### 上消化道癌机会性筛查及早诊早治技术方案（2019年试行版）

机会性筛查是将**日常的医疗服务与目标疾病**（即**食管癌、贲门癌、胃癌和十二指肠癌**）患者的筛查和早诊早治结合起来，在患者就医和体检过程中进行目标疾病筛查及早诊早治的一种疾病筛查方式，其优点是无需额外的检查与费用，被检查人群顺应性好，是迅速扩大我国上消化道癌**早期发现、早期诊断、早期治疗**的重要途径。以我国**县级医院**为基础，在规范诊疗流程的基础上，严格培训与准入，在日常医疗服务中规范开展上消化道癌筛查及早诊早治，提高我国农村地区上消化道癌早诊率，有效降低死亡率。

上消化道癌机会性筛查及早诊早治筛查方案适用于在我国开展上消化道癌机会性筛查及早诊早治的地区。技术方案的核心内容是，**针对来自基层/社区、体检机构和医院就诊的上消化道癌高危人群进行内镜检查，对发现的可疑病变进行活体组织病理学检查，在一次内镜检查中可发现上消化道不同部位（食管、贲门、胃和十二指肠）的病变，使筛查及诊断一步完成。**内镜检查前必须做好充分准备，去除黏液与气泡，必要时辅以色素内镜、电子增强内镜、放大内镜及超声内镜等检查。对发现的上消化道高级别上皮内瘤变及早期癌患者行内镜微创治疗，对癌前病变及内镜微创治疗后的患者应定期进行随访，**所有病变诊断及转归的判定均以组织病理学检查为依据。**本技术方案的重点是针对上消化道高危人群进行筛查及早诊，对发现可干预的癌前病变及早期癌及时予以内镜微创治疗。

技术方案的工作目标为：围绕上消化道癌高危人群内镜检查率、高危人群内镜检查年增长率、内镜规范检查达标率、诊疗时效达标率、项目检出率、早诊率、治疗率及癌前病变与早期癌内镜微创治疗率等核心指标，建立试点工作效果综合评价体系。利用基本公共卫生服务平台、医院信息化系统、肿瘤随访登记系统、死因监测系统等，收集上消化道癌发病及死亡数据，做好上消化道癌患者及高危人群流行病学调查及机会性筛查工作相关信息的收集、整理、分析和对患者的筛查依从性、筛查效果及干预措施等进行评价。

技术方案工作考核指标为：**针对来自基层/社区、体检机构和医院就诊的上消化道内镜诊治人数中随机抽查至少5%，要求上消化道内镜规范检查达标率≥95%。**

## 第一节

筛查人群

一、机会性筛查人群选择

针对来自基层/社区、体检机构和医院就诊的上消化道癌高危人群进行规范的上消化道内镜检查。

二、 机会性筛查高危人群评估

**符合以下第1条和第2-7条中任一条者属于，上消化道癌高危人群，建议进行机会性筛查：**

**1. 年龄≥40岁，男女不限；**

**2. 上消化道癌高发地区人群；**

**3. 幽门螺杆菌感染者；**

**4. 有上消化道症状，如恶心、呕吐、进食不适、腹痛、腹胀、反酸、烧心等；**

**5. 患有上消化道癌前疾病的（如食管低级别上皮内瘤变、Barrett’s食管：贲门肠上皮化生、低级别上皮内瘤变；胃重度慢性萎缩性胃炎、重度肠上皮化生和低级别上皮内瘤变、慢性胃溃疡、**

**胃息肉、胃黏膜巨大皱褶征、良性疾病术后残胃10年、胃癌术后残胃6月以上等）；**

**6. 有明确的上消化道癌家族史者；**

**7. 具有上消化道癌高危因素如重度吸烟、重度饮酒、头颈部或呼吸道鳞癌、恶性贫血者等。**

三、适应症 身体健康，无心，脑、肺、肝、肾等重要脏器疾病的患者。正在服用抗凝血药物者须停药一周后检查出凝血功能正常者方可进行内镜检查。

四、禁忌症

**（一）严重心脏病，心力衰竭；**

**（二）重症呼吸道疾病，呼吸困难，哮喘持续状态；**

**（三）咽后壁脓肿，严重脊柱畸形，或主动脉瘤患者；**

**（四）身体虚弱不能耐受内镜检查，或难以镇静自控者；**

**（五）上消化道腐蚀性炎症急性期，或疑为上消化道穿孔者；**

**（六）大量腹水、严重腹胀，或有重度食管静脉曲张者；**

**（七）妊娠期妇女；**

**（八）有出血倾向者（出凝血功能不正常）。**

## 第二节

筛查程序

一、知情同意

来自基层/社区、体检机构和医院就诊的上消化道癌高危人群接受内镜检查，都必须参加知情同意程序，由经规范培训达标的工作人员向参加筛查的对象介绍筛查的目的、意义以及参加筛查的获益和可能的危险，宣读知情同意书（附表1），回答对象提出的问题，在自愿的原则下签署知情同意书。如有心、肝、肺、肾等异常的，应详细询问病史，以排除禁忌证，并将检查结果填入体格检查表中（附表2）。

二、内镜检查

内镜检查的详细操作流程见第四节。

三、活检病理检查

1、如果在食管黏膜、贲门区黏膜、胃黏膜和十二指肠粘膜发现任何阳性或可疑病灶，应在相应区域分别咬取活检，咬取活检的块数，视病灶大小及多少而定。活检标本经规范处理后，送病理检查，并出具病理诊断报告。

2。**如果经白光内镜、电子增强内镜和色素内镜规范检查后食管未发现任何可疑区域，不取活检；**对贲门、胃、十二指肠球部及十二指肠部分降部全部黏膜规范仔细观察后，如未发现任何可疑形态学改变，可不取活检。

四、临床治疗与随访

根据临床治疗及随访原则，对患者进行治疗及随访。患者接受临床治疗后应填写治疗情况登记表。应该治疗的患者如果拒绝临床治疗，请患者签署拒绝治疗知情同意书。

## http://image109.360doc.com/DownloadImg/2019/12/0708/177416494_2_20191207081917785第三节

上消化道癌机会性筛查流程图

## 第四节

内镜检查技术说明

一、内镜检查前准备

1、应充分向受检者解释内镜检查的重要性，以及操作过程中可能的不适和配合的方法。

2、详细询问病史和服药史，判断有无禁忌证或相对禁忌证。

3、检查前受检者禁食、禁水6小时以上。

4、检查前**20分钟口服去泡剂及去黏液剂**（如**西甲硅油、二甲硅油及链霉蛋白酶**等），以去除上消化道内黏液与气泡。

二、麻醉选择

1。检查前**5分钟给予1%利多卡因5ml** （或利多卡因胶浆10ml ） 含服，或咽部喷雾麻醉。

2、有条件的地区，在麻醉医师配合下可以使用镇静麻醉下内镜检查（无痛胃镜）。

三、消毒

内镜消毒程序为**水洗、酶洗、清洗、2%碱性戍二醛**等消毒灭菌剂浸泡消毒和**清洗干燥**五个步骤，具体应严格按照国家卫生健康委员会颁布的《**软式内镜清洗消毒技术规范（2017 年版）**》进行。其它附件如喷管和牙垫等亦需经过清洗和消毒才可使用。活检钳等配件必须灭菌后方可使用，或者使用一次性物品。

