

萎缩性胃炎患者的内镜检查适应症与风险评估综述

付凯

成都中医药大学附属医院内镜中心，四川成都

摘要：目的：本研究旨在探讨萎缩性胃炎患者的内镜检查适应症与风险评估，旨在优化内镜检查的应用并提升诊断的准确性与安全性。方法：通过分析萎缩性胃炎患者的文献资料，评估患者的临床症状、病因、风险因素及内镜检查的技术应用，结合内镜活检和病理学检查进行风险评估。结果：研究发现，萎缩性胃炎的主要内镜适应症包括长期消化不良、幽门螺杆菌感染、家族胃癌史等。高龄和免疫抑制患者的内镜检查并发症风险显著增加。结论：内镜检查对萎缩性胃炎的早期诊断和癌前病变筛查具有重要意义，个体化的风险评估和管理能够提高检查安全性，进一步改善患者预后。

关键词：萎缩性胃炎；内镜检查；适应症；风险评估

A Review of Indications and Risk Assessment of Endoscopy in Patients With Atrophic Gastritis

Kai Fu

Endoscopy Center, Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu, Sichuan

Abstract: Objective: The purpose of this study was to explore the indications and risk assessment of endoscopy in patients with atrophic gastritis, in order to optimize the application of endoscopy and improve the accuracy and safety of diagnosis. Methods: By analyzing the literature data of patients with atrophic gastritis, the clinical symptoms, etiology, risk factors and application of endoscopy were evaluated, and the risk was assessed by combining endoscopic biopsy and pathological examination. Results: The main endoscopic indications for atrophic gastritis were chronic dyspepsia, Helicobacter pylori infection, and family history of gastric cancer. The risk of endoscopic complications was significantly increased in elderly and immunosuppressed patients. Conclusion: Endoscopic examination is of great significance for the early diagnosis of atrophic gastritis and the screening of precancerous lesions. Individualized risk assessment and management can improve the safety of examination and further improve the prognosis of patients.

Keywords: Atrophic Gastritis; Endoscopy; Indications; Risk Assessment

1 引言

萎缩性胃炎是一种常见的慢性胃病，具有癌前病变的特征，其主要表现为胃黏膜的萎缩和肠上皮化生。随着萎缩性胃炎的病程进展，患者胃黏膜屏

障功能减弱，长期存在恶变为胃癌的潜在风险。流行病学数据显示，萎缩性胃炎的发病率在全球范围内逐渐升高，特别是在幽门螺杆菌感染率较高的地区。此外，年龄增长、自身免疫性疾病、环境和生活方式等因素也对萎缩性胃炎的发生和发展有显

著影响。内镜检查作为诊断萎缩性胃炎的金标准,能够直观观察胃黏膜的变化,并通过活检明确病理诊断。早期发现萎缩性胃炎及其癌前病变对于改善患者预后至关重要[1]。然而,内镜检查并非适用于所有患者,尤其是高龄或有并发症的患者,因此有必要评估其适应症和潜在风险。本研究旨在探讨萎缩性胃炎患者的内镜检查适应症与风险评估,为临床工作提供科学依据,优化检查流程并提升患者安全性。

2 萎缩性胃炎的病因和病理生理

2.1 病因学

萎缩性胃炎的发生与多种病因密切相关,最常见的原因是幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*)感染。幽门螺杆菌通过破坏胃黏膜屏障,引发慢性炎症,逐渐导致胃黏膜的萎缩和肠上皮化生。此外,自身免疫因素也在萎缩性胃炎的病因中起重要作用,尤其是与自身免疫性胃炎(AIG)相关的患者,这类患者的免疫系统攻击胃壁细胞,造成壁细胞破坏和胃酸分泌减少,最终导致黏膜萎缩。其他可能的病因还包括长期饮酒、吸烟、饮食中的致癌物质(如高盐或腌制食品)、胆汁反流等,这些因素均可加速胃黏膜的损伤和病变[2]。遗传因素在部分患者中也起到一定作用,尤其是家族中有胃癌或胃部疾病史的人群,萎缩性胃炎的发生风险显著增加。

