

- 析[J]. 中国临床研究, 2014, 27(5): 564-566.
- [3] Lu Y, Ye Z, Wong GT, et al. Prevention of injection pain due to propofol by dezocine; a comparison with lidocaine[J]. Indian J Pharmacol, 2013, 45(6): 619-621.
- [4] 张春元, 苏圣贤, 吴立新, 等. 氟比洛芬酯术后镇痛对老年患者肾脏功能的影响[J]. 中国临床研究, 2010, 23(8): 693-694.
- [5] 杨光旭, 游思洪, 熊观瀛. 老年患者无痛胃肠镜联合检查的临床安全性评估[J]. 中国临床研究, 2011, 24(12): 1104-1105.
- [6] Bartkowska-Śniatkowska A, Bienert A, Wiczling P, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of propofol in children undergoing different types of surgeries[J]. Pharmacol Rep, 2014, 66(5): 821-829.
- [7] 朱姝. 地佐辛或芬太尼复合丙泊酚用于无痛人流术的麻醉效果[J]. 中国临床研究, 2013, 26(11): 1198-1199.
- [8] Zhu Y, Jing G, Yuan W. Preoperative administration of intramuscular dezocine reduces postoperative pain for laparoscopic cholecystectomy[J]. J Biomed Res, 2011, 25(5): 356-361.
- [9] Liu R, Huang XP, Yeliseev A, et al. Novel molecular targets of dezocine and their clinical implications[J]. Anesthesiology, 2014, 120(3): 714-723.
- [10] 侯铁柱, 徐炳欣, 王晓慧, 等. 脑电双频指数监测地佐辛联合依托咪酯与丙泊酚静脉麻醉在老年胃镜检查中的应用[J]. 中国临床研究, 2015, 28(1): 4-6.

收稿日期: 2014-12-10 修回日期: 2015-02-26 编辑: 王国品

· 临床研究 ·

胃息肉内镜下钳夹活检术与内镜切除术后病理诊断的比较

陈珊杰¹, 陈云云²

1. 贵阳医学院 (2012 级研究生), 贵州 贵阳 550002; 2. 贵阳医学院第二附属医院, 贵州 贵阳 550003

摘要: **目的** 比较胃息肉内镜下钳夹活检术(EFB)与内镜切除术后病理诊断的差异。**方法** 回顾性分析 2011 年 10 月至 2013 年 10 月 125 例内镜下胃息肉切除术患者的临床资料, 比较 EFB 与息肉切除术后标本的病理诊断。**结果** 125 例患者共 192 枚息肉, 73 例患者为 1 枚, 37 例为 2 枚, 15 例为 3 枚息肉。143 枚息肉行圈套高频电切除术, 49 枚息肉行内镜下黏膜切除术。共有 163 枚(84.9%)息肉的 EFB 病理诊断与息肉切除术后病理诊断一致, 有 29 枚(15.1%)息肉的 EFB 病理诊断与息肉切除术后病理诊断不一致。在 EFB 病理诊断为增生性息肉、炎性息肉、胃底腺息肉、管状腺瘤各组中, 息肉切除术后病理诊断不一致率分别为 20.0%、17.7%、12.5%、9.7%。**结论** 胃息肉 EFB 与内镜切除术后病理诊断存在不一致性, 尤其多见于 EFB 病理诊断为增生性息肉及炎性息肉的患者。**关键词:** 胃息肉; 钳夹活检; 息肉切除; 病理诊断; 内镜下黏膜切除术

中图分类号: R 573 文献标识码: B 文章编号: 1674-8182(2015)05-0613-03

胃息肉是指起源于胃黏膜上皮的有蒂或者无蒂病变, 呈局限性并向胃腔内突出^[1]。既往文献报道普通人群中胃息肉的发生率不足 1%^[2]。但近年来, 随着内镜技术的发展和普及, 胃息肉的发生率已经明显升高^[3], 最常见的胃息肉类型依次为胃底腺息肉、增生性息肉及腺瘤性息肉。胃底腺息肉在胃镜检查患者中的发生率为 6%, 在胃息肉患者中比例达 74%^[3]。胃息肉有转化为胃癌的可能, 其恶变率与病理类型及息肉大小有密切的关系^[4]。最易发生恶变的胃息肉类型为腺瘤性息肉, Kamiya 等^[5]在一项长达 4 年的随访研究中发现, 11% 的腺瘤型息肉最终发展为原位癌。

息肉一般没有症状, 且超过 90% 的胃息肉是在

胃镜检查过程中发现的^[1]。内镜下发现的胃息肉都应行活检及病理学检查, 以明确具体类型, 进而决定下一步治疗方式。目前常用的活检方法为内镜下钳夹活检术(endoscopic forceps biopsy, EFB), 但文献报道, EFB 所获病理结果与内镜下切除术后病理诊断并非完全一致, 且存在明显差异^[6]。本研究回顾性分析 2011 年 10 月至 2013 年 10 月在我院行内镜下胃息肉切除术患者的临床资料, 比较胃息肉 EFB 与内镜下息肉切除术后标本的病理诊断, 以评估 EFB 诊断的可靠性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 10 月至 2013 年 10 月在我院行内镜下胃息肉切除术的患者共 125 例, 其中男 56 例, 女 69 例, 男: 女为 1: 1.23; 平均年龄 (55.5 ± 13.9) 岁。所有患者行内镜下胃息肉切除前均已行

