

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

2024年10月 第41卷 第10期

## CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 41 Number 10  
October 2024



中华医学会

CHINESE  
MEDICAL  
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232



9 771007 523243

# 中华消化内镜杂志<sup>®</sup>

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

月刊 1996年8月改刊 第41卷 第10期 2024年10月20日出版



微信: xhnjsw



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: xhnj@xhnj.com  
http://www.zhxnjzz.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, 100048)  
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: xhnj@xhnj.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

## 2024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

### 述评

- 我国食管癌筛查现状及研究进展 ..... 757  
王洛伟 李兆申

### 论著

- 人工智能食管细胞学风险预测模型在食管癌前病变中的  
构建和验证 ..... 762  
蒋惠珊 高野 林寒 辛磊 王伟 李兆申 王洛伟

- 食管海绵细胞学在食管癌高发县食管癌筛查中的应用研究 ..... 768  
黄曙 高野 冯亚东 周海浪 王维 韩秀艳 徐法贞  
周爱军 王洛伟

- 特征可视化浅表食管鳞状细胞癌浸润深度预测系统的  
构建及验证 ..... 774  
罗任权 张丽辉 罗济杰 于红刚

- 食管早期癌及癌前病变内镜黏膜下剥离术后新发病灶的  
临床特征分析 ..... 782  
焦晨阳 钱云 李昱江 杨斌 伏亦伟

- 全周及近全周型食管早期癌和癌前病变内镜射频消融术后  
食管狭窄影响因素的病例对照研究 ..... 787  
丁源 刘洋 雷思雨 张婉月 朱翎楠 钱琦镠 施瑞华

- 成人嗜酸性食管炎的临床特征及超声内镜诊断价值 ..... 792  
陈伟 李成志 郝璐 李波 章粉明 黄伟 陈洪潭

- 单个宽隧道结合线夹牵引的内镜黏膜下剥离术在  
大面积早期食管癌及癌前病变中的应用研究 ..... 798  
孙中尚 叶连松 李雪莲 高志颖 潘振国 胡兵 潘峰

- 内镜下胃静脉曲张注射点定位准确性的影响因素初探 ..... 805  
陈丽红 王治虹 梅雪灿 张辅民 张倩倩 时晨 孔德润

- 深在性囊性胃炎的临床特点及合并胃癌的危险因素分析 ..... 809  
王珏 林佳佳 龚辰 姜琦 周平红 胡健卫

## 短篇论著

- 快速现场细胞学评估在西藏地区超声内镜细针穿刺诊断消化系  
占位中的初步应用 ..... 815  
次央 伊比然恨 巴桑卓玛 次旦拉姆 穆晶 王俊雄

## 病例报道

- 超声内镜辅助诊断高收缩食管1例(含视频) ..... 819  
拓小凤 马师洋 张盼 郭晓燕 许晓毓 戴菲 史海涛  
新型内镜吻合夹治疗重症胰腺炎后结肠瘘1例(含视频) ..... 821  
杨威 李静 仇玉平 陈曦 李书培 汪芳裕 宣佶  
挽救性内镜黏膜下剥离术治疗食管癌根治性放疗后局部复发1例(含视频) ..... 824  
曾骏成 梁群 汪福群 刘波颖

## 综 述

- 人工智能在小肠内镜影像诊断中的应用进展 ..... 827  
郝伟娜 朱惠云 杜奕奇  
生物医学材料在内镜黏膜下剥离术后食管狭窄预防中的应用与进展 ..... 831  
庄颖佳 王频 戴建武 邹晓平  
结肠镜检查前肠道准备中利那洛肽的应用现状 ..... 836  
徐浩馨 朱鹤 徐红

## 读者·作者·编者

- 《中华消化内镜杂志》2024年可直接使用英文缩写的常用词汇 ..... 761  
中华医学会系列杂志论文作者署名规范 ..... 804  
插页目次 ..... 781

本刊稿约见第41卷第1期第82页、第7期第586页

本期责任编辑 周昊

本刊编辑部工作人员联系方式

唐涌进, Email: tang@xhnj.com

周昊, Email: zhou@xhnj.com

顾文景, Email: gwj@xhnj.com

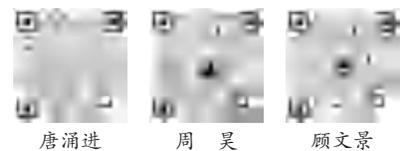
本刊投稿方式

登录《中华消化内镜杂志》官方网站 <http://www.zhxnjzz.com> 进行在线投稿。

朱悦, Email: zhuyue@xhnj.com

钱程, Email: qian@xhnj.com

许文立, Email: xwl@xhnj.com



(扫码添加编辑企业微信)

