

中华医学会系列杂志

ISSN 1007-5232
CN 32-1463/R

中华消化内镜杂志[®]

ZHONGHUA XIAOHUA NEIJING ZAZHI

2021年5月 第38卷 第5期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 38 Number 5
May 2021



中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232



注射用艾司奥美拉唑钠

(曾用名: 注射用埃索美拉唑钠)

耐信®

有效抑酸 快速止血

耐信® 针剂简明处方资料:

【药品名称】

通用名称: 注射用艾司奥美拉唑钠
英文名称: Esomeprazole Sodium for Injection
汉语拼音: Zhushheyong Aisi ao' meilazuona
曾用名: 注射用埃索美拉唑钠

【适应症】

1. 作为当口服疗法不适用时, 胃食管反流病的替代疗法。
2. 用于口服疗法不适用的急性胃或十二指肠溃疡出血的低危患者(内镜下 Forrest 分级 IIc-III)。
3. 用于降低成人胃和十二指肠溃疡出血内镜治疗后再出血风险。

【规格】

40mg (按 $C_{17}H_{19}N_3O_5S$ 计)

【用法用量】

1. 对于不能口服用药的胃食管反流病患者, 推荐每日1次静脉注射或静脉滴注本品20~40mg。反流性食管炎患者应使用40mg, 每日1次; 对于反流性疾病的症状治疗应使用20mg, 每日1次。本品通常应短期用药(不超过7天), 一旦可能, 就应转为口服治疗。
2. 对于不能口服用药的 Forrest 分级 IIc-III 的急性胃或十二指肠溃疡出血患者, 推荐静脉滴注本品40mg, 每12小时一次, 用药5天。
3. 降低成人胃和十二指肠溃疡出血内镜治疗后72小时内再出血风险。经内镜治疗胃及十二指肠溃疡急性出血后, 应给予患者80mg 艾司奥美拉唑静脉注射, 持续时间30分钟, 然后持续静脉滴注8mg/h 71.5小时。静脉治疗期结束后应进行口服抑酸治疗。

【给药方法】

• 静脉注射用

40mg 剂量: 溶解于 5ml 的配置溶液 (8mg/ml), 静脉注射时应至少在3分钟以上。
20mg 剂量: 2.5ml 即一半的配置溶液 (8mg/ml), 静脉注射时应至少在3分钟以上, 剩余的溶液应作丢弃处理。

• 静脉滴注用

40mg 剂量: 将上述配置溶液稀释至终体积50mL, 静脉滴注时间应在10 - 30分钟。
20mg 剂量: 将上述配置溶液稀释至终体积50mL, 静脉滴注25mL 即一半, 滴注时间应在10 - 30分钟, 剩余的溶液应作丢弃处理。
80mg 推荐剂量: 将两瓶40mg 剂量分别溶解于5mL 的配置溶液中, 再将上述浓度为8mg/mL 配置溶液稀释在100mL 的0.9% 氯化钠溶液中, 静脉注射给药30分钟。8mg/h 剂量: 将上述经0.9% 氯化钠溶液稀释好的溶液, 按8mg/h 持续静脉滴注给药71.5小时。

【使用指导】

注射液的制备是通过加入5mL 的0.9% 氯化钠溶液至本品小瓶中供静脉注射使用。
滴注液的制备是通过将本品1支溶解至0.9% 氯化钠溶液100mL, 供静脉滴注使用。
配制后的注射用或滴注用液体均是无色至极微黄色的澄清溶液, 应在12小时内使用, 保存在30°C 以下。从微生物学的角度考虑最好立即使用。

【禁忌】

1. 已知对艾司奥美拉唑、其它苯并咪唑类化合物或本品的任何其他成份过敏者禁用。
2. 本品禁止与奈非那韦(nelfinavir)联合使用; 不推荐与阿扎那韦(atazanavir)、沙奎那韦联合使用(见【药物相互作用】)。

【不良反应】

常见不良反应为腹痛、便秘、腹泻、腹胀、恶心呕吐、头痛、给药部位反应等(详见说明书)。

【注意事项】

1. 当病人被怀疑患有胃溃疡或已有胃溃疡时, 如果出现异常症状(如明显的非有意识的体重减轻、反复呕吐、吞咽困难、呕血或黑便), 应排除恶性肿瘤的可能。因为使用本品治疗可减轻症状, 延误诊断。
2. 肾功能损害的患者无需调整剂量。由于严重肾功能不全的患者使用本品的经验有限, 治疗时应慎重(见【药代动力学】)。
3. 对驾驶和使用机器能力的影响: 尚未观察到这方面的影响。
4. 消化性溃疡出血内镜止血后应用高剂量艾司奥美拉唑时, 肝功能受损患者80mg 静脉滴注剂量无需调整, 伴有轻至中度肝损害 (Child-Pugh A 和 B 级), 最大持续滴注速度不超过6mg/h; 伴有重度肝损害患者 (Child-Pugh C 级) 最大持续滴注速度不超过4mg/h。治疗成人 GERD 时, 轻至中度肝功能损害的患者无需调整剂量。严重肝功能损害的患者每日剂量不应超过20mg (见【药代动力学】)。

