

〔文章编号〕 1007-0893(2021)02-0058-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.02.028

放大内镜诊断早期食管癌及癌前病变的价值

程卫杰 孙旭锐 吴嘉玲 吴小珑 袁楚明

(揭阳市人民医院, 广东 揭阳 522000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨并分析放大内镜诊断早期食管癌及癌前病变的价值。**方法:** 选取 2018 年 1 月 1 日至 2020 年 1 月 31 日在揭阳市人民医院诊治的 60 例早期食管癌患者, 对其均行放大内镜诊断, 观察其诊断效果。**结果:** 60 例患者活检组织病理学诊断后发现病灶 65 个, 其中癌前病变 25 个、食管炎症 33 个、早期食管癌 6 个、食管癌侵及肌层 1 个, 放大内镜对早期食管癌及癌前病变的检出率为 87.10% (27/31); 早期食管癌患者在放大内镜模式下表现为: 食管黏膜上皮乳头内毛细血管祥 (IPCL) 改变, 其中 IPCL 分型为 IV、V1、V2、V3、Vn 5 型, 且患者经放大内镜诊断后发现, 其食管黏膜的色泽变化比较明显, 病变区域及病灶周围正常黏膜组织从棕褐色至淡青色过渡, 且病变区域与非病变区域之间有着明显的界线, 食管与胃连接部位的黏膜腺管开口异常。**结论:** 临床上对早期食管癌及癌前病变患者进行诊断时, 采用放大内镜, 能够将食管的病灶形态清楚地反映出来, 进一步明确病变浸润的深度, 为临床诊断及治疗方案的制定提供准确的指导依据。

〔关键词〕 早期食管癌; 食管炎症; 癌前病变; 放大内镜

〔中图分类号〕 R 735.1 〔文献标识码〕 B

食管癌是恶性肿瘤中比较常见的一种类型, 早期食管癌患者经影像学检查后发现, 其癌细胞虽然侵及到了黏膜层, 但是还未能侵及到黏膜肌层, 或者还未发生淋巴结转移。随着我国医疗技术的不断进步, 临床研究的逐步深入, 有研究人员发现, 对于早期食管癌患者, 如果给其实施及时有效的治疗, 则其 5 年生存率高达 95% 以上, 但是如未能及时接受相应的治疗, 癌细胞对黏膜层及黏膜肌层造成了侵及, 加上部分患者的淋巴结细胞出现了转移, 极易发展成中晚期食管癌, 导致生存率明显降低, 死亡率升高^[1]。放大内镜被广泛应用在了对早期食管癌及癌前病变患者的诊断中, 本研究选取了 60 例早期食管癌患者, 详细探讨了放大内镜诊断早期食管癌及癌前病变的价值, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月 1 日至 2020 年 1 月 31 日在本院诊治的 60 例早期食管癌患者, 纳入标准: (1) 符合早期食管癌诊断标准^[2]; (2) 经内镜检查后发现食管黏膜组织出现了异常病变, 如黏膜颜色异常、食管壁变得粗糙, 且微微隆起, 部分患者的食管癌出现凹陷; (3) 表现为不同程度的胸骨后疼痛、反酸、烧心、吞咽不适等症状; (4) 患者及家属均知情; 排除标准: (1) 合并严重的心、肝、肾等器官功能障碍; (2) 合并精神系统疾病。60 例患者中男女比例为 32:28, 年龄为 42~78 岁, 平均年龄 (56.52±7.21) 岁。

1.2 方法

对 60 例患者均行放大内镜诊断, 对经普通内镜发现的可疑病灶进行活检诊断, 采用本院放大内镜以及与其配套的超声探头 (美国 zibra 公司, 型号 milliscope 2), 诊断人员指导患者检查前 10 h 禁食禁水, 在检查前的 15 min, 给患者含服盐酸达克罗宁胶浆 (扬子江药业集团有限公司, 国药准字 H20041523) 行麻醉, 5 min 后吞咽, 再应用丙泊芬 (浙江九旭药业有限公司, 国药准字 H20084531) 进行静脉麻醉, 待麻醉起效后, 将放大内镜调整为白光模式下进镜, 进镜成功后采用对患者食管黏膜的形态进行详细的观察, 记录患者病变的位置、数目、大小、形态等。然后将放大内镜镜头切换至放大内镜模式, 对食管与胃结合部位黏膜腺管开口的类型及食管上皮乳头内毛细血管的形态进行详细的观察。根据观察到的颜色对病变状况进行判定, 如果食管黏膜出现褐色区域则提示为阳性。

1.3 观察指标

以病理检查结果为金标准, 观察 60 例患者的诊断效果。

2 结果

2.1 60 例患者经放大内镜的诊断效果

60 例患者活检组织病理学诊断后发现病灶 65 个, 其中癌前病变 25 个 (包括 13 个轻度不典型增生病灶、7 个中度不典型增生病灶和 5 个重度不典型增生病灶)、食管炎症 33 个、早期食管癌 6 个、食管癌侵及肌层 1 个, 其中 25 个癌前病变和 6 个早期食管癌病灶。经放大内镜诊断后发现,

〔收稿日期〕 2020-11-30

〔作者简介〕 程卫杰, 男, 副主任医师, 主要从事消化内科及内镜研究工作。

放大内镜对早期食管癌的检出率为 96.00 % (24/25) , 对癌前病变的检出率为 50.00 % (3/6) , 对早期食管癌及癌前病变的检出率为 87.10 % (27/31) 。