·论著·

# 深在性囊性胃炎的临床特点及合并胃癌的危险因素分析

王珏<sup>1,2</sup> 林佳佳<sup>1,2</sup> 龚辰<sup>3</sup> 姜琦<sup>2</sup> 周平红<sup>1</sup> 胡健卫<sup>1</sup><sup>1</sup>复旦大学附属中山医院内镜中心,上海 200032;<sup>2</sup>上海市老年医学中心内镜中心,上海 201104;<sup>3</sup>苏州大学附属太仓医院(太仓市第一人民医院)消化内科,太仓 215400

通信作者:胡健卫,Email:hu.jianwei@zs-hospital.sh.cn

**【摘要】** 目的 探讨深在性囊性胃炎(gastritis cystica profunda, GCP)的临床特点及合并胃癌的危险因素。方法 回顾性分析 2015 年 1 月至 2022 年 3 月期间 149 例在复旦大学附属中山医院病理确诊为 GCP 的患者资料,其中 106 例为内镜下切除后病理确诊 GCP,另 43 例为外科术后病理诊断 GCP。149 例 GCP 患者中,单纯 GCP 组 56 例,GCP 合并胃癌组 93 例。对患者基本信息、临床资料、病变形态和病理结果进行分析。结果 单纯 GCP 组 56 例患者中,男性占 62.5%(35/56),平均年龄 58.8 岁,胃上段(贲门胃底部)占 51.8%(29/56),形态以息肉样隆起型(41.1%, 23/56)和黏膜下隆起型(35.7%, 20/56)多见,临床症状不典型。GCP 合并胃癌组 93 例患者中,男性占 90.3%(84/93),平均年龄 66.9 岁,胃上段占 75.3%(70/93),组织学类型以分化型癌为主(91.4%, 85/93)。GCP 合并早期胃癌者 76 例,形态以黏膜病变型为主(73.7%, 56/76),临床症状不典型;GCP 合并进展期胃癌者 17 例,形态以隆起溃疡型为主(88.2%, 15/17),多因腹痛及黑便就诊(100.0%, 17/17)。二分类 logistic 回归分析显示,男性( $P=0.004$ ,  $OR=4.411$ , 95% $CI:1.621\sim12.002$ )、年龄( $P=0.001$ ,  $OR=1.085$ , 95% $CI:1.036\sim1.136$ )、形态为黏膜病变型( $P<0.001$ ,  $OR=5.080$ , 95% $CI:2.162\sim11.939$ )为 GCP 合并胃癌的危险因素,而是否发生在胃上段与合并胃癌无关( $P=0.430$ ,  $OR=0.707$ , 95% $CI:0.299\sim1.672$ )。106 例内镜下切除患者中,GCP 合并早期胃癌者 57 例,内镜下病灶中位长径 2.50 cm;单纯 GCP 者 49 例,病灶中位长径 1.20 cm,差异有统计学意义( $Z=-5.503$ ,  $P<0.001$ )。内镜下治疗患者中,胃上段 GCP 合并早期胃癌均为贲门部癌,多为表浅隆起伴凹陷型(0-II a+II c)(44.7%, 21/47)。GCP 合并胃癌患者内镜切除后评级为治愈性切除(eCura A)占 75.4%(43/57),内镜切除后追加外科手术者均无淋巴结转移。149 例 GCP 患者中有胃部手术史者 8 例,有食管癌病史者 7 例,胃部多发肿瘤性病变者 10 例。结论 GCP 好发于胃上段,与是否合并胃癌无关,但合并胃癌时多见于老年男性,早期形态多为黏膜病变型,组织学类型多为分化型癌。GCP 可伴发食管或者胃的其他部位癌变,考虑 GCP 更倾向为一种伴癌病变。GCP 合并胃癌的内镜下治愈性切除占比高,淋巴转移率低,故内镜下治疗是一种安全有效的途径。

**【关键词】** 胃炎; 贲门; 深在性囊性胃炎; 胃癌; 内镜治疗; 治愈性切除**基金项目:**上海市科委科技创新行动计划生物医药科技支撑专项(21S31904000);西藏自治区自然科学基金组团式援藏医学项目[XZ2024ZR-ZY049(Z)]

## Clinical features of gastritis cystica profunda and risk factors of its coexistence with gastric cancer

Wang Jue<sup>1,2</sup>, Lin Jiajia<sup>1,2</sup>, Gong Chen<sup>3</sup>, Jiang Qi<sup>2</sup>, Zhou Pinghong<sup>1</sup>, Hu Jianwei<sup>1</sup><sup>1</sup>Endoscopy Center, Zhongshan Hospital, Fudan University, Shanghai 200032, China; <sup>2</sup>Endoscopy Center, Shanghai Geriatrics Center, Shanghai 201104, China; <sup>3</sup>Department of Gastroenterology, Taicang Affiliated Hospital of Soochow University (The First People's Hospital of Taicang), Taicang 215400, China

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20240517-00205

收稿日期 2024-05-17 本文编辑 朱悦

引用本文:王珏,林佳佳,龚辰,等.深在性囊性胃炎的临床特点及合并胃癌的危险因素分析[J].中华消化内镜杂志,2024,41(10):809-814. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20240517-00205.



