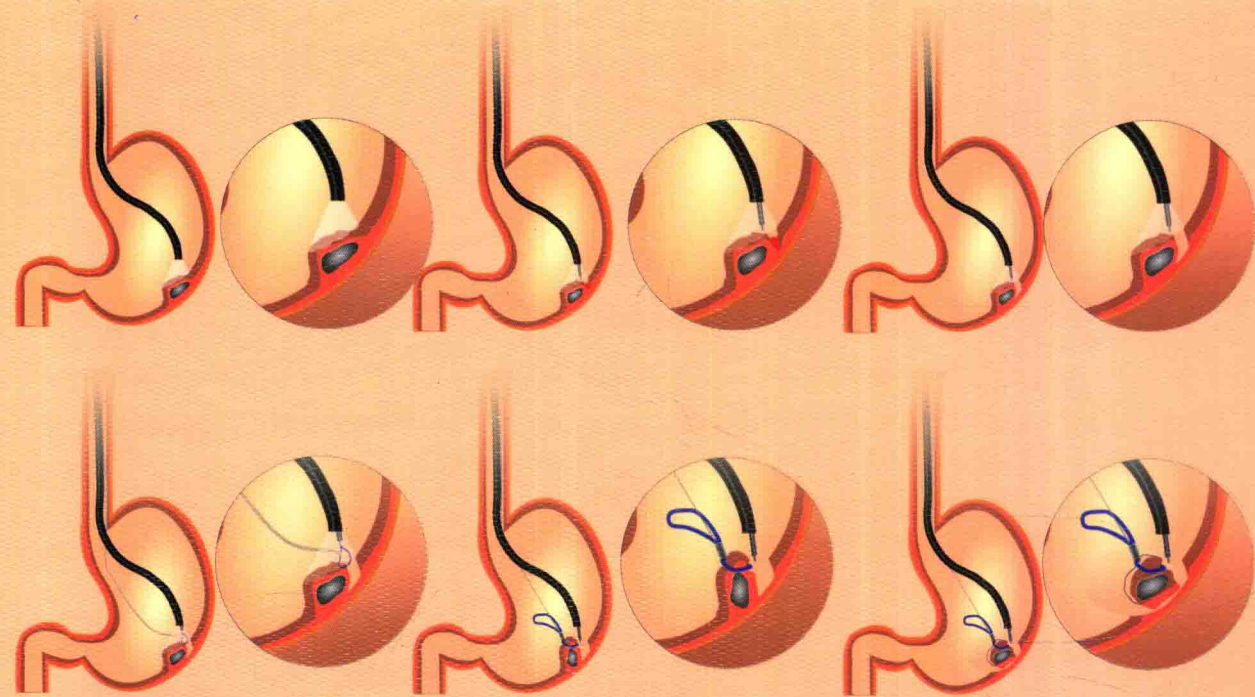




Complication of Endoscopic Resection: Prevention and Therapy

消化内镜手术及常见并发症 防治策略

主编 姚礼庆 周平红 钟芸诗

消化内镜手术 及常见并发症防治策略

Complication of Endoscopic Resection: Prevention and Therapy

主 编 姚礼庆 周平红 钟芸诗

编 者 (以姓氏笔画为序)

马丽黎	朱俊宇	任 重	刘靖正	齐志鹏
李全林	时 强	张 晨	张 震	张轶群
陈 涛	陈世耀	陈巍峰	武逸人	周平红
胡健卫	钟芸诗	姚礼庆	秦文政	徐美东
黄 媛	蔡世伦	蔡明琰		

秘 书 李 剑 李旭全

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

消化内镜手术及常见并发症防治策略 / 姚礼庆, 周平红, 钟芸诗主编. —北京: 人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-20926-7

I. ①消… II. ①姚… ②周… ③钟… III. ①内窥镜 - 应用 - 消化系统疾病 - 外科手术②消化系统疾病 - 外科手术 - 并发症 - 防治 IV. ①R656.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 158589 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