四、内镜检查

受检者左侧卧位，医生同受检者简短而亲切地交谈，安抚和鼓励受检者，以期配合检查。然后经口缓慢插入内镜。从口腔、口咽、下咽及喉部开始观察，慢慢地推进内镜，仔细观察每1cm的食管黏膜状态。观察未经内镜摩擦的正常黏膜和黏膜病灶的原始状态，谓之“进镜观察”。内镜进入贲门时，一定要对贲门癌的高发位点（**贲门嵴根部黏膜胃体侧区域，食管胃交界线下2厘米内，10点至3点处**）黏膜状态进行仔细的观察。胃黏膜要注意观察黏膜色泽、隆起凹陷、光滑度、黏液附着、自发出血、黏膜蠕动及内腔的形状等。再推进内镜至十二指肠降部后缓慢退出，边退镜边仔细规范观察，仔细观察整个上消化道黏膜，谓之“退镜观察”。如发现病变则需确定病变的具体部位、形态及范围等，并详细描述，同时拍照记录。检查过程中，如有黏液和气泡应用清水或去泡剂和去黏液剂及时冲洗，再继续观察。上消化道内镜规范化检查操作示意图。（详见附录7）

1、食管观察

从食管入口到食管胃交界线处，食管黏膜病灶有以下几种状态：

1.1 红区，即边界清楚的红色灶区，底部平坦；

1.2 糜烂灶，多为边界清楚、稍凹陷的红色糜烂状病灶；

1.3 斑块，多为类白色、边界清楚、稍隆起的斑块状病灶；

1.4 结节，直径在1cm以内，隆起的表面黏膜粗糙或糜烂状的结节病灶；

1.5 黏膜粗糙，指局部黏膜粗糙不规则、无明确边界的状态；

1.6 局部黏膜上皮增厚的病灶，常常遮盖其下的血管纹理，显示黏膜血管网紊乱、缺失或截断等特点。

2、贲门观察

内镜达贲门时，一定要对贲门癌的高发位点进行仔细的观察，观察该处胃黏膜状态。异常黏膜表现主要为充血、出血、粗糙、不规则、皱缩、糜烂、隆起、凹陷和斑块状等。所有病例除进行正位观察外还均须进行内镜反转观察贲门，即内镜进入胃内反转内镜从胃内逆向观察贲门，较容易暴露和发现贲门病灶。须详细记录贲门病灶距齿状线的距离、时钟方位、大小和形态。由于贲门部位的病变容易漏诊，因此强调所有病人除正位观察贲门外均需进行贲门反转位的观察，同时对可疑病灶处进行准确活检。

3、胃部观察

插入胃腔后，内镜直视下对胃底、胃体、胃窦、幽门、十二指肠球部及部分降部依次全面观察，尤其是胃壁的大弯、小弯、前壁及后壁，仔细观察黏膜色泽、光滑度、黏液、蠕动及内腔的形状等。观察时可应用反转和旋转镜身等方法。胃镜检查正常部位的观察及拍照记录请参照正常胃部内镜所见及标准照片。

4、十二指肠观察

进镜到十二指肠降部，退镜观察十二指肠乳头、十二指肠球部降部交界部、十二指肠球部前壁、十二指肠球部后壁、十二指肠球部小弯侧、十二指肠球部大弯侧并拍照。

5、上消化道早期癌内镜辅助诊断技术

5.1 **碘液**染色（食管癌高危人群：40岁以上，**食管癌高发区，重度吸烟饮酒者，具有食管癌家族史的原则上必须进行碘染色**）。当“进镜观察”和“退镜观察”完成后，**将内镜置于距门齿20cm左右处,经活检管道插入喷管，**自上而下**或自下而上从喷管注入1. 2%~1. 5%碘液20ml，**使碘液均匀喷洒在全食管黏膜上，染色前应注意清洗食管黏膜表面的黏液。喷完碘液后立即用10- 20ml清水冲洗食管壁，冲洗和吸净食管内残留的碘液和黏液，进入胃腔吸净碘液，从而减少碘液给病人带来的不适感，然后退镜至食管腔，观察食管黏膜染色情况。如果染色不满意，可再注入10ml碘液，强化染色。食管碘染色是**碘与食管鳞状上皮细胞内的糖原结合后的表现**。正常食管黏膜被染成棕**褐色（称之为着色）**；病变处黏膜因异型增生细胞内糖原被不同程度地消耗，与碘结合减少，呈现不同程度的黄色（称之为不着色）；而含有大量糖原细胞的**糖原棘皮症**被染成深棕色（即过染）。对碘染色后的食管黏膜，应仔细观察，尤其注意边界清晰的不着色区。详细记录不着色区距门齿的**距离、大小、时钟方位和状态。**然后，根据病灶的大小对不着色区域进行多点活检。

5.2 **靛胭脂**染色

常规胃镜检查完成后，如发现可疑病变，进镜至胃窦部位，**用0.2%靛胭脂，由胃窦至胃体、贲门依次喷洒**(自下而上)**，**进行染色辅助观察。染色前应注意清洗胃黏膜表面黏液，喷洒时尽量使染色剂在胃黏膜上涂布均匀，冲洗后进行观察。正常胃黏膜的小区清晰可见，**胃底腺黏膜小区呈现为：规则、厚、有光泽、淡红色。幽门腺黏膜小区呈现为：不规则、薄、暗淡黄色。异常胃黏膜区域，染色剂将出现异常沉积，使得该部位染色加重（即阳性所见），**病变区域与周围正常组织境界明显。当视野不清或病变部位染色效果不佳时，可以即刻冲洗后再次染色，以获得理想的染色效果。对病变部位进行拍照记录后，活检。操作结束前吸净残留靛胭脂。

5.3 窄带成像技术（Narrow Band Imaging， NBI）

NBI技术是利用滤光器过滤掉内镜光源所发出的红蓝绿光波中的宽带光谱，仅留下窄带光谱。它利用波长390~445nm的蓝光可被黏膜毛细血管吸收、530~550 nm的绿光可被黏膜毛细血管下的血管吸收的原理，能够突出显示黏膜表面的微血管，增加病灶与背景之间的对比效果，提高微小和浅表病灶的检出能力，使内镜下对早期癌的检出率和正确诊断率明显提高。

5.4 放大内镜（有条件者可使用）

放大内镜直接观察食管及胃黏膜表面形态，根据食管上皮内乳头状毛细血管袢的分型及胃黏膜表面微结构及微血管形态可进一步鉴别病变良恶性及食管病变可能的浸润深度，可指导靶向活检及判断是否符合治疗适应症，与染色剂配合使用效果更好。

