

上消化道癌筛查及早诊早治方法的研究进展

韩敬军¹, 张成武^{2*}

¹青海大学研究生院, 青海 西宁

²青海大学附属医院胃肠肿瘤外科, 青海 西宁

收稿日期: 2022年8月13日; 录用日期: 2022年9月7日; 发布日期: 2022年9月14日

摘要

我国上消化道癌的早诊率及早治率比较低, 因为大部分上消化道癌在初期并没有表现出典型的临床症状, 患者常当作“胃病”, 未重视病情, 未行相关辅助检查, 自行服用药物治疗, 以缓解疼痛不适的症状, 待出现显著症状而就诊时大多数已发展成中晚期。如果高危人群定期进行早癌筛查, 及时对疾病演变的进程进行阻断, 就能提高癌症的治疗效果, 也是控制疾病进一步恶化的有效措施。

关键词

上消化道癌, 早癌筛查, 早诊早治

Research Progress in Early Diagnosis and Early Treatment of Upper Digestive Tract Cancer Screening

Jingjun Han¹, Chengwu Zhang^{2*}

¹Graduate School of Qinghai University, Xining Qinghai

²Department of Gastrointestinal Oncology, Affiliated Hospital of Qinghai University, Xining Qinghai

Received: Aug. 13th, 2022; accepted: Sep. 7th, 2022; published: Sep. 14th, 2022

Abstract

Early diagnosis and early treatment rate of upper digestive tract cancer treatment rate is low, because most of the upper digestive tract cancer in the early stage did not show typical clinical symptoms, patients often treat as a “stomach disease”, did not pay attention to the condition, didn't take

*通讯作者。

related auxiliary examination, take medication to relieve the pain and discomfort symptoms, when significant symptoms appear, most have developed into the late. If the high-risk groups are regularly screened for early cancer and the process of disease evolution is blocked in time, the treatment effect can be improved for cancer, and it is also an effective measure to control the further deterioration of the disease.

Keywords

Cancer of Upper Digestive Tract, Early Cancer Screening, Early Diagnosis and Early Treatment

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

常见的上消化道癌症类型主要包括食管癌、胃食管结合部癌和胃癌。大多数上消化道癌在早期一般无特异性症状,容易被忽视,随着病情进展可出现上腹部疼痛、反酸、恶心呕吐等症状,患者未重视病情,常以为是“胃病”而自行服用药物治疗,但这种治疗方式往往是治标不治本,待出现显著症状就诊时多数已进展成中晚期,已经错过了治疗的最佳时间,且治疗后预后较差。由此可见,早癌的筛查工作是极其重要的,生活中对人们进行健康宣教,并定期体检,在出现身体不适时及时就医检查,对发现的上消化道癌症及时予以治疗。近年来,随着医疗技术和检查手段的不断发展,上消化道癌筛查方法和治疗方案都有了较大的进展,这对降低病死率、提高治愈率有很大的积极意义[1]。本文就上消化道癌筛查及早诊早治方法研究进展进行综述。

2. 上消化道癌症筛查和早诊早治的重要性

随着我国人口老龄化进程加快、不良生活方式和不健康饮食习惯等危险因素的累加,上消化道癌患者的数量也是十分巨大的,病情发展的情况亦不容乐观,已成为威胁人们健康的重大疾病[2]。目前我国上消化道恶性肿瘤发病率高、死亡率高、早癌诊断率甚低,因而上消化道癌早发现、早诊断、早治疗显得极其重要。患者早发现自身的异常情况,随后需要及时就医提早进行疾病的诊断,最后患者积极配合医生提早进行治疗。只有提早开始治疗,癌症才有希望被完全治愈,癌症的病死率也可大幅下降。研究资料表明,患者发现早期癌症后获得及时治疗,5年生存率可达90%以上;若延至中晚期发现,如进展期胃癌即便接受外科手术、辅助化疗等多学科的综合治疗,患者的5年生存率多低于30%[3]。上消化道癌症早期发现、及时诊治,不但预后好,病人术后生活质量高,并且可减轻家庭经济负担,降低因病返贫的可能性。从健康人、高危人群发展到上消化道癌患者的过程中,若能开展早期筛查及诊治工作,对疾病演变的进程进行阻断,将会有效降低上消化道癌的发病风险和病死率[4]。

