

DOI: 10.12235/E20230105

文章编号: 1007-1989 (2023) 12-0051-08

论著

## 胃炎性纤维性息肉发生消化道出血的临床特征及危险因素分析

王光荣<sup>1</sup>, 曹彬<sup>1</sup>, 马莉<sup>2</sup>, 鞠辉<sup>1</sup>, 谢丛<sup>1</sup>, 张航<sup>1</sup>, 刘婉婷<sup>1</sup>, 孟毓珊<sup>1</sup>, 何宝国<sup>1</sup>

(青岛大学附属医院 1.消化内科; 2.营养科, 山东 青岛 266000)

**摘要: 目的** 研究胃炎性纤维性息肉 (GIFP) 发生消化道出血的危险因素及临床特征。**方法** 回顾性分析2013年1月1日—2022年9月30日该院66例 (共68处病变) 经内镜下切除或外科手术切除, 病理确诊为GIFP的患者的临床资料, 根据有无消化道出血, 分为出血组 ( $n=16$ ) 和未出血组 ( $n=50$ )。收集两组患者性别、年龄、临床表现、病变部位、大小、内镜下特征、幽门螺杆菌感染情况、手术方式和病理结果等临床资料。采用单因素及多因素Logistic回归分析GIFP发生消化道出血的危险因素, 总结发生消化道出血的GIFP临床特征, 并计算术前正确诊断率。**结果** 出血组发病年龄明显小于未出血组, 病灶大小明显大于未出血组, 差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 出血组病灶内镜下呈新生物样隆起、表面伴有糜烂或溃疡、伴有球网综合征和超声内镜有血流信号影的发生率明显高于未出血组, 差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 两组患者其他指标比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。采用多因素Logistic回归分析发现, 病灶呈新生物样隆起或黏膜下隆起、表面有溃疡或糜烂和伴有球网综合征, 是GIFP发生消化道出血的独立危险因素 ( $OR>1$ ,  $P<0.05$ )。术前GIFP总体正确诊断率为27.94%。术前行超声内镜的患者, 术前正确诊断率为38.78%, 明显高于未行超声内镜的患者 ( $\chi^2=20.82$ ,  $P=0.000$ )。**结论** 病灶形态、表面有溃疡或糜烂和伴有球网综合征, 是GIFP发生消化道出血的独立危险因素。术前行超声内镜检查术, 有利于提高术前正确诊断率。当GIFP有发生消化道出血风险时, 应及早行内镜下诊断和治疗性切除术, 以避免不必要的外科手术, 且有助于改善预后, 提高患者生活质量。

**关键词:** 胃炎性纤维性息肉 (GIFP); 消化道出血; 危险因素; 内镜黏膜下剥离术

**中图分类号:** R573

## Analysis of clinical characteristics and risk factors of gastrointestinal hemorrhage in gastric inflammatory fibroid polyp

Wang Guangrong<sup>1</sup>, Cao Bin<sup>1</sup>, Ma Li<sup>2</sup>, Ju Hui<sup>1</sup>, Xie Cong<sup>1</sup>, Zhang Hang<sup>1</sup>,  
Liu Wanting<sup>1</sup>, Meng Yushan<sup>1</sup>, He Baoguo<sup>1</sup>

(1. Department of Gastroenterology; 2. Department of Nutrition, the Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao, Shandong 266000, China)

**Abstract: Objective** To investigate the risk factors and clinical characteristics of gastric inflammatory fibroid polyp (GIFP) for gastrointestinal hemorrhage. **Methods** 66 patients (68 lesions in total) with GIFP diagnosed by endoscopic or surgical resection from January 1, 2013 to September 30, 2022 were collected. According to the presence or absence of gastrointestinal hemorrhage, the patients were divided into bleeding group ( $n=16$ ) and non-