五、早期食管癌、胃癌内镜下表现及分型

1、早期食管癌内镜下分型

根据食管上皮乳头内**毛细血管袢（IPCL） 进行分型**，IPCL 形态可反映组织的异型增生和肿瘤浸润的深度，IPCL 分型可参考**井上分型**、**有马分型**及**AB分型**。

###### 井上分型

IPCL常见异常包括扩张（延长）、蛇形、直径不同、形状不均一

IPCL I型（正常） IPCL形态正常（碘染色着色）

IPCL II 型（食管炎症） IPCL 扩张或延长（碘染轻度不染）

IPCL 1II 型（低级别上皮内瘤变） IPCL 轻微改变（碘染色不着色）

IPCLIV型（高级别上皮内瘤变） IPCL 出现扩张（延长）、蛇形、直径不同、形状不均一四种变化中的2种或3种（碘染色不着色）

IPCL V型（癌） IPCL出现扩张（延长）、蛇形、直径不同、形状不均一这四种变化（碘染色不着色）

IPCL V型分4个亚组

IPCL V-1 型（EP） IPCL 出现扩张（延长）、蛇形、直径不同、形状不均一

IPCL V-2型（LPM） 在IPCL V-1型基础上延长

IPCL V-3 型（mm/sml） IPCL 形态在上述基础上进一步破坏

IPCL Vn型（sm2）新生肿瘤血管形成

有马分型

Typel （正常）细的、线性的乳头内毛细血管袢

Type2 （炎症或异型增生）扩张的血管伴有树枝样或螺旋型扩大，乳头内毛细血管袢结构保存完好，排列比较规则。

Type3 （EP、LPM）乳头内毛细血管袢的破坏，不规则的螺旋型血管，点状的破碎的血管，血管排列不规则。

Type4 （LPM- SM）不规则的或多层网状血管

Type4亚型

ML多层血管

IB不规则分枝血管

R网状血管

AVA无血管区

AB分型

Type A（7-10μm） 血管形态没有变化或变化轻微正常

Type B血管形态高度变化 SCC

B1（20- 30μm）扩张、蛇行、直径不同、形状不均一的环状血管浸润深度EP、LPM

B2难以形成环状的异常血管 浸润深度MN、SM1

B3 （>60μm）高度扩 张形态不整的血管（周围B2的約3倍）浸润深度SM2

Avascular area（AVA） type B包围的无血管区域

AVA-small <0。5mm浸润深度 EP、LPM

AVA- middle 0。5mm -3。0mm浸润深度 MM、SM1

AVA- large >3。0mm浸润深度 SM2

2、早期胃癌内镜下分型

根据2002年**巴黎分型**，**早期胃癌即type-0型胃癌，**根据病变的形态特征可分为息肉状及非息肉状两大类。息肉状病变在内镜中表现为形态隆起高于其周围黏膜，手术标本显示其隆起高度超过周围黏膜厚度的两倍（>2。5mm）。此型尚可分为有蒂及无蒂两类，通常以0- Ip及0-Is表示。非息肉状病变可分为平坦型和凹陷型两大类，分别以0-Ⅱ和0-Ⅲ表示，根据病变与周围黏膜的高低差异0-Ⅱ型可进一步区分为：0-Ⅱa， 浅表隆起型；0-Ⅱb， 浅表平坦型；0-Ⅱc，浅表凹陷型。此外，还有混合型，如0-lla+lle 等。

根据日本国立癌中心数据，临床常见的早期胃癌多表现为0- Ⅱ型，而0-Ⅱ型中又以0-Ⅱc及0-Ⅱc为主的混合型最为多见（78%），而0-Ⅱa与0-Ⅱb少见（17%），而0-Ⅰ型与0-Ⅲ型最少见（分别占3%与5%）。

0-Ⅰ型与0-Ⅱa型的区别在于病变隆起的高度不同，以2.5mm为界区分，可参考活检钳闭合时的厚度（约2. 5mm）进行判断。0-Ilc型与0 III型的区别在于病变凹陷深度不同，以1.2mm为界区分，可参考活检钳打开时一个钳瓣的高度（约1.2 5mm） ，最终诊断需要根据手术标本进行病理诊断才能准确判断。

3、早期胃癌内镜下表现

根据内镜下观察，早期胃癌多为**隆起型胃癌与凹陷型胃癌**。

3.1 隆起型早期胃癌（0-Ⅰ型、0-Ⅱa型）内镜下表现：

3.1.1 多为单发境界明显的隆起性病变；

3.1.2 亚蒂或无蒂，有蒂者较少见；

3.1.3 表面黏膜充血、发红，表面黏膜粗糙，凹凸不平，呈颗粒状或结节状改变，表面黏膜的改变是诊断隆起性早期胃癌的要点；

3.1.4 判定病变浸润深度：据日本学者统计，**1cm以下病灶100%是黏膜内癌**，而1 -3cm之间80%为黏膜内癌；直径较大的病变可根据病灶的侧面和非癌黏膜间的角度和表面形态进行辅。助诊断，角度越锐其浸润深度越浅，而角度越钝其浸润深度越深；病变浸润较深时，其活动性较差，即伸展性差（可在胃内反复充气、抽气进行病变部位空气动力学观察判断）

3.2 凹陷型早期胃癌（0-Ⅱc型、0-Ⅲ型） 内镜下表现：

3.2.1 病变凹陷面内黏膜粗糙、糜烂，正常胃黏膜结构消失，呈颗粒状或结节状表现，部分病变可见凹陷面中央有散在的正常胃黏膜结构，而这种表现往往预示为分化差的癌；

3.2.2 凹陷表面黏膜可表现为充血、发红，亦可表现为黏膜褪色，或者红白相间，偶而有出血；

3.2.3 病变部位僵硬，伸展性较差。

3.2.4 病变周围黏膜凹凸不平，可有“蚕食样改变”周围黏膜可有隆起，隆起周围黏膜皱襞肥大，中断甚至融合。

胃的NBI及放大的分型早期胃癌NBI及放大观察主要应用VS分类，MV（microvascularpattern） ：微血管结构、MS （microsurface pattern） ：表面微细结构。MV包括上皮下毛细血管网（SECN） 、集合静脉 （CV） 、微血管。MS包括隐窝开口（CO）、隐窝边缘上皮（MCE） 、中间区域（IP）、白色不透光物质（WOS）、亮蓝嵴（LBC）等。当存在边界十不规则表面微结构或微血管构造时，考虑为早期胃癌，文献报道97 %胃早癌会有上述表现。