2.2 病理生理变化

萎缩性胃炎的病理生理变化主要体现在胃黏膜的慢性炎症、腺体萎缩和肠上皮化生三方面。随着炎症的进展,胃黏膜的保护屏障逐渐减弱,导致黏膜的腺体结构被破坏,胃酸和内因子的分泌减少,进而影响消化功能。萎缩的腺体可能被肠上皮替代,即所谓的肠化生,这是胃黏膜适应慢性炎症的表现之一,但也提示了癌前病变的风险增加。此外,随着胃黏膜的结构被破坏,胃壁的血供和再生能力受到抑制,胃黏膜变薄,血管显露,导致其对物理和化学损伤的抵抗力减弱。长期的病理生理变化不仅增加了胃溃疡、出血的风险,还为胃癌的发生提供了条件,尤其是在伴有重度肠化生或异型增生的患者中[3]。

2.3 萎缩性胃炎的自然病程

萎缩性胃炎的自然病程往往较为缓慢,呈现逐渐恶化的趋势。早期阶段多为慢性非萎缩性胃炎,

主要表现为胃黏膜的表浅性炎症。随着病程进展,胃黏膜逐渐发生萎缩,腺体减少,肠上皮化生开始出现。若不加以干预,萎缩性胃炎有可能进一步进展为异型增生,即胃黏膜的细胞结构出现异常增生,这是胃癌前的病理状态。一旦发展为异型增生,患者患胃癌的风险大幅增加。虽然并非所有萎缩性胃炎患者都会发展为胃癌,但其恶变的可能性取决于病程长短、幽门螺杆菌感染的持续性、患者的年龄及相关危险因素的存在[4]。因此,早期诊断和治疗萎缩性胃炎,对于延缓病程进展和降低胃癌风险具有重要临床意义。

3 内镜检查在萎缩性胃炎诊断中的应用

3.1 内镜检查的技术概述

内镜检查是诊断萎缩性胃炎的核心工具,通过直视下观察胃黏膜的情况,可以帮助医生准确评估疾病的严重程度和范围。传统的白光内镜仍然是最常使用的检查方式,能够直观显示胃黏膜的颜色、厚度、质地等变化,但其在早期病变识别方面存在一定的局限性。近年来,染色内镜、放大内镜、窄带成像(NBI)等先进技术逐渐应用于临床中,这些技术可以通过增强胃黏膜的对比度和细微结构,提升对萎缩性胃炎的诊断敏感度。例如,染色内镜通过在胃黏膜上喷洒特定染料,能够突出显示黏膜的结构异常;而放大内镜则能提供更精细的胃黏膜微观结构。窄带成像技术通过优化光源波长,使得微血管和表面结构更加清晰,从而有助于早期识别萎缩性胃炎和癌前病变[5]。

3.2 内镜下萎缩性胃炎的表现

内镜下,萎缩性胃炎表现为胃黏膜的变薄、血管显露、颜色改变等特征。早期的萎缩性胃炎可能表现为黏膜的局部发红或发白,随着病变的加重,黏膜逐渐变薄,颜色苍白,血管网显露清晰,尤其是在胃窦部和胃体部。肠上皮化生常表现为黏膜区域的不规则颜色变化,呈现淡蓝或灰白色斑块状。内镜下还可能观察到胃黏膜表面的颗粒感或结节状改变,提示腺体结构破坏。此外,在伴有幽门螺杆菌感染的患者中,胃黏膜表面可能出现糜烂、出血点或点状渗出液,这些炎症表现为进一步的病理学检查提供了线索。总之,内镜下的萎缩性胃炎表现为胃黏膜的退行性改变,并伴有炎症、黏膜破坏

及再生异常，提示疾病的复杂性及进展风险[6]。

3.3 内镜活检的重要性

虽然内镜下的观察能提供关于萎缩性胃炎的直观信息，但由于内镜下的表面表现与实际病理情况并不总是完全一致，因此活检仍然是萎缩性胃炎诊断和癌前病变筛查的关键手段。通过内镜活检可以获取胃黏膜组织样本，进行组织病理学检查，确认腺体萎缩、肠上皮化生、异型增生等病理特征，进而准确评估病变的性质和严重程度。活检还可以检测幽门螺杆菌感染状况，这对萎缩性胃炎的治疗策略制定至关重要。此外，活检有助于排除其他胃部病变，如胃溃疡、胃癌等，特别是在可疑病变部位进行有针对性的取样，更能提升早期癌变筛查的准确性。因此，在萎缩性胃炎的诊断中，内镜活检是提高诊断精度、制定个体化治疗方案及长期随访的重要工具。

