

医学参考报

消化内镜学专刊

Digestive Endoscopy

第十期 NO.10

一例“不明原因”消化道出血病例

海军军医大学第一附属医院 李兆申 谢沛

一、病例简介

主诉：反复黑便伴头晕、乏力半年余，加重2天。

现病史：女性，22岁，患者于半年前无明显诱因下出现黑便，量可，伴乏力、头晕、呕吐，共呕吐3次，呕吐物为胃内容物，每次量50~100ml；偶有腹痛，可自行缓解，无呕血、反酸、烧心，无发热、晕厥，无皮疹、皮下出血点。半年前曾在当地医院就诊，查Hb63g/L，自述胃镜、肠镜检查未见明显异常，予以禁食、抑酸、输血、补液等对症治疗后症状好转，具体不详。出院后口服铁剂、抑酸药维持治疗，后反复多次出现黑便，未进一步复查。2天前再次出现黑便，2~3次/日，每次量约200ml，较前增多，头晕、乏力较前加重，活动后感觉胸闷、心慌，为进一步诊治来我院就诊。发病以来精神软，食欲、睡眠一般，小便无异常，近3个月内体重下降约5kg。

既往史：体健，否认高血压、糖尿病、肝炎病史、外伤史、手术史等。

个人史：无吸烟、饮酒史。月经规律，未婚未育。

家族史：无特殊。

入院查体：T36.5℃，P112次/分，R22次/分，BP95/50mmHg。

神志清，贫血貌，全身皮肤未见皮疹及出血点，皮肤巩膜无黄染，口唇及甲床苍白。心率112次/分，律齐，未闻及杂音，肺部查体未见明显异常。腹部饱满，腹软，中下腹压痛明显，无反跳痛，肠鸣音6次/分，移动性浊音阴性。

辅助检查：血常规示HGB53g/L（重度贫血），MCV72fl，PLT正常。粪常规示大便颜色为黑色，粪隐血+++。凝血功能、肝肾功能、肿瘤标志物、自身免疫指标、HIV均无明显异常。心电图显示窦性心动过速。腹部超声显示肝、胆、胰、脾、肾均未见明显异常。

初步诊断：①消化道出血 小肠出血？②重度贫血。

诊疗计划：①入院后予以禁食、补液、抑酸、输血等对症治疗。②完善相关检查明确诊断。

二、第一阶段MDT讨论

1. 讨论目的

- （1）出血来源？
- （2）如何评估是否存在活动性出血？
- （3）完善哪些检查明确诊断？

2. 病情评估及MDT讨论

胡良焱副主任医师（消化内科）：该患者为青年女性，因“反复黑便伴头晕、乏力半年余，加重2天。”入院，患者反复解黑便，粪常规提示粪隐血阳性，

基本可以明确该患者为消化道出血，但该患者自诉外院行胃镜、结肠镜检查未见明显异常，那出血来源是哪里？2015年国内《急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南》中提出不明原因出血定义为：“经常规内镜（包括胃镜与结肠镜）检查不能明确病因的持续或者反复发作的消化道出血。”因此该患者为不明原因消化道出血（occult gastrointestinal bleeding, OGIB）。患者入院后仍反复解黑便，血红蛋白进行性下降，考虑目前存在活动性出血。

王美堂主任医师（急诊内科）：消化道出血入院后我们要快速评估出血严重程度，便于指导我们下一步临床诊疗。一般评估包括现病史、既往史、体格检查以及实验室检查结果，用于判断出血严重程度、可能的出血部位以及病因。休克指数（心率与收缩压的比值）可作为快速判断出血严重程度的客观指标，休克指数<0.5提示无休克，而该患者休克指数>1，提示存在休克。患者血压偏低，心率增快，色素进行性下降，存在活动性出血。

