

(上接第16版)

食管鳞癌筛查三大方法

▲首都医科大学附属北京友谊医院消化内科 赵桂平

食管癌作为发病率较高的恶性肿瘤之一,已越来越被人们重视,其发病率在我国大陆居所有肿瘤第四位。我国食管癌以食管鳞状细胞癌(简称食管鳞癌)为主,占食管癌90%以上。

食管鳞癌患者的预后与诊断时的肿瘤分期密切相关,而随着消化内镜治疗学的不断发展,近年来对早期食管鳞癌及其癌前病变行内镜下的微创治疗已成为趋势,研究显示早期食管鳞癌微创治疗的5年生

存率可达85%~95%。因此,开展食管鳞癌的筛查及早诊早治是目前提高食管鳞癌治疗效果的有效途径。

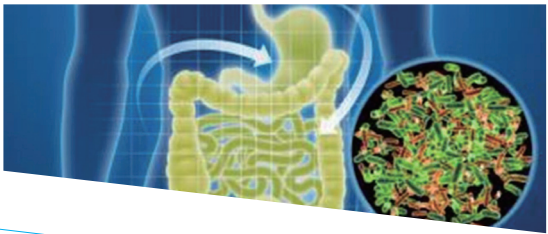
哪些人群需行食管鳞癌筛查

食管鳞癌流行病学调查显示,我国食管鳞癌发病主要集中在55~74岁,推荐选择40~69岁人群作为筛查对象。将筛查对象分为:

(1) 食管鳞癌高风险人群,有以下任意1条者视为高危人群:

- ★ 长期居住于食管鳞癌高发区;
- ★ 一级亲属有食管鳞癌病史;
- ★ 既往有食管管病变史(食管上皮内瘤变);
- ★ 本人有癌症史;
- ★ 长期吸烟史;
- ★ 长期饮酒史;
- ★ 有不良饮食习惯如进食快、热烫饮食、高盐饮食、进食腌菜者。

(2) 一般风险人群:无上述任意1条者。



食管鳞癌及癌前病变筛查方法

胃镜检查

推荐胃镜检查作为食管鳞癌及癌前病变精检筛查的常规手段,有条件者予以色素内镜检查、电子染色内镜检查,尤其对于高风险人群。胃镜检查是食管鳞癌和癌前病变早期诊断的有效手段之一,可早期发现和治疗食管鳞癌。

胃镜检查对病变的检出率受多方面因素的影响,主要包括被检查者合作配合情况、内镜医生的内镜操作技术以及对病变的识别能力以及检查时间等。

色素内镜

在食管鳞癌筛查时,选择1.2%~2.5%碘剂对食管黏膜喷洒,可提高早期食管鳞癌及癌前病变的检出率。由于异常的鳞状上皮细胞内糖原含量减少或消失,故遇碘后出现淡染或不染色,能清楚显示病变与正常区域,借

助于“粉色征”有助于识别病变黏膜的部位及范围,利于定位与活检,可显著提高早期食管鳞癌及癌前病变的检出率。

电子染色内镜

包括窄带成像技术(NBI)、内镜智能分光比色技术(FICE)、高清智能电子染色内镜(i-scan)等。在不延长内镜检查时间的前提下,电子染色内镜对病变诊断的敏感性要明显优于白光内镜,并且可避免过多活检而影响内镜下的治疗。

不推荐使用上消化道钡餐检查、拉网细胞学检查进行早期食管鳞癌及癌前病变的筛查;病理组织标记物、肿瘤蛋白质组学等检查目前仅作为研究,暂不建议应用于人群筛查。

消化性溃疡诊断与治疗规范发布

近日,《中华消化杂志》发表《消化性溃疡诊断与治疗规范(2016年,西安)》。该规范强调,近年来消化性溃疡的发病率虽有下降趋势,但目前仍是常见的消化系统疾病之一。幽门螺杆菌感染、非甾体抗炎药和阿司匹林的广泛应用是引起消化性溃疡最常见的损伤因素,胃酸和(或)胃蛋白酶引起黏膜自身消化亦是导致溃疡形成的损伤因素。

规范指出,中腹痛、反酸是消化性溃疡的典型症状,腹痛发生与进餐时间的关系是鉴别胃与十二指肠溃疡的重要依据;胃镜检查是诊断消化性溃疡最主要的方法。

针对消化性溃疡的治疗,规范指出,抑酸治疗是缓解消化性溃疡症状、愈合溃疡的最主要措施,质子泵抑制剂(PPI)是首选药物。推荐PPI用于治疗胃泌素瘤或G细胞增生等致促胃液素分泌增多而引起的消化性溃疡。