消化内镜手术及常见并发症防治策略

主 编: 姚礼庆 周平红 钟芸诗

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 12.5

字 数: 281 千字

版 次: 2015 年 10 月第 1 版 2015 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-20926-7/R · 20927

定 价: 118.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

主编简介



姚礼庆, 1952年3月生。1978年毕业于上海医科大学, 现任复旦大学附属中山医院普外科主任医师、教授, 博士研究生导师, 内镜中心主任, 复旦大学内镜诊疗研究所所长, 上海市内镜诊疗工程技术研究中心主任, 复旦大学大肠癌研究中心顾问。现兼任中国医师协会内镜分会副会长, 中华消化内镜学会委员, 全国医师定期考核消化内镜编辑专业委员会主任委员, 外科学组组长, 上海消化内镜学会前主任委员, 上海市医师协会消化病分会副会长, 全国及上海市医疗事故鉴定委员会委员, 《中华胃肠病杂志》、《中华消化内镜杂志》等

13本杂志编委。获得中国内镜杰出领袖奖, 2001年“上海市职工技术创新能手”荣誉称号、2002年上海市“优秀发明成果三等奖”, 2003年上海市“优秀发明成果二等奖”, 2008年复旦大学校长奖, 2010年上海市世博先进个人奖, 2010年获上海市医学科技一等奖、三等奖各一项, 2011年获上海医学科技三等奖、华夏医学科技三等奖等奖项, 2013年获上海医学科技奖(成果推广)、上海科普教育创新奖二等奖, 专利二项, 卫生部和上海市课题七项, 发表医学论文120余篇, 其中, SCI收录近30篇, 科普文章80篇, 并担任《现代内镜学》、《现代胃肠道肿瘤诊疗学》、《内镜黏膜下剥离术》等15本专著主编, 是国内著名的内镜外科专家, 在内镜微创外科、结直肠癌外科诊治和吻合器治疗重度痔疮(PPH)方面经验丰富, 处于国内领先水平。



周平红,医学博士,博士研究生导师,担任复旦大学附属中山医院普外科主任医师,内镜中心副主任。上海市卫生系统优秀学科带头人、上海市医务职工科技创新能手。兼任美国消化内镜学会(ASGE)国际委员会委员、咨询专家(ACE),印度消化内镜学会(SGEI)终身荣誉会员,欧洲消化内镜学会(ESGE)会员、日本消化内镜学会(JGES)国际会员,中国抗癌协会肿瘤内镜学专业委员会委员,海峡两岸医药卫生交流协会消化病学专家委员会常务委员,上海市医学会消化内镜学专科委员会副主任委员、ESD学组组长,上海市中西医结合学会消化内镜学专科委员会副主任委员。《American Journal of Digestive Disease》、《UEG Journal》、《Hepato-Gastroenterology》、《World Journal of Gastroenterology》、《World Journal of Gastrointestinal Endoscopy》、《MEDtube Science》、《中华消化内镜杂志》、《中华胃肠外科杂志》、《中华临床医学杂志》、《中华诊断学杂志》、《医学参考报——消化内镜频道》等期刊编委。

擅长胃肠道肿瘤的内镜微创和外科手术治疗。创造性的开展了几项世界领先的微创切除新方法;30多个国家、地区大会演讲和手术演示,足迹遍布世界各地,吸引全球各国内镜专家前来观摩学习。

组织、主持7届中日ESD高峰论坛。主编《内镜黏膜下剥离术》、《消化内镜切除术》、《Atlas of Digestive Endoscopic Resection》专著3部,医学视听教材5部,发表医学论文百余篇。荣获2010年上海市医学科技进步一等奖,2011年上海市科技进步三等奖,2012 APDW Presidential Award,2013 UEGW Free Oral Presentation Award,2014 DDW Cook Medical Marsha Dreyer Award,2014 中华医学科技进步一等奖。



