	3	3	0	1	6	1
不规则表面	有	2	5	5	3	11	3
	无	4	6	2	4	4	3
组织学分型	分化型	6	7	3	7	9	6
	未分化型	0	3	3	0	4	0
	混合型	0	1	1	0	2	0
白光内镜下颜色	红色调	5	7	0	3	7	0
	橘黄色调	0	0	0	2	4	0
	白色调	0	3	0	1	2	0
	等色调	1	1	0	1	2	0
窄带光成像下茶褐色	有	2	3	0	4	9	0
	无	4	8	0	3	6	0

由表4可见,52例Hp感染患者中,28例病灶在萎缩区域内,24例病灶在萎缩区域外,两类均多处于分化型,萎缩区域内凹陷型15处,其中边界清晰9处,不规则表明11处,红色调7处;萎缩区域外凹陷型11处,其中边界清晰8处,不规则表面5处,红色调7处。

3 讨论

Hp感染是胃癌的I类致癌因子,其影响胃癌进展可能与环境、饮食、免疫反应、细菌特异度毒力等相关,多种因素互相影响导致胃黏膜上皮细胞动力紊乱,导致胃黏膜损伤^[5,6]。根除Hp是预防胃癌的有效措施,因此了解Hp感染以及早期胃癌的内镜表现,将有助于提高早期胃癌的诊治水平。

本次研究结果显示,感染组患者的内镜下弥漫性发红、萎缩、肠化、鸡皮样、黏膜肿胀发生率高于对照组(P 均<0.05),提示Hp感染与否对胃癌下内镜形态有一定影响,这与马丹等^[7]研究具有一致性。同时,ROC曲线分析显示,弥漫性发红、萎缩、肠化诊断Hp感染的AUC为0.81、0.75、0.82,提示内镜下

观察胃部黏膜表现为弥漫性发红、萎缩、肠化有助于诊断Hp感染,判断早期胃癌。张琳珂等^[8]研究表明白光胃镜下弥漫性发红、黏膜肿胀均为Hp感染的独立危险因素,其预测Hp感染的AUC均大于0.7。杨洋等^[9]研究指出,当机体感染Hp后,诱发活动性炎症,并通过激活环氧合酶-前列腺素E2通路等,导致胃黏膜细胞变性坏死,胃内腺体被破坏,内镜下表面为胃黏膜萎缩、肠化生。

本次研究还分析了Hp感染患者内镜下特征,结果显示,28例病灶在萎缩区域内,多处于分化型,凹陷型15处,其中边界清晰9处,不规则表明11处,红色调7处。也有研究报道,未分化型癌多表现为凹陷型病变,分化型癌多以凹陷型与隆起型病变^[10],这与本次研究具有一致性。分化型癌在白光内镜下色调多为发红;未分化型癌中色调发白、红白相间的病灶数较多。且内镜下病灶边界清晰,不规则的表面结构是早期胃癌的常见特征。

本次研究为单中心研究,样本量较小,且可能存在一定的偏倚,同时内镜下诊断评估受医师操作

水平、图片清晰度等影响,后期仍需联合多中心、扩大样本量,并进行前瞻性研究。

综上所述,Hp感染与早期胃癌内镜临床表现相关,内镜下胃部黏膜的弥漫性发红、萎缩、肠化特征有助于诊断Hp感染,并有利于早期胃癌判断。

参考文献

- 1 陈定宇,何小凤,程薇,等.CDH1受幽门螺杆菌感染调控及其在胃癌组织中表达分析[J].安徽医科大学学报,2022,57(3):412-417.
 - 2 王思涵,刘玉萍,帅平,等.幽门螺杆菌联合胃蛋白酶原和胃泌素-17检测对健康体检人群胃癌前状态及胃癌筛查研究[J].中华肿瘤防治杂志,2021,28(14):1056-1060.
 - 3 Yang L, Kartsonaki C, Yao P, et al. The relative and attributable risks of cardia and non-cardia gastric cancer associated with *Helicobacter pylori* infection in China: A case-cohort study[J]. Lancet Public Health, 2021, 6(12):e888-e896.
 - 4 中华人民共和国卫生部.胃癌诊断标准(WS316-2010)[S].北京:中国标准出版社,2010.
 - 5 许柯青,程云,段秋琴,等.Hp感染与胃癌组织中MLK1和HER-2及Ki-67表达及肿瘤局部浸润的相关性[J].中华医院感染学杂志,2021,31(19):2969-2972.
 - 6 Shah SC, Piazzuelo MB, Kuipers EJ, et al. AGA clinical practice update on the diagnosis and management of atrophic gastritis: Expert review[J]. Gastroenterology, 2021, 161(4):1325-1332.
 - 7 马丹,孟凡冬.幽门螺杆菌感染与胃癌的早期诊治[J].中华内科杂志,2020,59(5):392-394.
 - 8 张琳珂,代剑华,李彦,等.白光胃镜下食管及胃黏膜不同表现与幽门螺杆菌感染的相关性研究[J].中华消化内镜杂志,2021,38(2):120-126.
 - 9 杨洋,高广周,郝英霞.白光胃镜下内镜征象诊断幽门螺杆菌感染的临床研究[J].河北医科大学学报,2022,43(4):391-396,497.
 - 10 苏惠,金鹏,杨浪,等.幽门螺杆菌阴性早期胃癌的内镜及组织学特点分析[J].中华消化内镜杂志,2021,38(7):551-555.
- (收稿日期 2024-02-01)
(本文编辑 高金莲)
-
- (上接第1133页)
- 中国临床研究,2019,32(10):1376-1379.
- 7 Wang Z. Comparison between thromboelastography and conventional coagulation tests in surgical patients with localized prostate cancer[J]. Clin Appl Thromb Hemost, 2018,24(5):755-763.
 - 8 胡晓燕.血栓弹力图与凝血试验对指导心脏手术患者围术期输血中的意义[J].中国输血杂志,2017,30(7):716-718.
 - 9 Deppe AC. Point-of-care thromboelastography/thromboelastometry-based coagulation management in cardiac surgery: A meta-analysis of 8332 patients[J]. J Surg Res, 2016,203(2):424-433.
 - 10 张宗绵.血栓弹力图指导弥散性血管内凝血患者治疗的作用分析[J].四川医学,2016,37(4):393-396.
 - 11 孙赫,李晓航,张佳林.血栓弹力图评估肝移植患者围术期凝血状态[J].中国医科大学学报,2018,47(4):329-332.
 - 12 李晨.血栓弹力图在快速检测ICU术后患者凝血功能中的应用[J].中日友好医院学报,2015,29(3):161-163.
 - 13 Kaufmann CR. Usefulness of thrombelastography in assessment of trauma patient coagulation[J]. J Trauma, 1997, 42(4):716-720.
 - 14 Sankarankutty A. TEG(R) and ROTEM(R) in trauma: Similar test but different results?[J]. World J Emerg Surg, 2012,7(Suppl 1):S3.
 - 15 马红.血栓弹力图仪检测指导危重症创伤患者输血的价值[J].临床医学,2023,43(5):83-85.
 - 16 da Luz LT, Nascimento B, Rizoli S. Thrombelastography (TEG(R)): Practical considerations on its clinical use in trauma resuscitation[J]. Scand J Trauma Resusc Emerg Med, 2013,21:29.
 - 17 谢仁伟,沈小琪,吴玲玲.血栓弹力图对危重症患者临床合理用血的指导作用分析[J].中国当代医药,2023,30(16):54-57.
- (收稿日期 2024-06-04)
(本文编辑 葛芳君)