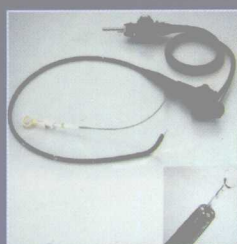


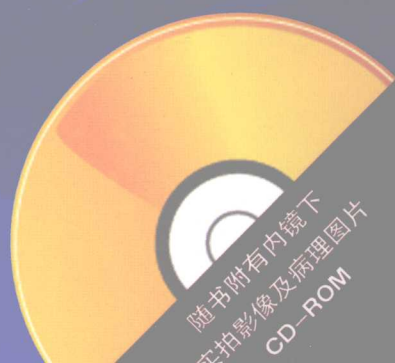
WEICHANGJING XIA CHANGJIANBING
XINGTAIXUE ZHENDUAN YU BINGLI (TUPU)

胃肠镜下常见病 形态学诊断与病理 (图谱)



主 编 王晓宇 袁 群

 人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

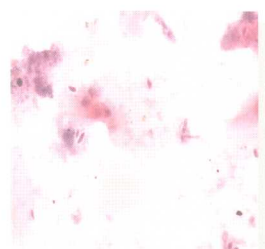
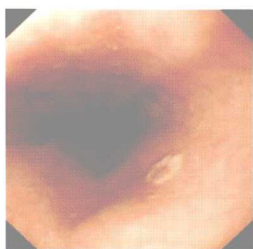


随书附有内镜下
实拍影像及病理图片
CD-ROM

胃内镜下常见病 形态学诊断与病理

(图谱)

主 编 王晓宇 袁 群



WEICHANGJING XIA CHANGJIANBING
XINGTAIXUE ZHENDUAN YU BINGLI
(TUPU)

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

胃肠镜下常见病形态学诊断与病理图谱 / 王晓宇, 袁群主编. — 北京: 人民军医出版社, 2008.8

ISBN 978-7-5091-1934-1

I. 胃... II. ①王... ②袁... III. 胃肠病—内窥镜检—病理学—图谱 IV. R573.02-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 093769 号

策划编辑: 杨德胜 王敏 文字编辑: 任海霞 责任审读: 黄栩兵

出版人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社

经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927270; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300-8065

网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 北京天宇星印刷厂

装订: 恒兴印装有限公司

开本: 787mm × 1092mm 1/16

印张: 10.5 字数: 236 千字

版、印次: 2008 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001 ~ 3000

定价: 129.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

| 内容提要

编者根据多年临床经验和资料的积累，精选近千幅常见胃肠疾病电子内镜检查所见的病变图片，对每幅图均配以详细的文字描述，针对内镜下病变表现类似、肉眼难于鉴别者，提供有组织学病理诊断图片，同时介绍了某些疾病的内镜治疗方法。本书内容丰富，图片清晰，并配有形态直观、视觉逼真的光盘，不仅适合消化内镜专职医师及各科临床医师参考，还可供医学院校作为教学辅导教材。

编著者名单

主 编 王晓宇 袁 群
副主编 王志强 王 静 隋立荣

编 委(以姓氏笔画为序)

王 静	煤炭总医院消化内科	主任医师
王志强	解放军第 301 医院消化内科	副主任医师
王秀兰	解放军第 306 医院消化内科	主管技师
王社论	解放军第 306 医院消化内科	主任医师
王晓宇	北京市第六医院消化内科	主任医师
王翠筠	北京市和平里医院消化内科	副主任医师
邓金玲	煤炭总医院消化内科	主管护师
年卫东	北京医科大学第一附属医院外科	副主任医师
朱彩虹	解放军第 306 医院消化内科	主管技师
闫 伟	北京市朝阳中医医院	主治医师
孙立斌	北京市第六医院病理科	主治医师
李 宏	北京市第六医院胃肠镜室	主管护师
李 巍	北京市友谊医院消化内科	主治医师
杨 欣	解放军第 306 医院消化内科	主治医师
吴继华	解放军第 306 医院病理科	主治医师
张文辉	解放军第 306 医院消化内科	住院医师
张建忠	解放军第 306 医院病理科	主任医师
周金莲	解放军第 306 医院病理科	副主任医师
郑 力	北京军区总医院消化内科	副主任医师
屈昌民	解放军第 306 医院消化内科	副主任医师
赵尔增	解放军第 306 医院病理科	副主任医师
袁 群	解放军第 306 医院消化内科	副主任医师
皋岚湘	北京军区总医院病理科	主任医师
曹艳菊	解放军第 306 医院消化内科	副主任医师
晨智敏	北京军区总医院胃肠镜室	副主任医师
盛剑秋	北京军区总医院胃肠镜室	副主任医师
梁淑文	解放军第 306 医院消化内科	副主任医师
隋立荣	北京市第六医院病理科	副主任医师
韩 英	北京军区总医院消化内科	主任医师
冀 明	北京市友谊医院消化内科	副主任医师

