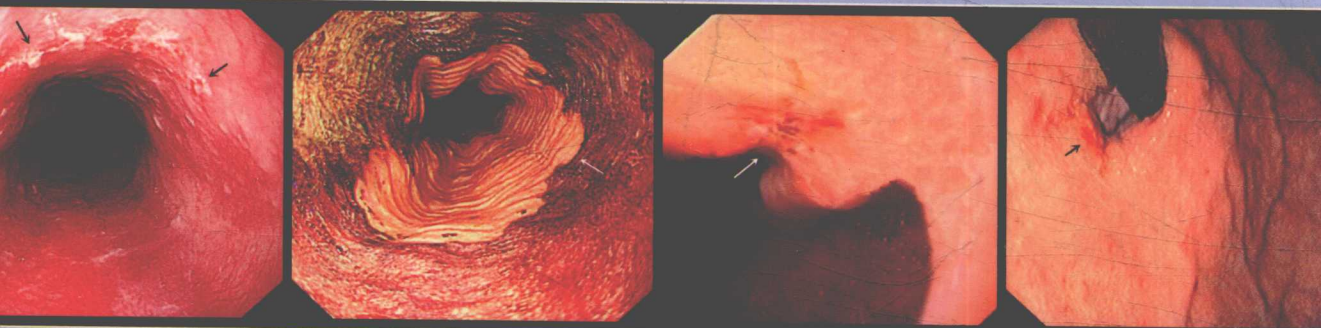


早期食管癌和 食管胃交界部腺癌 诊断与治疗

王国清 郝长青 / 著



科学出版社

早期食管癌和食管胃交界部腺癌 诊断与治疗

王国清 郝长青 著

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书系作者 30 余年在食管癌高发现场进行内镜筛查、内镜诊断和外科治疗工作中积累的食管癌早诊早治经验与体会。全书分为早期食管癌的诊断与治疗、早期食管胃交界部腺癌的诊断与治疗两部分, 结合近 380 幅内镜、大体标本和病理图片, 以图文并茂的方式进行阐述。

本书可供从事食管癌相关工作的临床医师、辅助科室医师及研究生参考。

图书在版编目 (CIP) 数据

早期食管癌和食管胃交界部腺癌诊断与治疗/王国清, 郝长青著. — 北京: 科学出版社, 2018.3

ISBN 978-7-03-056579-2

I. ①早… II. ①王…②郝… III. ①食管癌—诊疗 IV. ①R735.1

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第030069号

责任编辑: 沈红芬 / 责任校对: 韩 杨

责任印制: 肖 兴 / 封面设计: 黄华斌

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

中国科学院印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018年3月第 一 版 开本: 787 × 1092 1/16

2018年3月第一次印刷 印张: 7 1/2

字数: 170 000

定价: 88.00元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

序 言

食管癌是最常见的消化道恶性肿瘤之一。中国是世界上食管癌发病率和死亡率最高的国家。因而在国家防治癌症的战略规划中，食管癌的防治是国家公共卫生政策的重点之一。在过去半个多世纪的岁月中，我国的肿瘤工作者为了降低食管癌的发病率和死亡率，以及减轻患者的痛苦，奋斗在不同的抗癌工作岗位上。其中，一些医生上山下乡，在食管癌高发现场进行大规模高危人群内镜筛查，开展食管癌早期诊断和早期治疗的研究，目的是降低中国人食管癌的死亡率。半个世纪以来，我国食管癌的研究，无论是基础还是临床，以及在高发现场对高危人群的筛查和早诊早治方面，所取得的成效举世瞩目。

王国清教授是1958年中国医学科学院肿瘤医院建院初期的第一代胸外科医生，多年深入食管癌高发现场，是中国医学科学院肿瘤医院在河南林州市及河北磁县等食管癌高发现场筛查基地的开创人之一，在基层艰苦的环境中坚持不懈、辛勤工作30余年，在食管癌早诊早治研究中取得了丰富经验和多项成果，曾多次获得国家级奖励。通过高危人群的内镜筛查和病理诊断，发现大批早期食管癌和癌前病变，显著提高了早诊率。在内镜观察食管黏膜早期癌灶演化的过程中，王国清教授细心地发现了食管癌在食管黏膜上最初起源点的位置、状态及其演变过程，食管胃交界部（贲门区）癌高发位点的发现及其位置的确认。这些发现是对食管癌和食管胃交界部腺癌早诊早治的重要贡献。

该书汇集了王国清教授多年在高发现场研究食管癌和食管胃交界部腺癌积累的经验，这些经验由作者亲耕亲历、集腋成裘，十分珍贵。作者以讲故事的笔调，叙述在食管癌高发现场30余年的工作经历和所想所做的事情，对后来者必有激励和借鉴之处。我从1994年以来，有幸协助王国清教授从事食管癌早诊早治现场筛查和基础研究工作，亲眼目睹老一辈专家的艰苦奋斗和辛勤耕耘，深感受益终身。我很高兴并积极将此书推荐给一线的抗癌工作者、肿瘤病理工作者、研究生们和医学生们阅读，相信大家会从中获得有益的知识 and 深远的启迪。