3. 上消化道癌症筛查常用方法

在临床工作中一般通过血清学、影像学及内镜检查等检查筛查癌症,做到早期诊断上消化道癌。具体的检查项目,需要结合患者的实际情况和既往病史来决定。

3.1. 血清学筛查

血清肿瘤标志物,在癌症筛查和诊断的过程中有着重要的作用,但目前并没有单一的特异性和敏感

性很高的肿瘤标志物, 因此肿瘤的标志物测定可作为初步判断癌症的参考指标, 也可作为术后的预测, 判断复发和转移的参考, 但无法作为直接诊断肿瘤的依据。CA724 是检测胃癌和其他消化道肿瘤的标志物之一, 但特异性不高, 胃肠道炎症也会使这项指标出现不同程度升高, 国内外报道其灵敏度为 18.6%~58% [5]。糖类抗原 CA199 在胰腺癌、肝胆及胃肠道癌发生时大量分泌, 连续性测定可帮助判断病情进展、手术效果以及预后和复发转移情况[6], 但慢性胰腺炎、胆石症、肝硬化等疾病该指标也会出现不同程度的增高, 因此只可作为诊断癌症的辅助指标, 确诊还需结合病理学检查等。CEA 是一种酸性多糖蛋白复合物, 在正常胃黏膜中几乎不表达, 有助于早期胃癌的诊断[7]。CEA 是广谱的肿瘤标志物, 数值升高可见于大肠癌、肺癌等多种恶性肿瘤, 某些良性疾病如结肠炎也可能出现不同程度的升高, 但由于其特异性较差, 只能作为初步诊断某些恶性肿瘤的辅助依据。由于食管癌缺乏具有特异性的、针对性的肿瘤标志物, 这些相关指标中若有两项肿瘤标志物同时升高, 或者某一项升高且超过正常值两倍以上, 提示食管癌的可能性相对较大, 而且预后较差。因此, 血清肿瘤标志物可辅助判断是否患有肿瘤, 但不能单纯依靠其水平来诊断癌症, 需监测一段时间内的变化趋势, 若指标持续增高则更需进一步做检查, 癌症的诊断要综合考虑肿瘤标志物水平、影像学检查、病理学检查等多方面依据[8]。

3.2. 影像学检查

1) 上消化道 X 线钡餐造影

上消化道 X 线钡餐造影是指口服钡剂然后通过 X 线, 观察钡剂在通过整个消化道中的通畅程度和走形状况。由于钡剂在进入消化道后会附着在消化道的表面上, 因此能够完整的显现食管、胃、十二指肠的状况。X 线钡餐造影对于溃疡、肿瘤等疾病能够进行初步诊断, 但对微小的病变不易被发现, 且不能进行活检, 做不到明确诊断。如果发现有问题则进一步完善胃镜活检。因此 X 线钡餐造影只能初步检查胃肠道有无病变, 并且对于存在内镜检查禁忌的患者可作为替代检查的手段。

2) CT 检查

CT 检查可以评估上消化道肿瘤的位置、大小、周围有无淋巴结肿大、与周围组织器官的关系。胃 CT 检查可以发现胃壁增厚, 甚至发现胃部有肿物, 是否存在淋巴结肿大及转移, 还能明确是否浸润胃周脏器、是否有远处转移。CT 检查提示胃部有问题, 需要进一步胃镜检查, 这样才能确诊是否胃癌。食管 CT 检查, 可以发现食管壁增厚、或者食管占位, 能够确定食管占位性病变的部位、肿瘤大小、肿瘤侵犯范围、是否有远处器官转移情况等。CT 检查表现为消化壁均质不规则增厚, 强化后扫描病灶呈均质或者层状强, 是否有淋巴结肿大及转移, 是否有肝脏等远处转移, 进而评估肿瘤临床分期(cTMN), 可以帮助医生正确制定治疗方案、判定不同分期及治疗方法的预后[9]。