Corresponding author: Hu Jianwei, Email: hu.jianwei@zs-hospital.sh.cn

**【Abstract】 Objective** To analyze the clinical features of gastritis cystica profunda (GCP) and investigate the risk factors associated with its coexistence with gastric cancer. **Methods** Data of 149 patients with pathologically confirmed GCP at Zhongshan Hospital of Fudan University between January 2015 and March 2022 were retrospectively analyzed for basic information, clinical data, lesion manifestations and pathological results, of which 106 were pathologically confirmed GCP after endoscopic resection and 43 others were pathologically confirmed GCP after surgical procedures. Among 149 patients, 56 were in the simple GCP group, and 93 in the GCP combined with gastric cancer group. **Results** In the simple GCP group of 56 patients, 62.5% (35/56) were male and the mean age was 58.8 years. The predominant site of involvement was in the upper gastric segment (cardia and fundus) (51.8%, 29/56), with manifestations primarily of the polypoid bulge type (41.1%, 23/56) and submucosal bulge type (35.7%, 20/56). Clinical symptoms were mostly atypical. In the group where GCP was combined with gastric cancer (93 cases), males accounted for 90.3% (84/93), the median age was 66.9 years, the upper gastric segment was predominantly affected (75.3%, 70/93), with differentiated cancer being the most common histological type (91.4%, 85/93). For 76 cases of early gastric cancer combined with GCP, mucosal lesions were the main presentation (73.7%, 56/76) with atypical clinical symptoms. Furthermore, in 17 cases of progressive gastric cancer combined with GCP, the manifestations were mainly bulging ulcers (88.2%, 15/17), and most of them were referred to the doctor because of abdominal pain and black stools (100.0%, 17/17). Binary logistic regression analysis showed that being male ( $P=0.004$ ,  $OR=4.411$ ,  $95\%CI: 1.621-12.002$ ), age ( $P=0.001$ ,  $OR=1.085$ ,  $95\%CI: 1.036-1.136$ ) and endoscopic manifestations of mucosal lesions ( $P<0.001$ ,  $OR=5.080$ ,  $95\%CI: 2.162-11.939$ ) were risk factors for GCP combined with gastric cancer, but involvement of the upper gastric segment was not related to combination with gastric cancer ( $P=0.430$ ,  $OR=0.707$ ,  $95\%CI: 0.299-1.672$ ). Among 106 patients with endoscopic resection, 57 cases of early gastric cancer combined with GCP had a median lesion length of 2.50 cm; 49 cases of GCP alone had a median lesion length of 1.20 cm, with significant difference ( $Z=-5.503$ ,  $P<0.001$ ). All upper gastric GCP combined with early gastric cancer in endoscopically treated patients were cancers of the cardia, most of which were superficial elevation with the concave type (0-II a+II c) (44.7%, 21/47). 75.4% (43/57) patients with gastric cancer combined with GCP were graded as curative resection (eCuraA) after endoscopic surgery, and none of those who had additional surgery after endoscopic surgery had lymph node metastasis. There were 8 cases with history of gastric surgery, 7 of esophageal cancer, and 10 of multiple neoplastic gastric lesions in the 149 patients with GCP. **Conclusion** GCP often occurs in the upper gastric region and is not inherently associated with the presence of gastric cancer. However, when coexisting with gastric cancer, it tends to affect elderly men, present with mucosal lesions of a differentiated histological type, and may be accompanied by esophageal or other gastric cancers. Notably, GCP is frequently identified as para-cancerous lesion, and endoscopic treatment emerges as a safe and effective approach, characterized by a high rate of curative endoscopic resections and a low incidence of lymphatic metastases.

**【Key words】** Gastritis; Cardia; Gastritis cystica profunda; Gastric cancer; Endoscopic treatment; Curative resection

**Fund program:** Biomedical Support Project of Shanghai Science and Technology Commission (21S31904000); Natural Science Foundation of Xizang Autonomous Region Group-type Aid to Xizang Medical Project [XZ2024ZR-ZY049(Z)]

深在性囊性胃炎 (gastritis cystica profunda, GCP) 1972 年由 Littler 第 1 次提出<sup>[1]</sup>, 现定义为由于多种原因导致胃黏膜肌层完整性受损, 胃腺体上皮穿过黏膜肌层向黏膜下层移行并形成囊性扩张的胃部疾病<sup>[2]</sup>。部分文献对 GCP 这一术语的理解存在混淆, GCP 其实是病理术语, 其临床表现包括异位胃黏膜下腺体、弥漫性异位胃囊性畸形等。GCP 首先在胃外科术后患者中被发现报道, 这可能是由于这类患者易发生胃黏膜脱垂, 或由于胆汁等肠内容物反流刺激导致<sup>[3-5]</sup>。而后, GCP 在未经胃外科手术的胃内同样被发现, GCP 和胃腺癌同样发生