六、慢性胃炎内镜下表现

参考“中国慢性胃炎共识意见”（2017年，上海）。

## 第五节

标本处理与病理诊断

**一、标本处理**

（一）活检标本处理

1。标本前期处置：活检标本离体后，立即将活检组织展平，使黏膜均匀展开并贴附在滤纸上。

2。标本固定：立即置于10%福尔马林缓冲液中固定；固定时间需在6~72小时内。

3。石蜡包埋：去除滤纸，将组织片垂直定向包埋。

4。HE制片标准：修整蜡块，要求连续切6到8个组织面，捞取在同一张载玻片上；常规HE染色，封片。

（二）内镜下黏膜切除术（EMR）/内镜下黏膜下剥离术（ESD） 标本处理

1、大体检查及记录：测量并记录标本大小（**最大径×最小径×厚度**），食管胃交界部标本要分别测量食管和胃的长度和宽度。记录黏膜表面的颜色，是否有肉眼可见的明显病变，病变的轮廓是否规则，有无明显隆起或凹陷，有无糜烂或溃疡等，记录病变的大小（最大径×最小径×厚度）、大体分型（附录C）以及病变距各切缘的距离（至少记录病变与黏膜侧切缘最近距离）。多块切除的标本宜由手术医师根据内镜下病变的轮廓/碘不染色轮廓（食管鳞状上皮病变）在标本固定前进行重建。

2、取材：内镜下黏膜切除术（EMR） /内镜下黏膜下剥离术（ESD）标本应全部取材。宜涂碘识别病变（碘不染色区）和最近侧切缘，垂直于最近侧切缘取材。黏膜侧切缘与基底切缘可用墨汁或碳素墨水标记。食管胃交界部标本宜沿口侧-肛侧的方向取材。每间隔2- -3mm平行切开，全部取材，按同一方向立埋。记录组织块对应的部位。建议将多块切除的标本分别编号和取材，不需考虑侧切缘的情况。

二、病理诊断标准

（一）食管癌及癌前病变病理诊断标准

1. 食管基底细胞增生 上皮基底细胞层增生厚度≥上皮全层的15%，细胞核增大，但细胞核无显著异型性，细胞排列无极向紊乱。

2. 食管癌的癌前病变，包括鳞状细胞癌的癌前病变和腺癌的癌前病变，即鳞状上皮和腺上皮的上皮内瘤变/异型增生。**上皮内瘤变和异型增生两个名词可通用。鳞状上皮的上皮内瘤变/异型增生，是指以食管黏膜鳞状上皮内不同层次的异型鳞状细胞为特征的癌前病变，根据病变累及层次，分为低级别上皮内瘤变/异型增生（局限于鳞状上皮下1/2），高级别上皮内瘤变/异型增生（累及食管鳞状上皮超过下1/2）。**腺上皮的上皮内瘤变/异型增生，是指以食管腺上皮不同程度的细胞异型性和结构异常为特征的癌前病变，主要见于Barrett食管，根据细胞异型性和结构异常的程度，分为低级别上皮内瘤变/异型增生和高级别，上皮内瘤变/异型增生，分级标准同胃。

3. 食管**黏膜内癌即黏膜内浸润癌**：癌细胞局限于**黏膜固有层和黏膜肌层以内**。

4. 食管**黏膜下癌浸润癌侵透黏膜肌层，达到黏膜下层**，未侵及食管固有肌层。

5. 早期食管癌局限于**黏膜层和黏膜下层的食管浸润性癌，无区域淋巴结转移。**

6. 进展期食管癌浸润肌层或更深层次的食管浸润性癌。

（二）贲门癌、胃癌及癌前病变病理诊断标准

1. 低级别上皮内瘤变

黏膜内腺体结构及细胞学形态呈轻度或中度异型性，与周围正常腺体比较腺体排列密集，腺管细胞出现假复层，无或极少黏液，细胞核染色浓重，出现核分裂象。

2. 高级别上皮内瘤变

黏膜内腺体结构及细胞学形态呈重度异型性（腺上皮原位癌），腺管密集，腺管细胞排列和极向显著紊乱，在低级别上皮内瘤变的基础上进一步出现共壁甚至筛状结构，缺乏黏液分泌，核分裂象活跃，可见灶状坏死，但无间质浸润。

3. 黏膜内癌

**即黏膜内浸润癌，异型腺上皮细胞团巢或孤立的腺上皮细胞浸润黏膜固有层间质，局限于黏膜肌层以内。**

4. 黏膜下癌

浸润癌侵透**黏膜肌层达到黏膜下层**，**未侵及固有肌层**。

5. 早期癌

早期胃癌是指癌组织仅限于黏膜层和或黏膜下层，无论淋巴结是否有转移。

6. 腺瘤

腺瘤是一种良性局限性的病变，由管状和（或）绒毛状结构组成，表现为上皮内瘤变。恶变频率与腺瘤的大小和组织学分级有关。

7. 进展期胃癌

进展期胃癌是指浸润**肌层**或更深层次的胃浸润性癌。

三、慢性萎缩性胃炎、肠化生的病理诊断及分级

1. 慢性萎缩性胃炎的诊断及分级

1.1 慢性萎缩性胃炎的定义

胃固有腺体减少，组织学上有两种类型：

1.1.1 化生性萎缩，胃固有腺体被肠化腺体或假幽门腺化生腺体替代；

1.1.2 非化生性萎缩，胃固有腺体被纤维组织或肌性组织替代或炎性细胞浸润，引起固有腺体数量减少。胃窦部黏膜出现少量淋巴滤泡，不能诊断慢性萎缩性胃炎，但胃体部黏膜层出现淋巴滤泡要考虑慢性萎缩性胃炎。

