

筑起消化道肿瘤早筛防线，守护您的美好“食”光

复旦大学附属肿瘤医院内镜科 张晓兰 刘建强

在全球所有癌症中，消化系统肿瘤的新发患者数约占所有肿瘤发病的 25%，死亡人数占所有因肿瘤死亡人数的约 35%。肿瘤发病年轻化趋势也逐渐严峻。2022 年中国恶性肿瘤流行情况分析结直肠癌发病高居第二（51.71 万，10.7%），食管癌及胃癌也高居前十；消化道肿瘤死亡人数高居前五位（胃癌 26.04 万，结直肠癌 24.00 万，食管癌 18.75 万）。触目惊心的数字，让我们不得不更加重视消化道肿瘤的早期筛查！

消化道肿瘤早发现、早治疗，早期胃癌 5 年生存率可以达 95%，早期结直肠癌 5 年生存率达 90% 以上，且经内镜微创治疗，可保证消化道的完整性，有效提高患者术后生活质量。相比最新公布的中国食管癌 5 年生存率 27.9%，胃癌 35.2%，结直肠癌 55.7% 而言，从生存期到生存质量均得到了显著提高。

一、消化道肿瘤筛查有哪些手段？

消化道早癌筛查的方式，除了为广大群众所熟悉的常规体检项目，如粪便隐血、胃功能检测、肿瘤标志物和 CT 等影像学手段外，近年，

液体活检也逐渐走入人们的视野。其具有实时、无创、可重复、取样方便等优点，用于辅助肿瘤的排查。其中包括循环肿瘤细胞、循环肿瘤 DNA、肿瘤细胞来源的外泌体、排泄物及体液等。近年来，粪便 DNA 分子检测包括 *KRAS*、*p53* 等基因突变，*SPG20*、*septin9*、*SDC2* 等基因甲基化变异在结直肠癌筛查中逐步开展。但目前，液体活检技术还未全面普及，检测技术灵敏度和特异度有待提升，以及相应的检测标准和规范的监管体系仍需健全。

二、内镜——消化道肿瘤筛查的神兵利器

应对消化道肿瘤，内镜检查可称得上是“神兵利器”。这不仅是因为其能够直接观察消化道内部情况，更因为它在早期诊断甚至治疗中的重要作用，为患者争取到了宝贵的治疗时机。

外表上，内镜是一种细长的、可弯曲的医疗器械，它的一端装有光源和摄像头，另一端则连接到显示屏幕。装有光源和摄像头的一端通过人体的自然孔道或微小切口进入体内，医师可以清晰地观察到消化道的内部结构，包括食管、胃、十二指肠乃至部分小肠和大肠，能

够清楚地看到病变情况，还可以摘取病变组织，以便后续进行病理活检；甚至可通过活检孔道置入各种内镜微创手术需要的“刀、止血钳”等器械，由此可顺利经内镜完整剥离病变组织黏膜，达到消化道早癌临床治愈的目的。

消化道肿瘤如尚在早期，通过高质量的内镜体检及筛查可以早期发现、早期切除，可让患者免于痛苦的放化疗、或开胸开腹手术，甚至可以实现完全治愈。

随着内镜技术的飞速发展，“神兵利器”的大家族也在日益壮大中，在此给大家介绍几种较为常用的内镜。

1. 放大色素内镜

放大色素内镜在普通内镜基础上增加变焦镜头，可将胃肠道组织学图像放大至 1.5~520 倍，不光清晰地显示黏膜腺管开口和微血管结构的变化，还可以对浅表黏膜层进行细胞学观察，发现消化道内壁的微小隐匿病变，从而显著提高消化道早癌甚至极微小癌、癌前病变的检出率。

2. 胶囊内镜

胶囊内镜是携带有微型摄像机的内镜设备，可以在人体消化道中连续拍照，并将获取的照片通过无线方式传输到体外接收器中，医师便可对采集到的图片进行分析解读。胶囊内镜是小肠肿瘤筛查的首选检查方式。

3. 超声胃镜

超声胃镜可对于病变的浸润深度及周边淋巴结是否存在转移进行评估，也是内镜微创治疗前的有效评估手段之一。

近年来，随着消化内镜技术的快速发展，

消化内镜在消化道早癌的治疗中已进入“超级微创”时代。超级微创手术是在保证器官结构完整性的基础上去除病变，实现“治愈疾病，恢复如初”的目标。简言之，就是通过胃肠镜的自然诊疗过程，在保证器官功能和完整性的前提下，就可达到消化道早癌根治的目的，避免了传统外科手术的创伤大、脏器缺如的情况。

