

· 经验交流 ·

# 京都胃炎分类在早期胃癌筛查中的应用 ——5 例早期胃癌的诊治体会

杨洋, 张晓明

(河北省保定市第一中心医院消化二科, 河北 保定 071000)

**摘要:**目的 验证京都胃炎评分在早期胃癌筛查中的应用。方法 本文通过回顾 5 例早期胃癌患者的内镜、病理及实验室资料。结果 5 例患者均是男性, 平均京都胃炎分类评分 5 分, 胃镜及病理证实为分化型早期胃癌, 背景粘膜存在萎缩及肠化。结论 京都胃炎分类评分有助于筛选出胃癌高危患者, 提高早期胃癌检出率。

**关键词:** 京都胃炎分类; 早期胃癌; 胃黏膜萎缩; 肠上皮化生

**中图分类号:** R735.2

**文献标识码:** B

**DOI:** 10.3969/j.issn.1671-3141.2022.001.028

**本文引用格式:** 杨洋, 张晓明. 京都胃炎分类在早期胃癌筛查中的应用——5 例早期胃癌的诊治体会 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2022, 22(001):107-109.

## 0 引言

胃癌是我国最常见的消化道肿瘤之一, 无论发病率还是死亡率均跃居恶性肿瘤的第 2 位。如何在日常胃镜检查时发现早期病变是目前临床的焦点和难点。依据中村恭一的胃癌三角理论, 胃癌发生与背景黏膜状态相关, 即萎缩、肠化的黏膜发生分化型胃癌, 非萎缩的黏膜发生未分化型胃癌。日本内镜学会推出京都胃炎分类评分<sup>[1]</sup>, 进行胃癌风险评估。现回顾临床工作中 5 例早期胃癌的诊治过程。

## 1 病例资料

**【例 1】**男, 60 岁, 主因发现胃黏膜病变 4 天入院。既往冠心病病史 10 年、2 型糖尿病病史 3 年。入院前 4 天因腹部不适于当地胃镜示慢性萎缩性胃炎、胃体后壁病变, 为行内镜治疗而来我院。胃功能三项: 胃蛋白酶原 I / II 2.11, 胃泌素 -17 1.30 pmol/L。根据普通白光胃镜进行胃癌风险评估: 0-3 萎缩, 有肠上皮化生(胃体, 胃窦), 无皱襞肿大, 无鸡皮样改变, 弥漫性发红(重度), 京都胃炎分类总分: 6 分。精查胃镜: 胃体后壁可见大小约 1.5cm × 1.5cm 的 II c 型病变(见图 1)。放大内镜结合窄带成像内镜(NBI-ME): 病变边界线(Demarcation line, DL)(+), 腺管结构扭曲变形, 微血管增粗, 部分区域形成网格状(见图 2)。予以胃黏膜剥离术(Endoscopic submucosal dissection, ESD)治疗, 术后病理:(胃体 ESD)高一中分化腺

癌, 癌组织侵及黏膜肌但未浸透, 周围粘膜呈重度肠化重度萎缩, 基底及水平切缘阴性。

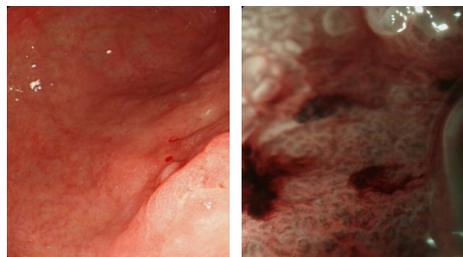


图 1 白光胃镜图像

图 2 放大胃镜图像

注: 图 1: 胃体后壁可见一处大小 1.5cm × 1.5cm 的凹陷型病变, 色泽发红; 图 2: 病灶存在边界线, 边界线内微血管增粗, 腺管结构扭曲变形。

