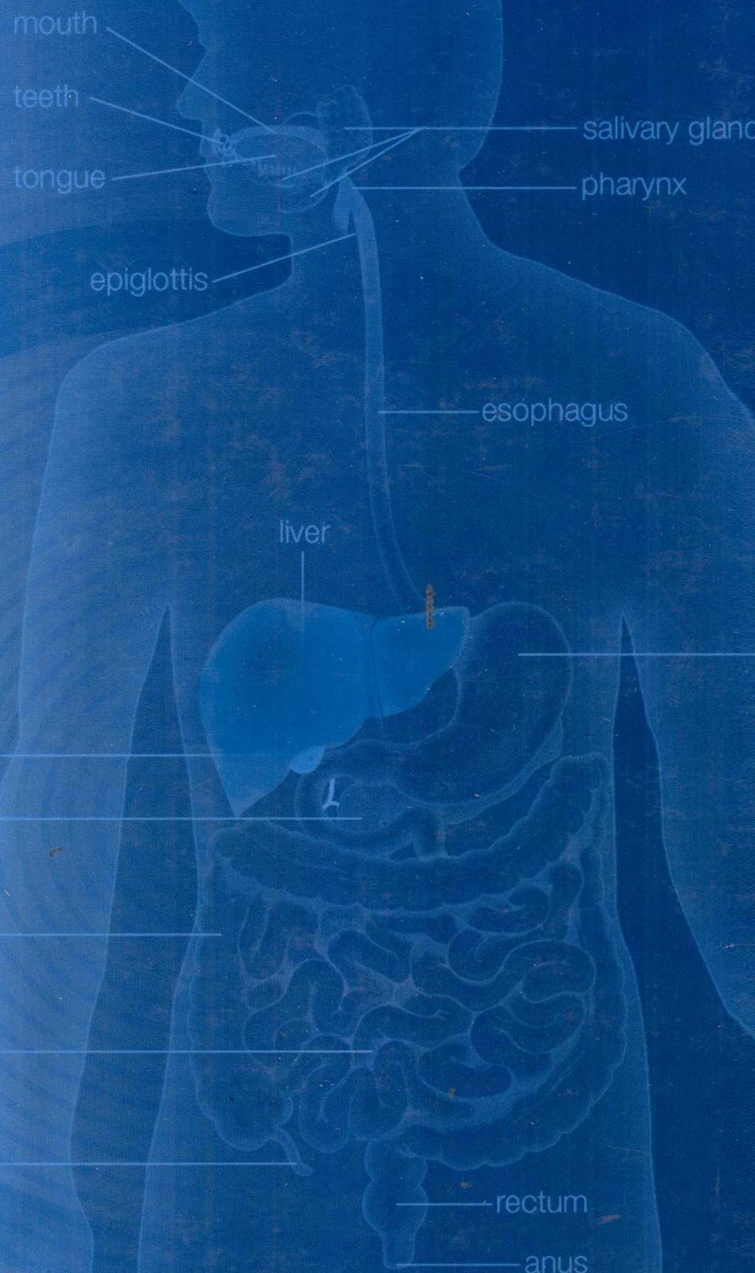
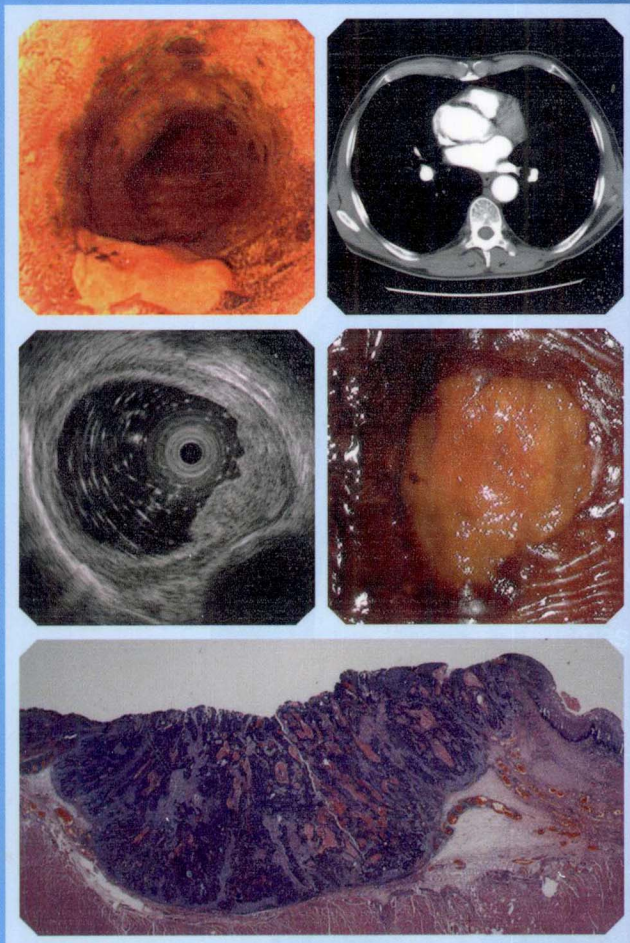