(仅供医药专业人士参考 详细资料备索)

中华消化内镜杂志®

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

月刊 1996年8月改刊 第38卷 第5期 2021年5月20日出版



微信: xhjnsw



新浪微博

主管

中国科学技术协会

主办

中华医学会

100710, 北京市东四西大街42号

编辑

中华消化内镜杂志编辑委员会

210003, 南京市紫竹林3号

电话: (025) 83472831, 83478997

传真: (025) 83472821

Email: xhjn@xhjn.com

http://www.zhshnjzz.com

http://www.medjournals.cn

总编辑

张澍田

编辑部主任

唐涌进

出版

《中华医学杂志》社有限责任公司

100710, 北京市东四西大街42号

电话(传真): (010) 51322059

Email: office@cmaph.org

广告发布登记号

广登 32010000093号

印刷

江苏省地质测绘院

发行

范围: 公开

国内: 南京报刊发行局

国外: 中国国际图书贸易集团

有限公司

(北京399信箱, 100044)

代号 M4676

订购

全国各地邮政局

邮发代号 28-105

邮购

中华消化内镜杂志编辑部

210003, 南京市紫竹林3号

电话: (025) 83472831

Email: xhjn@xhjn.com

定价

每期 25.00 元, 全年 300.00 元

中国标准连续出版物号

ISSN 1007-5232

CN 32-1463/R

2021 年版权归中华医学会所有

未经授权, 不得转载、摘编本刊文章, 不得使用本刊的版式设计

除非特别声明, 本刊刊出的所有文章不代表中华医学会和本刊编委会的观点

本刊如有印装质量问题, 请向本刊编辑部调换

目次

共识与指南

中国内镜超声引导下细针穿刺抽吸/活检术应用指南

(2021, 上海) 337

中国医师协会超声内镜专家委员会

专家论坛

《早期胃癌内镜黏膜下剥离术和内镜黏膜切除术治疗指南

(第二版)》的更新与解读 361

诸炎 付佩尧 李全林 周平红

论著

同时性多发性早期胃癌相关危险因素的临床研究 368

李慧 令狐恩强 李隆松 向京元 柴宁莉

同时性多发性早期胃癌的临床、内镜和病理特征分析 373

高玮 徐凯 赖跃兴 徐萍 张黎 孙玮玮

新型胃癌筛查评分系统在胃癌筛查及癌前病变风险评估

中的价值 379

王霄腾 冀子中 韩丰 吕宾

白光内镜联合内镜超声对早期胃癌浸润深度的判断 384

程捷瑶 吴晰 杨爱明 刘红 刘揆亮 魏南 杜雪梅 吴静

短篇论著

内镜经食管黏膜下隧道技术切除纵隔支气管源性囊肿初探 390

李亚其 李晓芳 邱胜利 袁媛 李修岭 周炳喜

经气囊辅助小肠镜治疗深部小肠良性狭窄的疗效初探

(含视频) 393

窦晓坛 段辉 张以洋 陈敏 张晓琦 于成功 邹晓平

2019 年云南省消化内镜清洗消毒现状调查及建议 397

姜兴涛 陈艳敏 唐晓丹 郭强 方旭

病例报道

下咽伴食管同时性早期癌内镜黏膜下剥离术诊治一例	400
譙秋建 柏健鹰 于劲 刘璐 李春花	
内镜全层切除术治疗活动期 Dieulafoy 病二例(含视频)	401
余珊 王小明 陈欣 孙雨欣 张慈 倪娜	
食管巨大平滑肌瘤内镜下开窗剥离术治疗一例	404
朱惠云 董元航 陈泽宇 危柳柳 顾培源 杜奕奇	
胆肠 Roux-en-Y 吻合术后并发结石性输入袢肠梗阻一例	406
俞洁洁 张筱凤	
内镜超声引导下胆道引流治疗肝包虫病相关胆管良性狭窄一例	408
刘文娟 郭学刚 张林慧 任贵 罗冰 潘阳林	