钟芸诗,1978年1月生,医学博士,复旦大学附属中山医院普外科、内镜中心副主任医师,副教授,硕士研究生导师。中国青年科技工作者协会第五届会员代表大会会员,2011年上海市卫生系统百名优秀青年人才、2012年上海市科委启明星计划资助人才,2012年复旦大学“卓学人才计划”重点培养对象,2013年上海市人事局人才基金重点资助对象,2014年上海市徐汇区领军人才。中华医学会消化内镜分会青年委员会委员,中华肿瘤学会青年委员会副主任委员、中国医师协会外科医师分会结直肠外科医师专业委员会委员,中国抗癌协会

大肠癌专业委员会青年委员、中国抗癌协会癌转移专业委员会青年委员、上海市消化内镜学会青年委员、上海市消化内镜学会大肠镜学组副组长,复旦大学内镜诊疗研究所成员,复旦大学大肠癌诊治中心核心成员。《中华胃肠外科杂志》、《中国现代医学杂志》、《中华结直肠疾病杂志(电子版)》、《中华临床医师杂志》和《中国癌症杂志》编委。2009年赴香港进修腹腔镜和内镜联合治疗技术,2010年赴中国台湾进修结直肠癌的腹腔镜手术治疗,在国内最早开展了急性结直肠梗阻的内镜引流术、腹腔镜和内镜联合治疗消化道肿瘤,累计完成内镜黏膜下剥离术治疗消化道早期癌和黏膜下肿瘤3000余例、ERCP 3000余例,贲门失弛缓症的经口内镜肌切开术(POEM)100例、腹腔镜手术100余例,发表SCI论文18篇(IF>40分),中华系列杂志50余篇,主编著作2本,参编著作6本。先后获得2013年明治乳业科学奖,2011年教育部科技进步一等奖、2012年上海市科技进步一等奖、2010年上海市医学科技一等奖,2007年中华中医药学会科学技术奖二等奖等科技奖励。承担了国家自然科学基金青年基金、上海市科委和上海市卫生局基金5项。

序1

复旦大学附属中山医院成立于 1937 年,经过近 80 年的发展,形成了一系列在国内外具有影响力的学科,如声名在外的“心肝宝贝”(心脏科和肝肿瘤科)等,近年来,消化内镜这一微创技术在中山医院蓬勃发展,在中华外科学会副主任委员秦新裕教授的关怀下,在姚礼庆和周平红教授的带领下,创造了多项全国第一,甚至是世界第一,如中国第一例内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal resection, ESD)、世界上第一例内镜黏膜下挖除术(endoscopic submucosal excavation, ESE)、世界上第一例内镜全层切除术(endoscopic full thickness resection, EFTR)、世界上第一例内镜经黏膜下隧道肿瘤切除术(submucosal tunnelling endoscopic resection, STER)和世界上最多的 POEM 手术(单中心超过 2500 例)。如此多的“第一”,伴随的是新兴事物成长过程中一定会出现的并发症和不良事件,在处理这些并发症的过程中,内镜中心积累了大量的经验,而这些经验是一种财富、一种学问,为此,姚礼庆教授和钟芸诗教授合力编撰了此书,希望能成为工作于临床第一线的内镜医师、消化科医师、普外科医师的良师益友。

纵观国内外的内镜诊治的相关书籍,多为某一种疾病的诊断、治疗和最新进展,很少有书籍能关注内镜治疗并发症的防治这一专题,而后者正是广大临床工作者非常关心的问题之一,本书的编写以解剖结构为篇章单位,而在每个解剖部位的篇章内又按照手术的类型分为了 ESD、ESE 和隧道内镜技术,从一个立体的层面介绍了各种常见疾病的内镜治疗原则和并发症防治策略,并结合中山医院内镜中心超过 8000 例次内镜切除病例和超过 2500 例次 POEM 手术的经验,给广大读者展现了一幅立体、鲜活的学习资料,相信一定能成为广大读者的“万宝书”。