中国医学科学院肿瘤医院病理科 吕 宁

2017年12月

前 言

早期诊断和早期治疗是防治肿瘤的理想途径，食管癌和食管胃交界部腺癌（也称贲门癌）亦然。笔者于20世纪60年代，作为医疗队员在河南省林县（即林州市）工作时，终日目睹晚期食管癌患者的痛苦，负疚于心。但看到早期食管癌患者治疗后的满意，则喜逐颜开。于是，思考自己从事的工作和未来的路子。20世纪80年代，在变革的岁月中，巧遇良机，遂矢志于在高发现场开展食管癌和食管胃交界部腺癌的早期诊断与早期治疗的临床科研工作。

高发现场是食管癌高危人群的聚居地，也是发病因素及发病条件肆虐的环境，但这正是探索和研究食管癌的天赐平台。笔者以胸外科专业的功底和掌握的内镜检查技术为依托，在高发现场，一方面开展食管癌和食管胃交界部腺癌的内镜筛查与早诊早治的临床科研工作；另一方面充分利用高发现场科研基地的条件，长期连续内镜观察高危人群的食管黏膜和食管胃交界区黏膜的状态及其演化情况。发现食管癌在食管黏膜上最初起源点的位置、起因和结局。同时，也发现食管胃交界部腺癌高发位点的存在和具体位置。这些发现，在高发现场的早诊早治工作中，提高了对早期癌的识别能力和早诊率，促进了对食管癌和食管胃交界部腺癌发生发展和早诊早治研究的进程。

1980~2010年，在高发现场的高危人群中，应用不同方法（包括食管拉网细胞学检查、胃液隐血检查及中医耳针筛查等）完成初筛25万余人。其中筛查结果阳性，愿意接受内镜检查者78000余人。发现食管癌2230例，检出率2.86%。早期食管癌（包括部分重度不典型增生）1656例，占74.3%(1656/2230)。发现食管胃交界部腺癌1684例，检出率2.16%。其中，早期食管胃交界部腺癌（包括部分高度腺上皮不典型增生）1404例，占83.4%(1404/1684)。

大量早期食管癌和早期食管胃交界部腺癌及其癌前病变的发现和确诊，促进了微创外科（如EMR和ESD）的迅速发展，减少了患者痛苦，提高了生存率和降低了死亡率。在此基础上，早诊早治广泛开展，遍地开花，形势喜人。

本书以讲故事的笔调，叙述笔者团队在高发现场的工作经历和所想所做的过程，对食管癌和食管胃交界部腺癌的早期诊断与早期治疗的经验和体会。整理和分析经年累月积攒的工作资料，所思所想的工作感悟和点点滴滴的经验教训，结合内镜和大体标本图片汇集成册。本书资料有限，不曾引经据典，但如能对读者有所帮助或启迪，实乃笔者之幸。书中之不足或错误之处，望读者批评指正。

在高发现场工作期间和本书撰写过程中，许多朋友给予了热情帮助和支持，在此表示衷心感谢！在初筛工作中，刘韵源教授、秦德兴教授和袁凤兰教授等奔波于各地高发区，进行初筛。吕宁教授和林冬梅教授在病理诊断方面予以大力帮助和支持。林州市肿瘤医院内镜科郝长青主任，全程参与食管癌早诊早治的现场科研工作，在内镜筛查和内镜治疗工作中，亲力亲为，对成书贡献颇大。中国医学科学院肿瘤医院赖少清教授、魏文强教授、谢永强和李新庆等医生，以及林州市食管癌医院王国庆、王俊峰、刘新启等医生协助内镜检查、内镜治疗和活检标本处理等，他们在诸多工作中费心尽力。乔友林教授、姜勇医生等对本书的撰写和出版一直给予热情鼓励和帮助。在此，对他们的帮助一并深表谢意。

中国医学科学院肿瘤医院 王国清

2017年11月

目 录

1 早期食管癌的诊断与治疗	1
1.1 食管癌筛查和早期诊断方法的演进	1
1.2 早期食管癌的症状学和早期诊断的临床警示	5
1.3 早期食管癌的内镜诊断	7
1.4 早期食管癌黏膜染色法的应用和早诊率的提高	21
1.5 食管黏膜碘染色图像和黏膜癌灶组织学的关系	29
1.6 食管癌癌前病变及其演变规律	34
1.7 食管癌在食管黏膜上最初起源点的观察和研究	39
1.8 早期食管癌的自然生存率	46
1.9 食管癌规模人群内镜筛查的经验和推广	50
1.10 氩离子热凝固术治疗癌前病变和早期食管癌的效果	54
1.11 早期食管癌的微创治疗	55
1.12 早期食管癌外科食管切除治疗	69
2 早期食管胃交界部腺癌的诊断与治疗	74
2.1 食管胃交界部腺癌	74
2.2 食管胃交界部的内镜解剖	75
2.3 食管胃交界部腺癌高发位点的发现和研究	77
2.4 高发位点(区)黏膜形态异常的前瞻性研究	81
2.5 早期食管胃交界部腺癌的内镜诊断	83
2.6 早期食管胃交界部腺癌的自然生存率	89
2.7 食管胃交界部腺癌规模人群内镜筛查的经验和推广	91
2.8 早期食管胃交界部腺癌的微创黏膜切除治疗	95
2.9 早期食管胃交界部腺癌的外科手术切除治疗	98
参考文献	109