在反复胃黏膜损伤和再生背景下, 提示 GCP 可能与癌变有一定关系<sup>[4,6]</sup>。目前对于 GCP 和癌变之间的关系, 大部分学者认为 GCP 是一种良性病变。也有文章报道了 GCP 合并胃癌病例, 推断 GCP 有恶性变潜能, 认为 GCP 是一种癌前病变<sup>[3,7-8]</sup>。2021 年 Itami 等<sup>[9]</sup>研究了 1 432 份外科手术或内镜下切除的胃癌病理标本, 结果并未发现来源于深在性异位腺体的癌变, 认为 GCP 是一种伴癌病变。

GCP 的诊断较为困难, 缺乏特异性的临床表现和实验室指标, 白光内镜下无法明确诊断, 同时需要与黏膜下癌、间质瘤、淋巴瘤、脂肪瘤及 Menetrier

病等进行鉴别诊断<sup>[10-11]</sup>,目前仍以病理为金标准,多数需经内镜下切除或外科手术获得完整病理标本后确诊。术前也可经超声内镜辅助诊断,GCP最常见的超声内镜特征是黏膜下层中可见多个低回声或无回声囊肿样改变。出现具有囊性成分的不均匀增强的息肉样病变应高度怀疑GCP<sup>[12]</sup>。近年来随着对GCP认识的深入,病理诊断为GCP的患者数量增加,但GCP与胃癌的发生发展关系尚不清楚。本研究收集我院近7年病理诊断为GCP的患者资料,探讨GCP的临床特点及合并胃癌的危险因素。

## 资料与方法

### 一、研究对象

本研究根据《赫尔辛基宣言》的指导方针进行,并获得复旦大学附属中山医院医学伦理委员会的批准(伦理号:B2023-095)。回顾性分析2015年1月至2022年3月期间总计149例在复旦大学附属中山医院病理确诊为GCP的患者临床资料,其中106例为内镜下切除后病理确诊,另43例为外科术后病理诊断。单纯诊断为GCP者56例,GCP合并胃癌者93例(早期胃癌76例,进展期胃癌17例)。

### 二、临床资料

结合患者既往病史及电话随访追溯记录,收集分析患者基本信息、临床症状、治疗方式、内镜下表现、病理结果、术后随访等临床资料。在形态学上,将病变分为黏膜病变型、息肉样隆起型、黏膜下隆起型、皱襞粗大型、隆起溃疡型。黏膜病变型再以巴黎分型分为浅表隆起型(0-II a)、浅表平坦型(0-II b)、浅表凹陷型(0-II c)、浅表隆起伴凹陷型(0-II a+II c型)。将外科术后病理大体描述中的平坦型病变归为黏膜病变型。根据GCP的发生部位不同,将病变分为胃上段(贲门胃底)、胃中段(胃体胃角)、胃下段(胃窦吻合口)。应用eCura评分对内镜下切除术后患者的病理组织学类型、病灶大小、浸润深度、水平切缘、垂直切缘、淋巴管浸润、静脉浸润等方面评估,进行预后分析。

### 三、随访与预后

术后定期随访,随访以复旦大学附属中山医院内镜随访报告为准,如患者术后未在复旦大学附属中山医院复查,则电话随访并安排复旦大学附属中山医院胃镜复查。随访截止时间:2022年6月30日。

## 四、统计学分析

采用SPSS 26.0和Graphpad Prism 9软件,满足正态分布的计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用两独立样本 $t$ 检验进行分析;不满足正态分布的计量资料用 $M(Q_1, Q_3)$ 表示,采用Mann-Whitney  $U$ 检验进行分析;计数资料用例数及百分比表示,采用卡方检验进行分析。采用二分类logistic回归法分析影响GCP合并胃癌的危险因素,计算OR值及95%可信区间(95%CI)。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 结 果

### 一、GCP患者的临床资料(表1)

1. 年龄:单纯GCP组平均年龄58.8岁,GCP合并胃癌组平均年龄67.0岁,GCP合并胃癌组患者的年龄较单纯GCP组偏大,差异有统计学意义( $P<0.001$ )。

2. 症状:患者发病前的常见临床症状包括反酸、腹痛、腹胀、进食哽咽、腹泻、口腔异味、体重下降等。单纯GCP组和GCP合并胃癌组中有临床症状者占比比较,差异无统计学意义( $P=0.592$ )。进一步分析后发现GCP合并进展期胃癌的17例患者,均因腹痛或者黑便行检查发现病变。

3. 好发部位:56例单纯GCP组患者中,胃上段29例(51.8%)、胃中段14例(25.0%)、胃下段13例(23.2%);93例GCP合并胃癌组患者中,胃上段70例(75.3%)、胃中段12例(12.9%)、胃下段11例(11.8%)。