序

本书从新的角度书写，是一部写作视角与以往不同的“胃肠病图谱”，具有其新颖性，目录编写就令读者耳目一新。

编著本书的医师们数十年来一直从事消化内镜的诊断与治疗，积累了大量病例，结合自己的亲身实践，拍摄了大量质量优良、图像清晰的内镜彩色照片。这些照片不仅体现了对于病变位置、角度、光学、色彩等精湛的艺术摄影构思，而且展示了娴熟的内镜操作技术。只有这两种技术的完美结合，才能拍出高质量的内镜照片，体现了图谱不是简单的记录，而是一门医学艺术。

消化内镜医师必须掌握一定的组织病理学基础。本书编者把这些内镜照片与病理组织学图片加以对照，使胃肠镜的肉眼诊断更合理、更准确、更接近组织学，也更能加深读者对疾病的印象与认识，对提高广大内镜医师的病理组织学知识，必将起到很大的促进作用。

十分感谢作者对我的信任，让我先睹为快，为之作序。我十分乐意向从事消化内外科及消化内镜的医师们推荐此书。

衷心希望此书能成为同仁们进行医疗、教学的良师益友。

于中麟

2008年5月

前言

消化内镜已经有了一个多世纪的发展历史。消化内镜学，作为新兴学科在学术地位上也有了飞跃的提高，伴随着器械不断发展完善，技术队伍也在不断壮大，并趋于专业化。治疗内镜技术的扩展，要求诊断和治疗的内容更为广泛、丰富，更加细致入微。电子内镜的问世，使图像处理及分析愈加清晰、准确。与病理学的密切联系，是消化内镜在世界上推崇的发展趋势。

中华消化内镜学会于1991年成立，其宗旨是促进和支持消化内镜学这一门新兴学科在中国的进步与发展，使全中国人民的健康受益。同时，它作为一个主要核心来引导本学科学术水平的提高及操作技术的进步，使全中国的消化内、外科医师受益。

以于中麟教授、张齐联教授和李兆申教授为首的中华消化内镜学术委员会的委员们，为统一消化内镜对各种消化系疾病的诊断标准及规范化治疗技术，为制定消化内镜学的统一名词术语，做了大量的工作。1991年，这些努力首先得到了中华医学会总会名词审定委员会的承认，又于1993年取得了世界消化内镜组织名词术语及数据处理委员会主席Zdenek Maratka教授的承认。

世界消化内镜组织于1999年第4次扩充出版了《消化系统内镜学的名词术语、定义及诊断标准》。中华消化内镜学会于2001年正式加入亚太地区消化内镜学会，并成为理事成员，随后按照章程规定自动进入世界消化内镜组织，成为世界消化内镜组织的正式成员国后，于2002年得到版权许可，将此《标准》翻译、编辑、出版了中文版本。

为了进一步提高中国的消化内镜水平，达到与国际标准接轨，笔者参照中文版《消化系统内镜学的名词术语、定义及诊断标准(第4次扩充及插图版)》，根据消化内镜下肉眼观察胃肠道病变的形态学表现，即平坦、溃疡、隆起等病变表现特征，编写出版了本图谱。对某些病变不仅描述了治疗方法、器械使用及病变修复过程，为了对肉眼所见有更深入的理解，还对比配置了病理图片，并配有光盘。无论是消化内、外科医师、消化内镜专职医师，还是临床其他各科医师或在校医学生，都可以从这本图谱中找到参考，做出自己的正确判断。

感谢于中麟教授为本书作序，感谢江苏西格玛医用实业有限公司等单位对我们的大力支持。由于水平所限，编写不足之处恳请消化内镜专家、同道及广大读者批评指正。

编者

2008年5月

目 录

第1章 食管疾病的形态学诊断与病理 /1

第一节 正常食管 /1

第二节 食管平坦型病变 /2

- 一、食管黏膜良性平坦型充血性病变 /2
- 二、食管黏膜恶性平坦型充血性病变——食管黏膜内癌与原位癌 /7
- 三、食管薄膜状病变 /9
- 四、剥脱性食管炎 /9