内镜人物

投身杏林七十载 镜中探幽开先河:记消化病学大家张志宏教授	410
南京大学医学院附属鼓楼医院消化科	

综 述

结直肠锯齿状病变的癌变机制及内镜诊断研究进展	412
宋曜如 宋顺喆 宫爱霞	
坏死性胰腺炎合并胰管断裂的诊治进展	416
丁玲 廖茜 余晨 祝荫 吕农华	

读者·作者·编者

《中华消化内镜杂志》2021 年可直接使用英文缩写的常用词汇	372
插页目次	367

本刊稿约见第 38 卷第 1 期第 82 页

本期责任编辑 朱悦 唐涌进

· 论著 ·

新型胃癌筛查评分系统在胃癌筛查及癌前病变风险评估中的价值

王霄腾¹ 冀子中¹ 韩丰¹ 吕宾²

¹嘉兴市第一医院消化内科 314000; ²浙江中医药大学附属第一医院消化内科, 杭州 310006

通信作者: 吕宾, Email: lvbin@medmail.com

【摘要】 目的 评估新型胃癌筛查评分系统在胃癌筛查及癌前病变风险评估中的价值。**方法** 纳入2018年3月—2019年9月因胃部不适在嘉兴市第一医院行胃镜检查的患者共442例。内镜检查前患者根据新型胃癌筛查评分系统分为3组:低危组(0~11分)、中危组(12~16分)和高危组(17~23分),分析3组胃癌及萎缩性胃炎检出情况。根据胃黏膜萎缩及肠化的范围和程度,按照慢性胃炎分级评估系统(operative link for gastritis assessment, OLGA)及慢性胃炎肠化分级评估系统(operative link for gastritis intestinal metaplasia, OLGIM)将患者分为相应的0~Ⅳ级5组,比较新型胃癌筛查评分系统与OLGA、OLGIM系统在癌前病变风险评估中的联系。**结果** 442例患者根据新型胃癌筛查评分系统分组,低危组211例,中危组207例,高危组24例;按OLGA分组,0级241例,Ⅰ级105例,Ⅱ级58例,Ⅲ级27例,Ⅳ级11例;按OLGIM分组,0级224例,Ⅰ级113例,Ⅱ级61例,Ⅲ级31例,Ⅳ级13例。胃蛋白酶原Ⅰ水平($F=2.844, P=0.027$)和胃蛋白酶原比值($F=5.435, P=0.001$) 在OLGA分级标准下5组间比较差异有统计学意义,其中Ⅲ级和Ⅳ级组明显低于其他3组(P 均 <0.001)。胃蛋白酶原比值在OLGIM分级标准下5组间比较差异有统计学意义($F=3.887, P=0.008$),其中Ⅳ级组明显低于其他各组(P 均 <0.001)。Gamma系数检验及Kendall's tau-b检验显示OLGA、OLGIM系统与新型胃癌筛查评分系统之间存在较强的一致性($P<0.001$)。**结论** 新型胃癌筛查评分系统有助于胃癌筛查,同时与OLGA、OLGIM在胃癌前病变风险评估方面存在密切联系,可应用于我国胃癌前病变风险评估。

【关键词】 胃肿瘤; 胃炎,萎缩性; 风险评估; 新型胃癌筛查评分系统

基金项目:嘉兴市科技计划项目(2018AD32079);嘉兴市第一医院壹计划项目(2019-YA-14)

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20200518-00099

Evaluation of the new scoring system for gastric cancer screening and risk assessment of gastric precancerous lesions

Wang Xiaoteng¹, Ji Zizhong¹, Han Feng¹, Lyu Bin²

¹Department of Gastroenterology, The First Hospital of Jiaxing, Jiaxing 314000, China; ²Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310006, China

Corresponding author: Lyu Bin, Email: lvbin@medmail.com

【Abstract】 Objective To evaluate the new scoring system for gastric cancer screening and risk assessment of gastric precancerous lesions. **Methods** A total of 442 patients who underwent endoscopy due to stomach discomfort at the First Hospital of Jiaxing from March 2018 to September 2019 were enrolled. The patients were divided into three groups based on the new scoring system for gastric cancer screening before endoscopy: low-risk group (0-11 points), median-risk group (12-16 points) and high-risk group (17-23 points). The detection rates of gastric cancer and atrophic gastritis in three groups were analyzed. According to the range or degree of atrophy or intestinal metaplasia, patients were divided into five groups of stage 0 to

IV based on the operative link for gastritis assessment (OLGA) or operative link for gastritis intestinal metaplasia (OLGIM). The correlation between the new gastric cancer screening scoring system and OLGA or OLGIM staging system were evaluated. **Results** Among 442 patients, 211 were assigned to low-risk group, 207 median-risk group and 24 high-risk group according to the new scoring system. For OLGA staging system, there were 241 cases of stage-0, 105 of stage-I, 58 stage-II, 27 stage-III and 11 stage-IV. For OLGIM staging system, there were 224 cases of stage-0, 113 stage-I, 61 stage-II, 31 stage-III and 13 stage-IV. The pepsinogen (PG) I and pepsinogen ratio (PGR) levels had differences among different OLGA stages ($F=2.844$, $P=0.027$; $F=5.435$, $P=0.001$), and these two variables at Stage-III and IV were significantly lower than three other OLGA stages (all $P<0.001$). The PGR level had differences among different OLGIM stages ($F=3.887$, $P=0.008$), which was significantly lower at Stage-IV than at other OLGIM stages (all $P<0.001$). Gamma coefficient analysis and Kendall's tau-b analysis showed significant correlations between OLGA/OLGIM staging system and new gastric cancer screening scoring system ($P<0.001$). **Conclusion** The new scoring system is reliable for gastric cancer screening, and is closely linked with OLGA/OLGIM staging system in the risk assessment of gastric precancerous lesions.

