

# 萎缩性胃炎与胃癌发生风险的相关性分析及临床干预策略

向恒静

秭归县归州镇中心卫生院 湖北 宜昌 443601

**【摘要】**目的：分析萎缩性胃炎与胃癌发生风险的相关性，探讨针对性临床干预策略。方法：选取2021年5月-2025年5月收治的65例萎缩性胃炎患者作为研究对象，收集患者临床资料，通过胃镜、病理活检、幽门螺杆菌（Hp）检测等方式评估病情，分析萎缩性胃炎患者胃癌发生的高危因素，制定并实施临床干预措施，观察干预效果。结果：65例患者中，存在胃癌高风险因素者21例，占比32.31%；其中重度萎缩伴肠上皮化生、Hp阳性、异型增生是主要高危因素，发生率分别为12.31%、10.77%、7.69%。实施综合干预后，患者Hp根除率达83.33%，症状缓解率为76.19%，胃癌发生风险较干预前显著降低（ $P < 0.05$ ）。结论：萎缩性胃炎与胃癌发生风险密切相关，重度萎缩伴肠上皮化生、Hp感染、异型增生是核心高危因素，采取Hp根除、黏膜保护、生活方式干预及定期筛查等综合措施，可有效降低胃癌发生风险，值得基层医疗机构推广应用。

**【关键词】**萎缩性胃炎；胃癌；发生风险；相关性分析；临床干预策略

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.056

随着居民生活节奏加快、饮食结构改变及人口老龄化进程推进，萎缩性胃炎的发病率在基层地区呈逐年上升趋势<sup>[1]</sup>。萎缩性胃炎作为常见的胃黏膜慢性炎症性疾病，其核心特征为胃黏膜固有腺体萎缩，伴随或不伴随肠上皮化生、异型增生，是公认的胃癌前病变之一<sup>[2]</sup>。胃癌作为消化系统高发恶性肿瘤，早期症状隐匿，确诊时多已处于中晚期，预后较差，严重威胁患者生命健康<sup>[3]</sup>。基层乡镇卫生院作为疾病诊疗的“第一道防线”，及时明确萎缩性胃炎与胃癌发生风险的关联，制定科学有效的临床干预策略，对降低胃癌发生率、改善患者预后具有重要意义<sup>[4]</sup>。本研究通过对基层卫生院收治的萎缩性胃炎患者进行临床分析，探讨其胃癌发生的高危因素及针对性干预措施，为基层临床诊疗工作提供参考依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2021年5月-2025年5月本院收治的65例萎缩性胃炎患者作为研究对象，其中男33例，女32例；年龄45~78（ $61.25 \pm 8.43$ ）岁；病程1~15（ $6.72 \pm 3.15$ ）年；体质量指数18~27（ $22.56 \pm 2.01$ ） $\text{kg/m}^2$ 。所有患者均经胃镜及病理活检确诊为萎缩性胃炎，符合《中国慢性胃炎共识意见（2023年，上海）》中的诊断标准。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①经胃镜及病理活检确诊为萎缩性胃炎；②年龄 $\geq 18$ 岁；③对本研究知情同意，自愿配合完成相关检查及干预随访。

排除标准：①已确诊胃癌或其他恶性肿瘤者；②合并严重肝肾功能不全、心脑血管疾病、自身免疫性疾病者；③存在精神疾病、认知障碍，无法配合诊疗者；④孕产妇及哺乳期女性；⑤对本研究涉及的药物过敏者。

## 1.3 方法

### 1.3.1 资料收集与风险评估

收集所有患者的临床资料，包括性别、年龄、病程、饮食习惯、吸烟饮酒史、家族肿瘤史等；采用<sup>13</sup>C或<sup>14</sup>C尿素呼气试验检测Hp感染情况；通过胃镜检查评估胃黏膜萎缩程度（轻度、中度、重度），结合病理活检判断是否存在肠上皮化生、异型增生（轻度、中度、重度）。由消化内科医师及临床药师组成评估小组，参照《胃癌前病变筛查与干预专家共识（2022版）》，对患者的胃癌发生风险进行分级评估<sup>[6]</sup>，分为低风险、中风险、高风险三个等级。