1.1.3 慢性萎缩性胃炎伴活动性炎

慢性胃炎（包括慢性萎缩性胃炎）背景中有中性粒细胞浸润。

1.1.4 慢性萎缩性胃炎的分级

轻度：固有腺体数量的减少不超过原有腺体的1/3，大部分腺体仍保留；

中度：固有腺体数量减少超过1/3但未超过2/3， 残存腺体分布不规则；

重度：固有腺体数量减少超过2/3，仍残留少量腺体或完全消失；活检标本取材过浅，未达黏膜肌层者不能诊断慢性萎缩性胃炎，亦不能分级。

2. 肠上皮化生的诊断及分级

2.1 定义：肠化腺体取代胃固有腺体。

2.2 分级：肠化腺体占胃黏膜腺体和表面上皮总面积的1/3以下为轻度；1/3-2/3 为中度；2/3以上为重度。

## 第六节

治疗原则

一、食管癌前病变及早期食管癌的治疗

1、高级别上皮内瘤变和黏膜內癌

原则上应采用内镜黏膜切除术（EMR）、内镜黏膜下剥离术（ESD）、多环套扎黏膜切除术（MBM） 或射频消融术（RFA） 进行治疗。

EMR、ESD或MBM后，病理报告有下列情况之一者，需追加治疗（食管癌根治术/放疗/化疗）：

①病变黏膜下层浸润深度≥200 μm；

②有脉管或淋巴管浸润；

③分化较差；

④水平切缘和/或垂直切缘有病变累及。

2、黏膜下癌

原则上病变黏膜下层浸润深度≥200μm，建议施行食管癌根治术或者放化疗。

二、贲门、胃癌前病变及早期癌的治疗

1、贲门、胃高级别上皮内瘤变及早期癌

原则上应采用ESD。术后视黏膜切除标本病理诊断、基底切缘及。侧切缘的情况决定是否需要进一步的根治手术。

2、黏膜內癌

临床处置方法与腺癌的组织学类型和分化程度密切相关。

2.1 高分化、中分化腺癌，可行ESD， 术后视黏膜切除标本病理诊断、水平及垂直切缘的情况决定是否需要进一步的根治手术

2.2 术前病理诊断如为印戒细胞癌或低分化腺癌者，为内镜切除的相对适应症，需综合各种实验室及临床检查进行客观判定并经多学科讨论后决定治疗意见。

2.3 早期胃癌伴有一定的淋巴结转移率，因此，内镜治疗前应系统全面检查，如有任何临床转移证据，建议行根治手术或者综合治疗。内镜治疗后除定期复查切除局部外，也应定期系统全面检查。

3、黏膜下癌

ESD术后病理出现如下之一情况者，建议追加外科根治手术或综合治疗。

①病变黏膜下层浸润深度≥500μm；

②有脉管和或血管及神经浸润；

③未化癌；

④水平切缘和/或垂直切缘有病变累及。

# **第七节**

随访原则

诊断为食管鳞状上皮低级别上皮内瘤变，Barrett’s 食管，贲门肠上皮化生、低级别上皮内瘤变，胃重度慢性萎缩性胃炎、重度肠上皮化生、低级别上皮内瘤变者，**应每3年随访一次，**无论内镜下表现是否异常，原诊断病变部位均要活检，新发现病变也需要活检。诊断为食管、贲门和胃的高级别上皮内瘤变者应进行临床治疗，拒绝治疗者每年随访一次。内镜微创治疗后应定期进行随访。

## 第八节

并发症及处理

一、内镜筛查过程中的并发症及处理

1、活检后出血

活检后出血是内镜检查常见并发症，多发生在贲门黏膜活检后。内镜检查时，**遇到食管静脉曲张和血管瘤等病变时切忌活检。**对有出血倾向和凝血功能异常者，检查前需检查出凝血功能，正常者方可考虑活检。

1.1 食管黏膜活检后出血较少见，如有发生，与贲门及胃黏膜活检后出血的处理原则相同。

1.2 贲门黏膜活检出血

1.2.1 原因：

**①贲门区黏膜暴露不充分、图像不稳定，特别是高发位点显露较困难。因此活检钳与黏膜常呈斜面（即切面）相交，在此位置上活检，易造成黏膜撕裂伤。**

**②贲门区活检时，空间定位不太准确，加之腺上皮黏膜柔软，常易导致活检较深**

**③柱状上皮黏膜较脆。**

**④贲门区黏膜下血管丰富。**

1.2.2 预防：

活检时，活检钳与拟咬取活检的黏膜区位置关系很重要。活检前应设法调整好活检钳与黏膜的位置。**活检时应注意打开后的活检钳一般要与活检处黏膜平行。**也可通过旋转内镜，**将病灶旋转到5点钟方位**，在此位置活检一般比较容易。**活检不宜过深。第二次活检不得重复前次活检点，以免过深。**

活检时，活检钳伸出短一点较好，避免揪起黏膜成伞状，这样易导致黏膜撕裂。要在直视下活检，不要盲目活检。首先应看准拟咬活检的黏膜位置，咬住后不要立即抽出活检钳，应核实活检钳咬取病变的情况（位置，大小）、明确咬取的位置和大小合适后，然后再快速抽出活检钳，

活检后内镜不要离开活检位置，立刻检查活检后局部伤口的情况，有无黏膜撕裂、出血等迹象。上述一连串技术性动作，实际上在几秒钟内完成，内镜医生应熟练掌握该技术，直至养成习惯。

1.2.3 诊断：

内镜检查及活检后极少发生上消化道出血。活检后的出血绝大多数无需处理均能自凝。**内镜检查后发生的上消化道出血通常指内镜检查后4- 8小时内出现呕血或便血。**临床检查主要表现为脉搏100次/分以上，收缩压<100mmHg，血红蛋白和红细胞下降，全身情况不佳，黏膜苍白等症状，并有进行性发展的迹象。出现以上情况可诊断为上消化道出血。

1.2.4 处理：

①内镜检查术中，活检出血通常数秒钟后自动停止。**如果不停止可在出血点应用内镜压迫、局部冲洗或黏膜下注射肾上腺素盐水，以及采取氩离子凝固（APC）、 热活检钳电凝或钳夹止血夹等措施进行止血。**

②确诊为上消化道出血后，根据非静脉曲张上消化道出血治疗原则处理。活检导致的出血，一般伤口小，系微小血管损伤，经及时规范处理后多很快止血。一般2-3天即可康复，极少发生持续出血现象。如果24小时以后仍有继续出血症状，应住院治疗。

③如病人一般状态允许，可再次进行内镜检查，寻找出血原因和出血点，如发现出血点可采用前述内镜下止血方法处理。但上消化道出血有时常因食管和胃内充满血块无法吸除影响观察及内镜下治疗。此时行内镜检查时应注意误吸发生。

1.3 胃黏膜活检后出血

1.3.1 多发生在胃底及胃窦部，预防：

 ①活检时，活检钳与拟咬取活检的黏膜区位置关系很重要。活检前应设法调整好活检钳与对应黏膜的位置。由于**胃底与胃窦**血管网较丰富，一定要避开可疑有血管的部位进行活检。对于部分胃底及贲门区域，可以采用反转位进行活检。

②活检不宜过深。

③活检时，**活检钳伸出短一点较好**，**避免拉起黏膜成帐篷状，极易撕裂。**

④要在直视下活检，不要盲目活检。首先应看准拟咬活检的黏膜位置，咬住后要核实咬住的情况（位置，大小），然后抽出活检钳，**活检钳抽出的动作要迅速，利用钳子与活检管道的剪切力使活检组织与胃壁分离，**可以减小对胃壁的损伤，活检动作完成后内镜不要离开，立刻检查活检后局部伤口的情况，观察有无撕裂出血迹象。

1.3.2 诊断：

①内镜检查术中，活检出血通常数秒钟后自动停止。如果有持续性出血，可用内镜压迫或冷却的肾，上腺素生理盐水冲洗出血点，必要时可采用**注射针于出血点处黏膜下注射肾上腺素生理盐水、止血夹钳夹出血点、内镜下氩离子凝固（APC） 或热活检钳电凝等措施止血。**

②内镜检查术及活检后出血，通常指内镜检查或活检后4-8小时内出现呕血或便血。脉搏100次/分以上，收缩压< 100mmHg，未稍血血红蛋白和红细胞下降，全身情况不佳，黏膜苍白等症状，并有进行性发展的迹象。出现以上情况可诊断上消化道出血。

