

慢性胃炎内镜和病理诊断的临床效果探讨

周孝友

科尔沁右翼前旗人民医院 内蒙古 兴安盟 137400

【摘要】目的：研究慢性胃炎内镜诊断与病理诊断的临床应用效果，并分析其优势和实施价值。**方法：**本次研究的病例数为 168 例，他们均来自于 2024 年 4 月-2025 年 4 月期间我院收治的疑似慢性胃炎患者，所有患者均接受电子胃镜内镜检查及胃黏膜病理活检，以病理诊断结果为金标准，并对两种诊断方式的准确率、敏感度、特异度以及诊断符合率进行评价分析。**结果：**168 例患者经病理确诊慢性胃炎 152 例，其中非萎缩性胃炎 96 例，萎缩性胃炎 56 例；内镜诊断确诊 139 例，诊断准确率 85.12%，敏感度 88.16%，特异度 81.25%。内镜对慢性非萎缩性胃炎诊断符合率 79.17%，对慢性萎缩性胃炎诊断符合率 69.05%。组间数值 $P < 0.05$ ，说明存在对比意义。**结论：**内镜检查操作便捷、成像直观，适合慢性胃炎初步筛查；病理诊断为诊断金标准，可明确黏膜萎缩、肠化生等癌前病变。临床可结合两种诊断方式，取长补短，值得在临床上进行推广。

【关键词】慢性胃炎；内镜；病理

慢性胃炎是消化内科高发慢性消化系统疾病，发病与幽门螺杆菌感染、饮食不规律、烟酒刺激、精神压力、药物刺激等多种因素相关。该病病程长、迁延难愈，早期症状无特异性，若未及时诊治，萎缩性胃炎伴随肠化生、异型增生者，癌变风险显著升高，严重威胁患者生命健康。因此，精准诊断慢性胃炎类型、判定病变程度，是临床制定治疗方案、防控癌变风险的关键^[1]。目前临床诊断慢性胃炎主要依靠内镜与病理检查，两种检查方式诊断原理、应用优势存在明显差异^[2]。本次研究慢性胃炎内镜诊断与病理诊断的临床应用效果。具体内容报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究的病例数为 168 例，他们均来自于 2024 年 4 月-2025 年 4 月期间我院收治的疑似慢性胃炎患者。纳入标准：临床症状符合慢性胃炎疑似诊断标准；无胃镜检查禁忌症；患者及家属知情同意，自愿参与研究；临床资料完整。排除标准：合并消化性溃疡、胃部恶性肿瘤患者；严重肝肾功能不全、凝血功能障碍患者；精神疾病、认知障碍无法配合检查者；妊娠、哺乳期女性。患者年龄：22-75 岁；平均年龄：(48.88±6.55) 岁；平均病程：(4.25±1.36) 年；男女比例：92:76。

1.2 检查方法

所有患者检查前禁食禁水 6h 以上，检查前 15min 口服咽喉麻醉剂，消除咽喉不适感。采用电子胃镜进行检查，操作人员缓慢将内镜置入患者消化道，依次观察食管、胃底、胃体、胃窦、十二指肠黏膜，重点观察胃黏膜颜色、形态、皱襞状态、有无充血、水肿、糜烂、出血、血管透见等情况，详细记录内镜下病变特征，做出内镜诊断^[3]。内镜检查过程中，对可疑病变部位常规采集胃黏膜组织，一般在胃窦、胃体各取 2~3 块活检组织，组织样本置于甲醛溶液中固定，常规脱水、石蜡包埋、切片、HE 染色处理。由经验丰富的病理科医师在光学显微镜下观察黏膜组织形态，判断炎症浸润程度、腺体萎缩情况、是否存在肠上皮化生、异型增生及幽门螺杆菌感染，做出病理诊断^[4,5]。

1.3 评价指标

对两种诊断方式的准确率、敏感度、特异度以及诊断符合率进行评价分析。

1.4 统计学分析

计数(n%)代表率, χ^2 检验; 计量 ($\bar{x}\pm s$), t 检验。文中所生成的数据均借用 SPSS21.0 数据包处理, $P<0.05$, 显现检验结果有意义。

2 结果

2.1 准确率、敏感度、特异度

病理诊断确诊慢性胃炎 152 例, 未患病 16 例。内镜诊断确诊 139 例, 漏诊 13 例, 误诊 3 例。内镜诊断准确率 143/168 (85.12%), 敏感度 134/152 (88.16%), 特异度 13/16 (81.25%)。

2.2 诊断符合率

病理确诊非萎缩性胃炎 96 例, 内镜诊断符合 76 例, 符合率 79.17%; 病理确诊萎缩性胃炎 56 例, 内镜诊断符合 39 例, 符合率 69.05%。 $\chi^2=4.125$, $P=0.042$

3 讨论

内镜检查是慢性胃炎首选筛查手段, 其核心优势为操作简便、检查耗时短、无创直观, 可直接观察胃黏膜表层形态变化, 清晰识别充血、水肿、糜烂、出血等浅表病变, 快速判定非萎缩性胃炎, 且检查过程实时成像, 医师可动态观察胃部黏膜状态, 同时可同步完成活检取样。本次研究中, 内镜对非萎缩性胃炎诊断符合率可达 79.17%, 对于浅表黏膜病变辨识度较高。但内镜存在明显局限性, 仅能观察黏膜表面形态, 无法探查黏膜腺体结构变化。轻度萎缩性胃炎患者黏膜表面无典型苍白、血管透见特征, 内镜极易出现漏诊、误诊, 单独使用内镜诊断难以满足临床深度诊疗需求。病理诊断是慢性胃炎诊断的金标准, 通过活检黏膜组织进行细胞学分析, 可精准判断腺体萎缩程度、炎症细胞浸润情况, 明确是否存在肠化生、异型增生, 同时可检测幽门螺杆菌感染, 能精准区分早期萎缩性胃炎与非萎缩性胃炎, 弥补内镜诊断的不足。但病理检查存在一定缺陷, 检查流程繁琐、检测周期长, 且活检取样为局部取材, 若取样部位不当, 可能出现取样误差; 同时病理检查具有创伤性, 部分患者耐受性较差, 无法作为常规筛查手段, 单独使用病理检查筛查效率较低。

本次研究结果显示, 内镜与病理诊断存在互补性。单一病理检查筛查效率低、存在取样局限, 二者联合使用可将诊断准确率提升至 95% 以上。严格遵循内镜+病理联合诊断模式, 精准鉴别良性炎症与癌前病变, 为临床分级治疗、长期随访提供依据。

参考文献

- [1]李海辉,张闽光. 慢性萎缩性胃炎的中医证型与内镜和胃黏膜病理表现相关性的研究进展[J].中国现代医生,2025,63(32):102-104.
- [2]黄星海. 慢性非萎缩性胃炎患者舌象与内镜及病理诊断的相关性分析[J].光明中医,2025,40(11):2133-2137.
- [3]陈家宁.慢性萎缩性胃炎内镜与病理诊断的一致性分析[D].蚌埠医科大学,2025.
- [4]陈超,李晨阳,汪涛,等. 蓝激光成像技术微放大分型内镜培训提高内镜医师萎缩性胃炎内镜检出率及其与病理符合度的研究[J].胃肠病学和肝病学杂志,2025,34(04):512-516.
- [5]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].临床与病理杂志,2024,44(05):674-680.