【Key words】 Stomach neoplasms; Gastritis, atrophic; Risk assessment; New gastric cancer screening score system

Fund program: Science and Technology Project of Jiaxing (2018AD32079); First Program of The First Hospital of Jiaxing (2019-YA-14)

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20200518-00099

目前胃癌依然是我国常见的恶性肿瘤之一,与此同时胃癌的预后与分期密切相关,早期胃癌治愈率可达 85%^[1]。因此,拥有一套完整的早期胃癌筛查体系并对高危人群进行个体化内镜精查是实现胃癌早诊早治的重要途径。2017 年发布的中国慢性胃炎共识意见指出,慢性萎缩性胃炎,尤其是伴有中重度肠上皮化生(简称肠化)或上皮内瘤变的患者,应定期进行内镜和组织病理学检查随访^[2]。近年来在胃炎新悉尼系统评分基础上,通过将胃炎萎缩及肠化的程度与范围相结合,建立起胃炎组织病理学与癌变风险危险性之间联系的慢性胃炎分级评估系统(operative link for gastritis assessment, OLGA)以及慢性胃炎肠化分级评估系统(operative link for gastritis intestinal metaplasia, OLGIM),为预测萎缩性胃炎进展提供了较为直观的信息^[3]。

血清胃蛋白酶原(pepsinogen, PG)的测定简单、迅速,血清 PG I、PG II、PG I 与 PG II 比值(pepsinogen ratio, PGR)和血清胃泌素 17 的检测有助于判断有无胃黏膜萎缩及萎缩程度。2015 年“中国早期胃癌筛查方案”国际研讨会上,国家消化病临床研究中心提出了胃癌筛查 PG 联合胃泌素 17 法,即新“ABC 法”^[4]。2017 年制定的《中国早期胃癌筛查流程专家共识意见(草案)(2017 年,上海)》再次推陈出新,将各项风险因素赋值量化,提出了新型胃

癌筛查评分系统^[5]。本研究通过探究新型胃癌筛查风险评分系统与 OLGA 及 OLGIM 在胃癌前病变风险评估中的一致性,评价前者在我国早期胃癌筛查体系中的价值。

对象与方法

一、病例选择

本研究属于前瞻性研究。连续纳入 2018 年 3 月—2019 年 9 月因胃部不适在嘉兴市第一医院行胃镜检查并取活组织病理检查的患者为研究对象。入组标准:(1)年龄 40~75 岁,男女不限;(2)存在腹部不适症状,包括胃痛、胃胀、反酸、恶心等;(3)愿意接受胃镜、内镜活组织病理(胃窦小弯、胃窦大弯、胃角、胃体小弯、胃体大弯共 5 块)及血清学检查;(4)患者及家属知情同意。排除标准:(1)胃镜检查前 1 个月内曾服用过 H₂ 受体阻滞剂、质子泵抑制剂等抑酸药;(2)有幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, HP)根除史和现患消化性溃疡;(3)既往有胃或十二指肠手术史;(4)一级亲属存在消化道肿瘤和慢性肝病病史。终止研究标准:(1)入组后发现不符合纳入标准;(2)发生严重不良事件,如内镜操作严重并发症;(3)主动要求退出研究。

本研究经嘉兴市第一医院伦理委员会审核批准(LS2018-031),所有纳入患者签署知情同意书。

二、实施方案

1. 人群分组: 纳入患者均空腹取静脉血 5 mL, 分离血清后立即检测或置于 -80°C 冰箱保存待测。采用芬兰 Biohit 公司提供的 GastroPanel 胃分泌功能试剂盒, 通过 ELISA 法定量检测血清促胃液素 17、PG I、PG II 和 PGR 水平; 血清抗 *HP* IgG 抗体采用新加坡 MP 生物医学亚太私人有限公司的 *HP*-IgG 抗体检测试剂盒进行定性分析。参照胃癌筛查评分系统^[5], 对纳入患者血清学结果以及基线资料进行赋分, 根据赋分情况分成 3 组: 低危组 (0~11 分), 中危组 (12~16 分), 高危组 (17~23 分)。