2.2 早期食管癌患者在放大内镜模式下的表现

早期食管癌患者在放大内镜模式下表现为: 食管黏膜上皮乳头内毛细血管袢 (intraepithelial papillary capillary loop, IPCL) 改变, 其中 IPCL 分型为 IV、V1、V2、V3、Vn 5 型, 且患者经放大内镜诊断后发现, 其食管黏膜的色泽变化比较明显, 病变区域及病灶周围正常黏膜组织从棕褐色至淡青色过渡, 且病变区域与非病变区域之间有着明显的界线, 食管与胃连接部位的黏膜腺管开口异常。

3 讨论

早期食管癌在临床上比较常见, 其是一种浅表型癌, 临床上根据其浸润深度将其分成了黏膜内癌和黏膜下癌。患者发病后主要表现为吞咽哽咽、吞咽时食管出现烧灼感、钝痛、反酸、烧心等症状, 部分患者的症状并不典型, 因此, 对于早期食管癌及其癌前病变患者及时确诊对治疗及预后的改善有着重要的意义 [3]。

目前, 临床上对早期食管癌及其癌前病变患者的诊断方式主要是胃镜检查, 但是普通内镜有着一定的随机性和较高的盲目性, 对于食管癌黏膜病变患者而言, 其病变部位表现的更加粗糙、隆起、充血, 甚至糜烂等特征, 但是对于平坦型病变的细微的病变结构, 采用普通内镜诊断则不能清晰显示出病变的结构, 导致临床诊断准确率较低, 临床治疗受到了阻碍, 放大内镜则能够将食管黏膜形态的细微结构清晰地显示出来, 黏膜上皮血管网与下皮血管网之间的对比度得到了明显提升, 并且此种诊断方式的进行不需要进行染色, 整个操作过程比较简便 [4]。本研究结果显示, 60 例患者活检组织病理学诊断后发现病灶 65 个, 其中癌前病变 25 个、食管炎症 33 个、早期食管癌 6 个、食管癌侵及肌层 1 个, 放大内镜对早期食管癌及癌前病变的检出率为 87.10 % (27/31) 。患者经放大内镜进行诊断后, 其病灶特征主要表现为: 食管黏膜 IPCL 改变, 且患者经放大内镜诊断后发现, 其食管黏膜的色泽变化比较明显, 病变区域及病灶周围正常黏膜组织从棕褐色至淡青色过渡, 且病变区域与非病变区域之间有着明显的界线, 食管与胃连接部位的黏膜腺管开口异常。随着内镜技术的逐步发展, 放大内镜将病变范围更

好地显现了出来, 还将食管黏膜的 IPCL 形态清晰地显示了出来, 这对临床诊断更早发现病灶, 对病变侵入情况进行判断等提供了准确的指导依据。

早在多年前, 有学者通过对食管血管网黏膜下静脉、分支血管、斜行血管以及上皮内乳头状微血管袢进行详细的观察后发现, 食管黏膜 IPCL 形态学分型也能够为癌与非癌组织的鉴别提供准确的指导依据, 还能够为癌组织的浸润程度提供参考性的依据 [5]。本研究中发现, 早期食管癌及癌前病变患者食管黏膜 IPCL 形态出现异常也更加明显, 而与普通内镜的诊断结果相比较, 放大内镜观察到的 IPCL 形态对临床诊断极其重要。也有研究发现 [6], 早期食管癌患者行普通内镜诊断, 能够发现点片状的充血、糜烂、颗粒样增生等症状, 这就要求临床诊断人员将食管黏膜上表现出的微小隆起、凹陷、糜烂等重视起来, 加强对黏膜部位色泽改变部位组织的活检诊断, 尤其对于普通内镜诊断后发现的可疑病灶, 要对其进行多个方位的活检。

综上所述, 临床上对早期食管癌及癌前病变患者进行诊断时, 采用放大内镜, 能够将食管的病灶形态清楚地反映出来, 进一步明确病变浸润的深度, 为临床诊断及治疗方案的制定提供准确的指导依据。

[参考文献]

- (1) 张惠晶, 冯明亮, 矫太伟, 等. 窄带谱成像放大内镜技术对早期食管癌及其癌前病变诊断的临床应用价值 (J). 中国内镜杂志, 2019, 25(8): 58-62.
- (2) 秦秀敏. 早期食管癌及癌前病变内镜诊断、治疗、随访及癌前病变中多种蛋白表达分析研究 (D). 北京: 北京协和医学院, 2014.
- (3) 苏法, 杨莉芳. NBI 放大内镜联合超声内镜在早期食管癌及癌前病变中的诊断价值 (J). 现代消化及介入诊疗, 2019, 24(1): 91-93.
- (4) 徐前成, 张新军. 联合应用卢戈液染色、窄带成像、放大内镜及超声内镜对早期食管癌及癌前病变的诊断价值分析 (J). 现代实用医学, 2018, 30(6): 752-754.
- (5) 刘慧, 杨晓霞, 李静, 等. 窄带成像放大内镜联合超声微探头对诊断早期食管癌及癌前病变的临床价值 (J). 青海医药杂志, 2018, 48(5): 7-11.
- (6) 王宪忠. 放大内镜结合色素内镜以及 NBI 在早期胃、食管癌及癌前病变筛查诊断中的价值 (J). 中国保健营养, 2017, 27(12): 65.