### 1.3.2 临床干预措施

针对不同风险等级患者制定个性化综合干预方案：①基础干预：所有患者均接受健康宣教，指导其养成规律饮食习惯，避免食用辛辣、腌制、油炸等刺激性食物，戒烟限酒，保持良好心态；根据患者症状给予对症治疗，如反酸、烧心者给予质子泵抑制剂（PPI），腹胀、嗝气者给予促胃肠动力药。②Hp根除治疗：Hp阳性患者采用四联疗法（PPI+铋剂+两种抗生素），疗程10~14天，治疗结束后4周复查Hp，评估根除效果。③黏膜保护与修复：给予胃黏膜保护剂（如硫糖铝、瑞巴派特等），促进胃黏膜修复，改善胃黏膜萎缩状态，疗程3~6个月。④定期筛查干预：低风险患者每1~2年复查胃镜；中风险患者每6~12个月复查胃镜；高风险患者（重度萎缩伴中重度异型增生）每3~6个月复查胃镜，必要时行内镜下治疗（如内镜黏膜切除术EMR）。⑤高危因素管控：对存在家族肿瘤史、长期吸烟饮酒等高危因素的患者，加强随访管理，定期进行心理疏导，提高患者干预依从性。

## 1.4 观察指标

（1）萎缩性胃炎患者胃癌发生高危因素分布：统计不同萎缩程度、Hp感染状态、肠上皮化生及异型增生情况的患者

占比，分析各因素与胃癌发生风险的关联性。

(2) 临床干预效果：观察干预后患者的 Hp 根除率、临床症状（上腹痛、腹胀、反酸等）缓解率，对比干预前后患者胃癌发生风险等级变化。

(3) 随访情况：对所有患者进行为期 6 个月的随访，记录胃癌发生情况。

### 1.5 统计学方法

运用 SPSS 25.0 统计软件进行数据处理，计数资料以率(%)表示，采用  $\chi^2$  检验；计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，采用 t 检验；以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 萎缩性胃炎患者胃癌发生高危因素分布

65 例萎缩性胃炎患者中，存在胃癌高风险因素者 21 例，占比 32.31%。其中，重度萎缩伴肠上皮化生 8 例，发生率 12.31%；Hp 阳性 7 例，发生率 10.77%；异型增生 5 例，发生率 7.69%；存在家族肿瘤史 3 例，发生率 4.62%；长期吸烟饮酒者 12 例，发生率 18.46%（部分患者合并多种高危因素）。见表 1。

表 1 萎缩性胃炎患者胃癌发生高危因素分布

高危因素	例数(n)	发生率(%)
重度萎缩伴肠上皮化生	8	12.31
Hp 阳性	7	10.77
异型增生	5	7.69
家族肿瘤史	3	4.62
长期吸烟饮酒	12	18.46
存在至少 1 项高危因素	21	32.31

### 2.2 临床干预效果

实施综合干预后，7 例 Hp 阳性患者中 6 例根除成功，Hp 根除率为 85.71%；21 例高风险患者中 16 例临床症状得到缓解，症状缓解率为 76.19%。干预前，高风险患者占比 32.31%，中风险患者占比 43.08%，低风险患者占比 24.61%；干预后，高风险患者占比降至 9.23%，中风险患者占比降至 32.31%，低风险患者占比升至 58.46%，干预前后风险等级分布对比差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 干预前后患者胃癌发生风险等级分布对比

风险等级	干预前 (n=65)	干预前发 生率(%)	干预后 (n=65)	干预后发 生率(%)	X <sup>2</sup> 值	P 值
低风	16	24.61	38	58.46	-	-

风险等级	干预前 (n=65)	干预前发 生率(%)	干预后 (n=65)	干预后发 生率(%)	X <sup>2</sup> 值	P 值
中风险	28	43.08	21	32.31	-	-
高风险	21	32.31	6	9.23	13.86	<0.05
合计	65	100	65	100	-	-

### 2.3 随访结果

为期 6 个月的随访期间，65 例患者中未出现确诊胃癌病例；高风险患者中仅 1 例出现症状加重，经进一步检查排除胃癌，调整干预方案后症状改善。

## 3 讨论

胃癌的发生是一个多因素、多步骤的复杂过程，其中萎缩性胃炎作为重要的癌前病变，其病情进展与胃癌发生风险密切相关。基层地区由于医疗资源相对匮乏、居民健康意识薄弱，萎缩性胃炎患者的规范诊疗和随访管理存在不足，导致胃癌发生风险相对较高。因此，明确萎缩性胃炎患者胃癌发生的高危因素，制定科学有效的临床干预策略，对基层胃癌防控工作具有重要现实意义。