消化道肿瘤 内镜诊断学

Gastrointestinal Endoscopic Diagnosis

主编

王贵齐 金震东 周纯武 吕 宁



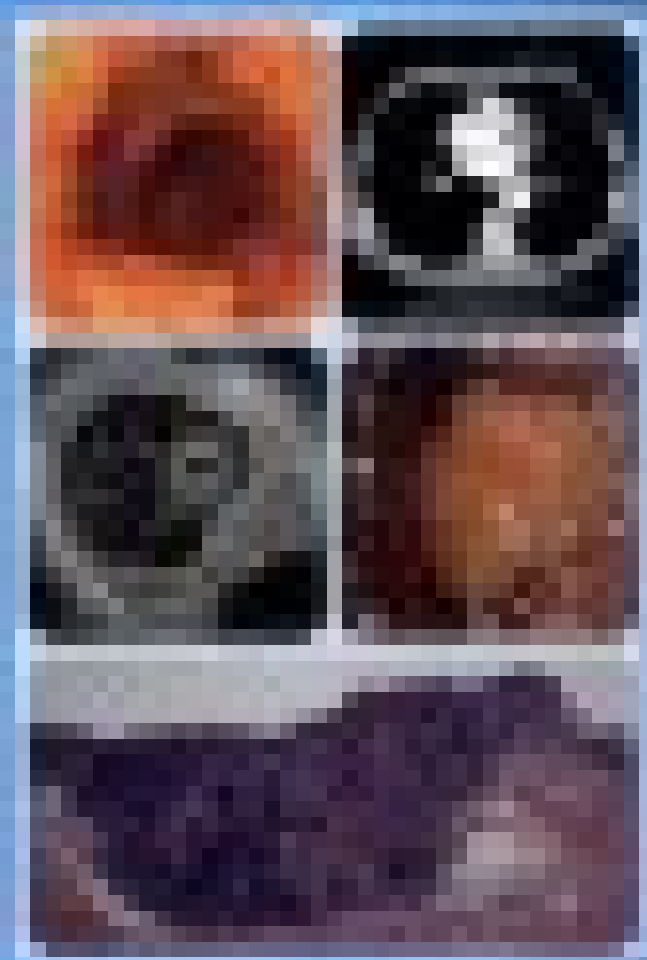
人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