4. 病灶长径:因外科手术患者病灶长径回顾评估困难,仅针对内镜下切除术后经病理证实为单纯GCP的49例患者和GCP合并胃癌的57例患者病灶长径进行比较,单纯GCP组病灶长径为1.20(0.80, 2.00)cm,GCP合并胃癌组病灶长径2.50(1.65, 3.00)cm,差异有统计学意义( $Z=-5.503, P<0.001$ )。

5. 病史及合并症:149例GCP患者中有胃部手术史者8例;有食管癌病史者7例,病理结果均为食管鳞癌。胃部多发肿瘤性病变者10例。外科术后病理诊断为GCP的43例患者中,有7例为单纯GCP,其中有1例为弥漫性GCP,外科术前已行2次ESD;1例因考虑胃底间质瘤,术后发现GCP;3例因食管癌术后近端胃发现合并GCP。19例为GCP合并早期胃癌患者。

6. 危险因素分析:二分类logistic回归分析显示,男性、年龄、形态为黏膜病变型为GCP合并胃癌

表 1 单纯 GCP 组与 GCP 合并胃癌组临床资料比较

观察指标	单纯 GCP 组	GCP 合并胃癌组			统计量 <sup>a</sup>	P 值 <sup>a</sup>
		早期胃癌	进展期胃癌	合计		
例数	56	76	17	93		
性别(男/女)	35/21	68/8	16/1	84/9	$\chi^2=16.826$	<0.001
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$ )	58.8±11.1	67.4±8.3	65.2±6.6	66.9±8.0	$t=1.914$	<0.001
症状(有/无)	30/26	37/39	17/0	54/39	$\chi^2=0.287$	0.592
病灶部位(例)					$\chi^2=8.646$	0.013
胃上段	29	61	9	70		
贲门	23	61	9	70		
胃底	6	0	0	0		
胃中段	14	8	4	12		
胃体	14	6	2	8		
胃角	0	2	2	4		
胃下段	13	7	4	11		
胃窦	13	6	2	8		
吻合口或残胃	0	1	2	3		
形态学分型(例)					$\chi^2=70.100$	<0.001
黏膜病变型	11	56	1	57		
息肉样隆起型	23	5	0	5		
黏膜下隆起型	20	4	0	4		
皱襞粗大型	0	0	1	1		
隆起溃疡型	2	11	15	26		
追加外科手术(例)	1	4	0	4	-	-
胃手术史(例)	1	3	4	7	-	-
合并食管癌(例)	4	3	0	3	-	-

注: GCP 指深在性囊性胃炎; <sup>a</sup> 为单纯 GCP 组与 GCP 合并胃癌组整体比较结果; “-” 表示因样本量小, 未行统计学分析

的独立危险因素, 而是否发生在胃上段不是 GCP 合并胃癌的独立危险因素(表 2)。

表 2 深在性囊性胃炎合并胃癌危险因素的 logistic 回归分析

因素	OR 值(95%CI)	P 值
性别(男/女)	4.411(1.621~12.002)	0.004
年龄	1.085(1.036~1.136)	0.001
形态学分型(黏膜病变型/非黏膜病变型)	5.080(2.162~11.939)	<0.001
部位(非胃上段/胃上段)	0.707(0.299~1.672)	0.430

## 二、GCP 的内镜下表现

在可追溯内镜图像的经内镜手术切除的 106 例病例中, 49 例为单纯 GCP 患者, 其中黏膜病变型 10 例(20.4%)、息肉样隆起型 22 例(44.9%)、黏膜下隆起型 17 例(34.7%)。57 例为 GCP 合并早期胃癌患者, 其中黏膜病变型 49 例(85.9%)、息肉样隆起型 5 例(8.8%)、黏膜下隆起型 3 例(5.3%)。单纯 GCP 的内镜下表现多为黏膜下隆起型和息肉样隆起型, 而 GCP 合并早期胃癌的内镜下表现多为黏膜病变型。

以最高发的胃上段组(胃底贲门部)为例, 如表

3 所示, 单纯 GCP 组内镜下表现以息肉样隆起型为主(52.0%), 其次为黏膜下隆起型(24.0%); GCP 合并早期胃癌组内镜下表现以黏膜病变型为主, 其中最多为 0-Ⅱ a+Ⅱ c 型(44.7%), 其次为 0-Ⅱ c 型(27.6%)。合并 GCP 的贲门癌中, 最终病理显示病变浸润局限在黏膜层的占 83.0%, 深度达 SM1 的为 10.6%, 深度达 SM2 的为 6.4%。提示我们, 原发 GCP 往往会形成息肉或隆起的表面, 但合并胃癌时却相对比较平坦, 提示 GCP 合并胃癌可能改变 GCP 的内镜下大体形态。