**【例 2】**男, 73 岁, 主因间断腹胀 1 个月入院。既往阵发性房颤病史 13 年。入院前 1 个月出现腹胀, 以上腹部为主, 进食后明显, 无恶心呕吐、反酸烧心等不适, 胃镜示萎缩性胃炎伴糜烂、胃体粘膜病变, 为行内镜治疗而来我院。胃功能三项: 胃蛋白酶原 I / II 3.1, 胃泌素 -17 0.70 pmol/L。胃癌风险评估: 0-3 萎缩, 无肠上皮化生, 有皱襞肿大, 无鸡皮样改变, 弥漫性发红(重度), 京都胃炎分类总分: 5 分。精查胃镜: 胃体上部后壁可见大小约 1.5cm × 1.5cm 的 II a+ II c 型病变。NBI-ME: DL(+), 微血管增粗、紊乱, 腺管结构紊乱。予以 ESD 治疗, 术后病理:(胃体 ESD)高分化腺癌, 周围粘膜呈萎缩性改变伴肠化, 基底及水平切缘阴性。

**【例 3】**男, 78 岁, 主因发现胃黏膜病变 1 个月入院。既往高血压病史 30 年。入院前 1 个月患

者因腹痛就诊当地医院胃镜示胃角粘膜病变,为行内镜治疗入院。胃功能三项:胃蛋白酶原 I / II 8.1,胃泌素 -17 1.10 pmol/L。胃癌风险评估:0-3 萎缩,有肠上皮化生(胃体、胃窦),无皱襞肿大,无鸡皮样改变,弥漫性发红(重度),京都胃炎分类总分:6分。精查胃镜:胃角粗糙不平,可见大小约 3.0cm × 3.0cm II b 型病变,可见自发性出血。NBI-ME:DL(+),腺管结构呈绒毛状,排列紊乱,微血管增粗、扭曲。予以 ESD 治疗,术后病理:(胃角 ESD)高级别上皮内瘤变,局部癌变(高分化腺癌),癌组织紧邻黏膜肌层,周围粘膜显慢性炎,伴轻度萎缩及肠化,基底及水平切缘阴性。

【例 4】男,50 岁,主因间断恶心、呕吐 1 个月入院。既往体健。入院前 1 个月患者出现恶心、呕吐,呈非喷射性,呕吐物为胃内容物,无反酸、烧心、腹痛等不适,胃镜示非萎缩性胃炎伴糜烂,为求内镜治疗入院。胃功能三项:胃蛋白酶原 I / II 11.81,胃泌素 -17 7.39 pmol/L。胃癌风险评估:C-2 萎缩,有肠上皮化生(胃窦),无皱襞肿大,无鸡皮样改变,弥漫性发红(重度),京都胃炎分类总分:4分。精查胃镜:胃窦前壁可见一处大小约 1.5cm × 1.5cm II c 型病变。NBI-ME:DL(+),腺管结构呈绒毛状,排列、分布紊乱,表面大量白色不透明物质沉积,微血管观察不清。予以 ESD 治疗,术后病理:(胃窦 ESD)高级别上皮内瘤变,周围粘膜呈萎缩性改变,基底及水平切缘阴性。

【例 5】男,69 岁,主因发现胃黏膜病变 1 周入院。既往慢性阻塞性疾病病史 10 年。入院前 1 周当地胃镜示胃窦后壁粘膜病变,色泽发红,边缘隆起,为行内镜治疗入院。胃功能三项:胃蛋白酶原 I / II 18.66,胃泌素 -17 0.52 pmol/L。胃癌风险评估:0-1 萎缩,有肠上皮化生(胃窦、胃体),无皱襞肿大,无鸡皮样改变,无弥漫性发红,京都胃炎分类总分:4分。精查胃镜:胃窦后壁可见一处大小约 3.0cm × 4.0cm II c 型病变。NBI-ME:DL(+),腺管结构紊乱,微血管增粗,相互连接呈网格状。予以 ESD 治疗,术后病理:(胃窦后壁 ESD)高一中分化腺癌,周围粘膜呈重度肠化重度萎缩,基底及水平切缘阴性。

## 2 讨论

早期胃癌的患者多数没有症状,或是非特异的腹痛、餐后饱胀不适、嗝气、早饱等消化不良症状,

临床不易与慢性胃炎、消化性溃疡等疾病相鉴别。我国尚未开展大规模的普通人群的胃癌普筛计划。因此现阶段针对胃癌高危人群的重点筛查是临床工作的现状。我国《早期胃癌筛查及内镜诊治共识意见》<sup>[2]</sup>建议符合以下第 1 条和第 2-6 条中任一条者列为胃癌高危人群:①年龄 40 岁以上;②胃癌高发地区人群;③幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染者;④既往有慢性萎缩性胃炎、胃溃疡等癌前病变;⑤胃癌患者一级亲属;⑥存在胃癌其他危险因素(高盐、腌制因素、吸烟、饮酒等)。目前我国 Hp 感染率仍达 50%,以此所计算的高危人群数字也是极其庞大的。