③如条件允许，可再进行内镜检查，寻找出血原因和出血点，如发现出血点可采用前述止血方法处理。但常因食管和胃内充满血块无法观察。此时行内镜检查时应注意误吸发生。

1.3.3 处理：

确诊为上消化道出血后，根据非静脉曲张上消化道出血治疗原则处理。给予静脉补液、抑酸、止血药物等处理，严格卧床休息，禁食水。因活检出血，伤口小，微小血管损伤，经及时处理可很快止血，一般2- 3天即可康复。极少发生持续出血现象，如果24小时以后仍有继续出血症状，应住院治疗。

2、呕吐造成贲门和食管下段黏膜撕裂出血

这种现象可发生于内镜检查过程中和结束后，多由于胃内气体和液体过多且病人剧烈恶心。呕吐所致，**导致贲门和食管下段突然膨胀、黏膜撕裂出血。**这种损伤呕血量一般较大。同样需按非静脉曲张上消化道出血治疗原则处理。如进镜检查后证实为黏膜撕裂，可内镜下应用止血夹封闭撕裂处黏膜，一般均可止血。这种损伤通常发生在贲门或食管下段黏膜。为避免贲门和食管下段黏膜撕裂出血，术者应在内镜检查时和结束前，随时注意吸净胃内残留液体和气体。

3、关于碘过敏反应

近年来国内外较为广泛地开展食管黏膜碘染色，以早期发现食管病变。到目前为止，还未见到碘过敏反应的确切报告。一些内镜医生在临床工作中曾遇到一些情况，如碘染色后出现**食管痉挛、胃黏膜水肿和皮疹**等，但尚需进一步观察和积累经验。但当碘染色后食管出现痉挛时，切忌强行退出内镜，以免损伤黏膜；此时应采取注入**温水等措施**，待食管痉挛缓解后再退出内镜。

4、心脑血管意外等

个别受检者，内镜检查过程中或检查后，发生心、脑血管意外，如心梗、脑溢血等突发病症。这些患者大多有高血压、心脏病等基础病史，内镜检查过程中受检者由于过度的紧张、反应明显等因素导致血压升高可能为诱因之一。**因此，术前询问高血压、心脑血管疾病史以及测量血压十分必要**，由此可以评价受检者能否承受内镜检查。如有相关病史，检查者可在检查过程中通过语言安慰或助手轻抚患者肩膀与手臂，分散受检者注意力，尽量避免受检者过度紧张，其次检查者的动作一定要轻柔，尽量降低病人的反应，此外医生对受检者及家属交待内镜检查可能存在的风险也是十分必要的。

二、内镜治疗相关并发症及其处理

1、腹痛

腹痛是ESD术后常见症状，常为轻、中度，治疗主要为口服常规剂量质子泵抑制剂（PPI），2次/天，共8周。术后第1天禁食，第2天进全流食，然后连续3天进软食。

2、出血

出血发生率约为7-10%，是最常见的并发症，多为少量出血，出血量大且需输血者仅占极少比例。出血分为术中出血和延迟出血。

2.1 术中出血

（1）预防：术中出血多因操作中损伤黏膜下血管所导致。因此，操作中预防出血比出血后处理更加重要，包括黏膜下注射液中加入肾上腺素生理盐水收缩血管，术中对黏膜下血管应用热活检钳钳夹电凝预处理等。术后应常规给与口服标准剂量PPI，2次/天，连续8周，术后禁食水24小时，术后第2天进流食，第3天进软食。

（2）诊断：由于在内镜直视下，术中出血诊断并无困难，内镜下观察到持续的溢血和/或渗血即可做出诊断。

（3）处理：此种出血应当以内镜下止血为主要处理手段，止血时应当注意仔细观察出血部位，有条件者可以采用附有送水功能的内镜进行喷水冲洗观察，可有更好的视野以及更为确切的止血效果。发现出血部位后内镜下止血的方法多采用热活检钳电凝止血，其它方法如内镜下氬离子凝固（APC）、 止血夹钳夹止血可酌情使用。

2.2 延迟出血（术后30天内消化道出血）

（1）诊断：患者有呕血，黑便或晕厥等症状（**一般出血量> 50- 70ml即可出现柏油样便，**胃内储量>250- -3000ml即可出现呕血），并伴有血压下降大于20 mmHg，或脉率增快大于 20次/分钟。

实验室检查：

①早期血象可无变化，若出血持续3-4天，则出现外周血红细胞计数、血红蛋白、红细胞压积持续降低等贫血的表现。若发现血红蛋白下降大于20g/L，则高度怀疑有延迟性出血，加之临床呕血、黑便等症状即可确诊。

②患者可有高氮质血症，监测血尿素氮的变化是判断出血是否停止的一项有用指标。胃镜检查是诊断上消化道出血重要的方法之一，可在出血后的24~48小时内行紧急胃镜检查，以确定食管、胃或十二指肠有无出血性病变，其阳性率可达95%左右。

诊断为迟发性出血后，首先进行失血量的判断。一般出血量在1000 ml 以上或血容量减少20%以上，为大量出血。常伴急性循环衰竭，需补液、甚至输血纠正。可表现为显性出血（呕血或黑便，不伴循环衰竭）和隐性出血（粪隐血试验阳性）。血压和心率是关键指标，需进行动态观察，综合其它相关指标加以判断。如果患者由平卧位改为坐位时出现血压下降（下降幅度大于15- 20mHg）、心率加快（上升幅度大于10次/分钟），已提示血容量明显不足，是紧急输血的指征。如收缩压<90mmHg、心率>120次/分钟，伴有面色苍白、四肢湿冷、烦躁不安或神志不清则已进入休克状态，属严重大量出血，需积极抢救。

（2）处理：

确诊为延迟性出血后应在24~ 48小时内进行急诊内镜检查，内镜检查是延迟性出血最有效的治疗手段，检查同时备好止血药物和器械，相关处理方法参见前述内镜下止血方法。对于大量失血

有内镜检查禁忌证者则不宜作此项检查：如心率>120次/分钟，收缩压<90 mmHg或较基础收缩压降低> 30 mm Hg、血红蛋白<50 g/L等，此类患者应立即建立快速静脉通道补液或血浆纠正循环衰竭，血红蛋白上升至70 g/L后再行检查。危重患者内镜检查时应进行血氧饱和度和心电、血压监护。内镜止血治疗后转为内科保守治疗，应用抑酸药物质子泵抑制剂奥美拉唑80mg静脉注射，以后8mg/小时，持续静滴72小时，可选用生长抑素（思他宁） 250ug在3-5分钟内静脉推注，然后以250 ug/小时的滴速，持续静滴3天，以巩固疗效。必要时可加用止血药物，如立止血或止血敏等。

