

影响胃息肉患者术后复发的相关因素研究

刘杰¹, 钟巧兰², 王金婷^{1*}

(1. 淮安市第五人民医院消化科; 2. 淮安市淮阴医院消化科, 江苏 淮安 223300)

摘要: **目的** 分析胃息肉患者术后复发的相关危险因素, 为降低胃息肉术后患者的复发风险提供依据。**方法** 回顾性分析 2015 年 11 月至 2018 年 11 月淮安市淮阴医院收治的 230 例胃息肉患者的临床资料, 依据胃息肉患者术后 36 个月是否复发分为复发组 (70 例) 和未复发组 (160 例), 分析不同类型息肉病理特点, 对复发组、未复发组的一般资料进行单因素分析, 将单因素分析中差异有统计学意义的因素纳入多因素 Logistic 回归模型中分析胃息肉患者术后复发的危险因素。**结果** 单因素分析结果显示, 复发组年龄 ≥ 45 岁、手术时间 ≥ 40 min、息肉直径 > 2 cm、多发息肉、腺瘤性息肉、幽门螺杆菌感染、术后肠胃反流的患者占比均显著高于未复发组 (均 $P < 0.05$); 多因素 Logistic 回归分析结果显示, 年龄 ≥ 45 岁、息肉直径 > 2 cm、多发息肉、腺瘤性息肉、幽门螺杆菌感染、术后肠胃反流均是胃息肉患者术后复发的独立危险因素 ($OR = 1.943, 2.726, 6.767, 4.216, 3.053, 3.796$, 均 $P < 0.05$)。**结论** 胃息肉患者术后复发的独立危险因素有年龄 ≥ 45 岁、息肉大小 > 2 cm、多发息肉、腺瘤性息肉、幽门螺杆菌感染、术后肠胃反流等, 临床可据此对胃息肉术后患者进行干预, 以降低胃息肉术后患者复发的风险。

关键词: 胃息肉; 复发; 病理特点; 肠胃反流; 幽门螺杆菌; 危险因素

中图分类号: R573

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.11.0118.03

胃息肉为胃黏膜组织异常凸起, 临床多无明显症状, 部分患者会出现食欲不振、上腹部疼痛、恶心、嗝气等症状, 但临床症状也不具有特异性, 因此, 胃息肉患者病情易隐蔽发展。临床上, 多数胃息肉患者在确诊时, 息肉形态已较大, 具有一定的癌变风险。常规息肉切除手术为该病的主要治疗方法, 但是术后存在较高的复发率。由于手术将突出的息肉切除后, 并没有改变胃组织整体环境, 因此术后患者也要预防胃息肉的再次复发, 定期复查, 提高自身重视程度^[1-2]。基于此, 本研究旨在探讨影响胃息肉复发的相关危险因素, 并及时给予有效防治措施, 进而减少术后复发风险, 避免癌变, 现将研究结果详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2015 年 11 月至 2018 年 11 月淮安市淮阴医院收治的 230 例胃息肉患者的临床资料, 依据胃息肉患者术后 36 个月是否复发分为复发组 (70 例) 和未复发组 (160 例)。纳入标准: 所有患者均符合《消化内科疾病诊疗指南》^[3] 中的相关诊断标准, 且经病理活检确诊者; 胃镜检查前 8 h 未饮食者; 符合高频电凝电切、内镜下黏膜切除术、内镜黏膜下剥离术手术指征者等。排除标准: 严重肺部疾病、心脏病、高血压、胃、十二指肠急性穿孔等不宜接受胃镜检查者; 有胃部手术史者; 家族性息肉病者; 有炎症性肠病史者; 未做好胃部准备, 影响胃镜观察者等。本研究已获淮安市淮阴医院医学

伦理委员会审核并批准。

1.2 检查方法 所有患者均经胃镜检查, 运用内镜观察息肉大小、数量、部位及形态等, 直接切除或钳夹息肉, 采样进行病理检查, 结合患者胃息肉情况确定治疗方案, 具体手术方式包括内镜下黏膜切除术、内镜黏膜下剥离术、高频电切术等。术后复查: 术后定期借助胃镜观察患者食管与胃部状况, 发现复发现象者记录息肉大小、数量、部位等, 并采取相应治疗方法予以切除, 术后将息肉组织送病理检查。