杜奕奇主任医师（消化内科）：OGIB占消化道出血的

3%~5%，其中75%以上的出血病灶来源于小肠，小肠解剖上包括十二指肠、空肠和回肠。因十二指肠出血通常可通过上消化道内镜诊断，故狭义的小肠出血是指Treitz韧带以下的空肠和回肠出血。小肠出血可以分为显性小肠出血，表现为呕血、黑便或血便等肉眼可见的出血；隐性小肠出血，表现为反复发作的缺铁性贫血和粪便隐血试验阳性。2020年国内《小肠出血诊治指南》中提出小肠出血的常见病因有：①小于40岁炎症性肠病（克罗恩病）、肿瘤、Meckel憩室、Dieulafoy溃疡以及息肉综合征等；②大于40岁血管畸形、Dieulafoy病、非甾体抗炎药相关溃疡、应激性溃疡、肿瘤、小肠憩室、缺血性肠病等。

李兆申院士（消化内科）：接诊消化道出血的患者，我们除了行常规实验室检查外，内镜检查首选胃镜、肠镜检查，对于胃肠镜检查未发现病灶的情况下还可以选择胶囊内镜检查和小肠镜检查，影像学检查可行小肠CT造影（CTE），出血量较大可行DSA检查。该患者外院已行胃肠镜检查，对于消化道出血而言，初次的胃肠镜检查可能会出现漏诊，而漏诊可能的原因主要

主编简介



李兆申 院士

中国工程院院士，海军军医大学第一附属医院消化内科主任医师、教授、博士研究生导师，现任海军军医大学第一附属医院临床研究中心主任。兼任国家消化系统疾病临床医学研究中心主任、国家消化内镜质控中心主任、上海市胰腺疾病研究所所长，当选第十三届全国政协委员。

包括病灶微小、病灶位置为观察盲区、内镜检查者经验不足等。对于初诊为“小肠出血”的患者，有文献报道重复行胃镜、肠镜检查可大幅度提高诊断率，部分患者再次复查通过胃肠镜检查就找到了出血病灶。结合该患者主要表现为黑便，可复查胃镜、肠镜，同时完善胶囊内镜、小肠三维CT等检查，明确有无小肠肠腔内外病变。