消化道肿瘤 内镜诊断学

Gastrointestinal Endoscopic Diagnosis

主编

王 强 王 强 王 强 王 强 王 强



人民卫生出版社

消化道肿瘤内镜诊断学

Gastrointestinal Endoscopic Diagnosis

名誉主编 李兆申 张齐联 陆星华

主 编 王贵齐 金震东 周纯武 吕 宁

副主编 蒋力明 薛丽燕 张月明

编委会名单（以姓氏笔画为序）

王大力	中国医学科学院肿瘤医院胸外科	周纯武	中国医学科学院肿瘤医院诊断科
王成锋	中国医学科学院肿瘤医院腹部外科	赵东兵	中国医学科学院肿瘤医院腹部外科
王贵齐	中国医学科学院肿瘤医院内镜科	贺 舜	中国医学科学院肿瘤医院内镜科
田艳涛	中国医学科学院肿瘤医院腹部外科	秦秀敏	中国医学科学院肿瘤医院内镜科
吕 宁	中国医学科学院肿瘤医院病理科	桓海强	中国医学科学院肿瘤医院内镜科
刘 勇	中国医学科学院肿瘤医院内镜科	徐 灿	第二军医大学附属长海医院消化内科
李晓燕	中国医学科学院肿瘤医院内镜科	高树庚	中国医学科学院肿瘤医院胸外科
李智宇	中国医学科学院肿瘤医院腹部外科	郭会芹	中国医学科学院肿瘤医院细胞学室
肖泽芬	中国医学科学院肿瘤医院放疗科	崔修铮	中国医学科学院肿瘤医院腹部外科
邹霜梅	中国医学科学院肿瘤医院病理科	蒋力明	中国医学科学院肿瘤医院诊断科
张 玲	第二军医大学附属长海医院消化内科	程贵余	中国医学科学院肿瘤医院胸外科
张月明	中国医学科学院肿瘤医院内镜科	解亦斌	中国医学科学院肿瘤医院腹部外科
张建伟	中国医学科学院肿瘤医院腹部外科	窦利州	中国医学科学院肿瘤医院内镜科
张智慧	中国医学科学院肿瘤医院细胞学室	薛丽燕	中国医学科学院肿瘤医院病理科
金震东	第二军医大学附属长海医院消化内科		

学术秘书 张月明

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

消化道肿瘤内镜诊断学/王贵齐等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2011. 12

ISBN 978-7-117-14269-4

I. ①消… II. ①王… III. ①消化系统疾病: 肿瘤—
内窥镜检 IV. ①R735.04

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 198179 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

消化道肿瘤内镜诊断学

主 编: 王贵齐 金震东 周纯武 吕宁

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: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 37

字 数: 1172 千字

版 次: 2011 年 12 月第 1 版 2011 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-14269-4/R · 14270

定 价: 258.00 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销售中心联系退换)

主编简介



王贵齐 教授、主任医师、博士生导师，1986年毕业于哈尔滨医科大学，1996年获北京医科大学博士学位，1998年在中国协和医科大学肿瘤学博士后流动站工作。在2004—2008年间先后在荷兰阿姆斯特医学院内镜中心、美国国立癌症研究所、德国汉堡 Eppendorf 大学医学院内镜外科、美国宾夕法尼亚大学医学院胃肠学部内镜中心、日本北里大学医学院、日本国立癌症医院内镜中心做访问学者。

现任中国医学科学院肿瘤医院内镜科主任，卫生部癌症早诊早治项目专家委员会食管癌/贲门癌专家组组长，卫生部癌症早诊早治项目专家委员会胃癌/肺癌专家委员会委员，中华医学会消化内镜委员会委员，中国医师学会消化内镜委员会常委，中华医学会消化内镜委员会超声学组副组长，中华医学会消化内镜委员会外科学组委员，中华医学会北京分会消化内镜专业委员会委员，《中华消化内镜杂志》编委，《中国消化内镜》编委，《肿瘤研究与临床》编委。

在食管镜、胃镜、结肠镜、十二指肠镜、支气管镜、鼻咽喉镜、胰胆管镜、超声内镜（EUS）检查及治疗等方面具有丰富的临床经验，主要从事消化道肿瘤的早期诊断与治疗、中晚期肿瘤的内镜下减症治疗。长期在食管癌高发区开展食管癌/贲门癌的早诊早治工作及肿瘤微创治疗研究工作，在食管黏膜切除术、氩离子凝固治疗、多环黏膜套扎切除术（MBM）、内镜下黏膜下层剥离术（ESD）、射频消融术（RFA）等方面具有较为丰富的临床经验。

曾在国内外发表论文 50 余篇，专著 1 部，获得中华医学科技奖二等奖、校级及省级成果奖 4 项，国家发明专利 1 项，成果转让 1 项。目前已培养硕士研究生 8 名，在读博士研究生 3 名。

主编简介

金震东 教授、主任医师、博士生导师。现任第二军医大学附属长海医院消化内科副主任，担任第十七届国际超声内镜大会执行主席，中华医学会消化内镜学分会委员兼秘书长，中国医师协会消化分会执委，中华医学会超声内镜学组组长，上海市医学会消化内镜专业委员会副主任委员，上海市医学会超声内镜学组组长。主要从事超声内镜在消化系疾病的应用研究和胰腺癌的早期诊断与介入治疗。2006 年出版《消化超声内镜学》专著。