1 早期食管癌的诊断与治疗

1.1 食管癌筛查和早期诊断方法的演进

21 世纪初的流行病学调查资料显示，我国食管癌死亡率居城市和农村恶性肿瘤顺位的第四位。食管癌的治疗效果，虽然多年来国内外专业工作者花费大量心血，广泛研究探索，改进和提高治疗技术，设计和创新治疗设备，重组和优化治疗方案，但终因病期较晚，其治疗效果令人失望。在这种情况下，一些晚期食管癌患者，为了支付巨额医疗费用，不得不动用终身积蓄，使本来不甚富裕的家庭变得贫困。要改变这种状况，除社会医保资金支持及改善家庭经济条件外，从临床医学角度看，食管癌的早期发现、早期诊断和早期治疗是减轻患者痛苦、挽救生命和降低死亡率的非常重要的途径。

食管癌早诊和早治技术，经过半个世纪的发展已渐趋成熟。但由于我国各地区社会经济发展的不平衡，致使多数农村食管癌高发地区的人们，还没有得到早诊早治的良好服务。一些试点地区的实践经验表明，通过各级医务人员不懈的努力，合理应用和推广在高发现场多年研究取得的这些成果，降低食管癌的死亡率是可能的。这从近年全国癌症死亡率的流行病学调查资料中已经得到证明。“三早”是降低食管癌死亡率的关键，而筛查技术和方法是实现“三早”的具体途径。多年来，我国研究食管癌的医生上下求索、反复试验，以寻找简单、敏感且有效的发现癌细胞的早诊方法，希望找出食管癌患者，给予早期治疗，降低死亡率。

下文将回顾我国肿瘤医生的奋斗经历和贡献。

1.1.1 食管拉网细胞学诊断方法的发明和贡献

1961 年河南医科大学沈琼教授在食管癌高发地区河南省林县，成功研制出双腔胶管带网气囊，吞入食管使其充气后，扩展开食管黏膜皱褶，并在整个食管黏膜表面摩擦获取脱落细胞，以便发现食管黏膜上的早期癌灶。该项发明为食管癌的早诊和高发现场的群体筛查，以及医院的临床检查提供了细胞学诊断的工具。同年在该县人民医院的门诊部，对 156 例经 X 线检查确诊的食管癌患者，再用拉网方法检查，以求验证细胞学诊断的准确性。结果细胞学诊断为癌者 137 例，符合率为 87.8%。随即在

全国各医院门诊推广食管拉网细胞学诊断方法,准确率逐步提高,并发现一批早期食管癌病例。如1961~1971年,林县人民医院在门诊对就诊患者拉网检查8528例,检出食管癌3122例,其中早期食管癌212例,占全部食管癌病例的6.8%。而在1961~1989年的28年间,综合全国各地的协作医院的门诊食管拉网细胞学检查74527例,检出食管癌和食管胃交界部腺癌23817例,占受检者的32%。其中发现早期癌1160例,占全部癌症患者的4.9%。早期癌的发现,增加了应用拉网细胞学作为食管癌筛查方法的信心。

从1970年开始,食管拉网细胞学筛查方法走进农村,为高发区人们服务,陆续发现大量早期患者。1983年在林县的姚村、任村、东岗和河顺等4个乡镇拉网筛查40岁以上农民17388人,细胞学诊断为癌者395例,占受检人数的2.3%。同时,根据全国各地报导,1961~1990年全国各地共进行食管拉网细胞学筛查278208人,检出食管癌和食管胃交界部腺癌共3693例,检出率为1.3%,其中,早期食管癌1499例,占40.6%。同时,检出食管上皮重度增生13910例,检出率为5%。

20世纪70年代初,代替金属硬管食管镜的纤维内镜引进我国,逐渐在食管癌诊断中发挥作用。拉网细胞学诊断为癌和重度增生的病例,大部分又经过纤维内镜检查,希望直接观察病灶状态和定位,并咬取活组织检查,以求取得组织学确诊。细胞学检查和内镜检查的结合,进一步促进了早期诊断的发展。

食管拉网细胞学检查作为食管癌筛查的初筛方法在高发地区广泛应用。大量早期食管癌和癌前病变被发现,再经过内镜检查和病理诊断,既为临床治疗提供了病源,又为基础研究提供了生物样品,大大地促进了食管癌临床和基础研究工作的进展。食管拉网细胞学检查方法的发明和细胞学诊断的开展是食管癌防治研究工作发展的里程碑,开创了食管癌防治研究工作的新阶段,该法迅速推广至许多国家,其对医学科学的贡献不言而喻。