胃黏膜萎缩和肠化生是公认的胃癌的癌前状态,胃癌发生风险与萎缩、肠化生范围相关。Rugge 等<sup>[3]</sup>研究纳入 1775 例患者进行胃镜随访(平均随访 55 个月),发现胃黏膜上皮内瘤变及癌均发生在胃炎评价系统、基于肠化生的胃炎评价系统 III - IV 期即广泛胃黏膜(胃体胃窦)中重度萎缩、肠化患者。提示在胃黏膜萎缩、肠化的患者人群中进行胃镜检查可以提高早期胃癌的检出率。欧美国家目前仍是基于新悉尼胃炎分类的常规胃黏膜活检,分别于胃角、胃窦大小弯、胃体大小弯各 1 块,采用直观模拟评分法评估有无 Hp、慢性炎症病变、活动性、萎缩和肠化程度。这种通过黏膜活检的方法虽然客观准确,但耗时较长,还会增加消化道出血风险。

血清学检查具有无创、快速、可反复重复检测的特点,近年来得到临床医师的青睐。通过检测血清胃蛋白酶原及胃泌素 -17 的水平评估胃黏膜萎缩的范围、程度及胃癌风险。我国一项大样本、多中心的研究,基于 15000 例胃癌风险人群的结果显示胃蛋白酶原 I / II <3.89、胃泌素 -17 >1.5 pmol/L 时,胃癌发生风险显著增高。在此基础上结合年龄、性别、Hp 感染等因素建立了新型胃癌筛查评分系统,总分 0~23 分,0~11 分为胃癌低危人群,12~16 分为胃癌中危人群,17~23 分为胃癌高危人群<sup>[4]</sup>。谢晓岚等<sup>[5]</sup>采用该评分系统对卫生系统健康体检人群进行危险分层,在 6955 例胃镜检查中发现胃癌 57 例、食管癌 21 例,其中早期癌总例数 34 例,早期癌检出率 43.59%。本组 5 例患者新型胃癌筛查评分分别为 14 分、18 分、15 分、15 分、15 分,均属于中高危人群。但血清学检查目前在我国费用仍较高,需要在胃镜检查之外额外缴费,增加了患

者的经济负担。

在普通白光胃镜检查时同步评估胃癌风险,针对高危人群进一步染色、放大胃镜可以起到节省费用、提高效率。日本学者在既往研究基础上设计京都胃炎评分。该评分纳入萎缩、肠上皮化生、皱襞肿大、鸡皮样改变、弥漫性发红等 5 项内镜表现。内镜下萎缩依据胃黏膜颜色发白、皱襞消失及血管透见诊断,并根据木村 - 竹本分类分为闭合型(closed type, C 型)和开放型(open type, O 型)。C0-C1 赋值 0 分, C2-C3 赋值 1 分, O1-O3 赋值 2 分。肠化生内镜下表现:胃窦部灰白色扁平隆起,可累及胃体。无肠上皮化生,赋值 0 分,肠上皮化生局限于胃窦,赋值 1 分,肠上皮化生扩散至胃体,赋值 2 分。皱襞肿大定义:明显增粗的皱襞,送气后皱襞不消失。充分送气下皱襞宽度在 4mm 以下,赋值 0 分,充分送气下皱襞宽度在 5mm 以上,赋值 1 分。鸡皮样改变定义:位于胃窦的密集分布的均一颗粒样隆起。无鸡皮样改变,赋值 0 分,有鸡皮样改变,赋值 1 分。弥漫性发红为胃体部连续的、具有一定范围的均匀颜色发红。见到规则排列的集合细静脉(regular arrangement of collecting venules, RAC),无弥漫性发红,赋值 0 分。轻度发红,部分区域可见 RAC,赋值 1 分。RAC 消失,可见连续的,具有一定范围的均匀发红,赋值 2 分。Sugimoto 等<sup>[6]</sup>研究结果显示胃癌组京都胃炎分类评分高于对照组[(4.8±1.1)比(3.8±1.1)],认为评分 4 分以上提示胃癌风险升高。Toyoshima 等<sup>[7]</sup>研究也得出相似的结论,胃癌组评分高于对照组[(5.629±1.149)比(4.687±1.637)],并显示可对病变组织分型进行预测。如积分 >2 分(计分法则:年龄大于 65 岁 +2 分,男性 +1 分,存在内