第三节 食管溃疡型病变 /11

- 一、食管良性溃疡型病变 /11
- 二、食管恶性溃疡型病变——溃疡型食管癌 /13

第四节 食管隆起型病变 /13

- 一、食管良性隆起型病变 /13
- 二、食管恶性隆起型病变——进展期食管癌 /26

第五节 其他食管病变 /29

第2章 贲门疾病的形态学诊断与病理 /36

第一节 正常贲门 /36

第二节 贲门平坦型病变 /37

- 一、贲门良性平坦型充血性病变 /37
- 二、贲门恶性平坦型充血性病变——贲门黏膜内癌 /38

第三节 贲门溃疡型病变 /39

- 一、贲门良性溃疡型病变——贲门良性溃疡 /39
- 二、贲门恶性溃疡型病变——溃疡型贲门癌 /40

第四节 贲门隆起型病变 /41

- 一、贲门良性隆起型病变 /41
- 二、贲门恶性隆起型病变——贲门癌 /43

第五节 其他贲门病变 /44

第3章 胃疾病的形态学诊断与病理 /50

第一节 正常胃及胃黏膜 /50

第二节 胃平坦型病变 /52

- 一、胃良性平坦型充血性病变 /52
- 二、胃恶性平坦型充血性病变——早期胃癌 /56
- 三、斑驳状胃黏膜病变——萎缩性胃炎 /58
- 四、胃黏膜黄斑瘤 /59
- 五、腐蚀性胃黏膜病变 /60

第三节 胃溃疡型病变 /60

- 一、胃良性溃疡型病变 /60
- 二、胃恶性溃疡型病变 /65

第四节 胃隆起型病变 /67

- 一、胃良性隆起型病变 /67
- 二、胃恶性隆起型病变 /78

第五节 其他胃病变 /84

第4章 十二指肠疾病的形态学诊断与病理 /93

第一节 正常十二指肠 /93

第二节 十二指肠平坦型病变 /94

- 一、十二指肠平坦型充血性病变 /94

二、十二指肠平坦型非充血性病变 /95

第三节 十二指肠溃疡型病变 /96

一、十二指肠良性溃疡型病变 /96

二、十二指肠恶性溃疡型病变 /102

第四节 十二指肠隆起型病变 /103

一、十二指肠良性隆起型病变 /103

二、十二指肠恶性隆起型病变 /108

第5章 大肠疾病的形态学诊断与病理 /111

第一节 正常大肠 /111

第二节 大肠平坦型病变 /113

一、大肠炎性病变 /113

二、大肠黏膜黑变病 /115

三、缺血性大肠病变的早期表现 /116

第三节 大肠溃疡型病变 /118

一、大肠良性溃疡型病变 /118

二、大肠恶性溃疡型病变——大肠癌 /127

第四节 大肠隆起型病变 /130

一、大肠良性隆起型病变 /130

二、大肠恶性隆起型病变 /141

第五节 其他大肠病变 /148

一、大肠憩室 /148

二、大肠血管性病变 /149

三、大肠寄生虫 /152

四、大肠肿瘤根治术后吻合口 /152

五、阑尾病变 /153

六、结肠息肉电切除术后创面或残端迟发性出血 /154

第 1 章 食管疾病的形态学诊断与病理

第一节 正常食管

食管位于脊柱前，气管后，全长约 25cm，上端距门齿 15cm，下端距门齿 40cm。

食管有 3 个生理性狭窄。①第一个生理性狭窄：距门齿 15cm，即食管入口处，为环咽肌收缩所致。②第二个生理性狭窄：距门齿约 23cm，即支气管与主动脉弓交叉处，为二者横跨压迫所致。③第三个生理性狭窄：距门齿 40cm，即横膈食管裂孔处，受膈脚压迫而成，又称贲门，此处黏膜可见粉红色食管鳞状上皮与橘红色胃黏膜柱状上皮交界处，称为齿状线。

以上狭窄部位常是异物嵌顿处，也是肿瘤的好发部位。

内镜下食管分为上、中、下三段。①上段：从食管入口处至气管交叉点，距门齿 15～23cm；②中段：距门齿 23～32cm；③下段：距门齿 32～40cm。

以上分段对病变定位有一定意义。

食管的解剖及组织结构如图 1-1～1-6 所示。

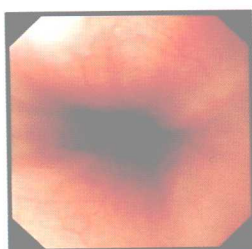


图1-1 食管上段：距门齿 15～23cm，从食管入口处第一个生理性狭窄至气管交叉点（即第二个生理性狭窄），黏膜光滑，略可见散布毛细血管网



图1-2 食管中段：距门齿 23～32cm，9 点-12 点处可见管壁外由于主动脉弓与主支气管交叉所致的管腔内凹陷性切迹，即第二个生理性狭窄，3 点-4 点处可见管壁外脊柱椎体压迫管腔所致的串珠状坡状微隆起