半个多世纪以来,食管拉网细胞学检查取得了丰富的成果和经验,对肿瘤学贡献颇丰。但同其他方法一样,在实践中也暴露出一些弱点和不足。首先,食管拉网检查会带来一些痛苦,人们越来越不愿意忍受,接受率越来越低。其次,漏诊率也颇受关注。根据循证医学的原则,1995年和2002年两次分别在林州市临淇乡和姚村乡进行两组40岁以上居民460例和742例随机对照的双盲试验,即食管拉网细胞学检查方法同内镜检查+碘染色+活检组合方法的对照研究,发现前者漏诊率达50%。加之近年来电子内镜设备的发展,麻醉技术完善,检查技术熟练,诊断结果准确,患者认可度和接受率提高。基于这些原因,目前应用拉网细胞学检查作为食管癌诊断或普查初筛措施的医院越来越少。诚然,在人群筛查时,首先经过初筛,浓聚高危人群,减轻随后内镜筛查的工作量,十分必要。拉网细胞学检查仍具初筛的科学价值。因此,改进拉

网细胞学的拉网器和检查方法，减少痛苦和提高敏感性是当务之急。

1.1.2 胃液隐血检测方法的应用

由于食管蠕动的揉擦和吞咽食物的摩擦，使得食管黏膜表面脆弱的癌灶遭受损伤，导致细胞脱落和出血。这些组织碎屑和血液可随食物或唾液流入胃内，存入胃液。据此，秦德兴教授设计一个内置棉球的带拖线的速溶胶囊，将其吞入胃内，胶囊在胃液内崩解溶化，棉球吸附约 1ml 胃液，将拖线拉出体外，进行胃液潜血试验。后来，因考虑裸棉球拉出时会受到污染，影响试验结果，而改用空心置棉的玻璃球代替胶囊。秦德兴教授报告一组 4970 例胃液潜血检测的结果，++ 和 +++ 阳性者共 372 例，其中，248 例接受内镜检查，活检病理诊断 21 例癌。隐血筛查的敏感度 52.5%，特异度 74.9%。同内镜筛查对比研究，漏诊率为 47.5%。分析隐血检测操作的全过程，发现该操作方法易受诸多因素影响。因此，应用此方法进行食管癌筛查的医生所报告的结果出入甚大。

实践表明，隐血检测法灵敏度低，漏诊率高，尚不适于筛查。但考虑到胃液隐血检测法的原理是有科学依据的，应用者应规范检查程序和各步骤的标准。如确认隐血珠进入胃内而非停在中途某处，确认棉球提取的是胃液而非唾液等，因此此方法仍有改进和提高的空间。

笔者认为“上消化道胃液潜血”同“下消化道大便潜血”一样，均有诊断价值，如经检验证实潜血反应强阳性，应认为是相应器官病症的警示信号，需进一步检查，不可忽视。

1.1.3 内镜检查、碘染色和指示性活检三重组合技术筛查“一步到位”，建立筛查和早诊模式

自从内镜检查技术普及以来，食管癌的早期诊断和治疗的效果显著提高。发生于食管黏膜上皮的早期食管癌和癌前病变，在形态上有时不甚明显，轮廓不清楚，常规内镜观察易被忽略。如果内镜检查同时进行食管黏膜碘染色，可发现和识别内镜观察不易发现的早期癌灶。内镜观察和碘染色，两者相辅相成，可使早期食管癌和癌前病变的发现率达到近 100%，高发现场的随诊观察证实，漏诊者极少。应用碘染色以前，单纯靠内镜医生的经验，检出率偏低。1984 年（IARC）Crespi 报告，在伊朗和中国林县筛查 957 例，未用碘染色，发现食管鳞状细胞癌 14 例（包括晚期癌），检出率 1.46%。1993 年（日本）Yokoyama 首先应用内镜检查 + 碘染色，筛查 629 例无食管癌症状的酗酒者，经活检病理诊断鳞状细胞癌 21 例，全部为早期癌，检出率 3.3%。其中原位

癌 8 例、黏膜内癌 9 例和黏膜下浸润癌 4 例。两种方法对比，差异显著。

笔者团队于 1995 ~ 2000 年，采用内镜检查 + 碘染色 + 指示性活检的三重组合筛查技术，先后在河南和河北省食管癌高发区进行 4 次筛查，共筛查 40 ~ 69 岁居民 3022 例，结果如表 1.1。

表 1.1 3022 例内镜筛查活检的组织学诊断

组织学诊断	例数	比例（%）
正常鳞状上皮	831	27.5
鳞状上皮棘皮症	286	9.47
鳞状上皮萎缩	2	0.06
基底细胞增生	283	9.37
轻度食管炎	101	3.34
中度食管炎	39	1.29
重度食管炎	13	0.43
轻度异型增生	676	22.37
中度异型增生	506	16.75
重度异型增生	153	5.06
异型增生不能分型	1	0.03
鳞状上皮原位癌	100	3.31
黏膜内鳞癌	11	0.36
浸润性鳞癌	20	0.66
总计	3022	100.00