本研究结果显示，65 例萎缩性胃炎患者中，32.31% 存在胃癌高风险因素，其中重度萎缩伴肠上皮化生、Hp 感染、异型增生是核心高危因素，这与国内相关研究结果一致<sup>[5]</sup>。Hp 感染作为萎缩性胃炎的主要病因之一，其长期感染可破坏胃黏膜屏障，引发慢性炎症反应，促进胃黏膜萎缩、肠上皮化生的发生发展，进而增加胃癌发生风险。重度萎缩伴肠上皮化生患者，胃黏膜固有腺体大量减少，肠上皮化生细胞取代正常胃黏膜细胞，细胞形态和功能发生异常，进一步进展为异型增生甚至胃癌的概率显著升高。此外，本研究发现长期吸烟饮酒、家族肿瘤史也是重要高危因素，吸烟产生的尼古丁、酒精及其代谢产物均可刺激胃黏膜，加重炎症损伤，而家族肿瘤史可能与遗传易感性有关，增加了患者的胃癌发病风险。

针对上述高危因素，本研究制定了个性化综合干预方案，取得了良好的干预效果。干预后患者 Hp 根除率达 85.71%，症状缓解率达 76.19%，胃癌高风险患者占比从 32.31% 降至 9.23%，差异具有统计学意义。这表明综合干预措施能够有效控制萎缩性胃炎病情进展，降低胃癌发生风险。具体而言，Hp 根除治疗是阻断病情进展的关键环节，四联疗法是目前基层医疗机构常用的根除方案，疗效确切；胃黏膜保护剂能够修复受损的胃黏膜，改善萎缩状态；健康宣教和生活方式干预可提高患者自我管理能力，减少胃黏膜刺激因素；定期胃镜筛查能够早期发现癌前病变或早期胃癌，为及时治疗提供保障。

基层乡镇卫生院在萎缩性胃炎诊疗与胃癌防控工作中，应重点关注以下几点：一是加强筛查工作，对 40 岁以上人群、

有胃癌家族史、长期吸烟饮酒等高危人群开展定期胃镜筛查，早期发现萎缩性胃炎患者；二是规范诊疗流程，对确诊患者进行全面的风险评估，根据风险等级制定个性化干预方案，强化Hp根除治疗的规范性；三是完善随访管理体系，建立患者健康档案，定期跟踪患者病情变化，督促患者按时复查，提高干预依从性；四是加强健康宣教，通过多种形式向居民普及萎缩性胃炎及胃癌防控知识，提高居民健康意识。

本研究存在一定局限性，样本量相对较小，随访时间较短，

可能影响研究结果的代表性。未来可扩大样本量，延长随访时间，进一步验证综合干预策略的长期效果，为基层胃癌防控工作提供更有力的依据。

综上所述，萎缩性胃炎与胃癌发生风险密切相关，重度萎缩伴肠上皮化生、Hp感染、异型增生是主要高危因素。在基层医疗机构中，采取Hp根除、黏膜保护、生活方式干预及定期筛查等综合临床干预措施，可有效降低萎缩性胃炎患者的胃癌发生风险，具有重要的临床应用价值，应大力推广实施。

### 参考文献：

- [1] 吴水清,黄建成,李达周,等.OLGA及OLGIM分期系统对1790例慢性萎缩性胃炎患者胃癌风险的评估价值[J].陕西医学杂志,2021,50(6):756-758.
- [2] 王伯妹,汪朝景,李富军,等.慢性萎缩性胃炎中西医研究进展[J].医学诊断,2024,14(3):241-248.
- [3] 周静,徐惠明.健脾益胃化痰方对萎缩性胃炎患者胃癌风险的临床研究及其对血清PG1,G-17表达的影响[J].内蒙古中医药,2023(12):142-143.
- [4] 陈晨,黄学宽,刘西洋,等.从瘀论治慢性萎缩性胃炎临床体会[J].实用中医药杂志,2023,39(9):1897-1899.
- [5] 张观坡,叶显宗,江传燊,等.内镜下萎缩性胃炎分级对胃癌筛查的指导价值[J].胃肠病学,2020,25(12):115-116.