## 三、GCP 合并胃癌的组织学类型特点及内镜下切除后预后分析

如表 4 所示, 93 例 GCP 合并胃癌患者中, 组织学类型为分化型胃癌占多数(91.4%, 85/93), 单纯未分化癌 3 例, 混合型病变 2 例, 神经内分泌癌 1 例, 混合型神经内分泌癌 2 例。57 例内镜下切除后确诊为 GCP 合并早期胃癌患者的 eCura 评级结果显示, eCura A 级 43 例(75.4%), 其中 9 例黏液表型显示含有胃型成分腺癌, 34 例为单纯肠型; eCura B 级 5 例(8.8%), 其中黏液表型均为单纯肠

型腺癌;eCura C 级 9 例(15.8%),其中 1 例黏液表型显示含有胃型成分腺癌,8 例为单纯肠型腺癌(表 5)。

**表 3** 胃上段深在性囊性胃炎(GCP)行内镜切除者中单纯 GCP 组与 GCP 合并胃癌组的内镜、病理特征

观察指标	单纯 GCP 组 (n=25)	GCP 合并早期 胃癌组(n=47)
部位		
胃底	8(32.0)	0(0.0)
贲门	17(68.0)	47(100.0)
内镜下分型		
息肉样隆起型	13(52.0)	2(4.3)
黏膜下隆起型	6(24.0)	3(6.4)
黏膜病变型		
0-II a	0(0.0)	1(2.1)
0-II b	3(12.0)	7(14.9)
0-II c	0(0.0)	13(27.6)
0-II a+II c	3(12.0)	21(44.7)
浸润深度		
黏膜层	-	39(83.0)
黏膜下浅层(<500 μm)	-	5(10.6)
黏膜下深层(≥500 μm)	-	3(6.4)

注:“-”表示不存在黏膜下浸润

**表 4** 深在性囊性胃炎(GCP)合并胃癌的组织学类型(例)

组织学类型	例数	GCP 合并早期胃癌 (n=76)	GCP 合并进展胃癌 (n=17)
HGIN	13	13	0
tub	67	55	12
tub+pap	5	5	0
por/sig	3	1	2
tub+por/sig	2	1	1
NEC	1	0	1
tub+NEC	2	1	1

注:HGIN 指高级别上皮内瘤变;tub 指管状腺癌;pap 指乳头状癌;por 指低分化癌;sig 指印戒细胞癌;NEC 指神经内分泌癌

**表 5** 57 例内镜下切除的深在性囊性胃炎患者合并早期胃癌术后 eCura 评级

eCura 分级	例数[例(%)]	含胃型黏液 表型(例)	单纯肠型黏 液表型(例)
A 级	43(75.4)	9	34
B 级	5(8.8)	0	5
C2 级	9(15.8)	1	8

eCura A 级中有 1 例神经内分泌癌合并高分化管状腺癌,管状腺癌成分为主,病灶侵及黏膜肌层,未追加外科手术。eCura C 级的 9 例均为 eCura C2,评分显示,有 6 例仅因 SM2 被评 1 分,属于低危,其中 2 例追加了外科手术,术后病理无残留,无淋巴

结转移;有 3 例因 SM2、病灶长径>3 cm、血管侵犯被评 2 分,属于中危,有 2 例追加了外科手术,术后无病理残留,无淋巴结转移。提示内镜下切除 GCP 合并早期胃癌后可以套用 eCura 评价系统对预后进行预测,并未发现因合并 GCP 而对早期胃癌的评价产生偏差。

## 讨 论

胃癌是全世界常见的癌症之一,由于早期缺乏特异性表现,大部分被确诊时已处于晚期,因此死亡率仍然较高。胃癌主要的危险因素包括高龄、男性、吸烟、辐射、幽门螺杆菌感染和阳性家族史。Choi 等<sup>[13]</sup>发现 GCP 合并胃癌组相较于单纯胃癌组的高危因素是:高龄、男性、近端胃部、分化的组织类型、肠型胃癌。本中心通过对单纯 GCP 组及 GCP 合并胃癌组进行临床资料分析,同样发现 GCP 好发于胃上段(胃底贲门部),当表现为息肉或隆起型时,其合并胃癌概率低,当表现为表浅黏膜病变形态时,应警惕伴有较高的合并胃癌概率。另外,老年、男性、病灶长径>2.5 cm 也是 GCP 合并胃癌的高危因素,临床上均需加强监测。对于合并有 GCP 的胃癌患者,相对于单纯胃癌患者拥有较早的肿瘤分期、较小的侵袭性和低淋巴结转移,出现多发胃癌的概率也较高<sup>[13]</sup>。本中心也同样发现合并有 GCP 的胃癌患者易同时或者相继出现胃部其他部位癌变,提示 GCP 和胃癌有相同的背景因素,但不明确 GCP 是一种癌前病变,我们更倾向于 GCP 是一种伴癌病变。