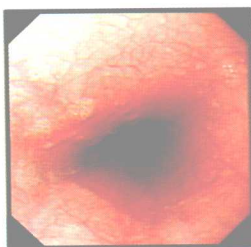


图 1-3 食管中段的毛细血管网比上段可见度密集

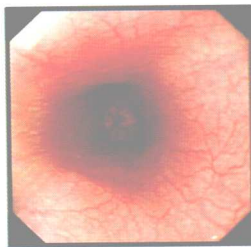


图1-4 食管下段：距门齿 32～40cm，毛细血管网显得更加清晰、密集，呈栅状排列。距门齿 40cm 处可见食管的出口，即贲门齿状线，为食管的第三个生理性狭窄



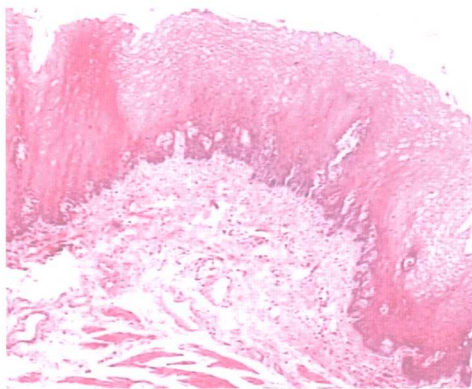


图1-5 正常食管大体标本组织结构:(自上至下)黏膜(被覆复层鳞状上皮)、黏膜下层及肌层(HE, ×100)

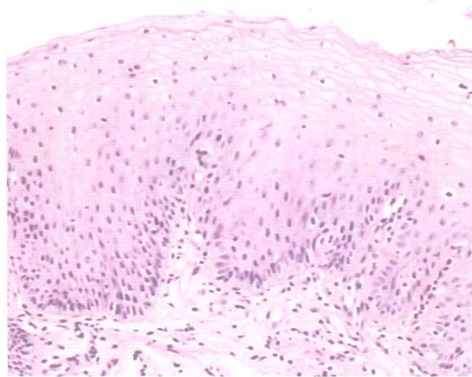


图1-6 正常食管黏膜活检病理切片:一般仅见黏膜和黏膜下层,偶见肌组织(HE, ×100)

第二节 食管平坦型病变

一、食管黏膜良性平坦型充血性病变

(一) 食管黏膜局部充血性病变

1. 食管黏膜局部炎症 饮用温度较高的饮品、进食麻辣烫等刺激性食物,会对食管局部甚至整个食管黏膜产生浅层烧灼性损伤,导致局部或全部食管黏膜充血、水肿等炎症性反应,如图1-7,图1-8所示。

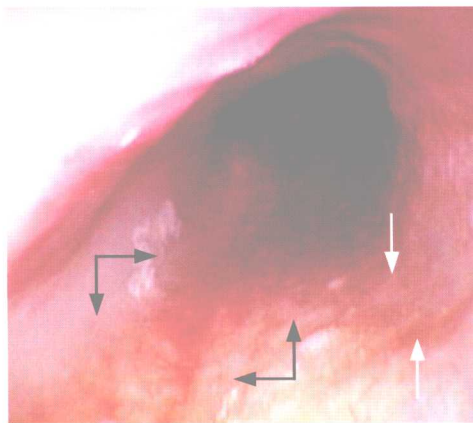


图1-7 食管中段局部见2条长约2cm、宽约1cm的纵行、条索状不均匀充血痕。活检病理证实:急性食管炎

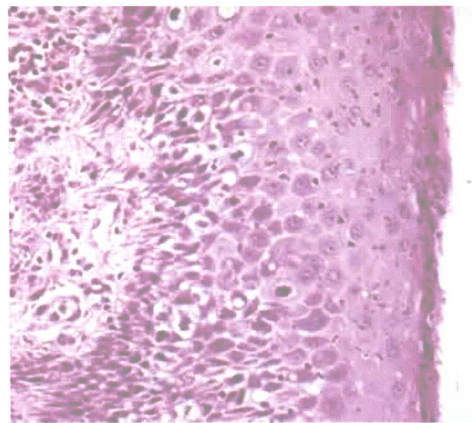


图1-8 急性食管炎:食管黏膜下层中性粒细胞增加及中性粒细胞浸润到右边的鳞状细胞黏膜层(HE, ×100)



2. 食管黏膜局部真菌感染性病变 体弱多病、抵抗力下降的老年人，糖尿病、爱滋病、营养不良患者，化疗中的肿瘤患者及应用广谱抗生素和免疫抑制药的患者，容易因体内菌群紊乱而出现食管真菌感染性病变如图 1-9~1-11 所示。