胃镜检查,并行 EFB,活检组织送病理检查。本研究排除了术前无病理诊断患者及内镜下行胃息肉活检夹除患者。

1.2 方法 胃镜检查过程中,息肉大小通过与活检钳比较进行评估,活检钳张开时长度为 6 mm。对于每一个息肉,内镜下取 2~4 块活检标本,10% 福尔马林溶液固定后送病理检查。对于有蒂息肉,行内镜下圈套器高频电切除术;对于扁平息肉或直径 > 2.0 cm 息肉,行内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR)。由同一位病理医生行内镜下活检标本及息肉切除术后标本的病理诊断,并进行比较。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件处理数据。以百分率、构成比、一致性进行描述性统计。

2 结果

2.1 患者内镜检查结果 息肉数量:73 例患者为 1 枚息肉,37 例患者为 2 枚息肉,15 例患者为 3 枚息肉,共有 192 枚息肉。其中 143 枚息肉行圈套高频电切除术,49 枚息肉行 EMR 术。息肉位置:72 枚息肉位于胃窦部,30 枚息肉位于胃体上部,15 枚息肉位于胃体中部,13 枚息肉位于胃体下部,46 枚息肉位于胃角,16 枚息肉位于胃底。息肉大小:102 枚(53.1%) 息肉直径 < 1.0 cm,71 枚(37.0%) 息肉直径 1.0 ~

1.9 cm,19 枚(9.9%) 息肉直径 2.0~3.0 cm。

2.2 EFB 病理诊断 胃镜检查过程中,192 枚息肉均行 EFB,活检病理诊断:55 枚(28.7%) 为增生性息肉,62 枚(32.3%) 为炎性息肉,16 枚(8.3%) 为胃底腺息肉,31 枚(16.1%) 为管状腺瘤,28 枚(14.6%) 为异型增生。

2.3 息肉切除术后病理诊断 内镜下息肉切除术后标本送病理检查,术后病理诊断:49 枚(25.5%) 息肉为增生性息肉,53 枚(27.6%) 为炎性息肉,14 枚(7.3%) 为胃底腺息肉,38 枚(19.8%) 为管状腺瘤,32 枚(16.7%) 为异型增生,4 枚(2.1%) 为绒毛管状腺瘤,1 枚(0.5%) 为炎性纤维性息肉,1 枚(0.5%) 为腺癌。

2.4 EFB 与息肉切除术后病理比较 192 枚息肉中,共有 163 枚(84.9%) 息肉的 EFB 病理诊断与息肉切除术后病理诊断一致,有 29 枚(15.1%) 息肉的 EFB 病理诊断与息肉切除术后病理诊断不一致。在 EFB 病理诊断为增生性息肉、炎性息肉、胃底腺息肉、管状腺瘤各组中,息肉切除术后病理诊断不一致率分别为 20.0% [(55-44)/55]、17.7% [(62-51)/62]、12.5% [(16-14)/16] 和 9.7% [(31-28)/31]。见表 1。

表 1 EFB 与息肉切除术后病理诊断比较 (例)

EFB 病理	息肉切除术后病理								合计 [例(%)]
	增生性息肉	炎性息肉	胃底腺息肉	管状腺瘤	异型增生	绒毛管状腺瘤	炎性纤维性息肉	腺癌	
增生性息肉	44	2	0	4	3	2	0	0	55(28.7)
炎性息肉	5	51	0	2	3	0	1	0	62(32.3)
胃底腺息肉	0	0	14	2	0	0	0	0	16(8.3)
管状腺瘤	0	0	0	28	0	2	0	1	31(16.1)
异型增生	0	0	0	2	26	0	0	0	28(14.6)
合计	49(25.5)	53(27.6)	14(7.3)	38(19.8)	32(16.7)	4(2.1)	1(0.5)	1(0.5)	192(100)

3 讨论

在过去的几十年间,大部分国家幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)相关胃十二指肠疾病发病率已明显下降,同时,质子泵抑制剂(PPIs)的广泛应用,使得与 HP 感染相关的胃息肉如增生性息肉、腺瘤性息肉的发病率有所下降^[7]。美国一项大样本研究显示,最常见的胃息肉类型为胃底腺息肉^[3]。炎性纤维性息肉相对比较少见,其在胃息肉中的检出率不足 0.1%^[8]。70% 的炎性纤维性息肉在其血小板源生长因子受体 α 多肽基因上存在功能突变^[9],提示其肿瘤发生可能。

