专家述评

消化系统肿瘤的早诊早治策略

徐有青
首都医科大学附属北京天坛医院 消化内科（北京 100070）

【摘　要】消化系统肿瘤发病率和死亡率高，已成为严重影响人体健康的重要问题。对消化系统肿瘤的危险因素和发病机制仍不清楚，值得深入研究。胃肠道肿瘤的早期诊断仍然是临床亟待解决的难题，只有早期明确诊断并得到及时有效治疗，才能达到最佳的预后效果。高清消化内镜及放大、染色等新技术的应用，有利于发现早期胃肠道肿瘤，超声内镜检查及细针穿刺活检技术（EUS-FNA）可发现胰腺早癌，内镜切除术（EMR及ESD）可完整切除胃肠道早期肿瘤，达到治愈效果。消化内镜技术已迈入超级微创手术新时代。本文就消化系统肿瘤的早诊早治策略做一述评，以供临床借鉴。

【关键词】消化系统肿瘤；早诊早治；内镜超级微创技术
【中图分类号】R57　　文献标志码 A　　DOI：10.3969/j.issn.2096-3351.2023.02.003

Emphasizing the earlier diagnosis and treatment of gastrointestinal tumor

XU Youqing
Department of Gastroenterology, Beijing Tiantan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100070, China

【**Abstract**】The high morbidity and mortality of gastrointestinal tumor has become a serious problem. Meanwhile, the risk factors and mechanisms of gastrointestinal tumors are still unclear, which is worth further study. Early diagnosis of gastrointestinal tumors is still a difficult problem to be solved in clinic. The earlier diagnosis and treatment is very important in order to get a good prognosis for these patients of gastrointestinal tumor. High resolution endoscopic examination with magnifying and dying method can diagnose early gastrointestinal tumors. Early pancreatic cancer can be diagnosed by EUS-FNA method. EMR and ESD can completely remove early gastrointestinal tumors and achieve curative effect. The new era of endoscopic super-micro- invasive technology of digestive endoscopy is coming. This article reviews the early diagnosis and treatment strategies of gostrointestinal tumor for clinical reference.

【**Key words**】Gastrointestinal tumor; Earlier diagnosis and treatment; Endoscopic super-micro- invasive technology



专家简介：徐有青，首都医科大学附属北京天坛医院消化内科主任，首都医科大学消化病学系副主任，主任医师，教授，博士研究生导师。任中国中西医结合超声内镜专家委员会主任委员，北京中西医结合协会消化内镜委员会副主任委员，北京市消化学会委员，北京市肝病学会常委，北京市消化内镜学会委员，国际超声内镜学会委员。主要从事脂肪肝和酒精性肝病的研究，并擅长胃镜、肠镜、ERCP及超声内镜的诊断及治疗。1999年在日本仙台市东北大学医学部消化科研修，2001年在美国纽约大学西奈山医学院医学部胃肠科做博士后研究。发表论著150余篇，主编《上消化道超声内镜实用诊疗手册》。E-mail：youqingxuttyy@163.com

临床上危害最大的疾病主要有脑血管疾病、心血管疾病和肿瘤，这三类已成为人类健康重要的杀手。在肿瘤方面，肺癌的发病率最高、死亡人数较多，消化系统肿瘤如胃癌、肠癌、食管癌及肝胆胰肿瘤也是常见的致死性疾病。因消化系统包括的器官比较多，消化系统总的恶性肿瘤发病率及死亡率超过呼吸系统的肿瘤，越来越引起人们的重视。

1　消化系统肿瘤的病因及发病机制

消化系统肿瘤涉及的器官多，肿瘤类别繁杂，其病因及发病机制大多尚不明确。胃肠道肿瘤的发病率较高，发病机制复杂，受遗传因素，也受环境等因素的影响。幽门螺杆菌引起慢性活动性胃炎及糜烂，而长期炎症可促进胃癌的发生，在胃癌的一类致癌因子中，幽门螺杆菌是一个可以控制杀灭的危险因子[1-3]，清除幽门螺杆菌可预防胃癌的发生已逐步得到证实[4-5]。食道癌的发生机制也很复杂，具体致癌因素也不清楚，减少食道损伤的饮食，如过烫及腌制食品可能有一定保护作用。结肠癌、结肠息肉的危险因素仍不明确，肥胖可能促进结肠息肉的发生发展[6]。有关胃肠道肿瘤危险因素及发生机制的研究非常重要，明确了肿瘤的危险因素和发生机制，可为肿瘤的预防和治疗提供新的靶