本中心患者中,外科术后诊断为单纯 GCP 的病例有 7 例,其中有 1 例为弥漫性 GCP,外科术前已行 2 次 ESD,1 例因考虑胃底间质瘤,术后发现 GCP,3 例因食管癌术后近端胃发现 GCP,提示 GCP 内镜下难以明确诊断,直接外科手术有可能存在过度治疗,可先尝试内镜下治疗。GCP 更易发生于食管、胃术后患者中,提示创伤可能是发病因素之一。此外,单纯 GCP 发生本身无特异性症状,常见主诉有腹痛、腹胀、反酸,症状大多与其胃部本身疾病的症状有关,例如胃癌晚期、慢性胃炎等。若不加强内镜监测容易漏诊,错过最佳治疗时间,因此更需要倡导内镜定期检查的重要性,早诊早治有利于患者预后。GCP 无论是否合并早期胃癌,ESD 治疗都是一种安全、有效的微创治疗方式。

El-Zimaity 等<sup>[14]</sup>认为分化型肠型胃癌是由肠上皮化生进一步发展而来。本中心的临床数据发现,

GCP 与 GCP 合并胃癌的患者,大部分有幽门螺杆菌感染史,在萎缩背景下发生的分化型、肠型胃癌占大多数,少数含有胃型黏液表型成分。这与大部分不合并 GCP 的胃癌也无明显冲突,因此并不能提示 GCP 促进了胃癌的发生,或者存在组织学上的不同。GCP 更多是以胃癌“伴随者”的身份而出现。但临床上发现 GCP 后,提示胃癌可能存在,对临床医师是一个提示作用。

Huang 等<sup>[15]</sup>发现早期贲门癌易发生于老年男性,分化型占早期贲门癌的绝大多数(89.5%)。早期贲门癌的临床特点与早期贲门癌合并 GCP 一致,更提示癌灶本身可能与 GCP 病灶有相同的致病因素,GCP 更倾向于一种伴癌病变。袁晓晨等<sup>[16]</sup>发现分化型早期贲门癌合并 GCP 的患者高达 38.9%,病变浸润局限在黏膜层的为 69.8%。本中心数据显示:合并深在的早期贲门癌,病变浸润局限在黏膜层的为 83.0%,考虑造成差别的主要原因为 GCP 的存在,使得病变更为隆起,病灶早期更容易被发现,浸润相对局限于黏膜层的概率更高,发生黏膜下层浸润较少。

笔者认为,当选择内镜下治疗时,GCP 可能造成对病灶术前评估的影响,特别是对于浸润深度的误判,这可能对内镜治疗前指征的把握造成影响,同时术中也要注意 GCP 的范围和对手术难度的影响,但在术后对于预后的预测方面,仍可选择 eCura 评价系统进行评价,目前并无证据表明 GCP 本身会增加早期胃癌的淋巴结转移风险。术后反流、胃黏膜损伤可能引起或加重 GCP 合并胃癌的发生发展,故应认真评估病情,避免不必要的外科手术刺激。GCP 合并胃癌患者有较高的分化、较低的肿瘤侵袭和淋巴结转移率,我们认为 GCP 是一种伴癌病变,推荐对 GCP 合并胃癌患者首先行内镜下治疗并加强后续的内镜随访。

**利益冲突** 所有作者声明不存在利益冲突

**作者贡献声明** 王珏:负责数据采集、处理和分析,撰写论文初稿,参与讨论和修订;林佳佳、龚辰、姜琦:协助数据采集、处理、统计分析;周平红:对研究课题提供指导;胡健卫:指导研究设计、论文框架,保证研究的完整性和准确性,对文章的知识性内容作批判性审阅

## 参 考 文 献

[1] Littler ER, Gleibermann E. Gastritis cystica polyposa. (Gastric mucosal prolapse at gastroenterostomy site, with cystic and infiltrative epithelial hyperplasia) [J]. *Cancer*, 1972, 29(1): 205-209. DOI: 10.1002/1097-0142(197201)29: 1<205::

aid-encr2820290130>3.0.co;2-j.

[2] Franzin G, Novelli P. Gastritis cystica profunda[J]. *Histopathology*, 1981, 5(5): 535-547. DOI: 10.1111/j.1365-2559.1981.tb01817.x.

[3] Ogasawara N, Noda H, Kondo Y, et al. A case of early gastric cancer arising from gastritis cystica profunda treated by endoscopic submucosal dissection[J]. *Case Rep Gastroenterol*, 2014,8(3):270-275. DOI: 10.1159/000368076.

[4] Iwanaga T, Koyama H, Takahashi Y, et al. Diffuse submucosal cysts and carcinoma of the stomach[J]. *Cancer*, 1975, 36(2): 606-614. DOI: 10.1002/1097-0142(197508)36: 2<606::aid-encr2820360243>3.0.co;2-v.

[5] Béchade D, Desramé J, Algayres JP. Gastritis cystica profunda in a patient with no history of gastric surgery[J]. *Endoscopy*, 2007,39(Suppl 1):E80-81. DOI: 10.1055/s-2006-945070.