收稿日期: 2023-03-19

[通信作者] 何宝国, E-mail: qdfyhbg@163.com

bleeding group ( $n = 50$ ). Collect clinical data on gender, age, clinical manifestations, lesion location and size, endoscopic characteristics, Helicobacter pylori infection, surgical methods and pathological results of each group of patients. Univariate and multivariate Logistic regression analysis were used to analyze the risk factors of endoscopic characteristics of GIFP for gastrointestinal hemorrhage, and summarize the clinical characteristics of GIFP with gastrointestinal hemorrhage, then calculate the rate of correct diagnosis. **Results** The age of the bleeding group was significantly younger than that of the non-bleeding group, and the lesion size was significantly larger than that of the non-bleeding group, with statistically significant differences ( $P < 0.05$ ). The incidences of endoscopic neoplasm-like elevation of lesions, surface with erosion or ulceration, accompanied by ballvalve syndrome and ultrasonic gastroscopy with blood flow signals in the bleeding group were significantly higher than those in the non-bleeding group, and the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ), but there were no statistical differences in other indicators between the two groups ( $P > 0.05$ ). In order to further investigate the relationship between endoscopic characteristics and gastrointestinal hemorrhage, multivariate Logistic regression analysis showed that neoplasm-like elevation, submucosal eminence, ulcer or erosion on the surface and ball valve syndrome were risk factors for gastrointestinal hemorrhage in GIFP ( $OR > 1, P < 0.05$ ). The overall rate of GIFP correct diagnosis before surgery was 27.94%. The rate of diagnosis in patients echoendoscope before surgery was 38.78%, it was significantly higher than that without undergoing echoendoscope ( $\chi^2 = 20.82, P = 0.000$ ). **Conclusion** The shape of the lesion, presence of ulcers or erosion on the surface, and presence of ball valve syndrome are risk factors for gastrointestinal hemorrhage. Preoperative endoscopic ultrasonography can improve the accuracy of preoperative diagnosis. When there is a risk of gastrointestinal hemorrhage in GIFP, early endoscopic diagnosis and therapeutic resection should be performed to avoid unnecessary surgical procedures, which can improve prognosis and improve patient quality of life.

**Keywords:** gastric inflammatory fibroid polyp (GIFP); gastrointestinal hemorrhage; risk factor; endoscopic submucosal dissection

胃炎性纤维性息肉 (gastric inflammatory fibroid polyp, GIFP) 是一种消化道罕见的良性间叶源性肿瘤<sup>[1-2]</sup>。其可发生在全消化道, 最常见的部位是胃窦<sup>[3]</sup>, 约占胃息肉的 0.10%<sup>[4]</sup>。GIFP 临床可表现为: 腹痛、腹胀、呕血和反复黑便等非特异性症状<sup>[5]</sup>, 少部分病灶体积较大, 反复进入幽门造成球阀综合征<sup>[6]</sup>。以消化道出血为临床表现的 GIFP, 临床较少见。因 GIFP 内镜下缺乏特异性表现, 术前确诊率极低<sup>[7]</sup>。一部分患者出现消化道大出血和出血性休克, 被误诊为“胃恶性肿瘤”等恶性疾病, 给患者带来极大的心理压力。另一部分患者, 以长期黑便和慢性贫血为特征, 反复发生消化道出血, 多次胃镜检查 and 病理活检均提示良性疾病, 未能得到及时的内镜手术或外科手术治疗, 导致患者反复出现消化道出血, 危及生命。因此, 本文回顾性分析 66 例 GIFP 患者的临床资料, 总结 GIFP 发生出血的临床特征及影响因素, 以期提高临床对该病的认识, 为易发生出血的 GIFP 患者, 提供及时的诊断和内镜治疗, 避免不必要的外科手术。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

回顾性分析 2013 年 1 月 1 日—2022 年 9 月 30 日青岛大学附属医院 66 例 (68 处病变) 经内镜下切除或外科手术切除, 病理确诊为 GIFP 的患者的临床资料。根据有无消化道出血, 将患者分为: 出血组和未出血组。其中, 出血组 16 例均为单发; 未出血组 50 例, 有 1 例多发 (52 处病变)。GIFP 多发生于女性, 两组患者性别比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 出血组发病年龄 ( $54.00 \pm 15.45$ ) 岁, 明显小于未出血组的 ( $61.44 \pm 10.54$ ) 岁, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

纳入标准: 病理检查确诊为 GIFP; 临床资料完整。排除标准: 发生消化道出血不是由 GIFP 引起; 临床资料不完整者。患者知情并签署知情同意书。

### 1.2 内镜下形态分型

内镜下病变形态分为: 息肉样隆起、黏膜下隆起和新生物样隆起<sup>[8]</sup> (图 1)。山田分型: I 型为隆起的起始部平滑, 没有形成明显的界限; II 型为病灶