2016年美国消化疾病周两篇研究受关注

结肠镜检查前肠道准备新思路

▲首都医科大学附属北京友谊医院消化内科 李程

研究一 低渣饮食行结肠镜检查依从性佳

美国加利福尼亚大学Jason Samarasena及其团队评估88例结肠镜检查患者。随机分配两组,一组患者摄入低渣固体(如蛋白质、碳水化合物及脂肪等),直至手术前一天下午6点。另一组术前一天只能流质饮食(如肉汤,黑咖啡及红茶等)。两组患者均服用2次的聚乙二醇电解质溶液(PEG-ELS)泻药,一剂在术前一天下午6点,一剂在术前5h。

使用Boston肠道准备量表(BBPS)对肠道准备进行评价,使用10

分制对饥饿及疲劳程度进行评估(表1)。同时也评估了恶心呕吐、腹胀腹痛、对饮食的满意度及重复准备过程的意愿等方面。若BBPS大于6分,认为肠道准备是充分的。

结果显示,根据数据的中期分析,低渣组BBPS平均得分比流质饮食组高(7.84与7.54)。低渣食物给予患者更多能量,有助于耐受泻药,使患者具有更好的依从性及优质的肠道清洁。同时低渣固体饮食刺激自然排便。

结果	低渣饮食	流质饮食	P值
肠道准备	91%	76%	0.05
饥饿评分	3.5	6.9	0.001
疲劳评分	3.5	6.0	0.01
饮食满意度	97%	46%	<0.001

表1 两组肠道准备结果比较

研究二 低剂量肠道准备有良好清洁率

另外一篇关于结肠镜前肠道准备的研究也受到关注。基于PEG的肠道清洁是结肠镜治疗前肠道准备的金标准,但该方案通常需要摄入大量液体。NER1006J是第一个进入Ⅲ期试验的低剂量(1L PEG3350)肠道准备方案。

该研究,在接受结肠镜检查的受试者中对比评估NER1006为期2d的隔夜分次给药或为期1d的清晨给药方案与2L PEG3350为期2d的隔夜分次给药方案(2L PEG)的有效性、安全性和耐受性。

两项备选主要终

点为总体肠道清洁有效性和良好清洁率,次要终点包括病变检出率分层评估和波士顿肠道准备量表(BBPS)清洁评估。

研究者通过调查问卷评估患者的耐受性、接受性和依从性,通过不良事件和临床实验室评估监测安全性。

结果显示,NER1006J的总体肠道清洁成功率不劣于2L PEG3350,安全性和耐受性与之相当,且在升结肠具有良好的清洁率和息肉检出率。

加强版粪菌移植:治疗顽固性溃疡性结肠炎新方法

▲首都医科大学附属北京友谊医院消化内科 袁楚轩

粪菌移植(FMT),是指将健康人粪便中的功能菌群,移植到患者胃肠道内,重建新的肠道菌群,实现肠道及肠道外疾病的治疗。

近年来,运用FMT治疗炎症性肠病受到越来越多的关注。部分研究表明,低剂量的FMT对于活动性溃疡性结肠炎(UC)的治疗有益,对于治疗传统药物无效的UC,FMT的疗效、剂量的选择、捐赠者的重要性均未知。来自悉尼的Sudarshan团队发布了关于FMT治疗UC的研究成果来解答以上问题。

该研究为双盲、多中心的随机对照研究,患者被随机分成FMT治疗试验组和安慰剂对照组。所有患者均为传统药物治疗无效的活动型UC(Mayo评分为4~10分)。患者在第1天接受内镜下粪菌或者安慰剂注入治疗,并在接下来的8周内接受每周5天的粪菌或安慰剂灌肠治疗。粪菌来自与3~7个无亲属关系的捐赠者。接受糖皮质激素治疗的患者均停药。试验主要观察指标为在第8周,不服用糖皮质激素的情况下达到临床缓解,内镜下缓解或有应答。次要指标包括服用糖皮质激素时临床缓解,临床应答,内镜下缓解,内镜下有应答,生活治疗提高且安全。

研究共有81例患者入组,其中试验组41例,对照组40例。达到主要观察指标要求的比例分别为11/41(27%)和3/40(8%,P=0.02)。达到临床缓解和临床应答的比例分别为44%与20%(P=0.02),54%与23%(P<0.01)。而内镜下缓解的比例,试验组为17%,对照组为8%(P=0.19),对于内镜下有应答的比例,两组分别为37%和10%(P<0.01)。

该研究表明,对于顽固性活动性UC,在为期8周的治疗中,包含多个捐赠者的FMT疗法有助于其达到临床和内镜下缓解。