1.3 观察指标 ①单因素分析: 收集两组患者年龄、性别、抽烟、喝酒、术中出血量、手术时间、息肉大小和数量、病理类型、部位、幽门螺杆菌感染 (胃镜下于胃窦距幽门 2~5 cm 处取 1 或 2 块黏膜, 进行快速尿素酶试验法检测)、术后肠胃反流等一般资料并进行比较。②将单因素分析中差异有统计学意义的因素作为自变量, 纳入多因素 Logistic 回归分析模型, 筛选胃息肉患者术后复发的危险因素。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件分析本研究数据, 以 [例 (%)] 表示计数资料, 行 χ^2 检验; 采用多因素 Logistic 回归分析筛选胃息肉患者术后复发的危险因素。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 单因素分析 复发组年龄 ≥ 45 岁、手术时间 ≥ 40 min、息肉直径 > 2 cm、多发息肉、腺瘤性息肉、幽

作者简介: 刘杰, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 胃息肉内镜下治疗。

通信作者: 王金婷, 硕士研究生, 副主任医师, 研究方向: 胃息肉内镜下治疗。E-mail: 412178200@qq.com

门螺杆菌感染、术后肠胃反流的患者占比均显著高于未复发组, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 1。

表 1 影响胃息肉患者术后复发的单因素分析 [例 (%)]

因素	复发组 (70 例)	未复发组 (160 例)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)			14.409	<0.05
<45	12(17.14)	69(43.13)		
≥45	58(82.86)	91(56.88)		
性别			0.436	>0.05
男	37(52.86)	77(48.13)		
女	33(47.14)	83(51.88)		
抽烟			0.701	>0.05
是	29(41.43)	57(35.63)		
否	41(58.57)	103(64.38)		
喝酒			0.039	>0.05
是	25(35.71)	55(34.38)		
否	45(64.29)	105(65.63)		
术中出血量 (mL)			0.852	>0.05
<120	47(67.14)	117(73.13)		
≥120	23(32.86)	43(26.88)		
手术时间 (min)			6.344	<0.05
<40	25(35.71)	86(53.75)		
≥40	45(64.29)	74(46.25)		
息肉直径 (cm)			10.293	<0.05
1~2	36(51.43)	117(73.13)		
>2	34(48.57)	43(26.88)		
息肉数量			37.359	<0.05
单发	11(15.71)	95(59.38)		
多发	59(84.29)	65(40.63)		
病理类型			5.737	<0.05
炎性	40(57.14)	93(58.13)		
增生性	22(31.43)	54(33.75)		
胃底腺性	3(4.29)	11(6.88)		
腺瘤性	5(7.14)	2(1.25)		
部位			0.094	>0.05
胃窦	8(11.43)	14(8.75)		
胃体	26(37.14)	65(40.63)		
胃底	35(50.00)	78(48.75)		
其他	1(1.43)	3(1.88)		
幽门螺杆菌感染			11.895	<0.05
是	43(61.43)	59(36.88)		
否	27(38.57)	101(63.13)		
术后肠胃反流			14.363	<0.05
是	23(32.86)	19(11.88)		
否	47(67.14)	141(88.13)		

2.2 多因素 Logistic 回归分析 以胃息肉患者术后复发为因变量, 将单因素分析中差异有统计学意义的因素作为自变量, 纳入多因素 Logistic 回归分析模型, 结果显示, 年龄 ≥ 45 岁、息肉直径 > 2 cm、多发息肉、腺瘤性息肉、幽门螺杆菌感染、术后肠胃反流均是胃息肉患者术后复发的独立危险因素, 差异均有统计学意义 ($OR=1.943$ 、 2.726 、 6.767 、 4.216 、 3.053 、 3.796 , 均 $P<0.05$), 见表 2。