基金项目：首都卫生发展科研专项（2020-1-2042）
引用本文：徐有青. 消化系统肿瘤的早诊早治策略[J]. 西南医科大学学报，2023，46（2）：103-105.DOI：10.3969/j.issn.2096-3351.2023.02.003

点和依据。

2 胃肠道肿瘤的早期诊断

胃肠道肿瘤的早期诊断是急待解决的临床难题。人的自我感觉能力还是很低的，很大一部分胃肠道早期肿瘤没有任何症状，临床上有症状的胃肠道肿瘤一旦确诊，往往已不是早期，错过了最佳治疗时期。部分肿瘤早期发现可以达到完全治愈的效果，而中晚期肿瘤则预后多不理想。如何才能早期发现胃肠道肿瘤呢？既然胃肠道肿瘤早期多无症状，要想早期发现肿瘤，胃肠镜体检就显得非常重要。临床经验提示年龄与胃肠道肿瘤的发生关系密切，年龄在四十岁以下的年轻人胃肠道肿瘤发病率相对较低，四十岁至五十岁的中年人则发病率明显增高。大部分较大的医疗单位都能开展胃肠镜检查，年龄从四十岁开始，最晚五十岁，即使没有任何症状，也建议到这些医疗单位做一次胃肠镜检查。

胃肠镜检查是比较安全的检查项目，为减少胃肠镜检查的痛苦，可选用无痛胃肠镜检查。如果发现结肠息肉，特别是进展性息肉可予以切除，是最有效的预防结肠癌发生的方法[7-8]，也就是说通过结肠镜检查和内镜下息肉切除，使肠道肿瘤得以早期发现并阻断结肠进展性息肉发展为结肠恶性肿瘤的可能，可使约90%的结肠癌能够得以早期发现和预防。

3 肝胆胰肿瘤的早期诊断

肝脏及胆囊的肿瘤早期诊断主要依靠影像学检查，如腹部彩超、CT及核磁共振检查，超声造影、增强CT及核磁共振检查有助于病变的鉴别和良恶性肿瘤的判断[9-10]。肿瘤标志物检测对早期肿瘤的诊断有限，临床上常用的CEA及AFP对结肠癌及肝癌的早期诊断也并不理想[11-12]，其它血液、便及尿液检查指标如CA72-4、CA242、CA19-9等在肿瘤早期往往并不敏感[13-14]，这些指标的升高常发生在中晚期肿瘤病人和术后转移、复发的病人，定期检测对判定手术切除后是否有肿瘤复发和转移有较好的价值[15]，而对肿瘤的早期诊断帮助较小，仅有一些提示价值，可作为肿瘤筛查的有益补充和参考[16-17]。

相较于肝脏及胆系的肿瘤，胰腺肿瘤的早期诊断则更为困难，预后也极差，确诊率几乎等于死亡率，因为没有可靠的血清肿瘤标志物用于早期诊断[18]。腹部彩超，CT及核磁共振检查很难发现小于1 cm的微小胰腺肿瘤[19]。有经验的超声内镜专家进行超声内镜检查可发现小于1 cm的胰腺占位[20]。胰腺癌多为缺乏血供的肿瘤，超声内镜声学造影技术可根据肿瘤的血供情况用于胰腺癌与其他胰腺占位如胰腺神经内分泌瘤的鉴别诊断[21-23]。超声内镜引导下细针穿刺活检（EUS+FNA）可明确胰腺占位性质[24-25]。临床工作中发现小于2 cm的胰腺早癌手术切除后5年存活率只有20%～30%，而小于1 cm的胰腺癌术后5年存活率可达100%。因此，能否发现小于1cm的微小胰腺早癌并手术切除是达到胰腺癌理想治疗效果和改善胰腺癌预后的关键。