镜下肠上皮化生 +1 分,存在皱襞增大 -1 分)诊断分化型胃癌的敏感度 81.7%,特异度 71.8%,准确率 78.8%。本组纳入病例平均京都胃炎评分 5 分,ESD 病理也证实均是分化型胃癌。

总之,京都胃炎评分有利于普通胃镜检查时发现胃癌高危人群,指导针对性检出病变及靶向活检。

#### 参考文献

- [1] 加藤元嗣,井上和彦,村上和成,等.京都胃炎分类[M].吴永友,李锐,译.沈阳:辽宁科学技术出版社,2018:32-95.
  - [2] 中华医学会消化内镜学分会,中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会.中国早期胃癌筛查及内镜诊治共识意见(2014年,长沙)[J].中华消化杂志,2014,34(7):433-448.
  - [3] Rugge M, Meggio A, Pravadelli C, et al. Gastritis staging in the endoscopic follow-up for thesecondary prevention of gastric cancer: a 5-year prospective study of 1755 patients[J]. Gut,2019,68(1):11-17.
  - [4] 国家消化系统疾病临床医学研究中心,中华医学会消化内镜学分会,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,上海)[J].胃肠病学,2018,23(2):92-97.
  - [5] 谢晓岚,徐萍,赖跃兴,等.新型胃癌筛查评分系统在卫生系统健康体检人员早期胃癌筛查中的应用[J].中华消化内镜杂志,2021,38(1):33-37.
  - [6] Sugimoto M, Ban H, Ichikawa H, et al. Efficacy of the Kyoto Classification of Gastritis in Identifying Patients at High Risk for Gastric Cancer[J]. Intern Med,2017, 56(6): 579-586.
  - [7] Toyoshima O, Nishizawa T, Yoshida S, et al. Comparison of endoscopic gastritis based on Kyoto classification between diffuse and intestinal gastric cancer[J]. World J GastrointestEndosc, 2021,13(5):125-136.
- (上接第 102 页)
- 血装置及使用方法:CN11134757A[P].2020.
- [4] 何冬樱,何雪飞.一种截肢术后压迫止血器:CN208725813U[P].2019.
  - [5] 王铭,李勇,王华容,等.中药止血活血敷料在经桡动脉冠状动脉介入治疗术后压迫止血的临床应用[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(04):560-562.
  - [6] 王瑞霞.一种桡动脉穿刺部位的压迫止血装置:CN208808555U[P].2019.
  - [7] 张淑,王建宁,周松,等.螺旋式与气囊式桡动脉压迫止血器应用效果的系统评价[J].护理研究,2019,033(013):2252-2258.
  - [8] 苏慧琴,邓雪莲,陈梅斯.不同止血器对经桡动脉介入术后患者止血效果及舒适度的影响[J].中国民康医学,2020,032(007):125-126.
  - [9] 史冬梅,田金萍,许艳玲,等.STEPTYP 型压迫止血贴应用于经皮桡动脉冠状动脉介入术患者效果研究[J].护理学报,2020,38(07):65-68.
  - [10] 冯静,傅孝春.针对性护理对冠心病介入术后桡动脉压迫止血器进行止血的效果评价[J].人人健康,2019,502(17):171-171.
  - [11] 许倩,赵志会,朱红.自制介入上肢垫结合止血器应用在老年冠心病介入术后的临床探究[J].中国医疗器械信息,2019,25(6):102-103.
  - [12] 王琨,王秀,王瑞枝.调节减压及压迫时间最佳界值提升桡动脉压迫式止血器应用效果的研究[J].中国医学装备,2020,17(4):39-42.