欣读此书,特作序,祝贺本书出版发行顺利。

樊嘉

2015 年 6 月,于上海

序2

近年来,消化内镜技术得到了迅猛发展及改进,消化内镜在消化道疾病的诊断和治疗中的价值越来越被人们所认可,尤其是随着内镜黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR)和内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal resection, ESD),及在此基础上创新出的内镜黏膜下挖除术(endoscopic submucosal excavation, ESE)、内镜全层切除术(endoscopic full thickness resection, EFTR)、内镜经黏膜下隧道肿瘤切除术(submucosal tunneling endoscopic resection, STER)和内镜下食管肌层切开术(peroral endoscopic myotomy, POEM)等治疗手段的出现,越来越多的消化道疾病得到及时的内镜微创治疗。这些微创治疗技术因其创伤小、康复快、费用低等优点,深受医患欢迎。

复旦大学附属中山医院内镜中心医疗团队,在姚礼庆和周平红教授的带领下在治疗消化道早期癌和黏膜下肿瘤方面做了大量的临床工作,在国内外发表了许多文章,积累了丰富的临床治疗经验和体会。最近姚礼庆教授、周平红教授和钟芸诗副教授组织该中心内镜医师结合自己的心得体会,编写了这部《内镜切除术常见并发症防治策略》。该书文字简练,图文并茂,从立体的层面介绍了各种常见疾病的内镜治疗原则及并发症防止策略等各方面内容,深入浅出,为工作于临床第一线的内镜医师、消化科医师、普外科医师深入开展各种内镜切除术提供了宝贵的参考经验。

相信不久的将来,内镜微创治疗技术会在我国普及并吸引更多的医师从事内镜的微创治疗,为患者带来更大的福音。我有幸在浏览全书并为此书作序,深感此书内容新颖,理论性、实用性和可读性俱佳,是国内第一本专门介绍内镜切除术常见并发症的专著,我热忱推荐给广大内外科从事内镜的工作者。相信此书一定会提高我国消化道疾病的内镜治疗水平。

葛均波

2015年8月,于上海

前言

近年来,消化内镜技术蓬勃发展,以治疗消化道早期癌和癌前病变为特色的内镜黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR)和内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal resection, ESD)逐渐在我国开展,并在此基础上创新出用于治疗消化道黏膜下肿瘤(submucosal tumors, SMTs)的内镜黏膜下挖除术(endoscopic submucosal excavation, ESE)、内镜全层切除术(endoscopic full thickness resection, EFTR)、内镜经黏膜下隧道肿瘤切除术(submucosal tunnelling endoscopic resection, STER)和治疗贲门失弛缓的内镜下食管肌层切开术(peroral endoscopic myotomy, POEM)。随着新兴技术的发展和进步,如何防止术中和术后的并发症,提高手术的安全性逐渐引起人们的关注。复旦大学附属中山医院内镜中心作为国内开展 ESD 技术最早的单位,年完成各类内镜切除术 2500 余例,累计超过 8000 例次,POEM 手术累计超过 2500 例次,在围术期处理上积累了大量的经验,为此我们编撰此书,以飨读者。

本书的编写以解剖结构为篇章单位,包括了食管、胃、十二指肠和结直肠,而在每个解剖部位的篇章内又按照手术的类型分为了 ESD、ESE 和隧道内镜技术,从一个立体的层面介绍了各种常见疾病的内镜治疗原则和并发症防治策略,具有实用性、科学性、便于检索等特点。此外,本书在每一章最后增加了病例汇总一节,以生动的病例处理过程,讲述了各种情况如穿孔、出血、狭窄等并发症的预防和处理,深入浅出,结合最新的文献资料,实现了理论结合实际、临床经验结合循证医学的目的,非常适合于工作于临床第一线的内镜医师、消化科医师、普外科医师学习借鉴。