经活检病理诊断为鳞状细胞原位癌和浸润癌共 131 例，检出率为 4.33%。癌前病变发现的比例亦相应提高。轻度、中度和重度不典型增生共发现 1335 例，达 44.2%。同时显示，轻度、中度和重度不典型增生，在发展过程中有递减的趋势。这种递减的趋势，颇似金字塔式演变。

近十年来，在食管癌高发现场继续观察研究内镜检查 + 碘染色 + 指示性活检方法筛查食管癌的可靠性。这一时期，筛查 6000 余例，在随访十年的观察中，尚未发现筛查漏诊患者。这项观察结果是可信的，因为高发现场食管癌研究基地，限定在拥有 20 万人口的相邻的四个乡镇，有专职随访员每月入户随访，随访工作要求严谨，信息准确。现场研究任务之一就是探索食管癌筛查和早诊的最佳方法，目的是建立一个可

以广泛适用的群体筛查的模式，并将其推广至全国，以便早期发现、早期诊断和早期治疗，降低食管癌的死亡率。

内镜检查+碘染色+指示性活检的筛查方法，文献上各家报道不一，敏感度91%~100%，特异度40%~95%。应该说，这是一个敏感度和特异度都很高的筛查方法。

综上所述，目前食管癌筛查和早期诊断的最佳方法，为内镜检查+碘染色+指示性活检（指碘染色阳性区）的组合操作技术。这是一组有效、实用和重复性很好的检查技术，可一次完成筛查和早诊两项任务，即一步到位。减少筛查步骤，节省时间，不失为高效且实用的食管癌筛查技术和筛查路线。目前，在卫生和计划生育委员会的领导下，由中国癌症研究基金会组织和实施的中国主要癌症的筛查及早诊早治活动中，该方法作为食管癌和食管胃交界部腺癌的筛查与早诊的模式，正在全国推广和实施中。

1.2 早期食管癌的症状学和早期诊断的临床警示

早期食管癌为临床前期状态，没有明显的临床症状，患者罕有主动到医院就诊的意愿。而门诊的接诊医生也很少有目的地询问，偶然有轻微的可疑早期癌症状。有些症状也无法与人们受到体内外环境变化影响，而致机体轻微异常反应的不适症状相区别。例如，偶然胸骨后或后背或腹部感觉不适，偶然下咽不顺或噎食或疼痛，或异样感觉等症状。正因为早期癌很少有引起患者自身甚至医生警惕的主诉症状，导致综合医院在繁忙的门诊工作中，要早期发现和早期诊断食管癌，确有困难。

食管癌主要症状是下咽困难。而下咽困难等症状主要由两种因素造成：一是因肿瘤的体积发展到一定程度，阻塞食管管腔，造成食管管腔狭窄，而致食物下咽不顺；二是因癌细胞广泛浸润食管管壁，造成食管壁僵硬，蠕动受限而致下咽困难。而早期食管癌是黏膜层病灶，不曾累及食管腔和食管壁而形成上述的病理状态。因而，也不能导致相应的症状和患者的痛苦，也就鲜有主动来门诊就医者。但少数较敏感的患者，由于早期黏膜病灶侵及范围较广和黏膜糜烂，可引起下咽不适和下咽时疼痛感，食用有刺激性的酸辣和粗糙等食物时尤为明显。笔者在过去30余年时间内，在高发区高危人群中，内镜筛查40 000余人，经内镜活检病理诊断为早期食管癌（包括部分重度不典型增生）者1470例（检出率为3.6%）。现在保存的临床病史和病理诊断资料完整者1080例。其中内镜检查前，主诉有下咽不顺或下咽疼痛者共98人，占9.07%。其余的90%受检者无任何症状，身体健康，正常生活和工作。而住院准备外科手术的580例早期食管癌患者，在住院期间细问病史，533例（91.9%）偶尔有过下咽不畅、下咽疼痛、上腹隐痛、胸骨后隐痛或不适、背沉、呃逆和烧心等症状。这些症状的特点是间发性的，持续时间短，

表现程度一般很轻，同慢性胃炎等常见病不易区别，常常被忽略。为什么住院前的患者主诉和住院准备手术治疗的患者的主诉有如此差别？不排除与医生在询问病史时的暗示和诱导有关，以及与受医院环境、病友的痛苦和情绪影响等诸多因素，增加患者的思虑和精神压力有关。不管这些症状是否确定，均应正视与认真对待，或许这是探知早期食管癌的未知世界里的光标和警示信号。既然早期癌没有造成患者明显痛苦，症状少而轻，门诊就诊率很低，那么如何实现早诊早治，以降低食管癌死亡率呢？措施之一是广泛开展科普活动，普及肿瘤知识，提高人们对食管癌的认识和警惕，一旦有症状，积极就诊。或有针对性地进行健康检查，如食管和胃的内镜检查等。措施之二是开展高危人群内镜筛查，目的是早期发现、早期诊断和早期治疗食管癌。