主编简介



周纯武 教授、主任医师、博士生导师。1978年毕业于中国医科大学医学系，现任中国医学科学院肿瘤医院影像诊断科主任，中华医学会放射学分会常务委员，中华医学会放射学分会第十二届委员会乳腺学组组长，中华放射医师协会北京分会主任委员，中国医学影像技术研究会放射学分会常务委员，中国癌症基金会介入医学委员会组织委员会副主任委员，《中国医学影像技术》和《中国肿瘤影像学》杂志副主编，《中华放射学杂志》、《临床放射学杂志》、《放射学实践》等多种杂志编委。1995年至2006年曾任中国医学科学院肿瘤医院临床副院长。1997年享受国务院政府特殊津贴。

周纯武教授从事肿瘤影像诊断、科研和教学工作30余年，在肿瘤及疑难疾病的诊断及鉴别诊断方面积累了丰富的临床经验。作为课题负责人主持完成了国家“九五”攻关课题、“十一五”国家支撑计划课题和“八六三”攻关课题各1项；参与完成了“九五”、“十五”攻关课题各2项。作为第一作者或通讯作者在国内杂志发表专业学术论文60余篇，参加多部医学专著的编写，其中主编2部，副主编1部。

主编简介

吕宁 教授、主任医师、博士生导师。现任中国医学科学院肿瘤医院病理科主任。1982年毕业于北京大学医学部（原北京医科大学）。从事肿瘤诊断病理学临床工作，擅长淋巴瘤、食管癌及头颈肿瘤病理诊断。

现任专业学术兼职：中华医学会病理学分会委员，中国抗癌协会肿瘤病理专业委员会副主任委员，中国抗癌协会淋巴瘤专业委员会委员，中国医师协会病理科医师分会委员；卫生部癌症早诊早治项目食管癌及胃癌专家组专家委员会委员；中央保健委员会会诊专家；《中华病理学杂志》、《诊断病理学杂志》、《世界华人消化杂志》编委。

承担和负责多项科研项目：在中国食管癌研究方面，1999—2009年在中美合作食管癌早期诊断研究中担任中方病理诊断负责人，2000—2008年3次赴美国NCI/NIH任客座研究员参与食管癌基础研究，2003年、2006年、2008年多次获国家自然科学基金资助；所参与的食管研究项目曾获1996年卫生部科技进步二等奖、1998年国家“八五”科技攻关重大科技成就奖；在国家973、863等重大科研项目中承担重要工作；近10年发表论文30余篇，参编专著2部，主译专著1部。



消化道肿瘤是严重危害人类健康的疾病。对于不同病种、不同分期的患者，应采取不同的治疗措施，同时，这些病人的预后也不尽相同。为了实现合理选择治疗方案、正确评估预后，消化道肿瘤治疗前的诊断及精确分期就显得至关重要。消化内镜及超声内镜在消化道肿瘤诊断方面有着其他检查不可比拟的优越性，当然，内镜及超声内镜诊断也有其局限性。因此，临床医生要获得准确的诊断，需要多种检查的相互补充。这本《消化道肿瘤内镜诊断学》正是基于此，以内镜诊断为基点，同时结合影像学及病理学诊断，为消化道肿瘤的分型、分期提供最直观的依据。

本书独辟蹊径，以经典病例为切入点，带领我们去认识消化道肿瘤，并配以专家对不同病例的点评，点评的内容专业、严谨，点评的语言简明、清晰。每个病例如同经过细心雕刻的艺术品，不可不谓之独具匠心。

我很荣幸地拜读了《消化道肿瘤内镜诊断学》的复印稿，深知本书的编者一定付出了极大的努力，他们是在总结自己宝贵临床经验的基础上，精心挑选、仔细收集、谨慎编排，使本书充分体现了其临床实用性。我衷心的祝贺本书顺利与读者见面，并非常愿意向广大内镜工作者推荐本书。



中华医学会消化内镜专业委员会主任委员
第二军医大学长海医院消化内科主任

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, connected strokes.