通过早诊早治，我们可以把 5 年生存率从原来的 20% 左右提高到 90%，甚至更高。有效提高了患者的生存期和生活质量。

三、哪些人群需要进行消化道早癌筛查？

消化道肿瘤的早期诊断，其实并非是一件简单的事情，因为早期往往没有特异症状，一旦出现症状，往往已是中晚期，治疗难度和成本都会大大增加。可若没有特异症状，患者往往不会选择进行内镜检查，在此，我们提醒消化道肿瘤高危人群，要在医师的指导下，定期接受消化道内镜筛查，能够在出现明显不适之前，发现那些不易察觉的微小病灶，如息肉、溃疡、糜烂或早期肿瘤，从而实现早诊断、早治疗。

四、食管癌高危人群及随访

1. 食管癌筛查的高危人群

判定标准为 ≥ 40 岁，并符合下列标准任意 1 条者：

- (1) 出生或长期居住于食管癌高发地区；
- (2) 患有上消化道癌前疾病或癌前病变（如低级别上皮内瘤变、Barrett 食管）；

(3) 一级亲属有食管癌病史；

(4) 患有头颈部和(或)呼吸道鳞状细胞癌；

(5) 具有食管癌高危因素(如重度吸烟、重度饮酒、进食过快、热烫饮食等不良生活习惯,室内空气污染,牙齿缺失)。

2. 胃镜随访

对 Barrett 食管、低级别上皮内瘤变的患者,应至少每 3 年复查 1 次,特殊情况如 Barrett 食管伴低级别上皮内瘤变的患者可每 1~2 年复查 1 次。

对发现的高级别上皮内瘤变及早癌患者进行相应治疗。在治疗后第 3、6、12 个月复查,后续每年复查 1 次。对于多发食管癌灶及食管碘染色多部位不染者,因异时性食管癌发生率高,建议治疗 1 年后仍持续每 6 个月复查 1 次。每次内镜复查应予碘染色,发现可疑病变时予以活检。随访过程中如发现病变残留、局部复发或新发病灶,可再次予内镜下治疗,治疗失败者可追加外科手术或放化疗。

五、胃癌筛查目标人群及随访

1. 胃癌筛查人群

依据胃癌发病危险因素及流行病学调查结果确定中国胃癌筛查目标人群,>45 岁符合以下任意 1 项者,建议接受胃癌筛查:

(1) 居住在胃癌高发地区;

(2) HP 感染;

(3) 既往患有慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉、手术后残胃、肥厚性胃炎、恶性贫血等胃的癌前疾病;

(4) 胃癌患者的一级亲属;

(5) 存在胃癌其他风险因素,如摄入高盐、腌制饮食、吸烟、重度饮酒等。

2. 胃镜随访

《中国早期胃癌筛查流程专家共识意见(草案 2017 年,上海)》根据中国国情推荐 5 个与胃癌发生最相关因素(年龄、性别、HP 抗体、PG、G-17)为基础的新型胃癌筛查评分系统。该评分系统将接受筛查的人群罹患胃癌的风险分为高危、中危、低危 3 级,可使胃癌筛查的效能显著提高。

对于胃癌高危人群(17~32 分)强烈建议每年进行胃镜检查;对于胃癌中危人群(12~16 分)建议每 2 年进行胃镜检查;对于胃癌低危人群(0~11 分)建议每 3 年进行胃镜检查。

六、结直肠高危人群及随访

推荐中国结直肠肿瘤筛查对象为 40~74 岁一般人群。

1. 高危人群

(1) 一级亲属有结直肠癌疾病史;

(2) 本人有癌症史(任何恶性肿瘤病史);

(3) 本人有肠道息肉史;

(4) 同时具有以下两项及两项以上者:

① 慢性便秘(近 2 年来便秘每年在 2 个月以上);

② 慢性腹泻(近 2 年来腹泻累计持续超过 3 个月,每次发作持续时间在 1 周以上);

③ 黏液血便;

④ 不良生活事件史(发生在近 20 年内,

并在事件发生后对调查对象造成较大精神创伤或痛苦)；

- ⑤ 慢性阑尾炎或阑尾切除史；
- ⑥ 慢性胆道疾病史或胆囊切除史。

2. 肠镜随访

(1) 若筛查对象的2个一级亲属确诊结肠癌或进展期腺瘤(或1个一级亲属确诊年龄<60岁),建议从40岁开始或比家族中最早确诊结肠癌的年龄提前10年开始,每5年进行1次结肠镜检查。

(2) 对于腺瘤性息肉综合征患者或致病突变携带者,建议应每年进行1次全结肠镜检查。

(3) 对于Lynch综合征家系中携带致病突变者,建议自20~25岁开始接受结肠镜检查,每2年1次,直到40岁,然后每年接受1次结肠镜检查。

(4) 溃疡性结肠炎患者最迟应在症状出现8年后接受肠镜筛查,并接受全结肠多部位活检。

七、发现了消化道早癌怎么办?