门诊检查方面，稍早前，食管癌早诊以临床、影像学、细胞学和内镜检查等多项检查程序确定诊断。至于曾寄厚望于分子肿瘤标志物诊断方法，因其理想的标志物很少，且表达的特异性是相对的，检测结果也不稳定，仍需继续在临床上做观察，特别是前瞻性临床对照研究，为临床提供诊断依据。目前还没有实际的临床应用意义。因此，经多年探索和实践，目前临床上食管癌的早期诊断仍以内镜检查为主。

建议具有职业肿瘤警惕性的门诊医生，对下述几种情况，予以针对性问诊：①来自食管癌高发区的患者；②有肿瘤家族史者；③年龄40岁以上者；④有消化道症状者；⑤是否参加过“查体”“健康咨询”等活动，情况如何。从诸多方面的蛛丝马迹中，捕捉早期癌的信息。如条件许可，有可疑症状的患者，应做上消化道内镜检查+碘染色+指示性活检，以明确诊断。

笔者于1991~1995年，在食管癌高发区河南省林州市（林县）姚村进行科研工作时，同时要为未参加科研队列研究的附近居民免费看病服务。在这段日常服务工作中，对40岁以上、有家族肿瘤史和上消化道症状的求诊者，有目的地为他们免费做内镜检查，5年间共查内镜748例。内镜检查+碘染色+活检病理诊断确诊为食管癌者共28例，检出率为3.7%。其中早期食管癌22例，占78.6%。均经食管外科切除治疗，切除标本病理检查报告证实诊断。这22例中的18例均作为慢性咽炎、食管炎和慢性胃炎等治疗过数年。诚然，这是食管癌高发区，发病率高，人们对食管癌的警惕性也高。但如果医生缺乏职业肿瘤警惕性，其结果会大相径庭。

目前尚没有综合医院门诊有计划地进行这项观察研究工作，因此没有这方面的数据。日常门诊特别是消化科，每天检查数量不等的上消化道疾病患者，部分患者按慢性胃炎、食管炎或慢性咽炎处理。多年来，我们经历过一些病例，如诊断为慢性食管炎和慢性咽炎，治疗几年，效果不明显，转到其他医院，依然如此，最后其中部分患者经内镜检查确诊为颈段早期食管癌。笔者曾经遇到一例80岁高龄科学家，因慢性咽炎，辗转各大医院5年，最后经内镜检查诊断为下咽部食管入口早期癌。早期食管

癌可潜伏数年,不发展或发展很慢。具有职业肿瘤警惕性的医生,从处于冬眠状态中的早期癌和癌前病变的高危个体中,警觉地甄别并做进一步检查,有可能发现一批早期癌患者。例如,我们在林州市肿瘤医院调查门诊有关消化道肿瘤诊断的情况时,抽出1998年(只一年)全年的门诊内镜检查资料。当年做上消化道内镜检查1599例,仔细分析,其中因有上消化道症状来诊者890例,其中738例,即83%诊断为食管癌或贲门癌。无症状者709例,其中23例确诊为早期食管癌,发现率为3.2%。后者仔细询问病史,多有轻微消化道不适症状,但无下咽不顺症状。只因生活在高发区,有防癌意识和要求。这些检查者家庭要富裕一些,因年龄较大和家族中或同村有食管癌患者之故而做内镜检查。可见,门诊工作中,医生的肿瘤警惕性是十分重要的。

近些年,由于国家经济发展,个人和家庭经济收入增加,社会公共卫生事业的进步,科普工作遍地开花,人们对防癌保健的认识明显提高。国家组织的防癌普查,遍及全国城市和农村,防癌意识渗入广大人民群众思想和行动中。因此,防癌咨询、防癌查体、防癌讲座、防癌门诊和防癌筛查等活动逐渐增多和繁忙,从而促进了早期发现、早期诊断和早期治疗。这必将提高食管癌患者的生存率和降低死亡率,实现控癌的愿望指日可待。

1.3 早期食管癌的内镜诊断

自20世纪80年代广泛应用内镜检查和碘染色以来,发现了大量癌前病变和早期食管癌病例。使癌前病变和早期食管癌的临床诊断与治疗研究工作得以迅速发展。目前内镜检查俨然成为食管癌诊断方法的首选甚至是唯一选择。内镜诊断的优点:①直接观察食管黏膜病灶的形态和性状;②经食管黏膜碘染色发现和确认病灶性质、部位、边界和范围,并能发现尚未显露、肉眼观察不到的癌前病灶;③在碘染色阳性区进行指示性多点活检和病理组织学诊断研究(诊断的金标准)。总之,一次内镜检查可完成形态学和组织学诊断两项任务。

为了容易发现早期食管癌和癌前病变的病灶,推荐内镜检查时采用“进镜观察”法。上消化道内镜检查时,内镜医生通常采用“退镜观察”法,即内镜推入胃内,然后慢慢后退内镜,边退边观察,直至退到食管入口处。本书介绍的操作规则是内镜进入食管入口,则开始慢慢推进内镜,边给气,边推进,边观察,如发现异常则记录和照相,即为“进镜观察”法。因为早期黏膜癌灶,表现为轻微黏膜损伤,食物残渣等容易附着在粗糙的黏膜病灶表面和周边。常常衬托出病灶的形状和范围,表现为癌灶存在的“原始状态”(图1.1~图1.6,共3例,分别显示进镜前、染色前后表现)。