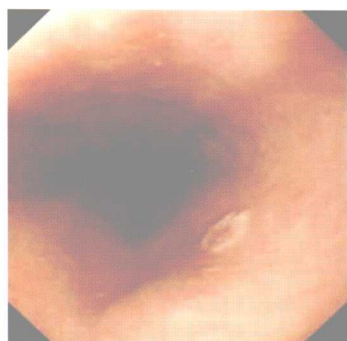


图1-9 食管中段局部4点处可见直径0.3cm的环形白色膜状病变，刷检证实是真菌感染性病变

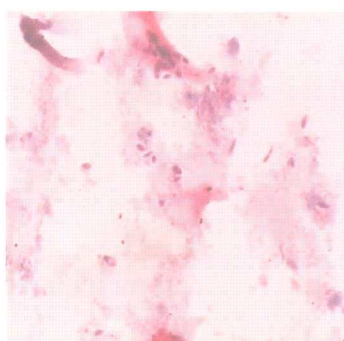


图1-10 食管刷检:可见少许芝麻仁样真菌孢子(HE, × 100)

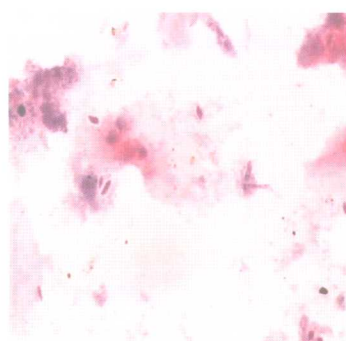


图1-11 食管刷检:可见少许竹节状真菌菌丝,并见少量芝麻仁样真菌孢子(HE, × 100)

3. 食管胃黏膜异位 食管胃黏膜异位症，在胃镜检查中有时很容易漏诊。在常规胃镜检查操作中，进退胃镜时，不能着急，应缓慢插入与退出，注意观察食管全周黏膜的颜色改变，如观察到边界清楚的圆形或椭圆形粉红或深红色区域，应咬取黏膜活检送病理做组织学检查。病理报告如为胃黏膜，有柱状上皮覆盖，其下方有胃底腺体组织，则可诊断为食管胃黏膜异位，如图 1-12~1-15 所示。发现率的高低与胃镜检查经验、警惕性和操作技术的熟练程度有关。



图1-12 食管下段齿状线上3cm, 9点位可见大小约0.5cm × 0.5cm的圆形橘红色黏膜, 表面光滑

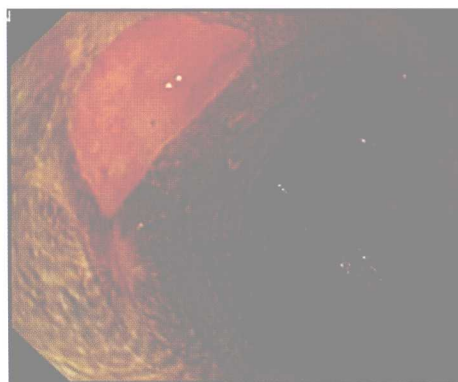


图1-13 对食管黏膜行卢戈碘染色后,可见病灶处为不染区

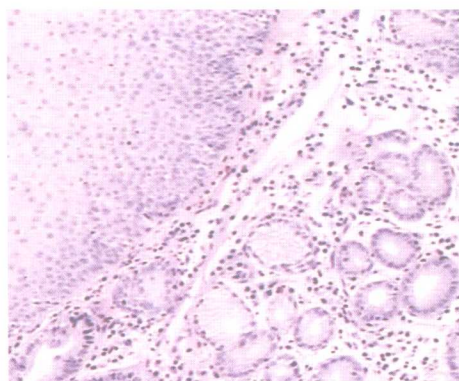


图 1-14 食管胃黏膜异位:食管黏膜下层(左上)见胃黏膜组织(右下)(HE, × 100)

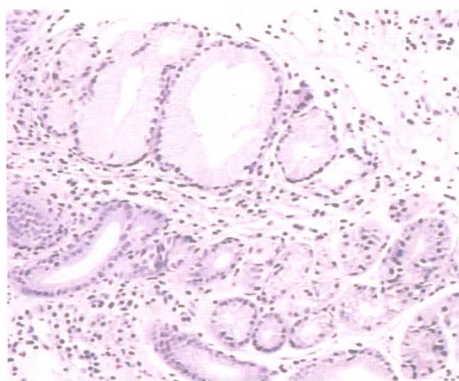


图 1-15 食管胃黏膜异位:食管黏膜下层(左上)的胃黏膜组织内见少量胃底腺(右下)(HE, × 100)