（3）手术指征：

经上述多种方法治疗后12个小时内不能止血者，或止血后又反复出血，内镜检查发现溃疡底有**暴露大血管出血或较为严重的动脉出血**，可考虑行外科手术治疗。

3、穿孔

内镜黏膜切除（EMR） 或内镜黏膜下剥离术（ESD）过程中，有1%左右发生食管穿孔，胃的穿孔已少见，仅为0。3%。

3.1 食管穿孔

食管穿孔有三种情况，分述如下。

（1）食管全层及胸膜均被切除

此型穿孔很少发生。病情特点：食管腔与胸腔穿通，出现张力性气胸症状，进行性皮下气肿，呼吸困难、紫绀、心率过速、血压下降甚至呈休克状态。

处理：立刻行胸腔减压，床旁胸腔引流（肋间插入引流管，接密封水瓶），然后急诊食管切除手术。该组病人一经确诊，应迅速手术，千万不可拖延。

（2）食管全层切除，未伤及胸膜。

绝大部分穿孔属此型。病情特点：因胸膜完整未受损伤，穿孔处食管腔只与纵隔相通，临床症状为前胸和颈部皮下气肿，无明显全身症状或症状较轻。因此，该组病人预防纵隔感染是治疗的关键。

诊断方法：

如发现切除的黏膜标本内面有肌肉组织，内镜观查黏膜切除的创伤面不是粉红色平整的肌层伤面，而是一个较深的黑洞，仔细观察，洞底可见胸膜（识别方法：可见胸膜下含有黑色碳末的肺组织随呼吸活动），同时有皮下气肿，可以诊断为穿孔。

处理措施：

预防纵隔感染的关键是防止唾液和气体经穿孔处进入纵隔，需应用钛夹等内镜下闭合装置将穿孔进行封闭。之后，在食管腔穿孔上方3- 5cm处放置一胃管，同时放置第2支胃管于胃内，持续负压吸引。术后禁食、禁水、静脉营养、抗生素治疗等。术后第10天内镜检查，观察食管穿孔局部愈合情况，决定何时进食。

预防方法：

 EMR、 MBM 和ESD是内镜下微创治疗技术，随着经验积累、操作熟练，并发症将会减少。根据EMR操作流程，为避免穿孔，有两点需要注意：

①黏膜下注射盐水时，要充分抬举病灶范围的黏膜，并要超出病灶周围边缘至少约为0。5cm。这样，吸入套帽内的黏膜应充分游离于固有肌层的黏膜，避免带入固有肌层组织。

②根据病灶大小，选择不同型号的透明帽。因为透明帽的大小即透明帽内的容量，决定吸入的黏膜量。吸入透明帽内的黏膜适量，将会避免由于吸入黏膜过量，造成挟带肌层的可能。

③下一块病变的切除应紧邻上一切除创面下界，避免吸入已切除创面的固有肌层。根据MBM操作流程，为避免穿孔，需要注意：①套扎前和套扎后均应适当充气使食管腔舒展，避免吸入过多黏膜。②套扎后用内镜前端的透明帽反复推动套扎圈的根部，至少3次。③下一块病变的切除应紧邻上一切除创面下界，避免吸入已切除创面的固有肌层。

ESD操作时需注意：

①操作者应及时冲洗或吸清腔内的气体以保证良好的视野。

②充分的黏膜下注射，判断黏膜下层与固有肌层的分界再进行剥离。

③根据病变特征选择合适的操作器械，从而避免穿孔的发生。

（3）隐性穿孔

即黏膜和部分内环肌层被切除。但食管纵肌层保存完好。在无黏膜保护的状态下，如果食管腔内气压过高，则纵肌层的肌纤维膨胀成栅栏状，气体有可能从肌纤维间隙被挤压至纵隔。此时，在X线照片上可见食管周围有气泡状影像， 但此时病人一般无临床症状。隐性穿孔一般不需处理。如果X线片上气泡影较多，可放置一胃管在食管腔内，持续吸引，降低食管腔内气压，避免气体继续外溢。禁食、禁水48小时一般均可治愈。

3.2 胃穿孔

（1）术中穿孔

诊断：当发生术中穿孔时，**内镜下直观表现为胃壁塌陷，黏膜皱襞皱缩**，内镜下充气无法将胃壁充开，当发生此类情况时应当高度怀疑术中穿孔。详细检查手术创面有无瘘口，观察是否有皮下气肿出现。如内镜下能够观察到胃壁外大网膜或胃壁外脏器则可更加肯定穿孔的发生。有条件者可拍摄患者左侧卧位X片，观察是否有腹部游离气体出现以便及时确诊。

治疗：以内镜下处理为主。发现术中穿孔后，应立即充分吸引胃腔内气体，并以止血夹封闭穿孔，**当穿孔较大时可利用大网膜将其封闭**。由于术前患者大多禁食或进行过肠道准备，**穿孔所致的腹膜炎体征往往较轻，金属夹缝合穿孔后气腹可以很快得到控制，保守治疗一般均能成功。**

术后治疗：

①监测血压、血氧饱和度和心电图等重要生命体征；

②术后持续胃肠减压；

③严重穿孔气腹可能导致**腹腔间隔室综合征（ACS）**，从而引起呼吸功能受损或休克等，因此当腹腔内高压时，应使用14G穿刺针在腹部B超引导下行腹腔穿刺抽气减压；

④由于术前禁食及胃酸的抗菌作用，胃腔内相对为无菌状态，因此在穿孔封闭后，只需预防性静脉使用抗生素2天。

（2） 术后迟发性穿孔

诊断：ESD术后迟发性穿孔更为少见。溃疡穿孔根据其临床表现可分为3种类型，**即急性、亚急性和慢性**。穿孔的类型主要取决于切除病变部位。如胃的前壁或上下缘的溃疡，容易产生急性穿孔；位于胃后壁的溃疡，由于紧贴邻近器官，易受粘连限制往往产生慢性穿孔。急性穿孔可表现为较典型的穿孔症状，穿孔前溃疡症状常有加重，突发上腹部剧烈持续的疼痛，并迅速蔓延至全腹，可伴有恶心呕吐或合并有休克症状：腹肌紧张强直呈板样硬（但老年人腹肌松弛，故肌强直不明显），有明显压痛及反跳痛；肝浊音区缩小或消失；肠鸣音减弱或消失；直肠指诊检查右侧有压痛。慢性穿孔则上述症状表现不典型。实验室检查：血液白细胞总数及中性粒细胞计数增高。辅助检查：X线检查膈下有游离气体存在，B超及腹膜腔穿刺可发现腹腔积液，即可明确诊断。