图 1.1

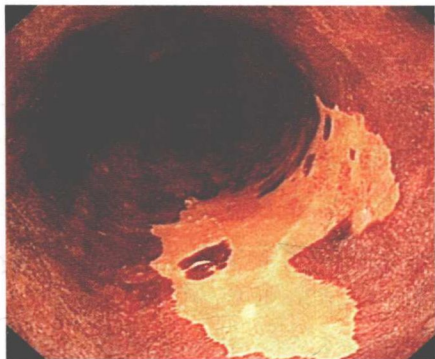


图 1.2

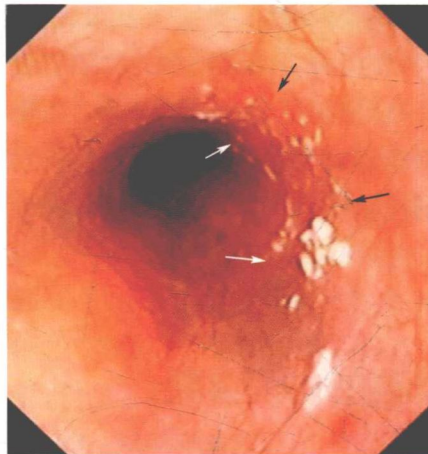


图 1.3

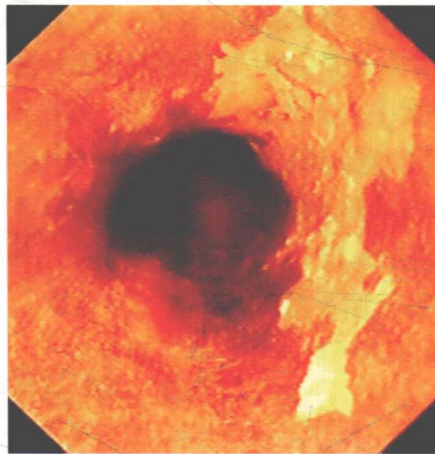


图 1.4

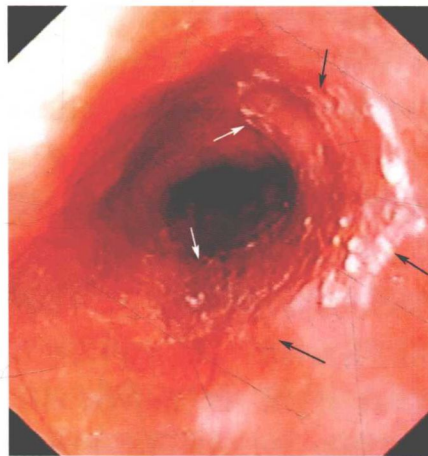


图 1.5

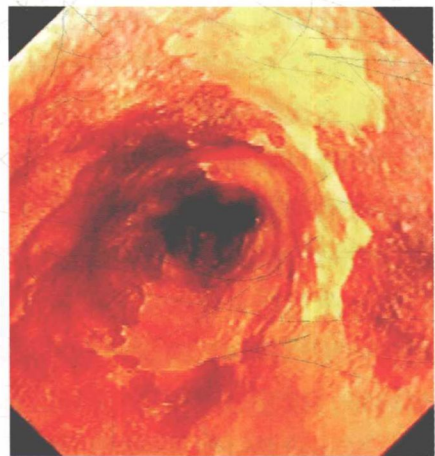


图 1.6

图 1.1 ~ 图 1.6 共 3 例，显示进镜观察有食物残渣附着病灶的“原始状态”和碘染前后表现。

而“退镜观察”，则由于插入和拉出内镜时，镜管两次与食管黏膜接触摩擦，黏膜病灶的表面和周边附着物被擦掉，则观察不到病灶存在的“原始状态”。如果不进行染色，有可能漏诊，因为有些轻度颜色改变的病灶容易被忽略，这不免为操作之遗憾(图 1.7 ~ 图 1.12，共 3 例，分别显示退镜观察、染色前后的病灶表现)。