本书编撰过程中得到了中山医院内镜科、普外科和消化科同仁的帮助和关心,特此表示感谢。

姚礼庆 周平红 钟芸诗
2015 年 6 月,于上海

目 录

第一篇 食管病变内镜切除术常见并发症的防治

第一章 食管黏膜病变内镜治疗	2
第一节 食管癌前病变和早癌	2
一、食管癌前病变	2
二、食管早癌	4
第二节 常用手术方法	10
一、内镜黏膜切除术	10
二、黏膜分片切除术	10
三、内镜黏膜下剥离术	10
四、内镜黏膜多环套扎切除术	12
第三节 常见并发症的处理	13
一、出血	13
二、穿孔	14
三、痿	19
四、胸腔积液	24
五、气胸	24
六、其他并发症	25
第二章 食管黏膜下肿瘤	27
第一节 诊断	27
食管黏膜下肿块的诊断	27
第二节 常用手术方法	29
一、内镜黏膜切除术	29
二、内镜黏膜下挖除术	29
三、内镜黏膜下经隧道切术	30
第三节 常见并发症的处理	31
一、出血	31

二、穿孔	31
三、痿及气胸	31
四、胸腔积液	37
第三章 隧道内镜技术及其相关并发症的防治	40
第一节 隧道内镜技术	40
一、STER 手术方法	40
二、POEM 手术方法	40
三、食管黏膜层切开	40
四、分离黏膜下层,建立“隧道”	41
五、肌切开	41
六、金属夹关闭黏膜层切口	41
第二节 常见并发症	41
一、气胸、气腹、气肿	42
二、痿	42
三、出血	46
四、腹腔积液	46
五、感染	46
第二篇 胃疾病内镜治疗并发症的防治	
第四章 胃黏膜病变的内镜下治疗	50
第一节 诊断	50
一、癌前病变	50
二、早期胃癌	53
第二节 常用手术方法	63
一、内镜黏膜切除术	63
二、内镜黏膜下剥离术	64
第三节 常见并发症的防治	64
一、术中出血	64
二、迟发性出血	68
三、胸腔积液	73
第五章 胃黏膜下肿瘤	77
第一节 诊断	77
一、胃间质瘤	77
二、胃脂肪瘤	78

三、胃内异位胰腺	80
四、胃类癌	80
五、平滑肌瘤	80
六、颗粒细胞瘤	81
七、血管球瘤	81
第二节 常用手术方法	82
一、内镜黏膜切除术	82
二、内镜黏膜下剥离术	82
三、内镜黏膜下挖除术	82
四、内镜全层切除术	83
五、内镜黏膜下经隧道切除术	83
六、消化道管壁缺损的内镜下修补方法	83
第三节 常见并发症的防治	87
一、术中出血	87
二、迟发性出血	90
三、术后迟发性穿孔	93
四、术后气胸,胸腹腔积液	96

第三篇 十二指肠疾病内镜治疗并发症的防治

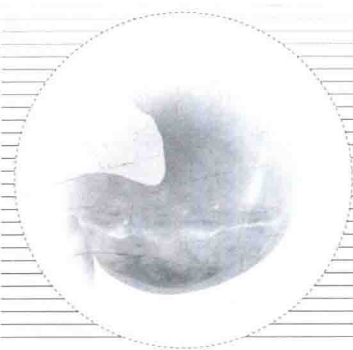
第六章 常见十二指肠疾病的内镜下治疗	106
第一节 诊断	106
第二节 常用手术方法	107
一、内镜氩离子凝固术	109
二、内镜黏膜切除术	109
三、内镜下黏膜下剥离术	110
第三节 常见并发症的防治	110
一、术中穿孔	110
二、术后迟发性穿孔	113
三、术后出血	116

