

影响上消化道癌早诊率的医源性因素的研究、

丁云 刘有理^(通讯作者) 邓衍部 贺道兴 璩辉 段辉

(宣城市人民医院消化内科 安徽 宣城 242000)

摘要:目的 探讨影响上消化道癌早诊率的医源性因素。方法 择取 2021~2022 年期间所有 40~69 岁在我院行胃镜检查并且病理提示高级别上皮内瘤变及以上病变的 198 例为研究对象。统计所有受试者的胃镜数据,将高瘤及以上病变的病例全部检出,分析医源性因素对上消化道癌早诊率的影响。结果 198 例患者中,胃镜检查早诊率为 24.24% (48/198),胃镜提示进展期癌及晚期癌患者共 143 例 (72.22%, 143/198)。单因素和 Logistic 回归分析均提示,无痛胃镜、术前准备充分与否、电子染色或药物染色、术前使用除泡剂与否、检查医师是否经过早癌筛查系统培训是影响上消化道癌早诊率的医源性因素 ($P < 0.05$)。分析相关医源性因素,无痛胃镜、术前准备充分、电子染色或药物染色、术前使用除泡剂者、检查医师经过早癌筛查系统培训者,胃镜早瘤检出者相对较多 ($P < 0.05$)。结论医源性因素是影响上消化道癌早诊率的重要因素,相关影响因素多样,应做好对应干预措施,减少医源性因素不良影响,进而提升上消化道癌早诊率。

关键词: 上消化道癌; 早诊率; 影响因素; 医源性因素; 染色; 术前准备

上消化道癌是我国高发的恶性肿瘤,近年来其发病率和死亡率不断上升,已成为我国居民的恶性肿瘤死亡的住院原因,是一项重要的公共卫生问题,需积极提升防控水平^[1]。目前,上消化道癌发病因素和发病机制尚不清晰,但是癌症筛查是发现胃癌、食管癌等上消化道癌的最有效手段之一^[2];早期上消化道癌的预后远好于中、晚期癌,治愈较高,早期确诊患者 5 年生存率高达 90%以上,预后良好。但是,早期上消化道癌多无特征性表现,很多胃癌患者在明确诊断时,大多数已处于中、晚期阶段,5 年生存率较早期患者降幅可达到 50%以上^[3]。为此,我国将上消化道癌早诊早治纳入国家重大医改项目,并积极开展了相关癌症筛查工作,但是上消化道癌早诊率仍有待提升,需积极探明相关的医源性因素,促进上消化道癌早诊率提升。为此,本研究依托我院承担国家 2021~2022 年度农村上消化道癌早诊早治项目筛查数据,以 40~69 岁人群为研究对象,对上消化道癌早诊率可能产生影响的医源性因素进行分析,为提高上消化道癌早诊率提供科学依据,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021~2022 年期间所有 40~69 岁在我院行胃镜检查并且病理提示高级别上皮内瘤变及以上病变的 198 例为研究对象。病理提示为高级别上皮内瘤变及早期癌的为上消化道早癌,其余为进展期癌甚至晚期癌。早诊率=高级别上皮内瘤变及其早期癌/高级别上皮内瘤变及其以上病变*100%。198 例上消化道癌中,上消化道早癌 54 例作为早癌组,进展期癌及晚期癌共 144 例作为进展期及晚期癌组。早癌组,男 32 例,女 22 例,年龄 40~69 岁,平均 54.25 ± 14.72 岁。进展期及晚期癌组,男 104 例,女 40 例,年龄 40~69 岁,平均 54.52 ± 14.43 岁。两组在一般资料方面,差异不显著 ($p > 0.05$),具有可比性。本研究经院伦理委员会批准通过。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:患者均符合内镜检查的适应症;无心、脑、肺、肝、肾等重要器官疾患者;无抗凝药物使用史;正在服用抗凝血药物者须停药一周后检查出凝血功能正常者方可进行内镜检查;胃部手术

表 1 上消化道癌早诊率医源性影响因素的单因素分析

因素	类别	例数	上消化道癌检出率		χ^2 值	P值
			早癌组 (n = 54)	进展期及晚期癌组 (n = 144)		
			胃镜检出 48 例	胃镜检出 143 例		
无痛胃镜	是	182	45	137	5.023	0.020
	否	16	3	6		
术前准备与否	是	185	44	139	6.591	0.012
	否	13	4	4		
电子染色或药物染色	是	180	46	133	5.365	0.016
	否	18	2	10		
术前使用除泡剂与否	是	168	45	135	6.734	0.010
	否	30	3	9		
检验医师是否经过早癌筛查系统培训	是	141	44	132	5.637	0.016
	否	58	4	11		