的起始部与周边黏膜分界明显, 病灶呈半球状隆起; III 型为隆起病灶的起始部与周边成锐角, 病灶基本

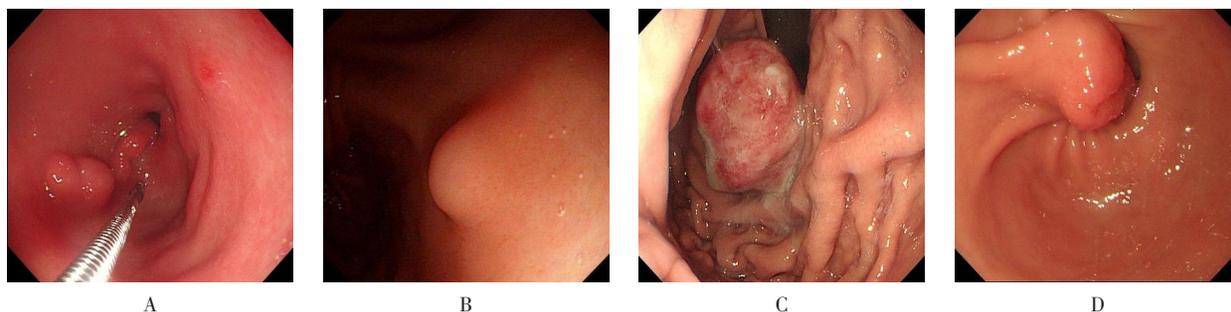
为球形; IV 型为隆起病灶基底部小于顶端, 有明显的蒂部。

表 1 两组患者一般资料比较

Table 1 Comparison of general data between the two groups

组别	年龄/岁	性别 例(%)	
		男	女
出血组(n = 16)	54.00±15.45	5(31.25)	11(68.75)
未出血组(n = 50)	61.44±10.54	10(20.00)	40(80.00)
t/χ <sup>2</sup> 值	2.18 <sup>†</sup>	0.35	
P值	0.033	0.554	

注: †为 t 值。



A: 息肉样病变 (共 3 处病变); B: 黏膜下隆起; C: 新生物样隆起; D: 发生球阀综合征。

图 1 GIFF 内镜所示

Fig.1 Endoscopic imaging of GIFF

### 1.3 方法

记录患者的性别、年龄、临床表现、病变部位、大小、幽门螺杆菌感染、内镜下特征、手术方式和病理结果等临床资料。比较两组患者的临床特征, 分析临床特征与消化道出血两者之间的关系, 探讨 GIFF 发生消化道出血的危险因素。

### 1.4 统计学方法

选用 SPSS 26.0 软件进行统计学分析, 计量资料用均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组间比较采用独立样本 t 检验; 计数资料用例 (%) 表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验、连续校正  $\chi^2$  检验或 Fisher 确切概率法。采用二元 Logistic 回归模型, 以未出血组为对照组, 分析 GIFF 发生消化道出血的危险因素。P < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床特征

66 例 GIFF 患者临床表现为: 腹痛 21 例 (31.82%), 腹胀 14 例 (21.21%), 无症状 12 例 (18.18%), 消化道出血 16 例 (24.24%), 上腹部不适 6 例 (9.09%), 反酸和烧心 3 例 (4.55%), 恶心和呕吐 1 例 (1.52%)。其中, 出血组以反复黑便 10 例 (62.50%) 和长期贫血 6 例 (37.50%) 作为首发症状, 血红蛋白为 (75.38 ± 7.00) g/L, 中度贫血 15 例 (93.75%); 未出血组常表现为: 腹痛 21 例 (42.00%), 腹胀 14 例 (28.00%), 无症状 12 例 (24.00%), 上腹部不适 6 例 (12.00%), 少部分表现为: 反酸和烧心 3 例 (6.00%), 恶心和呕吐 1 例 (2.00%)。

## 2.2 两组患者病灶情况比较

出血组病灶大小为  $(32.28 \pm 12.22)$  mm, 明显大于未出血组的  $(13.99 \pm 7.48)$  mm, 两组患者比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。68处病灶, 胃窦58处 (85.29%), 贲门5处 (7.35%), 胃体3处 (4.41%), 胃底1处 (1.47%), 胃角1处 (1.47%), 两组患者病灶部位比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。幽门螺杆菌感染情况: 66例患者术前均行幽门螺杆菌检查, 出血组幽门螺杆菌阳性率为37.50%, 未出血组幽门螺杆菌阳性率为57.69%, 两组患者比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表2。

## 2.3 两组患者内镜下病灶特征

两组患者内镜下病灶特征比较见表3。

**2.3.1 白光内镜下病灶形态** 68处病灶在白光内镜下表现为: 息肉样病变49处 (72.06%), 黏膜下隆起10处 (14.70%), 新生物样隆起9处 (13.24%)。其中, 息肉样病变根据山田分型进行细分发现, 山田I型26处 (最多见, 53.06%), 山田II型13处 (26.53%), 山田IV型10处 (20.41%)。出血组形态以新生物样隆起为主, 未出血组以息肉样隆起为主, 以山田I型最多见。两组患者白光内镜下形态比较, 差异有统计学意义 ( $P = 0.000$ )。