大部分消化道早癌无明显症状,需经内镜筛查发现。有些患者是既往有消化道肿瘤病史,在随访、复查期间发现新病灶。如内镜检查中发现存在高级别上皮内瘤变或早癌,应进行放大内镜、超声内镜、胸腹CT等检查,进行评估是否可行内镜下切除。

放大内镜可评估病灶病变的性质、范围及内镜手术的方式、方法的预估。超声内镜可判

断病灶累及的深度,及病灶周围淋巴结可疑情况进行排查。胸腹部CT可评估是否存在淋巴结及远处脏器转移情况。只有进行了全面的评估,才能制定合理的个体化治疗方案。

甚至有些特殊情况,需进行多学科讨论。如高龄、心肺慢性疾病等无法耐受外科手术治疗、个人强烈保留脏器完整性意愿等,在内镜切除病灶可行的前提下,进行减瘤内镜治疗,后追加放化疗等;或内镜切除病灶,联合腹腔镜行脏器外淋巴结清扫等多学科融合的治疗方式。

八、消化道哪些病变适合内镜下治疗?

消化道处于黏膜层的病变均适合内镜下切除,包括息肉、神经内分泌肿瘤、早癌等;对于黏膜下良性肿瘤也可行内镜下切除,如平滑肌瘤、间质瘤、脂肪瘤、异位胰腺等。

对于浸润至黏膜下层的消化道早癌也有部分病变可通过内镜下切除。只是属于相对适应证或扩大适应证,也仅限于处于黏膜下中上1/3层的早癌,因为这类病变淋巴结转移率非常低,且可通过定期复查的方式进行有效的随访观察。此外,一些特殊情况,即使浸润深度已超过SM1,但本人有强烈的内镜治疗意愿,或因其他疾病无法耐受外科手术的患者,均可考虑行内镜下治疗。甚至通过内镜全层切除或合并腹腔镜双镜联合的方式,进行病变切除及淋巴结清扫。

如在随访过程中发现淋巴结转移,可考虑追加外科手术或进一步放化疗。

九、术后应如何随访、复查？术后生活中需注意哪些？

内镜治疗术后随访的目的是早期发现局部残留/复发、转移和异时性病变。但目前对于内镜治疗后的实际随访方法尚无基于证据的共识。应就治疗技术、切除标本病理检查的可治愈性评估、多发病变及癌的危险因素、潜在疾病等方面，制定随访计划。总之，早癌的管理是一个长期性的工作，内镜下完整切除病变，只是完成了关键的第一步，后续的随访、复查也是重中之重。这就需要严格遵医嘱，定期完成内镜、胸腹影像学等相关复查。

术后饮食、用药等也需谨慎。消化道内镜微创治疗后，一般要求患者尽量卧床休息，避免剧烈运动及劳累，甚至需遵医嘱在一定时间内禁食水，服用相关制酸、保护黏膜等药物，有效促进创面愈合，避免迟发性出血及穿孔的发生。何时进食、服药时长等均需遵医嘱，进食的原则也是从流质过渡到半流质、普食，原则也是易消化、清淡饮食为主。

十、内镜检查真的如传言般可怕吗？

很多人闻“镜”色变，听说胃镜检查痛不堪言。其实，胃镜检查并没有传闻中那么恐怖，令人望“镜”生畏。大多数人是可以在无痛状态下耐受胃肠镜检查的。胃镜的检查过程中可能最显著的不适感就是恶心及短暂的憋气感，但经过咽喉部使用局麻药物，再根据医师、护

士的指导，运用合适的呼吸方法，绝大多数人都可顺利完成胃镜检查。

肠镜的检查可能会有短暂的腹痛、腹胀，大多数人也是可以完全耐受顺利完成检查的。既往有腹盆腔手术史、肿瘤史的患者，因为腹腔粘连的存在，肠镜检查可能腹痛、腹胀的症状较其他人会明显。

但除了普通胃肠镜检查，还可以选择无痛胃肠镜。简言之，就是睡一觉，检查就结束了，轻松而愉悦的体验。因此，内镜检查并没有想象中可怕，可以选择多种检查方式，但筛查的结果都是一样的。

十一、日常生活中需注意哪些行为，从而尽可能避免消化道肿瘤的发生？

消化系统肿瘤的发病与多种风险因素相关，分为不可控风险因素和可控风险因素，常见的不可控风险因素包括种族、年龄、性别和家族健康史等，常见的可控风险因素包括 HP 感染，饮酒、吸烟等不良生活习惯及高盐、腌制食品和超加工食品的摄入量较高、摄入较高温度饮食等不健康饮食习惯。此外，还有肥胖、代谢性疾病等患病风险因素。

因此，我们要从可控风险因素入手，避免吸烟饮酒等不良习惯，杜绝高盐、腌制等不健康食品的长期摄入，合理饮食，多运动、有效控制 BMI，避免患病风险因素。当然，定期进行胃肠镜筛查也是必不可少的重要环节之一，防患于未然，从你我做起！