（二）胃食管反流病

胃食管反流疾病(gastroesophageal reflux disease, GERD):是指胃内容物异常反流至食管而引起慢性症状和(或)组织损伤。与之相关的典型症状是胃灼热(烧心)和反酸。

1. GERD 的定义

(1) 2003 亚太地区胃食管反流疾病会议(Asian-Pacific Consensus Conference on GERD, APCCG)定义:会议将有黏膜破损的胃食管反流疾病定义为由胃食管反流所致,食管黏膜出现任何长度的破损;将无黏膜破损的胃食管反流疾病定义为胃食管反流导致出现典型的症状,包括胃灼热(烧心)和反酸以及胸痛和食管外表现(咳嗽、哮喘、声音嘶哑等),而在内镜下没有食管黏膜破损的表现。

(2) 欧洲 Genval 工作组定义:GERD 患者应包括因胃食管反流而面临出现临床并发症风险的患者和出现与反流有关的症状伴或不伴有明显临床损伤的患者。

(3) 胃食管反流病的蒙特利尔全球共识:指胃内容物反流所引起的一系列不适症状或并发症。轻度症状每周发作 2 次或以上,中或重度症状每周发作 1 次以上,通常被认为患者有不适症状。这一定义的主要特点在于依靠患者的主观感受,而非外部的仪器检测来进行诊断。

2. GERD 的分类

(1) 反流性食管炎(reflux esophagitis, RE):内镜检查食管有黏膜破损。

(2) 非糜烂性或内镜阴性的胃食管反流疾病(non-erosive GERD, non-erosive reflux disease, negative-endoscopy reflux disease, NERD):普通内镜检查食管没有黏膜破损。目前尚无诊断金标准。

(3) Barrett 食管(Barrett's esophagus, BE):食管下段复层扁平上皮(复层鳞状上皮)被化生的单层柱状上皮所代替,可伴有肠化或无肠化。

3. RE 的分级

(1) 洛杉矶分级。A 级:食管可见一个或一个以上黏膜破损,长度小于 5mm(局限于一个黏膜皱襞内);B 级:食管可见一个或一个以上黏膜破损,长度大于 5mm(局限于一个黏膜

皱襞内),且病变没有融合;C级:食管黏膜破损病变有融合,但是小于食管管周的75%;D级:食管黏膜破损病变有融合,且大于食管管周的75%。

(2) 烟台会议分级。0级:黏膜正常(可有组织学改变);I级:黏膜呈点状或条状发红、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;III级:病变广泛,发红、糜烂融合呈全周性,或溃疡。检查报告必须注明:各病变部位(食管上、中、下段)和长度;狭窄部位、直径和程度;Barrett食管改变部位;有无食管裂孔疝。

4. RE的病理改变 ①食管鳞状上皮增生,包括基底细胞增生超过3层和上皮延伸;②黏膜固有层乳头向表面延伸,达上皮层厚度的2/3,浅层毛细血管扩张,充血和(或)出血;③上皮层内中性白细胞和淋巴细胞浸润;④黏膜糜烂或溃疡形成,炎细胞浸润,肉芽组织形成和(或)纤维化;⑤胃食管连接处以上出现Barrett食管改变。

5. RE的治疗

(1) 治疗目的:减轻或消除症状;防治并发症;预防复发。

(2) 一般治疗:抬高患者床头,戒烟酒,低脂、低糖饮食,避免饱食。

(3) 药物治疗:①推荐递减法(step down),开始用质子泵抑制药标准剂量或双倍剂量,治疗8周,改成维持治疗,维持治疗可用小剂量质子泵抑制药或治疗量 H_2 受体拮抗药,每天服药,至少6个月。维持治疗也可以采用按需服药方法。②I级患者可首选 H_2 受体拮抗药或 H_2 受体拮抗药联合促动力药。

(4) 内镜治疗:有条件的医院可以进行。内镜下贲门缝扎术目前已在国内部分医院开展,取得了一定疗效,远期疗效尚需经大量临床病例验证。

(5) 外科治疗:内科正规治疗有效但不愿终身服药者、无效者或有并发症者可慎重选择外科抗反流手术或腹腔镜下胃底折叠术。

胃食管反流疾病形态学与病理改变如图1-16~1-26所示。

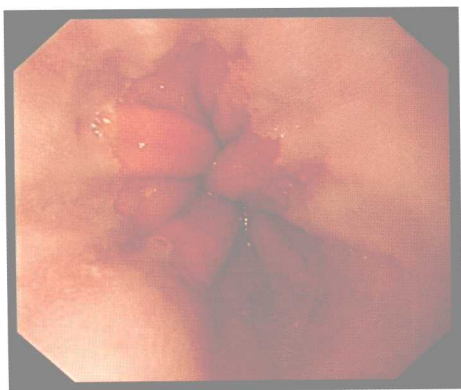


图1-16 食管下段齿状线上2点位可见一条大小约0.2cm × 0.5cm条形红斑(黏膜破损)