4 萎缩性胃炎患者的内镜检查适应症

4.1 症状评估

萎缩性胃炎的症状表现通常较为隐匿，部分患者在疾病早期可能无明显不适，直到疾病进展才出现症状。因此，症状评估在决定内镜检查的适应症时尤为重要。常见的症状包括上腹部不适或隐痛、消化不良、食欲减退、早饱感、恶心等。部分患者可能会出现体重减轻或疲倦，尤其是在伴有贫血的情况下，可能提示胃黏膜损伤导致的吸收障碍。此外，反复发作的腹部疼痛或消化不良，长期未缓解的胃部不适应引起重视，特别是中老年患者或有家族胃病史的人群。如果患者伴有呕血、黑便等消化道出血症状，则需高度警惕萎缩性胃炎进展至严重病变的可能，必须尽早进行内镜检查以明确病因[7]。因此，详细的症状评估是判断萎缩性胃炎患者是否需要内镜检查的首要步骤。

4.2 临床风险因素

除了症状评估外，临床风险因素的存在也是内镜检查适应症的重要参考。幽门螺杆菌感染是萎缩性胃炎的主要病因之一，长期感染会增加胃癌发生的风险，感染患者需定期进行内镜检查以评估胃黏膜的变化。其他风险因素还包括家族胃癌史、长期吸烟、饮酒、不良饮食习惯等，尤其是高盐、高脂饮食可能会进一步加重胃黏膜的损伤。贫血也是一个重要的临床风险信号，特别是巨幼细胞性贫血和

缺铁性贫血，提示胃黏膜的萎缩已影响维生素 B12 和铁的吸收。此外，老年患者由于免疫功能下降，胃黏膜自我修复能力减弱，萎缩性胃炎的发病率和恶化风险较高。因此，具有这些风险因素的患者，即使没有明显症状，也应考虑进行内镜检查以监测胃黏膜的变化。

4.3 内镜检查的指征

基于患者的症状和临床风险因素，内镜检查的主要指征包括长期的上腹部不适、消化不良、反酸、早饱等症状，尤其是症状持续存在并未通过常规治疗缓解的情况。此外，存在家族胃癌史的患者，无论是否有症状，都应定期进行内镜筛查，尤其是在 40 岁以上或有幽门螺杆菌感染的情况下。伴随贫血或体重减轻的患者需高度警惕胃部恶性病变的可能，内镜检查能提供明确诊断。同时，临床上遇到难治性消化道症状或长期胃病史的患者，内镜检查是评估病变进展和早期癌前病变的最佳手段。对于已经确诊为萎缩性胃炎的患者，内镜检查还用于监测病情变化，评估是否出现进一步的胃黏膜损伤或癌前病变。

4.4 个体化检查计划的制定

在决定是否进行内镜检查时，需为每位萎缩性胃炎患者制定个体化的检查计划。首先，检查的频率和时间安排应根据患者的具体情况而定。对于高风险患者，如家族有胃癌史、幽门螺杆菌阳性、存在明显胃部症状者，建议每 1 至 2 年进行一次内镜检查。对于低风险患者或无明显症状的患者，内镜检查的间隔时间可以适当延长。此外，检查时应结合患者的生活习惯、饮食结构、基础疾病等因素综合考虑。例如，对于有出血倾向的患者，内镜检查前需进行凝血功能评估，并根据检查风险采取相应的预防措施。最后，内镜检查的类型和技术选择也应根据患者的具体病情而定，染色内镜、放大内镜等先进技术可在特定情况下提高诊断的准确性。个体化检查计划不仅能有效监测疾病进展，还能减少不必要的检查，优化医疗资源配置。

5 内镜检查的风险评估

5.1 内镜检查的常见并发症

尽管内镜检查被广泛认为是安全的诊断和治疗手段，但仍可能引发一些并发症，特别是在萎缩性胃炎患者中。常见并发症包括出血、穿孔、感染

和麻醉反应。出血通常发生在活检或内镜下治疗过程中,尤其是在胃黏膜脆弱的情况下。穿孔虽然罕见,但一旦发生,会导致严重的腹腔感染,需立即手术干预。此外,少数患者可能在检查后出现发热或局部感染反应。麻醉并发症则主要出现在有基础疾病的老年患者或免疫功能较弱的患者中,因此麻醉风险评估尤为重要。

5.2 患者基础状况的评估

在进行内镜检查前,必须全面评估患者的基础健康状况,特别是有慢性疾病或免疫功能低下的患者。例如,患有心脏病、呼吸系统疾病或肾功能不全的患者,因其身体机能的限制,进行内镜检查时可能面临更高的并发症风险。此外,老年患者的胃黏膜脆弱性较高,检查过程中的黏膜损伤风险也相应增加。对于这些患者,术前应进行详细的病史询问和身体检查,评估其是否能够耐受内镜检查,并根据患者的个体状况调整检查计划。