2011年10月

序 二

消化内镜自 20 世纪 70 年代应用于我国临床，目前已成为消化系统疾病重要的诊疗手段，特别是在消化道肿瘤诊断与治疗方面有其较为重要的作用。

王贵齐教授长期从事肿瘤外科专业工作，13 年前开始进行内镜的学习及临床工作，通过自身的不断努力，在临床实践过程中积累了较为丰富的病例资料，作者经过悉心挑选整理成集，同时邀请影像科及病理科专家，针对内镜及超声内镜在消化道肿瘤诊断中的局限性加以点评。不管是消化道肿瘤的常见病，还是罕见病，都有一定代表性的病例加以诠释。古人云“多则惑”，我最欣赏本书的一点就是，编者能以简洁而翔实的语言加以描述，具有代表性的图片加以佐证，在众多的消化内镜图谱中独树一帜。读完这本书最明显的感觉就是内容编排条理清晰，病例具有教学意义。

本人有幸先睹此书，现将其推荐给广大的消化内镜、影像及病理等临床工作者们。因为它不仅在消化道肿瘤内镜诊断方面给予大家帮助，同时，通过认识病变的影像学及病理学改变让广大读者对这些病变有全面而深刻的认识。



中华医学会消化内镜分会名誉主任委员
北京医科大学第一医院外科教授

王贵齐

2011 年 10 月

我国是食管癌和胃癌高发地区，消化道肿瘤位居我国恶性肿瘤发病和死亡的首位，因此，提高消化道肿瘤的诊疗水平不但可以使病人受益，同时也极具社会意义。消化道肿瘤在医疗诊治过程中，首先要面对的一个问题就是精确诊断。之所以说是精确诊断，是因为目前在肿瘤治疗中特别重视肿瘤分期的概念，只有有了精确的分期才有可能为不同患者选择出最合适的治疗方案。

从直观观察病变形态、精确分期到病理诊断，消化内镜在消化道肿瘤诊断中有其不可替代的作用。随着内镜设备与技术的不断更新和发展，使内镜及超声内镜在消化道肿瘤的诊治中有了大展身手的舞台。例如，对于消化道早期癌，通过内镜活检明确诊断，超声内镜结合其他影像学技术进行分期，让许多消化道早期癌的患者通过内镜下的微创技术得到有效的治疗，在取得与外科手术一样的治疗效果时，也提高病人的术后生活质量，实现医疗资源的优化配置，具有较好的社会效益；对于中晚期消化道肿瘤，超声内镜及其引导下穿刺也越来越受到临床医生的“青睐”，它能为临床医生在判断病人手术适应证、术式及是否需要辅助治疗等方面提供较为丰富翔实的临床依据，进行个体化治疗。

当然，目前单纯依据内镜诊断要想达到精确诊断与分期是不现实的，临床上还需要结合影像学、病理学资料进行综合判定。《消化道肿瘤内镜诊断学》正是基于这个出发点，它没有局限于内镜专业知识，而是邀请各相关专业的专家共同进行分析。编者这种构思正是旨在以科学的态度，从消化道肿瘤诊断与精确分期的技术要求出发，既要精通消化内镜及超声内镜专业知识，又要熟练掌握各相关专业的知识，才能达到精确分期的目的，归根结底是要让病人受益。这本书消化道肿瘤病种齐全，图文并茂，严谨求实，而又不失简洁、清新。全书让我感受到了编者的诚恳之情，也体会到了他们的良苦用心，深感它是一本有教学意义的好书。不但适合于广大消化内镜专业工作人员，对于从事消化道肿瘤相关专业的医务工作者也能从中获益。因此，诚恳为之作序，特此推荐，不妥之处，敬请指正。



北京市消化内镜专业委员会主任委员
北京协和医院消化内科教授

陆明华

2011年10月

前 言

消化道肿瘤是严重危害人类健康的疾病。据统计,平均每小时就有 120 个中国人罹患消化道肿瘤。与此同时,中国人消化道肿瘤的无进展生存和总体生存都低于欧美平均水平。造成这种情况的主要原因之一就是很多患者未能及早诊断或者不能进行治疗前的精确分期,以致错过最佳治疗时间或者无法选择恰当的治疗策略。而消化内镜和超声内镜是消化道肿瘤诊断与分期的重要方法之一,它们在消化道肿瘤诊断与治疗中发挥着较为重要的作用。

本书以典型病例的形式,介绍消化道常见肿瘤的诊断,尤其是内镜及超声内镜的诊断要点。典型病例的内容包括内镜图像、超声内镜图像、影像学图片、大体病理照片及组织学图片,同时邀请了相关领域专家进行点评。本书病例丰富,病种齐全,图文并茂。为内镜医生提供集内镜、超声内镜、影像学、大体标本、组织诊断学为一体的系统而全面的专著,建立内镜-影像诊断-病理-肿瘤外科多学科体系,避免孤立、片面地依据某项检查做出诊断。一方面有助于提高内镜医生、影像诊断医生对消化道肿瘤的诊断及鉴别诊断能力,另一方面为肿瘤外科医生制定治疗策略提供可靠的依据。