第四篇 结直肠疾病内镜治疗常见并发症的防治

第七章 大肠黏膜病变的内镜下治疗	128
第一节 诊断	128
一、大肠癌癌前病变	128

二、早期大肠癌	134
第二节 治疗	137
一、息肉切除术	137
二、内镜氩离子凝固术	138
三、电切术	138
四、尼龙绳结扎	138
五、大肠病变的内镜黏膜切除术与内镜黏膜分片切除术	138
六、大肠病变的内镜下黏膜下剥离术	141
第三节 常见并发症的防治	143
一、穿孔	143
二、出血	155
三、电凝综合征	163
四、术后狭窄	165
五、其他并发症	167
第八章 大肠黏膜下肿瘤	169
第一节 诊断	169
一、大肠平滑肌瘤	169
二、大肠间质瘤	170
三、大肠类癌	170
四、大肠脂肪瘤	171
五、大肠淋巴管瘤	171
第二节 治疗	172
一、尼龙绳结扎	172
二、大肠黏膜下层病变的内镜黏膜切除术与内镜黏膜分片切除术	172
三、大肠黏膜下层病变的内镜下黏膜下剥离术	173
四、内镜经黏膜下隧道肿瘤切除术	174
五、双镜联合大肠肿瘤切除术	176
第三节 常见并发症的防治	176
一、穿孔	176
二、出血	179
三、电凝综合征	180

第一篇



食管病变内镜切除术 常见并发症的防治

第一章 食管黏膜病变内镜治疗

第一节 食管癌前病变和早癌

一、食管癌前病变

与其他恶性肿瘤一样,食管黏膜在出现癌变以前,会经过一个相当长的演变阶段,即癌前病变。食管癌的癌前病变是鳞状上皮细胞不典型增生,沿轻度-中度-重度不典型增生-原位癌依次发展,并继续发展成累及不同深度的浸润癌。任何一种癌前病变都分为三个发展方向:①病变稳定,多年不变;②逆转为较轻的病变或好转;③发展为浸润癌。

(一) 病理学

根据不典型增生病变累及上皮层内的不同程度分为三级,并据以评价癌前病变的严重程度:①轻度不典型增生(mild dysplasia):异型增生细胞主要分布在鳞状上皮的基底部分,不超过上皮全层的下1/3。轻度不典型增生为可逆转性病变。②中度不典型增生(moderate dysplasia):异型增生细胞累及上皮中层,偶见出现在上皮的表层,但病变主要局限于上皮中层或不超过全层的下2/3,表层细胞分化成熟,排列规则。在食管癌高发人群,中度不典型增生性病变的发生比例显著高于一般人群,应视为密切随访人群。③重度不典型增生(severe dysplasia)和原位癌:为尚未突破基底膜的上皮全层癌变的同义词,是真正意义上的几乎不可逆转的癌前病变。组织学诊断标准为,上皮全层或几乎全层被异型增生的细胞所取代,不排除有时表面仍可见有成熟分化的表层细胞;上皮基底膜结构完整清晰。

(二) 常见的癌前病变

1. 食管慢性炎 慢性食管炎是食管鳞状细胞癌的高发地区人群中最常见病变,其特征为黏膜的糜烂或溃疡形成,伴有黏膜上皮的萎缩和角化不良,基底细胞增生,固有膜呈乳头状伸入表皮层,伴黏膜下充血和炎性细胞浸润,在此基础上可出现上皮的异型增生和癌变。

食管炎是组织学的诊断,在炎症情况下,内镜检查可见黏膜发红、粗大、表面有炎性渗出物,黏膜脆性增加,触之易出血,齿状线模糊,黏膜血管紊乱;较严重的病例黏膜上皮脱落、坏死,形成出血点、糜烂,甚至溃疡;重度食管炎可出现食管狭窄及 Barrett 食管。诊断食管炎必须有黏膜破损,如有出血点、糜烂、溃疡等改变,不能仅凭黏膜色泽改变,炎症必然有黏膜红肿,但黏膜红肿不一定意味有炎症。