**2.3.2 表面特征** 出血组病灶表面有溃疡或糜烂发生率高于未出血组, 差异有统计学意义 ( $P = 0.003$ ); 两组患者病灶表面有脐样凹陷发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

**2.3.3 球阔综合征** 出血组球阔综合征发生率高于

未出血组, 差异有统计学意义 ( $P = 0.001$ )。

## 2.4 超声内镜术前诊断率

本研究66例患者68处病灶, 47例 (49处) 术前行超声内镜检查, 23处起源于黏膜肌层 (46.94%), 26处起源于黏膜下层 (53.06%), 均未累及固有肌层和浆膜层, 两组患者超声内镜下特征比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表4。超声内镜所示: 以低回声为主 (81.63%), 少数以等回声、高回声或混杂回声为主 (图2)。出血组 ( $n = 13$ ) 有7处病变 (53.85%) 超声内镜检查提示有血流信号影, 未出血组 ( $n = 36$ ) 有7处病变 (19.44%) 超声内镜检查提示有血流信号影, 其他均无血流信号影, 出血组超声内镜有血流信号影的占比明显高于未出血组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。47例 (49处) 术前行超声内镜检查的患者中, 术前诊断为GIFP 19处 (38.78%), 神经内分泌肿瘤7处 (14.29%), 异位胰腺8处 (16.33%), 胃息肉6处 (12.24%), 胃恶性肿瘤6处 (12.24%), 胃间质瘤2处 (4.08%), 平滑肌瘤1处 (2.04%); 19例 (19处) 术前未行超声内镜检查的患者, 均在术后病理诊断为GIFP, 术前诊断为: 胃息肉15例 (78.95%), 胃恶性肿瘤2例 (10.53%), 胃间质瘤2例 (10.53%)。本研究GIFP术前诊断正确19处, 总体正确诊断率为27.94%。术前行超声内镜检查的患者中, GIFP术前诊断正确19处 (38.78%), 术前未行超声内镜的患者, 术前均未诊断为GIFP。术前行超声内镜检查的患者, 正确诊断率明显高于未行超声内镜的患者 ( $\chi^2 = 20.82$ ,  $P = 0.000$ )。

表2 两组患者病灶情况比较

Table 2 Comparison of lesions between the two groups

组别	病灶部位 处(%)		幽门螺杆菌 处(%)		病灶大小/mm
	胃窦	其他部位	阳性	阴性	
出血组 ( $n = 16$ )	14(87.50)	2(12.50)	6(37.50)	10(62.50)	32.28±12.22
未出血组 ( $n = 52$ )	44(84.62)	8(15.38)	30(57.69)	22(42.31)	13.99±7.48
$t/\chi^2$ 值	0.08		2.00		5.70 <sup>†</sup>
P值	0.776		0.157		0.000

注: †为t值。

## 2.5 治疗方式

66例GIFP患者, 行内镜下切除术60例 (90.91%), 外科手术6例 (9.09%)。出血组行外科手

术6例 (37.50%), 行内镜黏膜下剥离术 (endoscopic submucosal dissection, ESD) 10例 (62.50%)。未出血组均为内镜下治疗。其中, ESD 37处 (71.15%),

表 3 两组患者内镜下病灶特征比较 处(%)

Table 3 Comparison of endoscopic lesion characteristics between the two groups n (%)

组别	白光内镜下形态			脐样凹陷		表面糜烂或溃疡		球阀综合征	
	息肉样隆起	黏膜下隆起	新生物样隆起	有	无	有	无	有	无
出血组(n=16)	4(25.00)	4(25.00)	8(50.00)	7(43.75)	9(56.25)	13(81.25)	3(18.75)	6(37.50)	10(62.50)
未出血组(n=52)	45(86.54)	6(11.54)	1(1.92)	13(25.00)	39(75.00)	20(38.46)	32(61.54)	2(3.85)	50(96.15)
$\chi^2$ 值		26.75			1.27		8.97		10.30
P值		0.000			0.260		0.003		0.001

表 4 两组患者超声内镜下特征比较 处(%)

Table 4 Comparison of echoendoscope features between the two groups n (%)

组别	病变层次		血流信号影	
	黏膜肌层	黏膜下层	有	无
出血组(n=13)	5(38.46)	8(61.54)	7(53.85)	6(46.15)
未出血组(n=36)	18(50.00)	18(50.00)	7(19.44)	29(80.56)
$\chi^2$ 值		0.51		3.98
P值		0.532		0.046