这本书更多的是一个医生的学习笔记,作者 13 年前开始从事内镜及超声内镜学习和临床工作,在张齐联教授及陆星华教授等专家的言传身教下,在各位同道的鼎力支持下,在各相关学科老师的帮助下,逐步积累了一定的经验,并有所心得。作者将自己在学习过程中遇到的问题、发生的错误坦诚地与读者分享,希望读者在今后的工作当中,少走弯路,能够从中汲取您所需的营养,对您的职业成长有所帮助,这正是作者出版这本书的初衷。

在编写过程中,每位编者都投入了极大的热情及精力,从图片选择、采集、处理到文字编写、修改及整理都精挑细选、仔细斟酌,希望本书能够为从事消化道肿瘤的医务工作者提供一个独特性的、例证性的、教育性的消化道肿瘤临床诊断资料。此书所有内镜及超声内镜图像采集均使用奥林巴斯仪器设备,在此感谢奥林巴斯(北京)销售服务有限公司的支持。

尽管我们在本书的编写过程中付出了极大的努力,但鉴于编者学识和经验有限,错误和不足之处在所难免,恳请读者提出宝贵的意见和建议。

中国医学科学院肿瘤医院

王贵齐

2011 年 9 月 10 日

目 录

食管	1
早期 / 表浅食管癌	1
内镜下微创治疗, 未追加治疗	6
内镜下微创治疗, 追加治疗	11
外科治疗	16
进展期食管癌	36
T2 期	36
T3 期	48
T4 期	98
食管癌对放射治疗 / 化学治疗敏感性的内镜评定标准	109
食管癌伴淋巴结转移	120
食管上皮 (黏膜下) 肿瘤	133
食管结核	154
食管胃交界	163
早期癌及癌前病变	165
T2 期	168
T3 期	176
T4 期	204
胃	206
早期胃癌	206
内镜下微创治疗	208
外科治疗	214
进展期胃癌	240
T2 期	240
T3 期	252
T4 期	276
胃淋巴瘤	282
胃上皮 (黏膜下) 病变	292
胃肠道间质瘤	292

囊肿	320
脂肪瘤	323
异位胰腺	326
十二指肠	331
十二指肠上皮 (黏膜下) 肿瘤	331
十二指肠腺瘤	344
十二指肠癌	348
Vater 壶腹	361
胆道	382
胆总管癌	382
胆管炎	402
胆管结石	406
胆囊	412
胆囊结石	412
胆囊息肉	415
胆囊癌	416
胰腺	422
小胰癌	422
进展期胰腺癌	426
胰腺神经内分泌肿瘤	450
胰腺囊腺瘤	456
胰腺实性假乳头状瘤	470
胰管内乳头状黏液瘤	476
胰腺假性囊肿	478
胰腺炎	482
慢性胰腺炎	482
急性胰腺炎	487
自身免疫性胰腺炎	488
结直肠	491
早期直肠癌和癌前病变	491
进展期结直肠癌	510
结直肠上皮 (黏膜下) 肿瘤	542
直肠其他肿瘤	556
恶性黑色素瘤	556
淋巴瘤	558
腹腔与腹膜后	560

食管

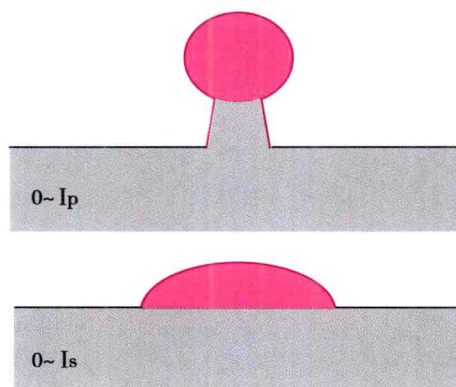
早期 / 表浅食管癌

早期 / 表浅食管癌：“早期食管癌”是指癌浸润局限于黏膜层和黏膜下层，同时无淋巴结转移。“表浅食管癌”是指癌浸润局限于黏膜层和黏膜下层，有或无淋巴结转移。表浅食管癌的术后组织学范畴包含两类病变：癌前病变和浸润性癌，即：食管鳞状上皮不典型增生和原位癌（pTis）和局限于黏膜层和黏膜下层的浸润性癌（pT1）；淋巴结有或无转移（N0/N1）。早期癌和表浅癌的区别在于有无淋巴结转移。