下转第2版 >>>

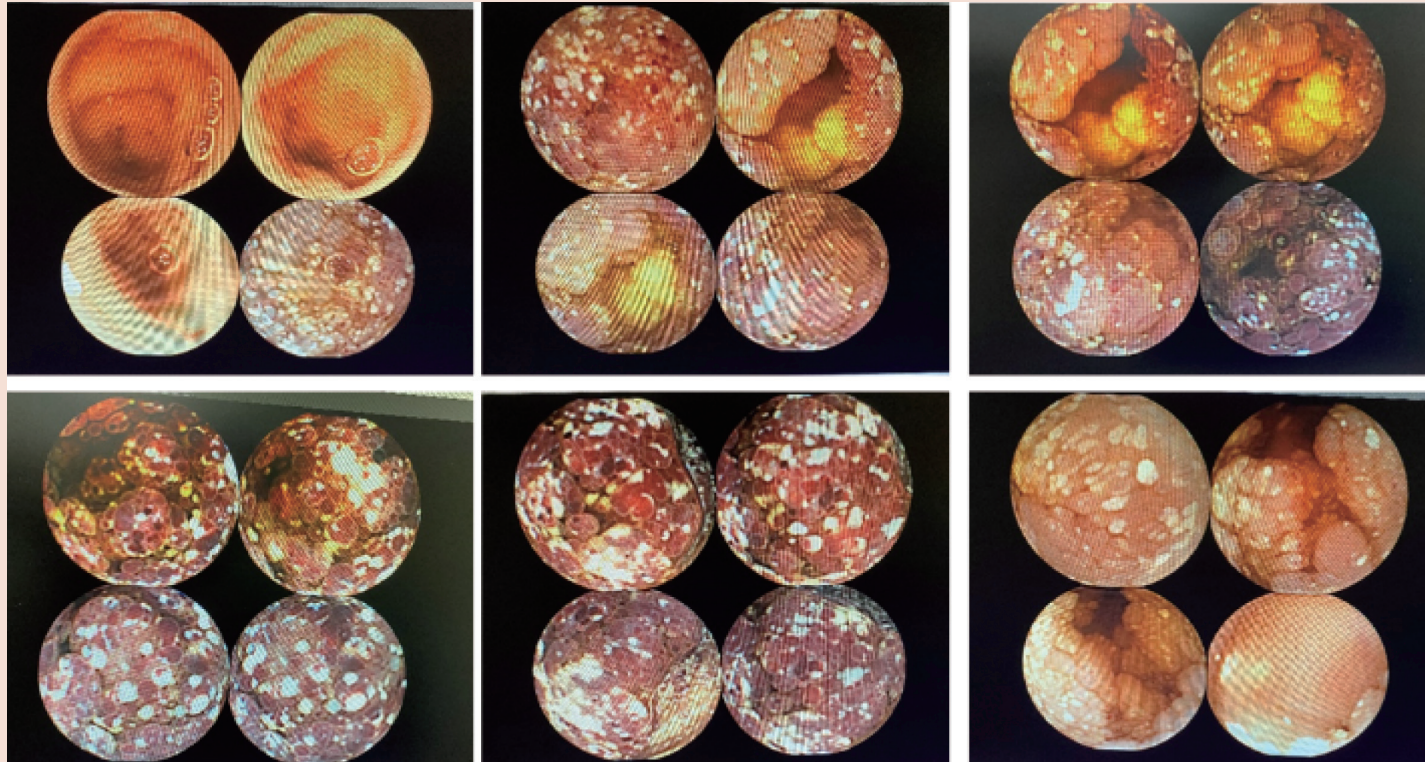


图1 胶囊内镜

清晰诊疗 健康相伴

导 读

- 一例“突如其来”的胰腺癌病例 **3**版
- 重症胰腺炎伴消化道出血一例 **5**版
- 雪上加霜——55年食管狭窄合并食管早癌 **6**版
- 上海战疫Ⅰ医院为体系部队官兵筑牢“健康防线” **8**版

<<< 上接第 1 版

三、第二阶段 MDT 讨论

患者入院后完善检查回报：胃镜诊断为慢性非萎缩性胃炎。胶囊内镜回报所见小肠中段黏膜新生物，表面颗粒状增生，表面充血明显，无活动性出血。胶囊内镜诊断为小肠占位性质待排（图 1）。经口小肠镜诊断为所见空肠未见明显异常（进镜至距屈氏韧带约 150 cm，未见明显异常）。小肠三维 CT 诊断为中下腹肠系膜组织明显水肿增厚，并见多枚小淋巴结（图 2）。胰腺增强 MRI 诊断为中下腹弥漫病灶，考虑腹膜炎可能性大（图 3）。PET-CT 诊断为脂膜炎伴炎性淋巴结可能。

1. 讨论目的

- （1）如何看待胶囊内镜报告？
- （2）小肠中段占位如何选择进一步检查？
- （3）下一步治疗方案？

2. 病情评估及 MDT 讨论

王洛伟主任医师（消化内科）：该患者胶囊内镜提示小肠中段占位，胶囊内镜报告主要是依据胶囊在小肠运行时间来大致判断病灶部位，但胶囊内镜受肠道蠕动影响，部分患者会出现电量耗尽从而无法完成全小肠检查，并且胶囊内镜对出血病灶无法精准定位，无法进行组织活检。该患者胶囊内镜提示吞服胶囊后 1 h 24 min 通过幽门，8 h 30 min 进入结肠，3 h 01 min 看到病变，4 h 02 min 结束病变，顺利完成全小肠检查，依据运行时间我们推断病灶主要位于小肠中段。