3 讨论

胃息肉为胃黏膜上皮组织乳头状、突起状异常生长的组织。多数胃息肉患者息肉色泽与正常组织无异, 表面平整光滑, 边界清晰, 呈圆形或半圆形隆起; 少数胃息肉患者胃息肉检出异常增生, 息肉表面质地柔软, 呈鲜红色, 充血糜烂, 少部分息肉呈指状、分叶状、菜花状。胃息肉患者临床症状不典型, 但当胃息肉较大时, 有致癌风险, 对患者生活质量造成威胁, 需进行手术切除^[4]; 且有研究报道, 胃息肉患者经息肉切除术后, 术后仍存在较高的复发风险, 且癌变风险更大^[5]。因此, 需对胃息肉患者术后复发的危险因素进行有效分析, 以便于临床医师采取针对性治疗及预防措施, 以降低胃息肉患者术后复发的风险。

本研究进行多因素 Logistic 回归分析结果显示, 年龄 ≥ 45 岁、息肉直径 > 2 cm、多发息肉、腺瘤性息肉、幽门螺杆菌感染、术后肠胃反流均是胃息肉患者术后复发的独立危险因素。可能的原因有, 年龄 ≥ 45 岁的胃息肉患者机体各项机能呈下降趋势, 术后免疫力较差, 自身抗体产生较少, 导致胃息肉患者术后复发风险升高^[6-7]。因此, 临床可给予年龄 ≥ 45 岁的胃息肉术后患者免疫力增强剂, 促进机体产生抗体, 以降低胃息肉复发的风险。息肉大小 > 2 cm、腺瘤性息肉的胃息肉患者息肉易癌变, 息肉的癌变率随着息肉直径的增大而增加^[8]; 而腺瘤性息肉组织中含绒毛状组织, 绒毛状组织可能具备组织细胞分裂、生长速度较快等特点, 其在生长过程中可能发生恶变, 甚至发展成为不受机体调控的异型增生, 故术后有较高的复发风险^[9-10]。因此, 临床需对息肉直径 > 2 cm、腺瘤性息肉的胃息肉患者治疗后进行长期随访, 定期检查患者恢复情况, 以降低患者复发癌变的发生风险^[11]。多发息肉胃息肉患者术中切除可能不完全, 故有较高的术后复发风险; 同时, 部分多发胃息肉患者行高频电凝电切, 而高频电凝电切会使息肉边缘烧焦, 显微镜下结构不清晰, 也会加大切除不完全和复发的风险^[12-13]。因此, 临床需为多发胃息肉患者选择合适的手术方式, 降低患者术中切除不全而导致复发风险增大。幽门螺杆菌感染可能会异常激活解聚金属蛋白酶, 进而激活表皮生长因子, 还会损害胃息肉患者机体胃黏膜屏障, 刺激机体产生前列腺素、白细胞三烯等多种炎症因子,

表 2 影响胃息肉患者术后复发的多因素 Logistic 回归分析

变量	β 值	SE 值	Wald/ χ^2 值	P 值	OR 值	95%CI 值
年龄 ≥ 45 岁	0.664	0.276	5.788	<0.05	1.943	1.131~3.337
手术时间 ≥ 40 min	0.443	0.299	2.195	>0.05	1.557	0.867~2.798
息肉直径>2 cm	1.003	0.362	7.677	<0.05	2.726	1.341~5.543
多发息肉	1.912	0.737	6.730	<0.05	6.767	1.596~28.689
腺瘤性息肉	1.439	0.469	9.414	<0.05	4.216	1.682~10.572
幽门螺杆菌感染	1.116	0.513	4.733	<0.05	3.053	1.117~8.343
术后肠胃反流	1.334	0.510	6.842	<0.05	3.796	1.397~10.315

刺激手术创面出现黏膜腺管生成、腺体颈部延长等变化，黏膜肌与腺管上皮的不断增生引发黏膜周边隆起，最终形成息肉甚至肿瘤，从而增加患者术后复发的风险^[14-16]。因此，临床针对幽门螺杆菌感染的胃息肉患者在手术治疗的同时，还需给予幽门螺杆菌根除治疗，以降低患者术后因炎性因子刺激导致复发风险增加。术后肠胃反流也会增加胃息肉患者术后炎症反应的风险，机体炎性因子的升高能够促进胃息肉转变成恶性，因此，术后肠胃反流的胃息肉患者的复发风险较高^[17-18]。临床可通过给予胃息肉术后胃反流患者胃黏膜保护剂、抑制胃酸的药物等治疗，改善患者胃反流情况，从而降低患者术后复发的风险。