内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR) 10处(19.23%), 内镜下息肉切除术5处(9.62%)。出血组外科手术率明显高于未出血组( $\chi^2=16.98$ ,  $P=0.000$ )。两组患者病理检查均符合GIFP特征: 纤维母细胞样梭形细胞增生, 围绕血管呈漩涡状洋葱皮样结构, 周围淋巴细胞、浆细胞和嗜酸性粒细胞较多浸润。见图3。其中, 42例患者行免疫组化, 结果显示: CD34(+) 100.00%, 波形蛋白(+) 100.00%, CD117(-) 90.00%, DOG-1(-) 100.0%, S-100(-) 100.00%, SMA(-) 81.00%, Ki67阳性指数1.00%~5.00%。

## 2.6 GIFP发生消化道出血的单因素和多因素Logistic回归分析

**2.6.1 单因素分析** 白光内镜下, 病灶形态、表面伴有溃疡或糜烂和有球阀综合征, 是GIFP发生消化道出血的影响因素( $\hat{OR}>1$ ,  $P<0.05$ )。见表5。

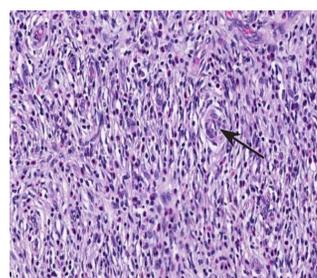
**2.6.2 多因素Logistic回归分析** 将表5中差异有统计学意义的因素, 纳入多因素Logistic回归模型, 结果发现: 内镜下呈黏膜下隆起和新生物样隆起, 表面伴有溃疡或糜烂, 有球阀综合征, 是GIFP发生消化道出血的独立危险因素( $\hat{OR}>1$ ,  $P<0.05$ )。见表6。



超声内镜显示胃窦后壁可见一类圆形低回声团块, 内部回声欠均匀, 边界清楚, 向腔内突出, 起源于胃黏膜下层。

图2 GIFP超声内镜所示

Fig.2 Echoendoscope of GIFP



纤维母细胞样梭形细胞增生, 围绕血管呈漩涡状洋葱皮样结构(黑色箭头所指), 周围淋巴细胞、浆细胞和嗜酸性粒细胞较多浸润(HE染色 $\times 40$ )。

图3 GIFP病理图

Fig.3 Pathological imaging of GIFP

表 5 GIFP 发生消化道出血的单因素分析

Table 5 Univariate analysis of risk factors for gastrointestinal hemorrhage in GIFP

影响因素	P 值	OR 值(95%CI)
白光内镜下形态		
息肉样隆起		
黏膜下隆起	0.015	7.500(1.474 ~ 38.155)
新生物样隆起	0.000	90.000(8.873 ~ 912.847)
表面特征		
有溃疡或糜烂	0.006	6.933(1.755 ~ 27.397)
有脐样凹陷	0.156	2.333(0.724 ~ 7.520)
有球阀综合征	0.002	15.000(2.637 ~ 85.321)

表 6 GIFP 发生消化道出血的多因素 Logistic 回归分析

Table 6 Multivariate Logistic regression analysis of risk factors for gastrointestinal hemorrhage in GIFP

影响因素	B	SE	Wald $\chi^2$	P 值	OR 值(95%CI)
黏膜下隆起	3.967	1.765	5.052	0.025	52.842(1.662 ~ 1 680.434)
新生物样隆起	4.087	1.276	10.253	0.001	59.532(4.880 ~ 726.233)
有溃疡或糜烂	3.256	1.633	3.975	0.046	25.939(1.056 ~ 636.835)
有球阀综合征	2.212	1.070	4.277	0.039	9.138(1.123 ~ 74.369)

### 3 讨论

#### 3.1 GIFP 的发病机制

第 4 版 WHO 消化道肿瘤病理学和遗传学分类, 将 GIFP 归为消化道良性间叶源性肿瘤<sup>[9]</sup>。GIFP 的病因和发病机制尚不明确, 一般认为是: 机体组织对胃肠道感染、损伤或异物的过度反应性病变<sup>[10-11]</sup>, 导致 CD34<sup>+</sup> 细胞迅速增殖而引起的血管炎症<sup>[12]</sup>。此外, GIFP 表达血小板衍生生长因子受体  $\alpha$  (platelet-derived growth factor receptor  $\alpha$ , PDGFR- $\alpha$ ), 且存在基因突变, 可使炎性细胞迅速增殖, 从而表现出胃黏膜隆起性病变<sup>[13-14]</sup>。由此可见, GIFP 与 PDGFR- $\alpha$  基因激活突变有关<sup>[15]</sup>。