根据中国反流性食管炎试行方案诊断(中国烟台会议分类法,1999年),共分4级:0级

为正常(可有组织学改变);Ⅰ级:点状或条状发红,糜烂,无融合现象;Ⅱ级:有条状发红、糜烂,并有融合,但非全周性者;Ⅲ级:病变广泛,发红、糜烂融合呈全周性,或溃疡形成。存在食管狭窄等并发症即分入Ⅲ级。国内陶德明等对 46 161 例食管上皮正常、增生的癌变率的研究显示重度不典型增生癌变率为 38.9%,平均癌变时间 3 年 7 个月。有学者建议,食管上皮高度不典型增生患者可以进行局部黏膜切除或每 3 个月一次的内镜活检随访。

2. Barrett 食管 Barrett 食管(Barrett esophagus, BE)是指食管的复层鳞状上皮被化生的柱状上皮所替代的一种病理现象。国外研究发现, BE 发生食管腺癌的危险是正常人群的 30~125 倍, BE 出现异型增生被认为是腺癌发生的重要预示。因 BE 与食管腺癌的发生密切相关,为食管癌前病变之一,近年来受到广泛重视。

BE 的形成系长期的胃内容物反流入食管持续刺激食管黏膜,食管鳞状上皮表面细胞损伤脱落后,残留的基底细胞中的多能干细胞发生多向分化,化生为耐酸的柱状上皮。BE 主要组织学改变为正常食管复层鳞状上皮由柱状上皮替代,黏膜固有层常有充血、水肿、炎症细胞浸润和纤维化,但黏膜下及肌层正常。BE 的柱状上皮有 3 种类型,第一型为胃底或胃体型黏膜;第二型为交界型黏膜,以贍门黏液腺为特征;第三型为特化型(specialized columnar metaplasia, SCM),即肠型黏膜,表面为绒毛状,含杯状细胞,为不完全性肠化生。

BE 患者的症状主要由反流性食管炎引起,化生黏膜本身不引起症状。诊断主要依靠辅助检查,其中最常用且最可靠的方法是内镜下活检。

BE 在内镜下的典型表现为食管下段粉红或白色的光滑鳞状上皮中出现柱状上皮区,呈天鹅绒样红色斑块,常较正常胃黏膜更红(图 1-1)。BE 红斑形状不一,呈绒毛状,亦可光滑或呈结节状,与鳞状上皮分界明显。BE 黏膜长度达到或超过 3cm 的称为长段 BE(long segment Barrett esophagus, LSBE),短于此者为短段 BE(short segment Barrett esophagus, SSBE)。BE 患者中约 40% 发生食管狭窄,病变后期胃镜很难通过。内镜下见胃食管交界处(GEJ)以上的食管下段正常的黏膜中有红色斑片,在该处取活检行病理检查为有化生的柱状上皮,即可诊断为 BE。BE 的确诊要靠组织学检查发现化生的柱状上皮。内镜下 BE 可分为 3 型:①全