综上，胃息肉患者术后复发的独立危险因素有年龄 ≥ 45 岁、息肉直径>2 cm、多发息肉、腺瘤性息肉、幽门螺杆菌感染、术后肠胃反流等，临床可据此对胃息肉术后患者进行干预，以降低胃息肉术后患者复发的风险。

参考文献

[1] 刘娜,刘福国,孙莉娟,等. 结直肠息肉切除术后复发风险研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2017, 34(12): 861-865.

[2] ZHANG R Q, WANG P, ZHANG X Y, et al. Gastric tube reconstruction prevents postoperative recurrence and metastasis of esophageal cancer[J]. Oncol Lett, 2016, 11(4): 2507-2509.

[3] 张尤历. 消化内科疾病诊疗指南[M]. 北京: 学苑出版社, 2008: 73.

[4] 徐华,陈易,陈小冬,等. 胃息肉患者检测幽门螺杆菌及血清胃蛋白酶原的临床价值[J]. 现代消化及介入诊疗, 2015, 20(2): 158-160.

[5] KIM D H , SU M K , HYUN J K , et al. Changes in postoperative recurrence and prognostic risk factors for patients with gastric cancer who underwent curative gastric resection during different time periods[J]. Ann Surg Oncol, 2013, 21(4): 2317-2327.

[6] 陈春燕,朱海杭. 胃息肉发生的相关影响因素的研究进展[J]. 医学综述, 2018, 24(3): 543-547.

[7] 罗咏萍,刘毅,杨丽莎,等. 98 例胃息肉患者的临床特点及不同方法的治疗效果[J]. 现代消化及介入诊疗, 2015, 20(6): 569-572.

[8] ZHANG S H, ZHENG D P, YANG Z W, et al. Patients with gastric polyps need colonoscopy screening at younger age: A large prospective cross-sectional study in China[J]. J Cancer, 2019, 10(19): 4623-4632.

[9] MANKANEY G N, CRUISE M, SARVEPALLI S, et al. Surveillance for pathology associated with cancer on endoscopy (SPACE): criteria to identify high-risk gastric polyps in familial adenomatous polyposis[J]. Gastrointes Endosc, 2020, 92(3): 755-762.

[10] 刘静,余海. 胃息肉的病理流行病学特点及其病情进展的影响因素分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(11): 832-836.

[11] BROSENS L, WOOD L D, OFFERHAUS G J, et al. Pathology and genetics of syndromic gastric polyps[J]. Int J Surg Pathol, 2016, 24(3): 185-199.

[12] FUJIMOTO S , TAKAHASHI M , MUTOU T , et al. Successful intraperitoneal hyperthermic chemoperfusion for the prevention of postoperative peritoneal recurrence in patients with advanced gastric carcinoma[J]. Cancer, 2015, 85(3): 529-534.

[13] 黄琳凯,周英发,付文静,等. 胃息肉临床特点及相关危险因素分析[J]. 西部医学, 2021, 33(7): 1026-1030.

[14] 代飞,郑义,徐丽红,等. 胃息肉临床特点及其与幽门螺杆菌感染的相关性研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2017, 26(6): 686-688.

[15] OUYANG Y B, ZHANG W J, HUANG Y C, et al. Effect of helicobacter pylorieradication on hyperplastic gastric polyps: A systematic review and meta-analysis[J]. Helicobacter, 2021, 26(5): e12838.

[16] 贾剑南,唐艳萍,康丽丽,等. 胃息肉的特点及其与 Hp 感染的相关性研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(9): 651-655, 667.

[17] 李晓芳,张小艳,徐俊荣,等. 不同类型肠息肉临床病理特征及术后复发危险因素分析[J]. 中国实验诊断学, 2021, 25(1): 34-39.

[18] 李晓芳,徐俊荣,牛健. 不同类型胃息肉临床病理特征及术后复发危险因素分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2016, 25(10): 1156-1160.