3.3. 内镜检查

1) 内镜和组织活检

胃镜检查是诊断上消化道疾病尤为重要的检查方法, 尤其建议 40 岁以上的人群定期胃镜检查, 对于发现的病变予以及时治疗, 能够防患于未然。这种检查方法会造成被检查者一定的痛苦, 可选择无痛胃镜检查, 能明显改善被检查者因恐惧心理拒绝此检查的情况。胃镜检查 + 病理活检是目前确诊上消化道癌的金标准。因为胃镜检查可以直接观察上消化道粘膜, 能够清晰看到是否存在病变情况。并且对发现的可疑病灶钳夹进行病理化验, 以确定病变性质, 从而明确诊断疾病。但胃镜检查并不是绝对能够发现, 由于早期病变相对比较细微, 也可能会发生漏诊情况。

食管癌早期并没有典型的临床症状, 有时会表现轻微吞咽不适, 所以经常容易被忽略。但胃镜检查可以明确食道粘膜是否光滑完整, 有无溃烂出血和溃疡改变, 通过钳取病变组织进行病理检查, 可明确

诊断早期食管癌。大部分早期胃癌患者无症状, 少数患者可有饱胀不适、消化不良等轻微不适, 这些症状往往会误认为是慢性胃炎, 不容易引起重视。在胃镜下由于早期胃癌病变表浅, 显示为局部粘膜的色泽的变化以及粗糙不平的颗粒感, 或胃粘膜呈现出规则的凹凸形状, 伴有糜烂或溃疡等改变。胃镜下检查出可疑病变细致观察, 要确诊病变性质, 需要做活检, 通过胃镜准确钳取病变部位并做病理检测, 是确诊胃癌的金标准。

2) 超声内镜

超声内镜是一种高频超声和内镜检查合二为一的检查方法, 不但可以直接清楚地观察消化道黏膜表面微小的病变, 还可以在距病灶最近的位置进行超声扫描, 能够知道病灶侵犯管壁深度与其直接相邻器官的超声图像, 同时它还可以引导更精准地取活检, 做病理检查来明确诊断。超声胃镜能清晰直观地显示胃壁结构, 用于明确胃内隆起病变的性质或起源, 尤其是对黏膜下的病变诊断有很大帮助, 为判断消化道恶性肿瘤浸润深度提供了结构依据, 并且可判定是否有淋巴结转移, 是评估胃肠道肿瘤分期的重要检测方法[10]。研究显示, 超声内镜检查对隆起型早期胃癌的浸润深度诊断准确度极高, 总体准确率为74.1% [11]。通过超声内镜诊断疾病较大程度上会依赖于操作者的经验和使用方法。此外, 溃疡、大尺寸、肿瘤位置和弥漫型组织学的存在也是影响超声内镜分期准确性的重要因素[12]。

相比于普通胃镜, 超声胃镜检查的范围比较广, 可以对黏膜下层、肌层以及浆膜层, 甚至胃腔之外的淋巴结、脏器等进行检查, 有助于提高上消化道早癌的诊断率。但在临床诊疗中不会一开始就行超声胃镜检查, 通常在经过普通胃镜检查后, 如果发现病变位于黏膜下, 无法确定此病变起源于那一层, 是囊性还是实质性, 病灶的大小、边界与周围情况, 这种情况建议行超声胃镜进一步检查。临床上为了提高疾病诊断的准确率, 通常需要做多种不同的辅助检查, 方能接近事实真相。