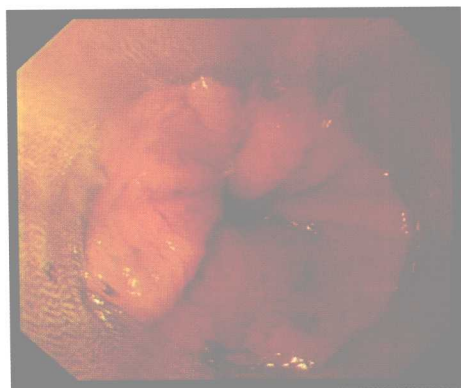


图1-17 予食管行卢戈碘染色后,条形病灶处呈淡染



图 1-18 食管下段齿状线上 2 点、4 点位可见两条大小约 $0.2\text{cm} \times 1.5\text{cm}$ 条形红斑 (黏膜破损), 病灶相互之间没有融合



图 1-19 对食管黏膜行卢戈碘染色后, 条形病灶处呈淡染



图 1-20 食管下段齿状线上 1 点、4 点、7 点、11 点位可见四条条形红斑 (黏膜破损), 病灶相互之间有融合, 但小于食管全周的 75%

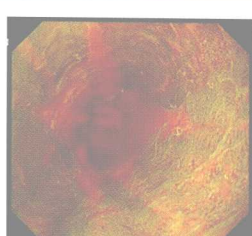


图 1-21 对食管黏膜行卢戈碘染色后, 条形病灶处呈淡染

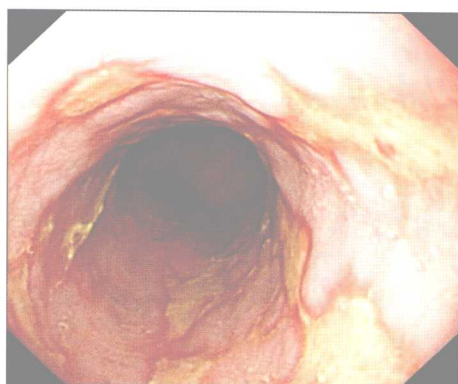


图 1-22 食管下段齿状线上方可见融合全周的糜烂, 表面覆薄白苔

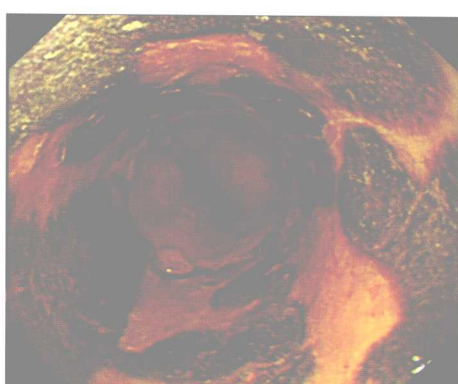


图 1-23 对食管黏膜行卢戈氏碘染色后, 可见病灶融合大于食管全周的 75%

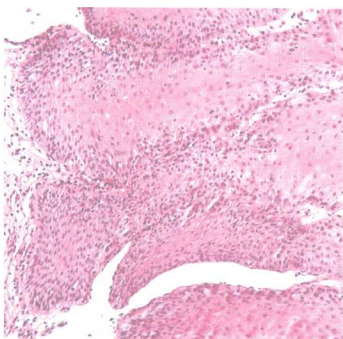


图 1-24 反流性食管炎——食管黏膜组织, 被覆上皮增厚, 上皮基底细胞层增厚, 黏膜固有层乳头延长。上皮层及黏膜固有层见炎细胞浸润 (HE, $\times 40$)

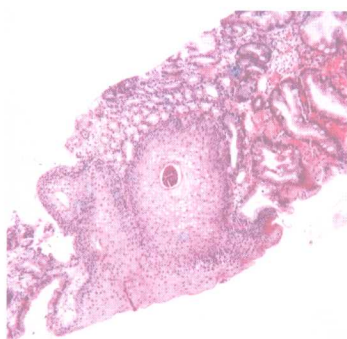


图 1-25 Barrett 食管——食管黏膜组织, 图中间部分为被覆复层鳞状上皮, 其两侧为化生的单层柱状上皮被覆 (HE, $\times 40$)