图 1.7

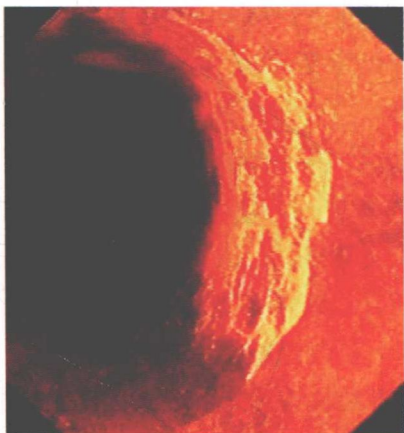


图 1.8

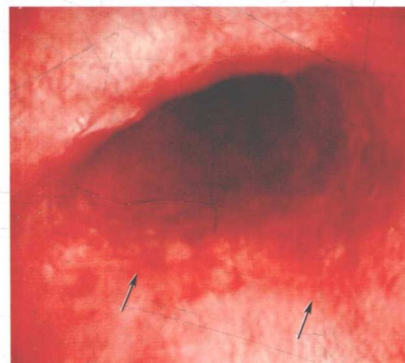


图 1.9

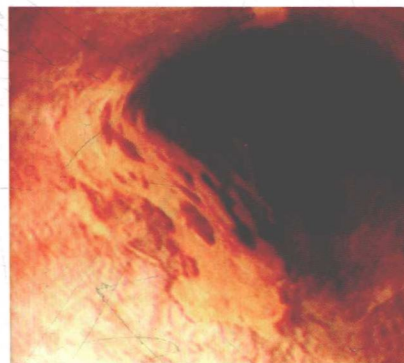


图 1.10



图 1.11

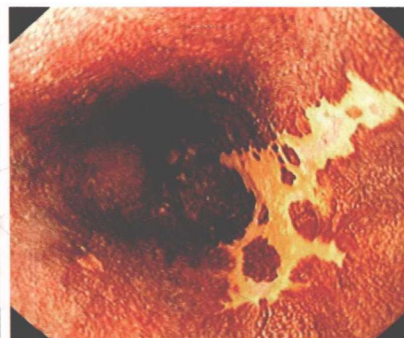


图 1.12

图 1.7 ~ 图 1.12 共 3 例，显示退镜观察附着物被擦掉时病灶的状态和染色前后表现。

为了寻找和认识早期癌灶，前面已详述“进镜观察”法的必要性。同时，还想提醒注意另一项颈段食管黏膜的异常“黏膜灶”。在内镜插入食管入口时，宜特别注意，应聚精会神地观察食管入口和颈段食管黏膜状态，因为距门齿 15 ~ 18cm 段常有胃黏膜异位灶。我国的发病率在 0.3% ~ 0.4%。表现为边界清晰、锐利，大小不等，单发或多发，圆形或椭圆形的红色黏膜病灶。胃黏膜异位症是良性的黏膜灶，但少数病灶可演变为狭窄、穿孔甚至发展成颈段食管腺癌。在表面麻醉的情况下，内镜在食管入口处时，患者不易忍受，反应强烈，不利于观察。当然在采用全麻时，由于画面稳定，容易观察。无论如何，在内镜进入食管入口后，应设法将推进内镜速度放慢，观察一下颈段食管黏膜，切勿错失良机。如发现异常，应尽量活检，如病理报告为腺黏膜上皮，可诊断为食管颈段胃黏膜异位症（图 1.13 ~ 图 1.18）。颈段胃黏膜异位症并非罕见，笔者科研团队在河北省磁县和邯郸筛查时其发病率为 0.42%。但一般内镜检查漏诊率较高。因为内镜在颈段时患者反应强烈，检查者插入内镜时，常常快速通过食管入口，待内镜到达距门齿 20cm 以下，患者反应稳定时，开始观察食管黏膜。而当内镜检查结束退出食管时，在内镜退到距门齿 20cm 处，检查者常常快速拔出内镜。由于跳跃式的“快速进镜”和“快速拔镜”，均跳过颈段食管。如是，食管入口至距门齿 20cm 处的一段黏膜为检查者的观察“盲区”。因此，盲区内的病灶易被漏诊。这也是我国内镜检查研究的文献中，鲜有食管入口区“黏膜红斑”（inlet patch）报告的原因。

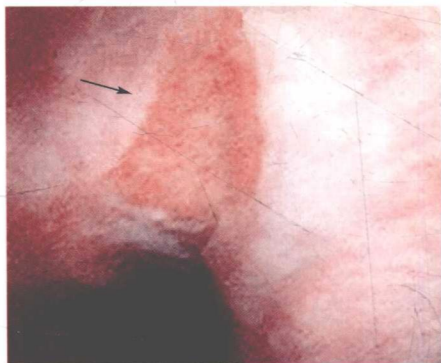


图 1.13

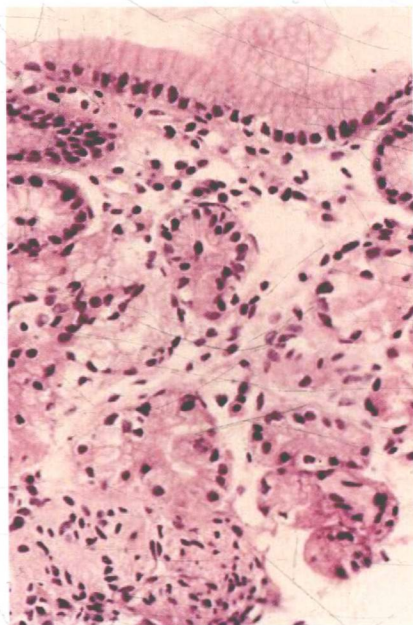


图 1.14