处理：术后迟发性穿孔往往是微小穿孔，极少出现大的穿孔，主要仍以内科保守治疗为主，措施为：

①监测血压、血氧饱和度和心电图等重要生命体征，

②持续胃肠减压、禁食、半卧位，直至肛门排气，肠鸣音恢复，腹膜炎体征明显减轻为止；

③抑制胃酸分泌药物的应用；

④维持水电解质平衡及静脉高营养；

⑤应用抗生素进行感染控制；

⑥如持续保守治疗不能有效，则可考虑急诊手术治疗。

4. 狭窄

4.1 食管腔狭窄

如切除病变范围小于食管全周的3/4，术后食管很少发生狭窄，无吞咽困难等症状，更无需扩张。如切除病变范围大于食管全周的3/4，75-9 0%的患者术后食管发生狭窄，且有不同程度的吞咽困难，这些病人需要术后扩张，术后2个月开始扩张，每两周一次，扩张3- 4次后一般狭窄均明显缓解，可正常进食。

4.2 胃腔狭窄

EMR及ESD术后胃出现狭窄的几率较低，出现狭窄的主要部位在**胃窦及幽门**，多为全周切除，如无临床症状，无需处理。如有不同程度的幽门梗阻，内镜下扩张可作为一种处理方法，一般均可缓解。

## 第九节

数据管理、采集和保密

一、数据管理

在**国家卫生健康委员会疾病预防控制局癌症早诊早治项目（农村）专家委员会数据管理及评估专家组领导下**，上消化道癌早诊早治项目（农村）数据管理工作组具体负责上消化道癌筛查及早诊早治项目数据管理、使用及评价等工作。各省级项目技术支持与管理单位负责本省项目数据管理、使用及评价。所有筛查医院必须统一使用上消化道癌机会性筛查及早诊早治数据管理系统上报筛查数据和图片，并指定专人负责，做好数据上报、整理、分析与利用。

二、数据采集及上报

本项目收集的资料包括筛查医院临床所有胃镜检查病例的基本情况、内镜和病理检查结果、随访和治疗结果及相应图片资料等。筛查医院按数据管理系统的导入字段模板格式从医院信息系统批量导出或先导出再按导入模板格式汇总，经质控员检查合格后按**每月一次**进行资料上传，筛查发现的阳性病例同时上报内镜和病理报告单及图片资料。

三、数据导出原则

实行依申请导出机制，规范数据导出，保障数据使用安全。各级数据导出需经癌症早诊早治项目（农村）专家委员会数据管理及评估专家组授权同意；数据导出使用管理遵循谁导出、谁负责和谁使用、谁负责的原则。

四、数据保密原则

所有与项目有关的文件、报告、方案或信息都要严格保密。未经专家委员会授权，各省级项目支持单位、各项目单位和个人不得对外发布任何信息，并对信息保密。同时，配置服务器的省份应做好相关安全防护工作。

## 第十节

质量控制

为保证项目顺利实施并达到预期目标，必须对项目中的每一环节采取严格的质量控制措施，包括筛查阶段的质量控制、人员培训的质量控制、现场工作的质量控制等。

一、原则和要求

所有参与项目工作的医务人员均须接受培训。培训后由培训单位进行考核，并对考核合格人员颁发合格证书，方可参加此工作。培训合格证书存放于医疗机构备查。实施项目的内镜、病理等专业人员需按国家规定持证上岗并按方案培训合格后方可进行项目工作，相关资格证书复印件报省级管理机构备案。对出现工作质量不达标的地区首先进行整改，连续2年工作质量不达标应暂停开展项目工作。出现其它问题，经省级管理机构认为不再适合开展工作的地区，可经省级卫生健康行政部门同意后予以调整。

二、筛查阶段

（1）制定明确的管理方案和技术方案。各省、市级行政管理机构和技术管理机构制定详细的项目管理方案和技术方案，做到分工明确、责任到人，保证工作质量。重点做到流程合理、优势互补、职责清楚、合作发展。

（2）人员资质和培训。严格保证各个环节工作人员具备所需的工作资质和工作背景，经过培训合格后方可进行项目工作。各省在全国培训会以后，应对各省的具体工作方案开展省级和市级具体工作人员的培训，考核合格后方可开始工作。

（3）现场工作的质量控制。在现场工作的每一个环节设置质控员，以保证工作完成的质量。如：内镜检查完成后需经质控员确认所有筛查信息完整无误后方可结束筛查。

（3）突发事件的处理。突发事件由当地卫生行政部门负责立即妥善处理，医疗机构负责具体组织实施落实，同时应立即报告给上级卫生行政部门。

三、随访阶段

加强对随访人员的随访管理，内镜检查应安排专人定时通知随访人员进行随访。随访应严格按照技术方案制定的随访原则进行随访。

四、督导和评估

国家卫生健康委员会疾控局癌症早诊早治项目（农村）专家委员会每年组织国家级专家（项目管理、内镜及病理等专业），对项目参与单位进行项目督导、评估和考核（具体参考《上消化道癌早诊早治项目（农村）督导评估方案》）。省、市级技术管理单位每年对参与单位进行不少于一次的项目督导，并在项目年度工作结束时给予评估和考核。

五、突发事件的处理

项目实施过程中发生的突发事件由当地卫生健康部门负责立即妥善处理，同时应立即报告省级卫生健康部门、国家项目办和国家卫健委疾控局。

第十一节

小结

我国为上消化道癌的高发国家，其危害在高发地区尤甚。对上消化道癌的防治虽经数十年的努力，治疗效果并不理想。这主要由于上消化道癌早期没有典型症状，因症状而就诊者已多属于中晚期，而中晚期癌症的临床治疗效果不佳且花费大。因此，在高危人群中积极开展预防、筛查和早诊早治是改变上消化道癌防治现状的重要策略与举措。大量的筛查实践及临床观察都支持在。上消化道癌高危人群中开展食管癌、贲门癌和胃癌的筛查，以早期发现癌前病变和早期癌。经过十多年的努力，在我国上消化道癌高发区开展人群筛查，目前项目已覆盖全国29个省市，194个市县区，已使145万人享受到了免费的国家惠民项目筛查，发现患者23，290例，其中有74。 0%的患者为早期癌，有83。0%的患者得到了规范、有效和合理的治疗，取得明显成效。

由于目前在上消化道癌高发区开展的上消化道癌高危人群筛查覆盖面少，不能使更多人群享受到上消化道癌筛查适宜技术，为此上消化道癌机会性筛查的推广，能让更多百姓享受到惠民工程带来的益处。机会性筛查方法是应用内镜对基层/社区、体检机构和医院就诊高危人群进行全面检查，是提高成本效益的筛查方法，该方法敏感度高，特异型强，技术要求较高，但效果好，可同时完成筛查及诊断，可以查出不同程度的癌前病变和早期食管癌、贲门癌和胃癌。内镜检查是技术性比较强的操作，技术的培训与掌握需要较长的时间，筛查方案的实施也需要流行病学、内镜、病理等多学科协作。因此，该方案适合于我国上消化道癌机会性筛查及早诊早治的项目点。经过大量上消化道癌人群筛查的实践证实，上消化道癌适宜技术的筛查完全适合在