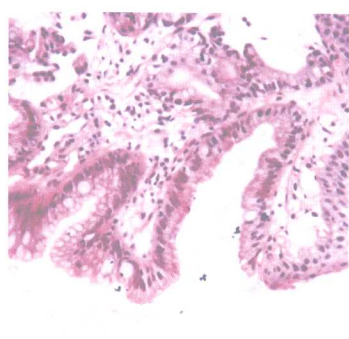


图 1-26 左图高倍——化生的柱状上皮呈绒毛状结构, 由杯状细胞和柱状细胞构成。黏膜固有层慢性炎细胞浸润 (HE, $\times 100$)

二、食管黏膜恶性平坦型充血性病变——食管黏膜内癌与原位癌

食管癌病人生存的关键在于早期诊断。早期患者仅有一般非特异性症状或无症状。对有胸骨后不适、咽部异物感等早期症状者，更应定期检查，以便早期诊断。食管癌在我国发病率较高，近年来一些条件好的医疗单位，在早期诊断方面进行了生化、免疫、癌基因、单克隆抗体等多方面研究，但仍未有理想的诊断方法。目前仍然依靠临床症状结合X线食管吞钡检查、胃镜及食管拉网脱落细胞学三者联合诊断。

食管癌的早期诊断，重要的是提高对早期食管癌的认识，特别是“一点癌”，由于其和良性炎症的增生、糜烂很难鉴别，所以容易漏诊。早期食管癌胃镜下最多见的形态为点片状充血、糜烂，其次为颗粒样增生，如若警惕性不够，常易做出食管炎的诊断。胃镜检查中遇到糜烂、颗粒样改变、黏膜不光整或剥脱样充血、粗糙、易出血等表现，均提示恶性可能，应注意病变区和临近黏膜的辨认及全貌观察，多方位活检、刷检、咬刷检结合应用，有利于提高阳性率。使用卢戈碘染色，有利于提高确诊率。

胃镜插入食管入口后，向下插入的速度一定不能图快，要仔细观察，否则容易漏掉0.1~0.2cm的微小病变。下面几张图片介绍的小片充血红斑，就是食管黏膜内癌与原位癌，如图1-27~1-39所示。

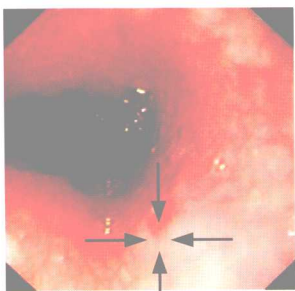


图1-27 食管中段5点处见直径0.2cm的微凹陷小片充血红斑，边界清晰，外缘0.1cm宽的周围黏膜水肿性微隆起。活检病理结果证实是：食管鳞状上皮黏膜内癌

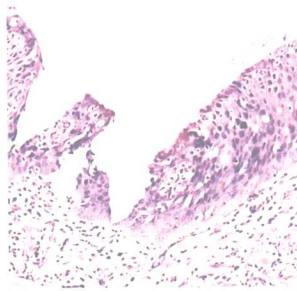


图1-28 食管鳞状上皮黏膜内癌：少部分癌细胞侵入黏膜固有膜，但未穿透黏膜肌层(H&E, ×40)

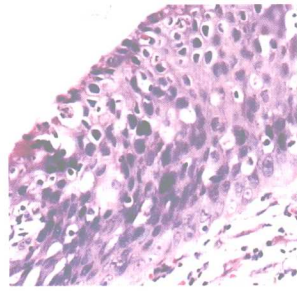


图1-29 此图为左图高倍 (H&E, ×100)

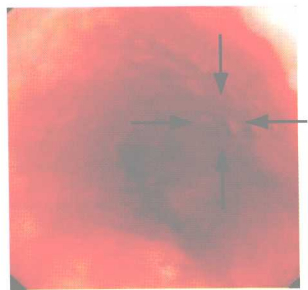


图1-30 食管下段1点-3点处见直径0.3cm的小片充血红斑，边界尚清晰，外缘的上皮黏膜似有不均匀灰色微颗粒状小隆起

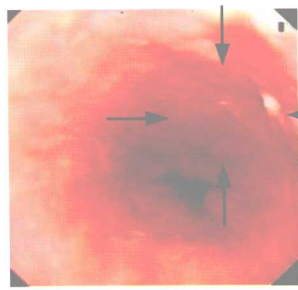


图1-31 左图更近距离观察：小片充血红斑的边缘呈星状毛刺样。活检病理结果证实是：食管鳞状上皮黏膜内癌