#### 3.2 GIFP 的临床特点

本研究结果显示, GIFP 多发生于 40 ~ 60 岁女性, 发生消化道出血的年龄明显小于未出血组, 考虑原因可能是: 消化道出血导致患者较早严重的症状, 常被提前发现。出血组病灶明显大于未出血组。出血组常以反复黑便作为首发症状, 部分患者因长期贫血而就诊, 少数患者表现为呕血, 多为中度贫血; 未出血组常表现为非特异性症状。因此, GIFP 消化道出血

的相关临床表现多为: 反复黑便和不明原因的贫血, 伴有急性消化道出血及周围循环衰竭的较为少见, 呕血更罕见, 胃镜检查较少有发现活动性出血的病例。可见, GIFP 发生消化道出血多为慢性失血, 为行内镜介入手术赢得了时间。

#### 3.3 GIFP 的内镜下形态

有文献<sup>[8]</sup>报道, GIFP 的内镜下形态分为: 息肉样隆起、黏膜下隆起和新生物样隆起, 表面可伴有溃疡和糜烂, 部分病变表面有点状或脐样凹陷。本研究发现, 出血组病变较大, 以新生物样隆起为主, 表面有溃疡或糜烂, 易发生球阀综合征; 未出血组病变较小, 以息肉样病变为主, 山田 I 型最常见, 病变表面光滑, 极少发生球阀综合征。因此, 无论是否有活动性出血, 如果发现 GIFP 具有以上出血特征, 应及时行内镜下治疗, 减少消化道出血的发生。

#### 3.4 GIFP 的超声内镜下特点

本研究中, 两组患者超声内镜均提示: 病变多起源于黏膜肌层和黏膜下层, 呈均质低回声; 出血组 53.85% 的患者, 超声内镜提示有丰富血流信号影, 未出血组 19.44% 的患者, 超声内镜提示有血流信号

影。因此, 当 GIFP 超声内镜提示有丰富血流信号影, 应警惕消化道出血的发生。腹部增强 CT 提示: 胃占位性病变向腔内突起, 病灶与胃壁宽基底相连, 增强后黏膜明显强化, 黏膜下肿块持续强化<sup>[16-17]</sup>, 以上表明: GIFP 有血供丰富的特点, 这个特点是发生消化道出血的原因, 也是易被误诊为胃肠道间质瘤、胃恶性肿瘤、异位胰腺和类癌等疾病<sup>[18]</sup>的原因之一。

### 3.5 术前行超声内镜对正确诊断率的影响

本研究中, GIFP 术前总体正确诊断率为 27.94%, 术前行超声内镜的患者中, 术前正确诊断率为 38.78%。GIFP 术前多被诊断为胃息肉、异位胰腺和胃恶性肿瘤, 少部分为胃间质瘤和平滑肌瘤。有研究<sup>[19-20]</sup>发现, GIFP 多起源于黏膜固有层, 向下累及黏膜下层, 几乎不侵犯固有肌层, 组织学以增生的梭形细胞为主, 围绕血管呈漩涡状洋葱皮样结构, 周围淋巴细胞、浆细胞和嗜酸性粒细胞较多浸润<sup>[9-13]</sup>。而本研究中, 术前活检病理均表现为慢性活动性炎症, 可能与病变多位于黏膜肌层或黏膜下层, 表面活检组织学检查无法取到具有典型病理特征的组织有关。术前行超声内镜的患者, 术前正确诊断率明显高于未行超声内镜的患者 ( $\chi^2 = 20.82, P = 0.000$ )。因此, 术前行超声内镜, 在诊断方面具有重要价值。此外, 还有研究<sup>[21]</sup>提出, GIFP 患者 100.00% 表达波形蛋白, 82.00% ~ 100.00% 的 GIFP 患者表达 CD34, 不表达 CD117、DOG-1 和 S-100, 这与本研究结果基本一致。表明: 免疫组织化学法对于诊断 GIFP, 具有重要作用。

### 3.6 GIFP 的治疗方法

内镜下切除术是目前治疗 GIFP 的主要方法<sup>[22]</sup>。本研究结果显示, 出血组有 37.50% 的患者, 通过外科手术手术治疗, 因多数患者发生急性出血或病变较大, 内镜下切除较困难, 或术前疑诊为恶性肿瘤等预后差的疾病, 而行外科手术; 两组其他患者均行内镜下切除术。出血组外科手术的比例明显高于未出血组 ( $\chi^2 = 16.98, P = 0.000$ )。GIFP 伴有消化道出血的患者, 多为慢性出血。因此, 大多数患者是有机会接受内镜微创治疗的。结合国内外文献和笔者的分析, 建议有出血风险的 GIFP 患者, 若生命体征稳定, 可限期行内镜下手术切除, 如: 病变较小, 累及黏膜层, 且伴有蒂或亚蒂者, 可行 EMR; 累及黏膜下层者, 宽基底或无蒂, 可行 ESD 治疗, 根据术后病理, 再决