2. 胃镜检查及 OLGA、OLGIM 分组: 3 组人群分别进行胃镜检查, 患者及内镜医师均不知晓分组情况。行胃镜检查时在固定位置取 5 块活组织 (胃窦小弯、胃窦大弯、胃角、胃体小弯、胃体大弯各 1 块)。所取活组织经 10% 甲醛固定, 常规石蜡包埋, HE 染色, 由病理科医师根据最新的悉尼分类^[6]进行诊断, 胃镜检查病理结果分为非萎缩性胃炎组、萎缩性胃炎组和胃癌组。萎缩程度分为轻度、中度和重度: 轻度为固有腺体数减少不超过原有腺体的 1/3; 中度为固有腺体数减少介于原有腺体的 1/3~2/3 之间; 重度为固有腺体数减少超过 2/3, 仅残留少数腺体, 甚至完全消失。根据胃黏膜萎缩或肠化的程度和部位, 按照 OLGA、OLGIM 系统将人群分成 0~IV 级共计 5 组。

3. 主要观察指标: (1) 不同 OLGA、OLGIM 分组患者血清学 PG I、PG II 和 PGR 水平; (2) 新型胃癌筛查评分系统与胃黏膜病变程度间的相关性分析; (3) 新型胃癌筛查评分系统与 OLGA、OLGIM 在胃癌前病变风险评估中的一致性。

三、统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件进行统计学分析, PG I、PG II 和 PGR 水平呈正态分布, 以 $\text{Mean} \pm \text{SD}$ 表示, 多组间比较采用单因素方差分析, 组间两两比较采用 Bonferroni 校正检验; 计数资料以例数和百分比表示; 新型胃癌筛查评分系统与胃黏膜病变程度之间的相关性比较、OLGA、OLGIM 与新型胃癌筛查评分系统相关性评估采用有序分类资料关联性分析 Gamma 法及 Kendall's tau-b 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、一般资料

本研究共入组患者 450 例, 其中 5 例因放弃胃

镜检查而退出, 2 例入组后因身体不适退出, 1 例因无法耐受胃镜检查过程而退出, 故最终实际纳入研究 442 例。患者基本资料详见表 1。

表 1 纳入研究的 442 例患者基本情况

项目	患者资料
性别(男/女)	205/237
年龄(岁, $\text{Mean} \pm \text{SD}$)	53.3 $\pm$ 12.4
体重指数(kg/m^2 , $\text{Mean} \pm \text{SD}$)	23.7 $\pm$ 4.2
饮酒情况[例(%)]	
不饮酒	146(33.0)
目前饮酒	92(20.8)
曾饮酒	204(46.2)
吸烟情况[例(%)]	
不吸烟	279(63.1)
目前吸烟	51(11.5)
曾吸烟	112(25.4)
病理学分类[例(%)]	
非萎缩性胃炎	241(54.5)
萎缩性胃炎	196(44.3)
胃癌	5(1.2)
新型胃癌筛查评分系统分组[例(%)]	
低危组	211(47.7)
中危组	207(46.9)
高危组	24(5.4)

442 例患者根据 OLGA 分组, 0 级 241 例, I 级 105 例, II 级 58 例, III 级 27 例, IV 级 11 例; 根据 OLGIM 分组, 0 级 224 例, I 级 113 例, II 级 61 例, III 级 31 例, IV 级 13 例。

二、不同 OLGA、OLGIM 分组患者的胃分泌功能水平比较

OLGA 分组中, PGI 和 PGR 水平 5 组间比较差异有统计学意义 ($F = 2.844, P = 0.027$; $F = 5.435, P = 0.001$)。组间两两比较发现, PGI 水平 III 级和 IV 级组明显低于其他 3 组 (P 均 < 0.05), 但二者之间差异无统计学意义 ($P = 0.354$); PGR 水平 III 级和 IV 级组明显低于其他 3 组 (P 均 < 0.05), 但二者之间差异亦无统计学意义 ($P = 0.212$)。5 组间 PGII 水平比较差异无统计学意义 ($F = 1.282, P = 0.104$)。见表 2。

OLGIM 分组中, PGR 水平 5 组间比较差异有统计学意义 ($F = 3.887, P = 0.008$), 组间两两比较发现, IV 级组 PGR 明显低于其他各组 (P 均 < 0.05)。5 组间 PGI、PGII 水平比较差异均无统计学意义 ($F = 1.166, P = 0.158$; $F = 1.202, P = 0.144$)。见表 3。