史;患者均签署知情同意书。排除标准:严重心脏病、心力衰竭者;重症呼吸道疾病,呼吸困难,哮喘持续状态;咽后壁脓肿,严重脊柱畸形,或主动脉瘤患者;身体虚弱不能耐受内镜检查,或难以镇静自控者;上消化道腐蚀性炎症急性期,或疑为上消化道穿孔者;大量腹水、严重腹胀,或有重度食管静脉曲张者;妊娠期妇女;有出血倾向者(凝血功能异常等)。

1.3 方法

统计 2021~2022 年所有胃镜数据,将高瘤及以上病变的病例全部检出,总结胃镜检查的临床资料,参照《中国消化内镜诊疗相关肠道准备指南精编版(2019)》^[4],归纳相关医源性因素,分析无痛胃镜与普通胃镜、术前准备充分与否、电子染色或药物染色(NBI、碘染、靛胭脂染色)与否、术前使用除泡剂与否、检查医师是否经过早癌筛查系统培训(专业知识培训)等医源性因素对上消化道癌早诊率的影响。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件分析所有数据,以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,采用 t 检验;以 (% , n) 表示计数资料,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 认为差异显著,有统计学意义;采用卡方检验或 Fisher 确切概率法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模型进行多因素非条件 Logistic 回归分析。

2 结果

2.1 胃镜筛查结果统计

198 例经病理活检最终确诊上消化道癌的患者中,胃镜检查提示早癌者共 48 例,胃镜检查早诊率为 24.24% (48/198),6 例早癌患者漏诊。胃镜提示进展期癌及晚期癌患者共 143 例 (72.22%, 143/198),漏诊 1 例。

2.2 上消化道癌早诊率医源性影响因素的单因素分析

单因素分析,无痛胃镜、术前准备充分与否、电子染色或药物染色、术前使用除泡剂与否、检查医师是否经过早癌筛查系统培训是影响上消化道癌早诊率的独立医源性因素 ($P < 0.05$),见表 1。

2.3 Logistic 回归分析

经分析,无痛胃镜、术前准备充分与否、电子染色或药物染色、术前使用除泡剂与否、检查医师是否经过早癌筛查系统培训是影响上消化道癌早诊率的医源性因素 ($P < 0.05$); 分析相关医源性因素,

表 2 上消化道癌早诊率医源性影响因素的 Logistic 回归分析

因素	β 值	SE 值	$W\chi^2$	P 值	OR 值	95% CI
无痛胃镜	1.825	1.016	1.206	5.023	2.741	0.195 ~ 9.022
术前准备与否	1.859	0.906	1.8635	6.591	2.632	0.185 ~ 9.830
电子染色或药物染色	1.195	0.853	2.072	5.365	3.546	0.234 ~ 10.013
术前使用除泡剂与否	1.856	0.758	2.153	6.734	2.932	0.239 ~ 10.967
检验医师是否经过早癌筛查系统培训	1.523	0.986	1.865	5.637	2.753	0.238 ~ 10.853

3 讨论

上消化道癌主要食管癌、贲门癌和胃癌等,其中前两者是我国常见恶性肿瘤^[5]。在我国肿瘤发病率排位中占据前列,死亡率也处于较高水平,全球近半数的新发胃癌及死亡病例发生在中国,死亡率排全球患者总数的第 2、4 位,需积极提升其防控水平,降低其发病率和死亡率^[6]。肿瘤的早期诊断、早期治疗可以显著降低死亡率,延长生存时间,提高生活质量。因此,开展对上消化道癌筛查早诊率的影响因素研究,将有助于提高上消化道癌的早诊率,可一定程度上降低病死率,提高 5 年生存率^[7]。