定是否行追加外科手术, 可避免部分或全部切除胃等较大损伤的操作。当 GIFP 发生急性活动性大出血时, 应及时行外科手术治疗。GIFP 患者术后大多预后较好, 病变切除后, 较少复发<sup>[12]</sup>。

综上所述, GIFP 发生消化道出血的独立危险因素为: 病变呈新生物样隆起或黏膜下隆起, 表面有溃疡或糜烂, 有球阀综合征。当内镜下发现 GIFP 具有以上任意特征, 且超声内镜提示有血流信号影时, 表明 GIFP 近期有发生出血的风险, 应及时给予限期内镜下切除, 避免发生危及生命的消化道出血; 而当病变较小, 且不具备以上任意特征者, 可继续观察, 定期复查内镜。

### 参 考 文 献 :

- [1] 张军, 蔡旭华, 蒋海根. 21 例胃炎性纤维性息肉的内镜下表现[J]. 浙江实用医学, 2020, 25(2): 119-121.
- [1] ZHANG J, CAI X H, JIANG H G. Endoscopic manifestations of 21 cases of gastric inflammatory fibroid polyps[J]. Zhejiang Practical Medicine, 2020, 25(2): 119-121. Chinese
- [2] 胡良建, 付万垒, 唐雪峰. 12 例胃炎性纤维性息肉临床病理分析[J]. 重庆医学, 2016, 45(15): 2078-2079.
- [2] HU L J, FU W L, TANG X F. A clinicopathologic analysis of 12 cases with gastric inflammatory fibroid polyps[J]. Chongqing Medicine, 2016, 45(15): 2078-2079. Chinese
- [3] PINTO-PAIS T, FERNANDES S, PROENÇA L, et al. A large gastric inflammatory fibroid polyp[J]. GE Port J Gastroenterol, 2015, 22(2): 61-64.
- [4] INAYAT F, UR RAHMAN A, WAHAB A, et al. Gastric inflammatory fibroid polyp: a rare cause of occult upper gastrointestinal bleeding[J]. J Investig Med High Impact Case Rep, 2020, 8: 2324709620936840.
- [5] HE H Y, SHEN Z B, FANG Y, et al. Bleeding and hyperpyrexia in an adult with gastric inflammatory fibroid polyp[J]. Chin Med J (Engl), 2013, 126(13): 2594.
- [6] FLERES F, MAZZEO C, LENI A, et al. Gastric inflammatory fibroid polyp tumor with acute intestinal obstruction-Vanek's tumor can mimic a giant gastrointestinal stromal tumor or a gastric lymphoma[J]. J Vis Surg, 2018, 4: 54.
- [7] 骆定海, 郑海红, 毛鑫礼, 等. 胃炎性纤维性息肉 49 例的临床与内镜下特点分析[J]. 中华消化杂志, 2018, 38(10): 664-668.
- [7] LUO D H, ZHENG H H, MAO X L, et al. Clinical and endoscopic features of 49 cases of gastric inflammatory fibroid polyp[J]. Chinese Journal of Digestion, 2018, 38(10): 664-668. Chinese
- [8] 项一宁, 许良璧. 消化系炎性纤维性息肉的临床、内镜及病理特征[J]. 世界华人消化杂志, 2015, 23(9): 1514-1520.