表 2 不同 OLGA 分组患者血清 PG I、PG II 和 PGR 水平比较

组别	例数	年龄(岁, $Mean \pm SD$)	PG I ($\mu\text{g/L}$, $Mean \pm SD$)	PG II ($\mu\text{g/L}$, $Mean \pm SD$)	PGR ($Mean \pm SD$)
0 级	241	48.8 $\pm$ 10.3	104.7 $\pm$ 44.3	10.1 $\pm$ 6.4	11.9 $\pm$ 5.8
I 级	105	55.5 $\pm$ 9.4	109.3 $\pm$ 43.4	11.3 $\pm$ 9.2	11.4 $\pm$ 4.4
II 级	58	57.1 $\pm$ 12.5	106.5 $\pm$ 49.2	12.1 $\pm$ 9.5	9.9 $\pm$ 4.8
III 级	27	58.9 $\pm$ 10.1	79.4 $\pm$ 19.5	12.2 $\pm$ 4.8	7.4 $\pm$ 1.4
IV 级	11	59.8 $\pm$ 8.7	63.3 $\pm$ 18.9	14.0 $\pm$ 4.7	5.3 $\pm$ 1.2
F 值		6.264	2.844	1.282	5.435
P 值		<0.001	0.027	0.104	0.001

注:OLGA 表示慢性胃炎分级评估系统;PG:胃蛋白酶原;PGR:PG I 与 PG II 比值

表 3 不同 OLGIM 分组患者血清 PG I、PG II 和 PGR 水平

组别	例数	年龄(岁, $Mean \pm SD$)	PG I ($\mu\text{g/L}$, $Mean \pm SD$)	PG II ($\mu\text{g/L}$, $Mean \pm SD$)	PGR ($Mean \pm SD$)
0 级	224	48.9 $\pm$ 10.5	104.8 $\pm$ 45.1	10.0 $\pm$ 6.8	12.1 $\pm$ 7.0
I 级	113	55.1 $\pm$ 10.2	107.2 $\pm$ 47.4	11.1 $\pm$ 9.1	11.3 $\pm$ 5.1
II 级	61	58.0 $\pm$ 11.5	100.7 $\pm$ 52.5	11.8 $\pm$ 8.3	10.4 $\pm$ 5.9
III 级	31	59.1 $\pm$ 9.4	95.8 $\pm$ 55.7	14.1 $\pm$ 11.5	9.1 $\pm$ 2.6
IV 级	13	59.7 $\pm$ 9.7	86.2 $\pm$ 22.3	14.9 $\pm$ 6.1	6.1 $\pm$ 1.4
F 值		5.956	1.166	1.202	3.887
P 值		<0.001	0.158	0.144	0.008

注:OLGIM 表示慢性胃炎肠化分级评估系统;PG:胃蛋白酶原;PGR:PG I 与 PG II 比值

三、新型胃癌筛查评分系统与胃黏膜病变程度间的相关性分析

新型胃癌筛查评分系统与胃黏膜病变程度之间存在一定的相关性($G=0.505$, $P<0.001$)。萎缩性胃炎及胃癌病例更多分布于中、高危组中($W=0.282$, $P<0.001$),见表 4。

表 4 新型胃癌筛查评分系统与胃黏膜病变程度间的相关性分析

新型胃癌筛查评分系统组别	例数	胃黏膜病变程度[例(%)]		
		非萎缩性胃炎	萎缩性胃炎	胃癌
低危组	211	144(68.2)	66(31.3)	1(0.5)
中危组	207	93(44.9)	112(54.1)	2(1.0)
高危组	24	4(16.7)	18(75.0)	2(8.3)

四、OLGA、OLGIM 与新型胃癌筛查评分系统的相关性

由表 5 可见,OLGA、OLGIM 与新型胃癌筛查评分系统间存在着较强的相关性($G=0.956$, $P<0.001$; $G=0.961$, $P<0.001$)。同时可以看到,中危、高危两组的患者更多地集中分布于高等级的 OLGA 及 OLGIM 中($W=0.394$, $P<0.001$; $W=0.413$, $P<0.001$)。

讨 论

胃癌的发生、发展是一个多步骤、渐进的过程。

表 5 新型胃癌筛查评分系统与 OLGA、OLGIM 系统间的关系[例(%)]

	新型胃癌筛查评分系统			P 值
	低危组	中危组	高危组	
OLGA 分级				<0.001
0~II	210(52.0)	190(47.0)	4(1.0)	
III~IV	1(2.6)	17(44.8)	20(52.6)	
OLGIM 分级				<0.001
0~II	210(52.8)	185(46.5)	3(0.7)	
III~IV	1(2.3)	22(50.0)	21(47.7)	

对胃癌高风险人群的合理筛选、动态随访,一直都是胃癌早诊早治过程中的关键环节。胃镜病理学始终是评估胃癌前病变风险的最佳选择。但事实上,受限于我国胃癌高风险人群基数大、人群胃镜接受度普遍不高等现实因素,临床工作要实现胃癌高危人群的长期内镜随访存在一定困难。因此,拥有一套完整的早期胃癌筛查体系并对高危人群进行个体化内镜精查便有着重要的现实意义。