杜奕奇主任医师（消化内科）：小肠镜是小肠疾病的主要检查手段，包括单气囊小肠镜和双气囊小肠镜，小肠镜诊疗可经口和经肛途径，配合标记，目的是尽量对接，实现全小肠检查。相比于胶囊内镜小肠镜的优势是能直接观察小肠腔内病变，并且能进行组织活检和内镜下治疗。该患者胶囊内镜提示小肠中段病灶，而经口小肠镜未发现病灶，以墨汁标记。另外影像学检查小肠三维 CT 提示中下腹肠系膜组织明显水肿增厚（图 2）；胰腺增强 MRI 提示中下腹弥漫病灶，考虑腹膜炎可能性大，均未发现小肠占位性病变（图 3）。PET-CT 诊断脂膜炎伴炎性淋巴结可能。目前诊断仍未明确，可行经肛小肠镜检查探明小肠病变部位，发现病灶后行组织活检明确病变性质。

罗天航副主任医师（胃肠外科）：现在随着内镜技术发展，外科手术不再是小肠出血的首要治疗手段，但是小肠肿瘤、经保守治疗无效的大出血、小肠梗阻、小肠穿孔等仍然是首选手术治疗。该患者不

明原因消化道出血入院，完善检查后考虑小肠占位，腹膜炎性改变。经口小肠镜检查未发现小肠病变，虽经积极补液、止血、输血等治疗后仍有活动性出血，可行 PET-CT 检查，明确病变后可转外科行剖腹探查术明确出血原因，若证实为小肠占位，可行小肠肠段切除术控制出血。

李兆申院士（消化内科）：临床上小肠肿瘤相对少见，发病率较低，但是小肠的肿瘤类型很多，临床症状不确定并且无特殊性，可为腹痛、肠梗阻、肠出血、腹部肿块、腹泻或便秘等常见的胃病表现。小肠出血可见于一部分小肠良性瘤、癌及肉瘤。该患者为年轻女性，胶囊内镜发现小肠占位，虽然经口小肠镜未发现病灶，可能病变部位位于小肠中下段，若情况允许可行经肛小肠镜检查，发现病变后组织活检，明确病变性质。该患者经积极治疗仍有活动性出血，肠道准备无法耐受情况下也可行外科手术明确出血原因及控制出血。

四、第三阶段 MDT 讨论

患者外科手术记录：术中见肠系膜处腹腔肿块，距回盲部 1 m 处约有 100 cm 左

右肠管扩张并充血水肿明显，色泽变黄，肠系膜处有巨大血肿，肠腔内有血性液体，余肠段未见异常。术后病理回报：回肠黏膜层、黏膜下层及浆膜层内见海绵状脉管样结构，部分区域间质伴淋巴细胞聚集灶，期间散在较多由短梭形瘤细胞构成的结节，结节内瘤细胞呈纵横交错排列并形成条索或裂隙样血管，另送“肠系膜结节”为海绵状淋巴管瘤（见图 4）。免疫组化结果提示 CD31、CD34、Fli-1 和 D2-40 阳性，Ki-67 为 1%，根据免疫标记诊断为腹腔 Kaposi 样血管内皮瘤累及回肠。

1. 讨论目的

- （1）什么是 Kaposi 样血管内皮瘤？
- （2）如何治疗 Kaposi 样血管内皮瘤？

2. 病情评估及 MDT 讨论

胡良皞副主任医师（消化内科）：患者转外科手术术后术中见肠系膜处腹腔肿块，距回盲部 1 m 处约有 100 cm 左右肠管扩张并充血水肿明显，色泽变黄，肠系膜处有巨大血肿，肠腔内有血性液体，余肠段未见异常。术后病理及免疫组化诊断为腹腔 Kaposi 样血管内皮瘤累及回肠。Kaposi 样血管内皮瘤（kaposiform

hemangioendothelioma, KHE）是一种罕见的血管肿瘤，交界性肿瘤，因组织学上与 Kaposi 肉瘤相似而得名。多见于婴幼儿和儿童，成人罕见（全球仅 20 例左右）。KHE 病因不清但患者伴有淋巴发育异常，一种假说认为 KHE 是一种淋巴起源的恶性疾病，其内血管增生；另一种假说认为 KHE 可生产淋巴内皮生长因子，并刺激附近的淋巴组织增生。