4 消化内镜微创切除术的应用

随着高清胃肠镜检查及内镜超级微创技术等新技术的开展和广泛应用，使消化道肿瘤的早诊早治得以实现。良好清洁的胃肠道准备，有助于发现微小的病变，所以应该重视胃肠道的术前准备。检查医师耐心细致地胃肠镜检查也可以减少漏诊的几率。结合消化内镜高清放大技术及染色技术，可对病变部位进行精细检查，判定病变的范围和做出良恶性的初步预判。只有对病变性质和范围的明确诊断和评估，才能确定最佳的内镜下切除及治疗方案。

消化内镜切除技术（EMR及ESD等）为胃肠道早癌的治疗提供了有效的治疗技术[26-27]。通过内镜下微创手术可完整切除胃肠道的早期良恶性肿瘤，达到完全治愈的疗效，避免了开腹手术的麻烦，期望将来60%～70%的胃肠道恶性肿瘤能够早期诊断并能够得到内镜下微创切除治愈。

5 小结

消化内镜技术日新月异、突飞猛进，已迈入超级微创手术新时代[28]，为消化系统肿瘤的早诊早治带来了新的希望。超声内镜诊治技术的开展和广泛应用，可克服胰腺癌早期诊断的难题。内镜超级微创等诊治新技术的广泛开展，可早期确诊胃肠道肿瘤，并进行内镜下切除，将极大改善胃肠道肿瘤的预后，造福大部分消化道肿瘤病人，为人类健康带来福音。

6 参考文献

[1] 世界胃肠病学组织, 钟子劭, 徐包慧. 世界胃肠病学组织全球指南: 幽门螺杆菌[J]. 胃肠病学, 2021, 26(9): 540-553.

[2] SHAH SC, IYER PG, MOSS SF. AGA clinical practice update on the management of refractory helicobacter pylori infection: expert review[J]. Gastroenterology, 2021, 160(5): 1831-1841.

[3] ALIPOUR M. Molecular mechanism of Helicobacter pylori-induced gastric cancer[J]. J Gastrointest Cancer, 2021, 52(1): 23-30.