2017 年制定的《中国早期胃癌筛查流程专家共识意见(草案)(2017 年,上海)》提出了新型胃癌筛查评分系统,它首次将年龄、性别、HP 抗体、血清胃分泌功能等各项风险因素赋值量化,对胃癌发生高风险人群采取内镜精查策略,对低风险人群采取适合的随访

策略,旨在提高筛查效率的同时节约医疗资源。国内不少研究已证实其良好的胃癌筛查效能^[7-8]。

OLGA、OLGIM 系统通过对黏膜萎缩、肠化的程度以及范围综合评估,可以起到较好的预测作用,高等级人群(Ⅲ级和Ⅳ级)通常意味着更高的胃癌发生风险,需要内镜和病理随访^[9-10]。我们的前期研究发现,血清胃分泌功能在我国的临床胃癌筛查中有一定应用价值,血清学 ABC 法与 OLGA、OLGIM 在评价胃癌前病变风险评估中存在一定联系^[11-12]。在此基础上,本研究侧重于分析新型胃癌筛查评分系统与 OLGA、OLGIM 之间的关系,旨在评价量化的胃癌筛查体系在胃癌及癌前病变风险评估中的价值。

本研究可见,随着 OLGA 等级的升高,血清 PG I 和 PGR 水平逐渐降低,尤其是高等级的 OLGA(Ⅲ级和Ⅳ级)。在反映肠化水平的 OLGIM 中,仅 PGR 水平随着等级的升高出现了下降趋势。这可能归结于 PG I 水平与胃体部萎缩程度密切相关,OLGA 比 OLGIM 更能体现萎缩程度上的差异。

其次,本研究发现,胃黏膜病变程度与新型胃癌筛查评分系统风险程度之间存在相关性,中、高危组人群意味着更高的萎缩性胃炎及胃癌检出可能。因此,对于中、高危人群,胃镜精查十分有必要,其价值可能不仅仅体现在胃癌的筛查,更在于胃癌前病变的早期识别与干预。

最后,本研究也发现 OLGA、OLGIM 与新型胃癌筛查评分系统之间存在着紧密的一致性,并且高等级的 OLGA 或 OLGIM 人群更多分布于胃癌筛查评分系统中的中危、高危组。这样的结果表明,新型胃癌筛查评分系统在胃癌前病变的风险筛查工作中有着与组织病理学评价标准相似的特异度与准确率。事实上,筛查评分系统的初衷是胃癌的早期发现、早期诊断以及早期治疗,但本研究结果提示其在癌前病变人群的筛查及后期的临床随访过程中可能同样存在价值。

综上所述,本研究通过分析新型胃癌筛查评分系统与 OLGA、OLGIM 在胃癌前病变筛查中的一致性,肯定了量化的胃癌筛查系统在胃癌及癌前病变筛查中的应用价值。在越来越强调胃癌早诊早治的当下,制订符合我国国情和胃癌流行病学特征的早期胃癌筛查流程及量化的筛查体系,对实现癌前病变风险评估与管理有着深远的意义。