- [8] XIANG Y N, XU L B. Clinical, endoscopic and pathologic features of inflammatory fibroid polyps of the digestive system[J]. World Chinese Journal of Digestology, 2015, 23(9): 1514-1520. Chinese
- [9] 周晓军, 樊祥山. 解读2010年消化系统肿瘤WHO分类(I)[J]. 临床与实验病理学杂志, 2011, 27(4): 341-346.
- [9] ZHOU X J, FAN X S. Interpretation of the 2010 WHO classification of tumors of the digestive system (I)[J]. Chinese Journal of Clinical and Experimental Pathology, 2011, 27(4): 341-346. Chinese
- [10] BEHZAD C, HASANJANI ROUSHAN M R, ALIJANPOUR A, et al. Interesting coincidence of liver abscess secondary to foreign body and gastric inflammatory fibroid polyp[J]. Turk J Gastroenterol, 2020, 31(9): 673-675.
- [11] MITSUI Y, KAGEMOTO K, ITAGAKI T, et al. Gastric inflammatory fibroid polyp morphologically changed by helicobacter pylori eradication[J]. Clin J Gastroenterol, 2015, 8(2): 77-81.
- [12] 骆定海, 毛鑫礼, 徐铨, 等. 胃炎性纤维性息肉内镜下治疗二例并文献分析[J]. 现代实用医学, 2016, 28(12): 1684-1685.
- [12] LUO D H, MAO X L, XU C, et al. Endoscopic treatment of gastric inflammatory fibroid polyps: 2 cases and literature analysis[J]. Modern Practical Medicine, 2016, 28(12): 1684-1685. Chinese.
- [13] WOODWARD K, GANGAROSA L M, HUNT H V. Gastric inflammatory fibroid polyp[J]. Indian J Pathol Microbiol, 2011, 54(3): 622-623.
- [14] YAMASHITA K, ARIMURA Y, TANUMA T, et al. Pattern of growth of a gastric inflammatory fibroid polyp with PDGFRA overexpression[J]. Endoscopy, 2011, 43 Suppl 2 Uctn: E171-E172.
- [15] 张馨梅, 关月, 吴寒, 等. 胃炎性纤维性息肉的临床和内镜特点分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2019, 28(7): 779-781.
- [15] ZHANG X M, GUAN Y, WU H, et al. Clinical and endoscopic characteristics of gastric inflammatory fibroid polyp[J]. Chinese Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2019, 28(7): 779-781. Chinese
- [16] 蔡二朋, 黄国权, 汪健文, 等. 胃炎性纤维性息肉的MDCT表现1例[J]. 中国临床医学影像杂志, 2017, 28(2): 150-151.
- [16] CAI E P, HUANG G Q, WANG J W, et al. MDCT features of gastric inflammatory fibroid polyp: report of one case[J]. Journal of China Clinic Medical Imaging, 2017, 28(2): 150-151. Chinese
- [17] 李爱云, 梁盼, 王雨璐, 等. 胃炎性纤维性息肉的临床及MDCT特点分析[J]. 临床放射学杂志, 2020, 39(8): 1533-1536.
- [17] LI A Y, LIANG P, WANG Y L, et al. Clinical and MDCT characteristics of gastritis inflammatory fibroid polyp[J]. Journal of Clinical Radiology, 2020, 39(8): 1533-1536. Chinese
- [18] TERRO J J, EL-HELOU E, KANSOUN A, et al. Prepyloric gastric inflammatory fibroid polyp presenting as chronic epigastric discomfort in a 5th decade aged female: a case report[J]. Int J Surg Case Rep, 2020, 76: 49-51.
- [19] 叶荣, 王聚新, 陈素玉. 内镜超声对22例胃炎性纤维性息肉的诊疗价值探讨[J]. 福建医药杂志, 2012, 34(5): 129.
- [19] YE R, WANG J X, CHEN S Y. Exploration of the diagnostic and therapeutic value of endoscopic ultrasound in 22 cases of gastric inflammatory fibroid polyp[J]. Fujian Medical Journal, 2012, 34(5): 129. Chinese
- [20] 刘晖, 陈建勇, 王爱瑶, 等. 胃炎性纤维性息肉1例临床分析[J]. 南昌大学学报(医学版), 2021, 61(3): 67-68.
- [20] LIU H, CHEN J Y, WANG A Y, et al. Clinical analysis of one case of gastric inflammatory fibroid polyp[J]. Journal of Nanchang University (Medical Sciences), 2021, 61(3): 67-68. Chinese
- [21] 许良璧, 项一宁. 胃肠道炎性纤维性息肉的内镜诊断与治疗[J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(35): 5550-5555.
- [21] XU L B, XIANG Y N. Endoscopic diagnosis and treatment of inflammatory fibroid polyps[J]. World Chinese Journal of Digestology, 2014, 22(35): 5550-5555. Chinese
- [22] 袁琳, 李可栋, 张国新, 等. 消化道炎性纤维性息肉的临床及内镜特点分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 25(8): 1015-1019.
- [22] YUAN L, LI K D, ZHANG G X, et al. Analysis of clinical and endoscopic characteristics of digestive inflammatory fibrous polyps[J]. Modern Digestion & Intervention, 2020, 25(8): 1015-1019. Chinese

(曾文军 编辑)

**本文引用格式:**

王光荣, 曹彬, 马莉, 等. 胃炎性纤维性息肉发生消化道出血的临床特征及危险因素分析[J]. 中国内镜杂志, 2023, 29(12): 51-58.  
WANG G R, CAO B, MA L, et al. Analysis of clinical characteristics and risk factors of gastrointestinal hemorrhage in gastric inflammatory fibroid polyp[J]. China Journal of Endoscopy, 2023, 29(12): 51-58. Chinese