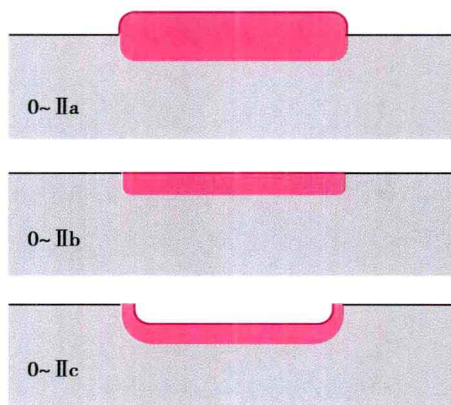
早期 / 表浅食管癌的内镜分型

依据巴黎分型早期表浅型（0型）食管癌的内镜形态学分类标准：高于1.2mm的隆起型（0~Ⅰ型）、深度>0.5mm的凹陷型 / 溃疡型（0~Ⅲ型）和介于两者之间的平坦型（0~Ⅱ型）3种。平坦型又分为表浅隆起型（0~Ⅱa型）、平坦型（0~Ⅱb型）、表浅凹陷型（0~Ⅱc型）3个亚型。对于混合型病变则分别记为0~Ⅱa+Ⅱc、0~Ⅱc+Ⅲ等。

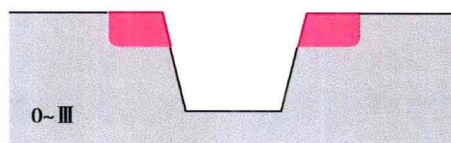
1. 隆起型（0~Ⅰ型）内镜表现 分为带蒂的（0~Ⅰ_p）和无蒂的（0~Ⅰ_s）。区分无蒂型病变（0~Ⅰ_s）和表浅隆起型（0~Ⅱa型）病变，要以病变高于周围黏膜的高度为依据。食管复层鳞状上皮的划分标准则为1.2mm，而柱状上皮的划分标准是2.5mm。



2. 平坦型（0~Ⅱ型）内镜表现 分为表浅隆起型（0~Ⅱa），表浅平坦型（0~Ⅱb）和表浅凹陷型（0~Ⅱc）。区分表浅凹陷型病变和凹陷型病变以病变低于周围黏膜的深度为依据：食管鳞状上皮的划分标准为0.5mm，而柱状上皮的划分标准是1.2mm。



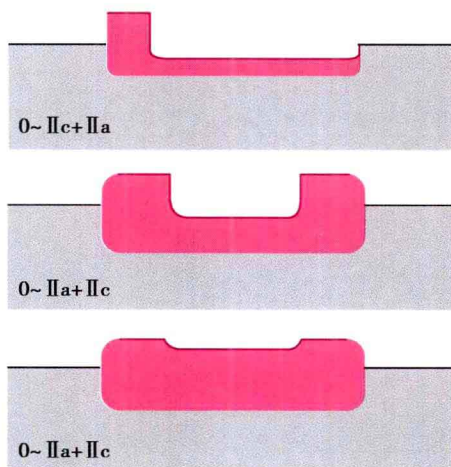
3. 凹陷型（0~Ⅲ型）内镜表现 溃疡已形成。



4. 混合型表浅型早期癌内镜表现 隆起型与表浅凹陷型并存。

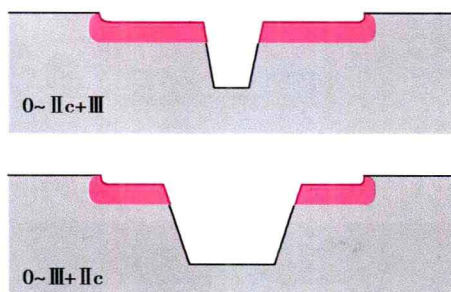
0~Ⅱc+Ⅱa 型是指以表浅凹陷型病变为主，周边伴有隆起型病变。

0~Ⅱa+Ⅱc 型是指表浅隆起型病变合并有中央表浅凹陷，表浅隆起的边缘包绕表浅凹陷。表浅凹陷病变凹陷的深度可高于或低于病变周边的黏膜层。当病变凹陷部分的层面高于病变周边黏膜层时，此时的凹陷即为一个相对凹陷的病变。