胃息肉有转化为胃癌的可能,尤其是腺瘤性息

肉,故胃镜检查过程中一旦发现胃息肉,应常规行内镜下活检术,目前常用的活检方法为 EFB。对于直径 > 0.5 cm 的息肉,行 EFB 时内镜医生需注意的是,活检标本能否代表整个病灶或者是否有异型增生及肿瘤等漏诊。英国胃肠病学会推荐,对于直径 < 1.0 cm 的息肉,内镜下取 2 块活检标本;直径 > 1.0 cm 的息肉,内镜下取 3~4 块活检标本^[1]。但近年来的文献报道 EFB 病理结果与息肉切除术后病理结果 10%~25% 并非完全一致^[10-12]。有研究显示,对于无蒂的或扁平的息肉,EFB 与息肉切除术后病理结果的不一致率更高^[13],但目前缺乏对相关危险因素的大样本随机对照研究。

本组 EFB 与息肉切除术后病理结果存在明显不

一致。结果显示,在 EFB 病理结果为增生性息肉、炎性息肉、胃底腺息肉、管状腺瘤各组中,与息肉切除术后病理结果不一致率分别为 20.0%、17.7%、12.5% 和 9.7%,表明 EFB 病理诊断为增生性息肉及炎性息肉的患者,更易出现息肉切除术后病理不一致可能,需引起内镜医生的重视。

胃息肉的内镜下圈套器高频电切除术与 EMR 术具有一定的并发症发生率。息肉切除术后出血发生率为 7.2%,其中 80% 的病例需行内镜下介入治疗^[14];EMR 术后出血、穿孔的发生率均为 5%^[15]。本组所有行息肉圈套器高频电切除术者均无出血、穿孔等并发症;1 例行 EMR 术患者术后出现黑便,无呕血,经内科保守治疗出血停止。出血发生率为 2.0%。

总之,对于胃息肉患者,EFB 病理结果与息肉切除术后病理结果存在明显不一致,故胃镜检查过程中发现的胃息肉,需常规行内镜下活检术及治疗术后病理检查。EFB 病理诊断为增生性息肉及炎性息肉的患者,更易出现息肉切除术后病理诊断不一致。相关危险因素需大样本随机对照研究进一步验证。

参考文献

[1] Goddard AF, Badreldin R, Pritchard DM, et al. The management of gastric polyps[J]. *Gut*, 2010, 59(9):1270-1276.

[2] Tomasulo J. Gastric polyps. Histologic types and their relationship to gastric carcinoma[J]. *Cancer*, 1971, 27(6):1346-1355.

[3] Carmack SW, Genta RM, Schuler CM, et al. The current spectrum of gastric polyps: a 1-year national study of over 120 000 patients [J]. *Am J Gastroenterol*, 2009, 104(6):1524-1532.

[4] Zea-Iriarte WL, Sekine I, Itsuno M, et al. Carcinoma in gastric hyperplastic polyps. A phenotypic study[J]. *Dig Dis Sci*, 1996, 41(2):

377-386.

[5] Kamiya T, Morishita T, Asakura H, et al. Long-term follow-up study on gastric adenoma and its relation to gastric protruded carcinoma [J]. *Cancer*, 1982, 50(11):2496-2503.

[6] Muehldorfer SM, Stolte M, Martus P, et al. Diagnostic accuracy of forceps biopsy versus polypectomy for gastric polyps: a prospective multicentre study[J]. *Gut*, 2002, 50(4):465-470.

[7] Shaib YH, Rugge M, Graham DY, et al. Management of gastric polyps: an endoscopy-based approach[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2013, 11(11):1374-1384.

[8] Hasegawa T, Yang P, Kagawa N, et al. CD34 expression by inflammatory fibroid polyps of the stomach[J]. *Mod Pathol*, 1997, 10(5):451-456.

[9] Schildhaus H U, Cavlar T, Binot E, et al. Inflammatory fibroid polyps harbour mutations in the platelet-derived growth factor receptor alpha (PDGFRA) gene[J]. *J Pathol*, 2008, 216(2):176-182.

[10] Palli D, Bianchi S, Cipriani F, et al. Reproducibility of histologic classification of gastric cancer[J]. *Br J Cancer*, 1991, 63(5):765-768.

[11] Namieno T, Koito K, Higashi T, et al. Assessing the suitability of gastric carcinoma for limited resection: histologic differentiation of endoscopic biopsy[J]. *World J Surg*, 1998, 22(8):865-868.

[12] Hakim NS, Sarr MG, van Heerden JA. Does endoscopy really help the surgeon evaluate gastric cancer? [J]. *Can J Surg*, 1989, 32(3):175-177.

[13] Szalóki T, Tóth V, Tiszlavicz L, et al. Flat gastric polyps: results of forceps biopsy, endoscopic mucosal resection, and long-term follow-up[J]. *Scand J Gastroenterol*, 2006, 41(9):1105-1109.

[14] Muehldorfer SM, Stolte M, Martus P, et al. Diagnostic accuracy of forceps biopsy versus polypectomy for gastric polyps: a prospective multicentre study[J]. *Gut*, 2002, 50(4):465-470.

[15] Ono H, Kondo H, Gotoda T, et al. Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer[J]. *Gut*, 2001, 48(2):225-229.

收稿日期:2014-12-10 编辑:王国品