王洛伟主任医师（消化内科）：约占 2/3 的 KHE 患者伴有淋巴发育异常，绝大多数 KHE 生长于体表部位（常见于颜面部、四肢及躯干），有时可发生在后腹膜及纵隔。小儿 KHE 常伴有 Kasabach Merritt 现象（KMP），表现为浅表血管瘤伴血小板减少伴低纤维蛋白血症，而成人 KMP 比较罕见。KHE 免疫组化主要是 CD31、CD34 阳性，淋巴细胞 D2-40 标记阳性。治疗上早期手术切除预后较好，中晚期可以放疗联合药物治疗，药物治疗主要应用激素、免疫抑制剂等。

杜奕奇主任医师（消化内科）：回顾整个病例，针对消化道出血逐步完善各项检查，最终明确诊断完成诊疗，整个流程十分顺畅。该患者胃镜、肠镜无阳性发现，考虑不明原因消化道出血，后来完善胶囊内镜发现小肠中段占位，再行经口小肠镜检查，但未继续行经肛小肠镜检查，考虑患者仍有活动性出血，后续外科行剖腹探查，发现回肠病变，行小肠部分切除术。现在随着胶囊内镜、小肠镜等内镜技术和小肠 CT 等影像学发展，小肠已不再是消化道诊疗盲区，不明原因消化道出血也逐渐找到致病原因。对于消化道出血，依据指南的推荐小肠镜检查还是要尽量做到全小肠的检查，在外科手术前取得病理对外科手术起到很好的参考作用。

李兆申院士（消化内科）：Kaposi 肉瘤是艾滋病患者常见的恶性肿瘤，因免疫力低下引起，Kaposi 肉瘤也常累及小肠引起不明原因消化道出血。Kaposi 肉瘤恶性程度较高，预后较差。但该患者术后病理类型为 Kaposi 样血管内皮瘤，不同于 Kaposi 肉瘤，KHE 为交界性肿瘤，一般好发于婴幼儿和儿童，成人发病率极低，全球仅 20 余例，早期手术切除预后较好。这个病例是一个罕见病例，回顾这个病例诊治的流程，我们思路清晰，逐步探明不明原因消化道出血的真相。希望通过这个病例的学习让我们年轻医师和基层医师对不明原因消化道出血有更清楚的认识，能够规范化地处理不明原因消化道出血，培养良好的临床思维能力。