5.3 风险因素的识别与管理

风险因素的识别是确保内镜检查安全性的重要步骤。高龄、既往胃部手术史、长期使用抗凝药物、凝血功能异常、严重的胃部病变等都是增加内镜并发症的常见风险因素。对于长期服用抗凝剂的患者,需在检查前评估其凝血功能,并根据情况调整抗凝药物的使用。识别这些风险因素后,需采取相应的管理措施,如术前停药、术中加强监测、术后密切观察等,以降低并发症的发生率。通过对这些高风险患者采取预防性措施,可以显著减少内镜操作的安全隐患。

5.4 风险评估模型的建立

为了系统化管理内镜检查中的风险,建立一套全面的风险评估模型是至关重要的。该模型应包括患者的年龄、基础健康状况、既往病史、检查指征和潜在的并发症风险因素。通过量化和分级这些因素,临床医生可以更加准确地预测检查风险,并为患者制定个体化的管理计划。风险评估模型还可以帮助医生在术前与患者充分沟通,告知可能的风险和预防措施,从而提高患者的依从性和安全性。这种基于风险的检查管理模式能有效减少并发症的发生,提高检查质量和患者预后。

6 内镜检查前后的管理

6.1 检查前患者的准备

在内镜检查前,患者的充分准备是确保检查顺利进行并减少并发症发生的关键步骤。首先,患者需禁食 6-8 小时,以确保胃内无食物残留,减少误吸和检查中视野受阻的风险。对于长期服用抗凝药物或抗血小板药物的患者,应在术前根据医生建议适当调整药物使用,以降低出血风险。此外,对于有过敏史或慢性疾病的患者,需在术前与医生详细沟通,确保对其进行个体化的管理。心理准备也是检查前的一项重要内容,医生和护士应详细告知患者检查的目的、过程和可能的风险,缓解其焦虑情绪。通过全面的术前准备,患者的安全性和依从性将得到显著提升,检查结果也更具可靠性。

6.2 检查中的监测和管理

内镜检查过程中对患者的生命体征监测和管理至关重要,特别是对于萎缩性胃炎患者,由于胃黏膜脆弱,容易出现并发症。在检查期间,需对患者的血压、心率、血氧饱和度等进行实时监测,确保患者在镇静或麻醉状态下的安全。对于高风险患者或老年患者,可能需要更密切的监控,包括心电图监测。此外,在操作过程中,医生应避免过度牵拉或损伤胃黏膜,尤其是在活检时,应控制取材力度和深度,以减少出血风险。如果患者出现不适或并发症,需立即停止操作并采取相应处理措施,如止血或增加氧气供给。合理的检查中管理能够最大限度减少并发症发生并确保检查顺利完成。

6.3 检查后的护理和随访

内镜检查后,患者的护理和随访是保障其康复和预防并发症的关键环节。检查后应将患者安置在观察区,密切监测其生命体征,特别是有过麻醉或镇静剂使用的患者,需观察其清醒状况以及呼吸和心率的稳定性。在胃黏膜活检后,患者可能会有轻微的不适感,如胃胀或轻微的腹痛,通常数小时内会自行缓解。对于进行活检的患者,医生应告知其在接下来的 24-48 小时内避免进食刺激性食物,如辛辣、过冷或过热的食物,以防止胃部不适加重。检查后如果患者出现持续性疼痛、呕血或黑便等症状,应立即就医。此外,长期管理萎缩性胃炎患者还需要制定定期随访计划,监测病情进展,特别是对于伴有癌前病变的患者,需在医生指导下进行定期内镜复查。通过检查后的有效护理和随访管理,患者的恢复将更为顺利,疾病的进一步进展也能得

到及时控制。

7 特殊人群的内镜检查考虑

7.1 老年人

老年患者由于生理机能的衰退和多种基础疾病的存在，内镜检查需特别谨慎。老年人通常伴有心肺功能不全、代谢减退、凝血功能异常等问题，增加了检查过程中的风险。麻醉和镇静剂的使用在老年人中需格外小心，避免呼吸抑制或心血管并发症。检查前，需详细评估患者的基础状况并采取个体化管理措施，如调整药物使用或缩短检查时间。此外，老年患者的胃黏膜通常更为脆弱，检查过程中应避免过度牵拉或活检，减少出血和穿孔的风险。