4. 早期上消化道癌症治疗方法

上消化道癌筛查的目的就是早期发现癌症或癌前病变的病人, 并予以及时治疗。一旦确诊则首选手术治疗, 即通过手术的方式将体内的肿瘤切除。

4.1. 内镜治疗

内镜下治疗上消化道早癌主要包括内镜下黏膜切除术(EMR)和内镜黏膜下剥离术(ESD)两种术式[13]。内镜治疗相比于传统外科手术有着创伤小、术后恢复快、患者生活质量高等各种优势, 现在已成为早期上消化道癌症或癌前病变首选的微创治疗。由于内镜治疗完成后才能明确分期, 因此只能通过术后病理结果判断内镜切除是否完全, 是否需要行外科手术补救。

EMR 是指在内镜下利用高频电切将黏膜病灶切除[14]。EMR 适用于较小的病灶, 一般直径小于 2 cm 的肿物[15], 由于操作简便, 创伤小, 目前已成为临床上常用的治疗手段[16]。ESD 是指在内镜下将病变黏膜从黏膜下层完整剥离的微创手术[17]。相对来说, EMR 对<15 mm 的病变更加安全有效, ESD 切除范围大, 可用于直径超过 20 mm 的病变[18]。ESD 相比 EMR 有着更大范围的适应症、更高的整块切除率、组织学完全切除率和更低的局部复发率等优点[19]。

早期食管癌患者术前首先要评估癌组织浸润的深度, 判断是否可以直接在内镜下行微创切除, 能否达到根治性的切除。在内镜下把食管病变黏膜剥离, 从而避免传统开胸手术切伤患者食管的情况, 创伤比较小, 也可以重建上消化道, 是一种更安全、有效的微创治疗方法[20]。对于评估无淋巴结转移风险的早期胃癌患者, 首选的治疗方式为内镜下黏膜剥离术, 无需行传统外科手术就能达到根治性切除肿瘤。ESD 治疗早期上消化道癌及癌前病变疗效更佳[21]。上消化道早期癌症在内镜下治疗的效果显著[22], 但并不是一劳永逸, 在未来生活中再次发生癌变的可能性仍比正常人大, 所以要定期复查胃镜, 监测病情

变化。

4.2. 外科治疗

一些内镜无法治疗的上消化道癌患者, 需要考虑手术治疗。根据实际病情, 通常由肿瘤的部位和大小, 以及患者的身体状况是否能够耐受手术来决定。对于肿瘤体积较大、或病灶已侵及粘膜下层, 甚至出现淋巴结转移的早期食管癌患者, 则需行食管癌根治术。在内镜下无法完整切除肿瘤, 或者已有淋巴结转移的早期胃癌患者, 则需行标准胃癌根治术。手术切除的范围依据病灶部位和数量而定, 术中彻底清扫淋巴结尽量做到无癌残留, 将手术切除的组织标本进行病理化验分析, 来确定肿瘤的病理分期, 才能更好指导手术后的治疗。

4.3. 放、化疗

如果上消化道早期癌症的患者无法行手术切除, 或者患者不愿意进行手术, 就只能采用放化疗的治疗手段。临床上, 对于早期颈段和胸上段的食管癌, 如果患者能耐受, 可进行根治性放射治疗, 能够保留食管功能, 疗效较好。通常手术切除之后的患者, 如果术后病理回报病理类型恶性程度较高、有淋巴结转移等高危因素, 为了预防癌症复发, 则需行辅助放、化疗。

5. 小结

在日常临床诊疗的基础上, 要大力进行健康宣教, 鼓励人们养成定期体检的良好习惯, 尤其强烈建议 40 岁以上人群定期做胃镜常规检查。若患者怀疑或确诊上消化道肿瘤, 要及时到医院就诊评估病情, 遵医嘱配合治疗, 不要自行评价病情, 以免出现评价错误导致心理负担加重而延误病情及影响后续治疗效果。癌症发现越早, 治愈的几率就越大, 而且有着更高的生活质量。