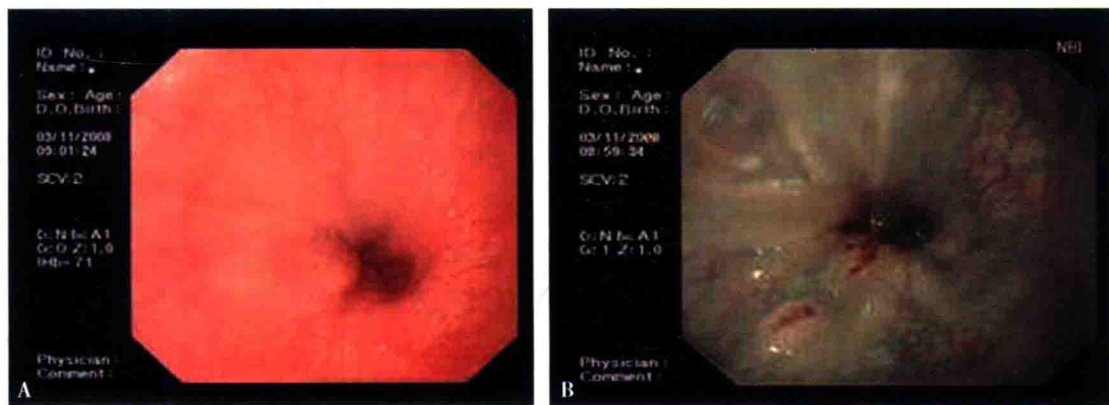


图 1-1 Barrett 食管内镜表现

A. 内镜下见食管下段红色斑块;B. NBI 下病灶清晰可见

周型:红色黏膜由胃向食管延伸,累及全周,与胃黏膜无明显界限,不伴食管炎或狭窄时多单纯表现为齿状线上移,但形状不规则;②岛型:齿状线以上出现一处或多处斑片状红色黏膜,与齿状线不连,多为圆形或椭圆形;③舌型:齿状线局限舌形向上突出,红色黏膜呈半岛状。舌型 BE 若长度很短则内镜下不易发现。

BE 发生食管癌的危险性较普通人群明显为高,因此主张对 BE 进行内镜监测,即定期内镜随访、多点活检组织病理学检查。异型增生是 BE 癌变的先兆,但异型增生无特征性的内镜表现,确定常需依靠活检病理检查,在 BE 区域内多象限小间隔活检,必要时大块活检可以提高异型增生的发现率。近来有报道内镜荧光法可增加活检检测 BE 异型增生的阳性率,患者服 5-氨基乙酰丙酸(5-ALA)后,因异型增生的上皮可积聚原卟啉,经内镜导入的蓝色光照射可诱发出红色荧光,在此处活检阳性率更高。对 BE 患者进行内镜监测非常重要,特别对肠上皮型 LSBE,尤伴有轻度异型增生者应 3~6 个月内镜复查一次,若连续两次内镜监测未发现异型增生或异型增生无进展,则可延长复查间隔至 1~2 年,而中、重度异型增生者应缩短复查间隔至 1~2 个月。

3. 其他癌前疾病 食管癌的癌前疾病还包括缺铁性咽下困难综合征(Plummer-Vinson syndrome)、掌跖角化症(Howell-Evans syndrome)和贲门失弛缓症等。

二、食管早癌

凡局限于食管黏膜内及黏膜下层的食管癌称为早期食管癌,包括原位癌(Tis)、黏膜内癌和黏膜下浸润癌(T₁),其自然生存率(未治疗)为 40%~70%。故及早发现和检出食管癌前病变,可有效预防和早期发现食管癌;一旦确诊为早期食管癌,应采取相应的治疗措施,以免贻误治疗时机。

食管癌是我国的常见恶性肿瘤之一,病因未明。食管鳞状上皮细胞增生和食管癌密切相关,食管癌高发区食管上皮增生的发生率较高,食管上皮增生特别是不典型增生应视为食管癌前病变,列为重点防治对象。

(一) 形态分类

凡局限于食管黏膜内及黏膜下层的食管癌称为早期食管癌,主要特征为局限性充血、浅表糜烂、粗糙不平黏膜浅表病变(图 1-2),与食管良性病变不易鉴别。有学者对高发区大样本高危人群行内镜检查后把早期食管癌形态分为 4 个类型

1. 充血型 病变区黏膜平坦,表现为小片状不规则充血,与正常黏膜界限不清,质脆,触之易出血,管腔壁蠕动正常。多经脱落细胞学普查发现,内镜检查容易遗漏。

2. 糜烂型 最常见,约占 45%;病变黏膜在充血基础上出现中央轻度凹陷,边界清晰,呈不规则的地图样,有点、片状糜烂或浅溃疡。表面覆薄苔,质脆,管腔尚柔软。

3. 斑块型 病变黏膜变白,表面轻度隆起,粗糙不平,呈颗粒样改变,质脆,较大病灶可伴有浅表溃疡。浸润深度较前两种深,但管壁扩张度正常。

4. 乳头型 最少见,约占早期食管癌的 3%;病变黏膜不规则增厚,呈乳头样,小结节息肉样隆起,直径小于 1cm,基底宽,表面充血、糜烂,偶有出血。