7.2 儿童

儿童的内镜检查相对较少，但在明确适应症时，仍需注意特定问题。儿童的胃肠道解剖结构较小且敏感，检查时需使用专门设计的小口径内镜设备以减少创伤。同时，儿童耐受能力较低，检查中需加强镇静剂的管理，以确保安全。心理准备对儿童尤为重要，术前应通过适当的沟通减轻他们的恐惧感。检查后应密切观察其饮食和行为状态，确保术后无异常反应。由于儿童的内镜检查可能涉及生长发育问题，检查后的随访同样重要。

7.3 免疫抑制患者

免疫抑制患者的内镜检查需特别小心，因为其免疫功能低下，感染风险显著增加。这类患者可能包括长期使用免疫抑制药物的患者、HIV感染者或器官移植受者。在内镜检查前，需确保患者处于相对稳定的免疫状态，适当调整药物以降低感染风险。此外，操作过程中需严格遵守无菌操作规范，避免黏膜损伤和感染传播。检查后应密切监测感染迹象，并根据患者的免疫状况制定个性化的抗感染预防方案。

7.4 其他特殊情况

其他特殊情况如孕妇、凝血功能异常患者及伴有严重基础疾病的患者，在内镜检查中也需特别考虑。孕妇的内镜检查应尽量避免，特别是在妊娠早期和晚期，除非临床指征非常明确。凝血功能异常的患者检查前需进行详细的凝血功能评估，并可能需要在术前调整抗凝药物的使用。此外，伴有心脏、肾脏或呼吸系统严重基础疾病的患者，需与相关科

室密切合作，确保在安全范围内进行内镜检查，必要时可在重症监护环境下完成操作。

8 研究进展和未来方向

近年来，内镜技术在萎缩性胃炎诊断与管理中的应用取得了显著进展。染色内镜、窄带成像（NBI）和放大内镜等新技术的应用，使得早期胃黏膜病变的识别和诊断精度大大提升。此外，人工智能（AI）技术在内镜图像分析中的初步应用，也展示了其自动识别病变和辅助诊断的潜力，有望提高内镜检查的效率和准确性。未来，基于风险评估的个体化内镜检查管理将成为趋势，结合患者的基因信息、生活习惯等数据，制定更为精准的检查 and 随访方案。进一步研究还应集中在优化内镜技术、探索新型生物标志物、以及完善萎缩性胃炎与胃癌转化过程中的分子机制，从而为早期发现和预防胃癌提供更多支持。此外，如何降低内镜检查的并发症并提高患者的依从性，也将是未来研究的重点方向。

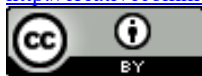
参考文献

- [1] 贺祥凤, 曹烁, 彭依, 等. 慢性萎缩性胃炎组织病理学表现与内镜检查结果的差异性分析[J/OL]. 临床与病理杂志, 2024, (05): 674-680
- [2] 吕宾, 孙橹. 重视慢性萎缩性胃炎的内镜监测[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(06): 469-472.
- [3] 刘永娜. 慢性萎缩性胃炎内镜检查以及病理诊断的效果评价[C]//南京康复医学会. 第六届全国康复与临床药学学术交流会议论文集(二). 拉萨市人民医院, 2023: 6. DOI:10.26914/c.cnkihy.2023.086974.
- [4] 徐凯. 慢性萎缩性胃炎内镜检查与病理诊断临床对比分析[C]//榆林市医学会. 全国医药研究论坛论文集. 淄博市桓台县妇幼保健院, 2023: 7. DOI:10.26914/c.cnkihy.2023.017657.
- [5] 吴慧博, 郭雅丽, 姚玉霞, 等. 慢性萎缩性胃炎患者血清胃功能、胃神经内分泌肿瘤的临床研究[J]. 实用临床医药杂志, 2022, 26(12): 80-83+90.
- [6] 独思静. 慢性萎缩性胃炎风险因素分析和辛开苦降调枢方干预的疗效及机制研究[D]. 中国中医科学院, 2022. DOI:10.27658/d.cnki.gzzyy.2022.000006.
- [7] 张华东. 慢性萎缩性胃炎内镜检查与病理诊断临床对比研究[J]. 微量元素与健康研究, 2022, 39(02): 23-24+27.

Copyright © 2024 by author(s) and Global Science Publishing Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access