参考文献

- [1] 郑献智. 扬中市上消化道癌发病和死亡趋势分析及早诊早治效果评价[D]: [硕士学位论文]. 南京: 南京医科大学, 2017.
- [2] 袁平, 郑奎城. 胃癌流行病学研究进展[J]. 慢性病学杂志, 2018, 19(12): 1671-1675.
- [3] 杜奕奇, 蔡全才, 廖专, 方军, 朱春平. 中国早期胃癌筛查流程专家共识意见(草案, 2017年, 上海) [J]. 中华消化杂志, 2018, 38(2): 87-92.
- [4] 王桂卿, 张琦慧, 娜仁满都拉. 新型胃癌筛查评分系统在基层体检中心应用的临床研究[J]. 呼伦贝尔学院学报, 2020, 28(1): 90-93.
- [5] 朱昱冰, 葛少华, 张连海, 王晓红, 邢晓芳, 杜红, 胡颖, 李瑛爱, 贾永宁, 林艺, 范彪, 季加孚. 肿瘤标志物在胃癌患者中的诊断及预后价值[J]. 中华胃肠外科杂志, 2012(2): 161-164.
- [6] 刘洁. CEA、CA199 血清学检测对消化系统肿瘤诊断及鉴别诊断意义的临床分析[D]: [硕士学位论文]. 银川: 宁夏医科大学, 2016.
- [7] Nam, D.H., Lee, Y.K., Park, J.C., *et al.* (2013) Prognostic Value of Early Postoperative Tumor Marker Response in Gastric Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, **20**, 3905-3911. <https://doi.org/10.1245/s10434-013-3066-7>
- [8] Zhou, Y.C., Zhao, H. and Shen, L.Z. (2015) Preoperative Serum CEA and CA19-9 in Gastric Cancer—A Single Tertiary Hospital Study of 1,075 Cases. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **16**, 2685-2691. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.7.2685>
- [9] 李德秀, 付江东. 气钡双重造影和 256 排 CT 对胃癌的诊断价值对比分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2016, 15(5): 477-480.
- [10] 徐瑶, 王志洋, 罗凌玉, 黄德强. 超声内镜对早期胃癌浸润深度的诊断价值及影响因素分析[J]. 实用临床医学, 2020, 21(4): 5-9.
- [11] McLaren, P.J. and Dolan, J.P. (2017) Surgical Treatment of High-Grade Dysplasia and Early Esophageal Cancer. *World Journal of Surgery*, **41**, 1712-1718. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-3958-y>

- [12] 田敏秀, 沈磊. 早期胃癌的临床诊断进展[J]. 医学综述, 2020, 26(10): 1946-1950+1955.
- [13] 陈天文, 王利利, 刘牧林. 内镜黏膜下剥离术在早期胃癌治疗中的应用进展[J]. 大连医科大学学报, 2020, 42(6): 551-555.
- [14] 胡元龙. 早期胃癌临床诊断与治疗进展[J]. 实用肿瘤杂志, 2000(3): 145-147.
- [15] 温越, 俎明, 丁士刚. 早期胃癌的内镜下治疗进展[J]. 胃肠病学, 2018, 23(9): 565-568.
- [16] 张瑜红. 内镜治疗早期食管癌的研究进展[J]. 微创医学, 2020, 15(4): 495-499+527.
- [17] 曲云慧, 余福兵. 早期胃癌诊断与治疗进展[J]. 中华临床医师杂志, 2017, 11(2): 292-296.
- [18] 路璐, 徐洪雨. 早期食管癌的筛查诊断及治疗的研究进展[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2018, 27(11): 1299-1303.
- [19] 於亮亮. 内镜下胃癌治疗进展及存在问题[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2020, 6(1): 11-15.
- [20] 刘晓, 王贵齐. 早期食管癌及癌前病变内镜下治疗进展[J]. 中国实用内科杂志, 2015, 35(3): 196-198.
- [21] 张彬. 内镜下黏膜切除术及黏膜剥离术治疗早期胃癌和癌前病变的疗效对比研究[J]. 中国现代药物应用, 2022, 16(3): 82-84.
- [22] 刘凤青, 张腾. 上消化道早期癌症临床诊治中应用消化内镜技术的效果及手术时间分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(29): 38-39.