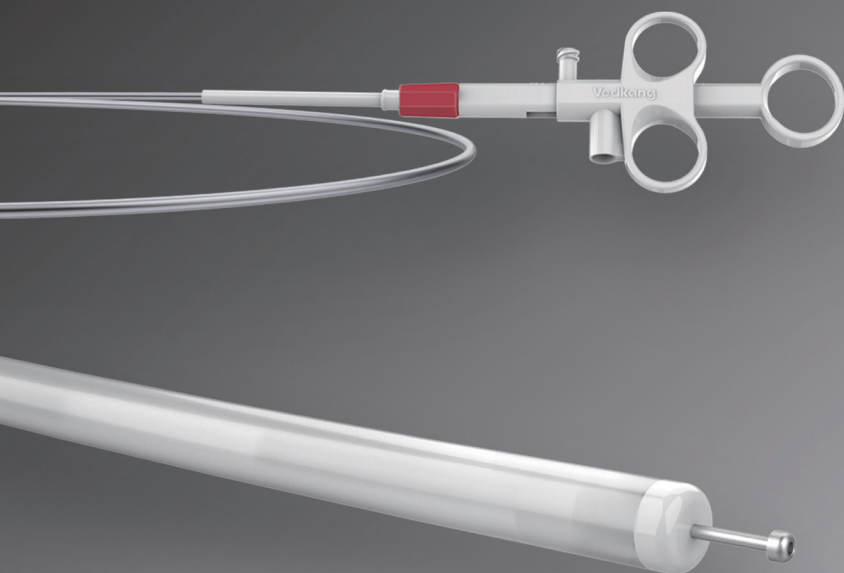
利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(6):394-424. DOI: 10.3322/caac.21492.
- [2] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J]. 中华消化杂志, 2017, 37(11):721-738. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2017.11.001.
- [3] Rugge M, Meggio A, Pennelli G, et al. Gastritis staging in clinical practice: the OLGA staging system[J]. Gut, 2007, 56(5):631-636. DOI: 10.1136/gut.2006.106666.
- [4] 朱春平. “中国早期胃癌筛查方案”国际研讨会成功举办[J]. 中华消化内镜杂志, 2015, 32(2):85-85. DOI: 10.3760/j.issn.1007-5232.2015.02.002.
- [5] 国家消化系统疾病临床医学研究中心, 中华医学会消化内科学分会, 中华医学会健康管理学分会, 等. 中国早期胃癌筛查流程专家共识意见(草案)(2017年,上海)[J]. 中华健康管理学杂志, 2018, 12(1):8-14. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-0815.2018.01.003.
- [6] Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, et al. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994[J]. Am J Surg Pathol, 1996, 20(10):1161-1181. DOI: 10.1097/0000478-199610000-00001.
- [7] 潘杰, 朱丽明, 林介军, 等. 新型胃癌筛查评分系统在医院就诊人群中的应用[J]. 中华消化内镜杂志, 2019, 36(7):487-490. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2019.07.006.
- [8] Cai Q, Zhu C, Yuan Y, et al. Development and validation of a prediction rule for estimating gastric cancer risk in the Chinese high-risk population: a nationwide multicentre study[J]. Gut, 2019, 68(9):1576-1587. DOI: 10.1136/gutjnl-2018-317556.
- [9] Cho SJ, Choi IJ, Kook MC, et al. Staging of intestinal- and diffuse-type gastric cancers with the OLGA and OLGIM staging systems[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2013, 38(10):1292-1302. DOI: 10.1111/apt.12515.
- [10] Rugge M, de Boni M, Pennelli G, et al. Gastritis OLGA-staging and gastric cancer risk: a twelve-year clinico-pathological follow-up study[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2010, 31(10):1104-1111. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2010.04277.x.
- [11] 王霄腾, 蔡利军, 吕宾. 血清幽门螺杆菌抗体联合胃蛋白酶原检测在胃癌和癌前病变筛查中的应用[J]. 中华消化杂志, 2016, 36(9):582-587. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2016.09.002.
- [12] Wang X, Lu B, Meng L, et al. The correlation between histological gastritis staging-‘OLGA/OLGIM’ and serum pepsinogen test in assessment of gastric atrophy/intestinal metaplasia in China[J]. Scand J Gastroenterol, 2017, 52(8):822-827. DOI: 10.1080/00365521.2017.1315739.

(收稿日期:2020-05-18)

(本文编辑:朱悦)



鲲鹏刀

【一次性使用黏膜切开刀】

ESD系列



江苏唯德康医疗科技有限公司
Jiangsu Vedkang Medical Science and Technology Co., Ltd.

Ⓐ 地址：江苏武进经济开发区果香路52号
Ⓣ 电话：+86-519-69877755
ⓕ 传真：+86-519-69877753
Ⓔ 邮箱：sales@vedkang.com

产品注册证及名称：

国械注准20193010885（一次性使用黏膜切开刀）

苏械广审（文）第240319-01612号

▲禁忌内容或注意事项详见说明书
以上仅指本公司产品



一次性内窥镜超声吸引活检针 NA-U200H系列



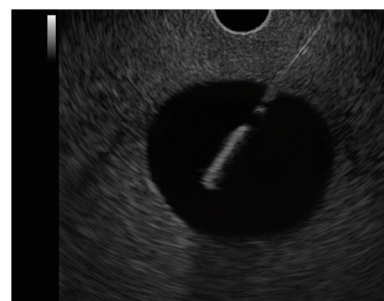
穿刺针不易变形

穿刺针采用了高弹性材质，具有出色的形状保持力。即使通过弯曲部后针也不易变形，耐久性强。



全角度顺畅插入

采用柔软的线圈型鞘管针，内镜位于最大弯曲角度时也可顺畅穿刺。易于位于胰头等困难部位病变的穿刺。



针尖可视性提升

通过增加针尖表面的半球形凹槽的密度，提高了穿刺针在超声图像下的可视性。

奥林巴斯(北京)销售服务有限公司

北京总部：北京市朝阳区新源南路1-3号平安国际金融中心A座8层
代表电话：010-58199000

本资料仅供医学专业人士阅读。
禁忌内容或注意事项详见说明书。
所有类比均基于本公司产品，特此说明。
规格、设计及附件如有变更，请以产品注册信息为准。

一次性内窥镜超声吸引活检针
国械注进20202020038
沪械广审(文)第250116-02511号
AD0051SV V01-2007