[4] AMIEVA M, PEEK RM Jr. Pathobiology of Helicobacter pylori-

induced gastric cancer[J]. Gastroenterology, 2016, 150(1): 64−78.
[5] 谢川, 祝荫. 重视基层医生对幽门螺杆菌感染的规范化诊治[J]. 中华全科医师杂志, 2020, 19(5): 394−396.
[6] 张鹏, 李斌, 韩怡. 老年结直肠息肉的危险因素及其与脂肪肝的相关性分析[J]. 实用老年医学, 2019, 33(7): 697−700.
[7] HATTA W, GOTODA T, KOIKE T, 等. 早期胃癌内镜下切除日本指南的历史和未来展望[J]. 中华胃肠内镜电子杂志, 2020, 7(1): 1−10.
[8] FREEMAN HJ. Early stage colon cancer[J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(46): 8468−8473.
[9] AYUSO C, RIMOLA J, VILANA R, *et al*. Corrigendum to "Diagnosis and staging of hepatocellular carcinoma (HCC): current guidelines" [Eur. J. Radiol. 101 (2018) 72−81][J]. Eur J Radiol, 2019, 112: 229.
[10] AYUSO C, RIMOLA J, VILANA R, *et al*. Diagnosis and staging of hepatocellular carcinoma (HCC): current guidelines[J]. Eur J Radiol, 2018, 101: 72−81.
[11] SU YT, CHEN JW, CHANG SC, *et al*. The clinical experience of the prognosis in opposite CEA and image change after therapy in stage IV colorectal cancer[J]. Sci Rep, 2022, 12(1): 20075.
[12] LIU ZJ, PU YW, BAO YX, *et al*. Investigation of potential molecular biomarkers for diagnosis and prognosis of AFP−negative HCC[J]. Int J Gen Med, 2021, 14: 4369−4380.
[13] JING JX, WANG Y, XU XQ, *et al*. Tumor markers for diagnosis, monitoring of recurrence and prognosis in patients with upper gastrointestinal tract cancer[J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2014, 15 (23): 10267−10272.
[14] LUO H, SHEN KX, LI B, *et al*. Clinical significance and diagnostic value of serum NSE, CEA, CA19−9, CA125 and CA242 levels in colorectal cancer[J]. Oncol Lett, 2020, 20(1): 742−750.
[15] AZIZIAN A, RÜHLMANN F, KRAUSE T, *et al*. CA19−9 for detecting recurrence of pancreatic cancer[J]. Sci Rep, 2020, 10(1): 1332.
[16]VAN MANEN L, GROEN JV, PUTTER H, *et al*. Elevated CEA and CA19−9 serum levels independently predict advanced pancreatic cancer at diagnosis[J]. Biomarkers, 2020, 25(2): 186−193.
[17] 刘晓婷, 刘洋, 张换勤, 等. 肿瘤标志物在肝细胞癌诊断及预后中的应用[J]. 国际肿瘤学杂志, 2022, 49(6): 371−375.
[18] 袁佐杰, 邹斌, 程斌. 多项肿瘤标志物联合筛查在恶性肿瘤二级预防中的应用研究[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2022, 29(7): 847−850.
[19] BLUEMKE DA, FISHMAN EK. CT and MR evaluation of pancreatic cancer[J]. Surg Oncol Clin N Am, 1998, 7(1): 103−124.
[20] YANG RB, LU MP, QIAN XX, *et al*. Diagnostic accuracy of EUS and CT of vascular invasion in pancreatic cancer: a systematic review[J]. J Cancer Res Clin Oncol, 2014, 140(12): 2077−2086.
[21] YASHIKA J, OHNO E, ISHIKAWA T, *et al*. Utility of multiphase contrast enhancement patterns on CEH−EUS for the differential diagnosis of IPMN−derived and conventional pancreatic cancer[J]. Pancreatology, 2021, 21(2): 390−396.
[22] GONG TT, HU DM, ZHU Q. Contrast−enhanced EUS for differential diagnosis of pancreatic mass lesions: a meta−analysis[J]. Gastrointest Endosc, 2012, 76(2): 301−309.
[23] KITANO M, YOSHIDA T, ITONAGA M, *et al*. Impact of endoscopic ultrasonography on diagnosis of pancreatic cancer[J]. J Gastroenterol, 2019, 54(1): 19−32.
[24] SUZUKI R, IRIE H, TAKAGI T, *et al*. Prognostic influence of endoscopic ultrasound−guided fine needle aspiration in IPMN−derived invasive adenocarcinoma[J]. BMC Cancer, 2018, 18(1): 974.
[25] 陈刚, 张焰平, 叶乐平, 等. 造影增强超声内镜联合超声内镜引导下细针抽吸术对胰腺占位的诊断价值[J]. 山东大学学报(医学版), 2021, 59(7): 68−73.
[26] 凌世宝, 王业涛. 2020年日本胃肠内镜学会(JGES)《早期胃癌ESD和EMR指南》要点[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2021, 30 (3): 268−271.
[27] HAYAT M, AZEEM N, BILAL M. Colon polypectomy with endoscopic submucosal dissection and endoscopic full−thickness resection[J]. Gastrointest Endosc Clin N Am, 2022, 32(2): 277−298.
[28] 令狐恩强. 消化内镜技术迈入超级微创手术新时代[J]. 中华医学信息导报, 2022, 37(10): 15.

(利益冲突:无)

(收稿日期:2022−12−05;修回日期:2022−12−29)

《西南医科大学学报》对医学论文论著“结论”编写的基本要求

“结论”是医学论文论著正文不可缺的重要组成部分。新近发布的国家标准《学术论文编写规则》(GB/T7713.2−2022)中指出:“结论是对研究结果和论点的提炼与概括,不是摘要或主体部分中各章、节小结的简单重复,宜做到客观、准确、精练、完整。”新国标中同时指出,如果推导不出结论,也可没有“结论”而写作“结束语”,进行必要的讨论,在讨论中提出建议或待研究解决的问题等。基于新的国标规则,本刊要求作者来稿医学论文论著中应在“讨论”之后将“结论”独立编号编章编写,不可与“讨论”混为一体;如果研究中推导不出结论,则应在讨论中予以特别解析和说明。

(本刊编辑部)