内镜是上消化道癌筛查的主要手段,积极总结上消化道早癌内镜检查的相关医源性影响因素,可提高白光内镜下发现早癌的概率,以此可更加经济高效的提高上消化道癌的早诊早治率,但是相关医源性影响因素研究较少,有待明确^[8]。为此,本次研究结合日常胃镜检查过程,分析了可能影响上消化道癌早诊率的因素,收集 2019—2022 年的数据进行统计分析,将高瘤及以上病变的病例全部检出,分析了具体的医源性影响因素,研究结果显示,单因素和 Logistic 回归分析均提示,无痛胃镜、术前准备充分与否、电子染色或药物染色、术前使用除泡剂与否、检查医师是否经过早癌筛查系统培训是影响上消化道癌早诊率的医源性因素,分析相关医源性因素可见无痛胃镜、术前准备充分、电子染色或药物染色、术前使用除泡剂者、检查医师经过早癌筛查系统培训者,胃镜早癌检出者相对较多,早诊率相对较高。分析以上医源性因素影响上消化道癌的早诊率的主要原因为: 1) 无痛胃镜,即在静脉麻醉的情况下给予胃镜检查,较普通胃镜相比患者痛苦小,无呕吐等反应,胃腔可以充分充气,利于术者充分、仔细观察食管壁、胃壁及十二指肠,因而无痛不仅减少了患者痛苦,而且有利于操作者全面探查腔道; 2) 术前准备是否充分,胃镜的准备工作多样,若存在准备不足,准备措施不充分等问题,可直接影响胃镜的实施和镜下图像呈现效果,对于上消化道癌早诊较为不利; 3) 除泡剂,术前口服除泡剂后可以有效清除食管腔及胃腔内粘液及泡沫,一定程度上减少因粘液或泡沫覆盖而导致病灶漏检的概率; 4) 电子染色或药物染色,局部黏膜染色后,通过窄带光成像 (narrow band imaging, NBI) 可更好的显示病变情况; 由于 NBI 滤过后的红-绿-蓝窄带光对血液具有不同的穿透力以及血液对窄带光有不同的吸收性,使得消化道黏膜和浅血管的对比增强,能更清晰地显示病变部位的范围、表面结构等情况; 早癌的内镜下表现多为表示色泽改变、表面微结构改变或血管异型等。结合食管的碘染及胃腔的靛胭脂染色可更有效的帮助鉴别可疑病灶; 4) 系统性上消化道癌早诊早治培训,经过早

无痛胃镜、术前准备充分、电子染色或药物染色、术前使用除泡剂者、检查医师经过早癌筛查系统培训者,胃镜早癌检出者相对较多 ($P < 0.05$)。见表 2。

癌知识培训熟练掌握标准化内镜操作及采图、上消化道早癌内镜下表现等的有资历的医师比未经过培训的医师能够更加准确的发现隐匿的可疑病灶,再结合精准的活检能够一定程度提高上消化道癌的早诊率^[9]。

综上所述,医源性因素是影响上消化道癌早诊率的重要因素,相关影响因素多样,应将影响上消化道癌早诊率的医源性因素予以纠正及规范,并将其作为日常工作的可控因素,做好对应干预措施,减少医源性因素不良影响,进而提升上消化道癌早诊率,降低患者死亡率,提升患者治愈率和生存质量。

宣城市人民医院院级科研项目 课题编号 KY202111

参考文献:

- [1]花海洋,王爱琳,李建辉,等.蓝激光内镜联合化学染色与白光内镜对上消化道早癌检出情况对比研究[J].肿瘤学杂志,2022,28(06):485-489.
- [2]王晓亮,方欢欢,李绍刚,等.2017—2020 年宁波市奉化区上消化道癌筛查不同性别结果分析[J].现代实用医学,2022,34(04):485-488.
- [3]束长存,沈效兰,石汶静,等.新型超细鼻胃镜联合色素染色门诊机会性筛查早期胃癌及癌前病变的临床应用价值[J].临床医学研究与实践,2021,6(05):122-124+127.
- [4]中国消化内镜诊疗相关肠道准备指南精编版(2019 年,上海)[J].中华消化杂志,2019(07):438-443.
- [5]丁高恒,刘玉琴,李博,等.2018 年中国上消化道癌高发区居民癌症防治核心知识知晓率及其影响因素分析[J].中华肿瘤防治杂志,2021,28(21):1599-1605.
- [6]陈思远,李爱芳,陈继理,等.上消化道黏膜病变和早期癌内镜活检及内镜黏膜下剥离术后病理对照分析[J].社区医学杂志,2021,19(08):489-492.
- [7]郑家垚,许炎钦,林旭,等.430 例上消化道早期癌及癌前病变 ESD 术前活检与术后病理差异性分析[J].胃肠病学和肝病杂志,2020,29(09):1026-1030.
- [8]庄妍,朱玲,赵否曦,等.2018 年贵州省农村居民上消化道癌早诊早治项目点筛查结果分析[J].微量元素与健康研究,2020,37(06):55-56.
- [9]张艳,何美,邱惠,等.2015—2018 年重庆市农村上消化道癌早诊早治项目内镜筛查结果分析[J].中国肿瘤,2020,29(03):161-166.
- [10]李发旺,尹雯,王兴胜,等.胃镜下联合染色观察方法对癌前病变及早期胃癌检出率的影响[J].中国内镜杂志,2021,27(01):76-80.