[6] Namikawa T, Ishida N, Yokota K, et al. Early gastric cancer with multiple submucosal heterotopic gastric gland: a case report[J]. *Mol Clin Oncol*, 2019,10(6):583-586. DOI: 10.3892/mco.2019.1846.

[7] Kim DH, Kim KM, Oh SJ, et al. Early gastric cancer arising from heterotopic gastric mucosa in the gastric submucosa[J]. *J Korean Surg Soc*, 2011, 80(Suppl 1): S6-S11. DOI: 10.4174/jkss.2011.80.Suppl1.S6.

[8] Imamura T, Komatsu S, Ichikawa D, et al. Gastric carcinoma originating from the heterotopic submucosal gastric gland treated by laparoscopy and endoscopy cooperative surgery[J]. *World J Gastrointest Oncol*, 2015,7(8):118-122. DOI: 10.4251/wjgo.v7.i8.118.

[9] Itami H, Morita K, Nakai T, et al. Gastritis cystica profunda is associated with aberrant p53 and Epstein-Barr virus in gastric cancer: a clinicopathological, immunohistochemical and in situ hybridization study[J]. *Pathol Int*, 2021,71(1):42-50. DOI: 10.1111/pin.13039.

[10] Lim JK, Jang YJ, Jung MK, et al. Ménétrier disease manifested by polyposis in the gastric antrum and coexisting with gastritis cystica profunda[J]. *Gastrointest Endosc*, 2010, 72(5):1098-1100. DOI: 10.1016/j.gie.2010.02.020.

[11] Lee SJ, Park JK, Seo HI, et al. A case of gastric inverted hyperplastic polyp found with gastritis cystica profunda and early gastric cancer[J]. *Clin Endosc*, 2013, 46(5): 568-571. DOI: 10.5946/ce.2013.46.5.568.

[12] Machicado J, Shroff J, Quesada A, et al. Gastritis cystica profunda: endoscopic ultrasound findings and review of the literature[J]. *Endosc Ultrasound*, 2014, 3(2): 131-134. DOI: 10.4103/2303-9027.131041.

[13] Choi MG, Jeong JY, Kim KM, et al. Clinical significance of gastritis cystica profunda and its association with Epstein-Barr virus in gastric cancer[J]. *Cancer*, 2012, 118(21):5227-5233. DOI: 10.1002/encr.27541.

[14] El-Zimaity HM, Ota H, Graham DY, et al. Patterns of gastric atrophy in intestinal type gastric carcinoma[J]. *Cancer*, 2002, 94(5):1428-1436. DOI: 10.1002/encr.10375.

[15] Huang Q, Cheng Y, Chen L, et al. Low risk of lymph node metastasis in 495 early gastric cardiac carcinomas: a multicenter clinicopathologic study of 2101 radical gastrectomies for early gastric carcinoma[J]. *Mod Pathol*, 2018, 31(10):1599-1607. DOI: 10.1038/s41379-018-0063-1.

[16] 袁晓晨, 曹守莉, 倪牧含, 等. 分化型早期贲门癌的临床病理特征及内镜治疗疗效观察[J]. *中华消化内镜杂志*, 2022, 39(3): 215-219. DOI: 10.3760/cma. j. cn321463-20210802-00284.

一次性使用胆胰管成像导管



电子内窥镜图像处理器

观入微，术无限，应于手

开启胆胰疾病诊治的直视操作时代

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

- A 地址：江苏省武进经济开发区果香路52号
- T 电话：0519-69877755, 69877756
- F 传真：0519-69877753
- E 邮箱：sales@vedkang.com

生产企业：江苏图云医疗科技有限公司

产品注册证及名称：

苏械注准 20222061594 (电子内窥镜图像处理器)

苏械注准 20222061739 (一次性使用胆胰管成像导管)

苏械广审(文)第 270803-07238 号

▲ 禁忌内容或注意事项详见说明书  
以上仅指本公司产品





一次性使用成像导管

规格型号	导管直径	器械通道直径	有效工作长度	最大视场角
CDS22001	2.9±0.2 mm	≥1.0mm	2200 mm	120°
CDS11001	3.7±0.2 mm	≥1.8 mm		

成像控制器

BS-W-100



器械通道直径  
≥1.0mm



四向转角



器械通道直径  
≥1.8mm



手术诊疗  
提供成像

② 即用即抛弃，  
无需清洗消毒



广告

苏械广审(文) 250226-24752号  
苏械注准 20212061554 苏械注准 20212061309  
南微医学科技股份有限公司生产 Version:CY-240815  
禁忌内容或注意事项详见说明书 仅限专业医疗人员使用

400 025 3000  
全国服务热线  
www.micro-tech.com.cn

南微医学科技股份有限公司  
南京高新开发区高科三路10号  
025 5874 4269  
info@micro-tech.com.cn