5. 混合型表浅型早期癌内镜表现 凹陷型（溃疡型）与表浅凹陷型并存。

0~Ⅱc+Ⅲ型是指以表浅凹陷型病变为主，其中央可见溃疡型病变。



0~Ⅲ+Ⅱc 型是指以溃疡型病变为主,其周边可见表浅凹陷型病变。

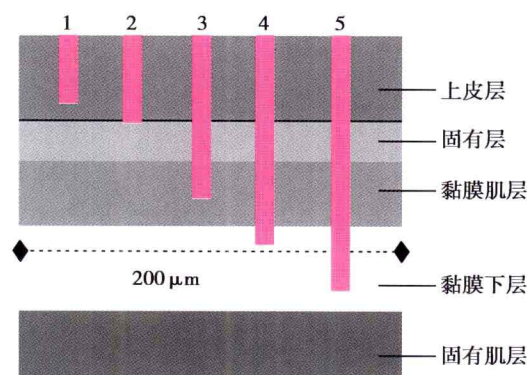
早期表浅癌浸润深度的 EUS 判断标准

黏膜内癌表现为黏膜层和(或)黏膜肌层增厚,黏膜下层清晰、连续、完整且形态规整。黏膜下癌可表现为黏膜肌层和黏膜下层次紊乱、分界消失;黏膜下层增厚、中断;黏膜下层内较小的低回声影。

对于早期食管癌,超声内镜检查的意义在于精确区分癌灶浸润的深度,即鉴别是黏膜内癌还是黏膜下癌。因为黏膜内癌的淋巴结转移相对较少,可行内镜下治疗,而黏膜下癌则已有部分出现淋巴结转移,预后相对较差。文献报道 EUS 分期失败的原因主要有以下几点:①肿瘤周围炎症反应,可导致食管壁各层次增厚引起分期过度。Sabrina 等报道 EUS 对 0~Ⅱa 型诊断的准确性为 100%,而对 0~Ⅰ型则降至 70%,考虑主要为炎症改变引起,故对内镜下表现为结节样病变或隆起型病变行 EUS 分期时应引起注意;②水囊压迫,可使食管管壁层次显示不清、各层次之间分界不清,甚至部分层次出现增厚的假象,而引起分期过度;③病变微小浸润,EUS 难以发现导致分期降低。

早期癌内镜下微创治疗

应用内镜下微创技术治疗早期食管病变,不仅能获得与传统外科手术同样的治疗效果,而且操作简单、安全、风险小,能够明显提高患者术后生活质量,代表了早期食管癌的诊治方向。黏膜切除远期复发率为 2%~4%,主要有两种因素影响远期效果,其一是局部切除不彻底,切缘或周围残留病灶,在术中或术后复查时,发现切缘或其他部位多点起源病灶,未予及时处理或处理不彻底。其二是转移,黏膜内癌有 5%~10% 的转移率,sm1 有 10%~15% 的转移率,因此内镜下微创治疗前应该综合评价(包括患者一般状况,术前活检病理、胸部 CT、EUS 等相关检查),术后应根据黏膜切除术后病理,严格制定下一步治疗及随访方案。



黏膜切除术后病理标本病变浸润深度: 1. 癌细胞位于上皮层 (m1); 2. 癌细胞累及固有层 (m2); 3. 癌细胞累及黏膜肌层时为黏膜内癌 (m3); 4. 癌细胞侵及黏膜下层的上 1/3 (sm1); 5. 癌细胞浸润深度达黏膜下层的 2/3 或全层 (sm2 或 sm3)。内镜下黏膜切除术完全适用于情形 1 和情形 2。对于情形 3 和情形 4 是否符合内镜下切除的指征是有争议的

早期食管癌内镜下微创治疗后追加治疗指标

1. 癌肿浸润黏膜下层深度 $\geq 200\mu\text{m}$;
2. 黏膜切除术后病理分化程度: 低分化癌、未分化癌;
3. 伴有脉管或淋巴管浸润;
4. 基底切缘有癌细胞残留。

如有上述情况之一时,应考虑追加治疗(外科手术/放疗/化疗)。

食管癌分期

食管癌 TNM 分期中 T、N、M 的定义 [国际抗癌联盟 (UICC) 和美国癌症联合会 (AJCC) 公布的 2009 年第 7 版国际分期]