图 2 小肠三维 CT



图 3 胰腺增强 MR

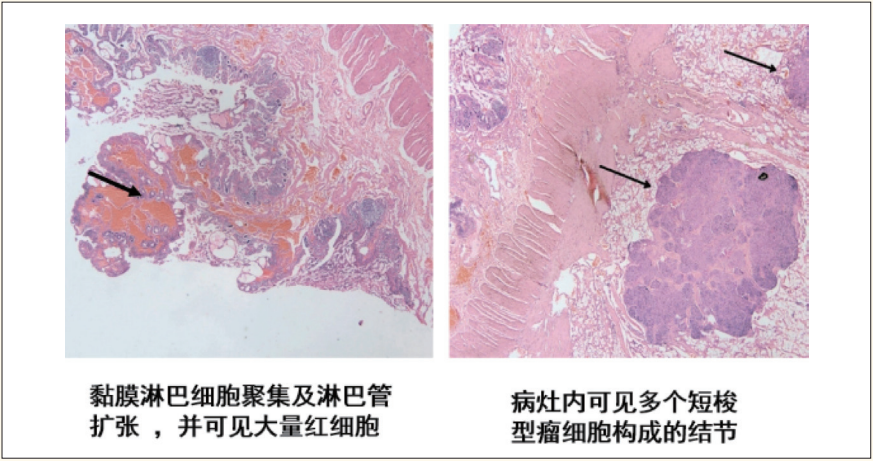


图 4 术后病理

医学参考报		消化内镜学专刊									
理事长兼总编辑：巴德年		社 长：魏海明		主 编：李兆申		王晓艳		王韶峰		左秀丽	
副理事长兼副总编辑：曹雪涛等		副社长：吕春雷		副主 编：王洛伟 唐涌进		包 郁		冯志杰		刘 梅	
理事会秘书长：周 赞		副社长：周 赞		常务编委：（请按姓氏笔画排序）		刘改芳		闫飞虎		许国强	
				于红刚 万 荣		孙成山		孙明军		孙晓滨	
				方 莹 叶 梅		杨小翠		杨少奇		杨建锋	
				许树长 许洪伟		邹晓平		汪 嵘		汪芳裕	
				陈 鑫 陈幼祥		陈卫刚		陈进忠		陈建民	
				孟宪梅 郝建宇		范志宁		和水祥		孟祥军	
				祝 荫 柴宁莉		胡 冰		胡良皞		姜海行	
				唐秀芬 智发朝		徐 萍		郭建强		黄晓俊	
				廖应雷		龚 伟		梁 玮		程 斌	
				编 委：（请按姓氏笔画排序）		编辑部主任：辛 磊		林 寒		曾 欣	
				马颖才 王 青		编 辑：程志远		陈华亮		高 野	
				王 颢		王小众		王东旭		田 波	
										边 岩	

一例“突如其来”的胰腺癌病例

海军军医大学第一附属医院 李兆申 邓颖

一、病例简介

主诉：反复腹痛2月余。

现病史：女性，49岁，患者于2020年1月无明显诱因出现上腹部持续性隐痛，可放射至腰背部，弯腰时疼痛减轻，阵发性加剧，无恶心、呕吐，无畏寒、发热，体重略有减轻。就诊当地医院，诊断为“急性胰腺炎”，治疗1周后腹痛未见缓解，遂于我院急诊就诊。我院急诊查上腹部CT显示肝内外胆管扩张，胆总管壁局部环形增厚伴管腔狭窄；胆囊炎，胆汁淤积。慢性胰腺炎急性发作；胰头部胰管内结石，胰尾小钙化灶，如图1所示。患者白细胞、胆红素正常，CA199升高（171.08 U/ml）。急诊拟“急性胰腺炎、胆囊炎”予抑酸、抑酶、保肝等对症处理，患者病情稍有缓解，嘱定期复查CA199。此后患者仍间断性上腹隐痛，考虑“胆囊炎、胆汁淤积”所致，于2020年2月在当地医院行腹腔镜下胆囊切除术。胆囊术后1月，患者腹痛仍无明显缓解，再次于我院就诊，2020年3月门诊拟“慢性胰腺炎、胰管结

石”收入院。

既往史：患者自2013年起胰腺炎反复发作，诊断为“慢性胰腺炎”于我院行2次ESWL、3次ERCP治疗。

个人史：无特殊。

家族史：无特殊。

入院查体：体温36.6℃，心率86次/分，血压100/75 mmHg，呼吸15次/分；神志清楚，精神欠佳。心肺查体无异常。腹平软，上腹部有压痛，无反跳痛，未触及包块，脐周未闻及血管杂音，肠鸣音6次/分。

辅助检查：2020年3月生化指标提示TB 16.8 μmol/L，DB 11 μmol/L，ALT 47 U/L，ALB 39 g/L，淀粉酶30 U/L，γ-GGT 808 U/L；肿瘤标志物显示CEA 3.17 ng/ml，CA199 91.41 U/ml，CA724 0.98U/ml；2020年3月胰腺CT平扫+增强显示肝包膜下见少许游离气体；肝内外胆管轻度扩张；胆囊术后；胰管不规则扩张，胰管内见结节样致密影，胰头区显著，胰头部扩张胰管边缘增强后明显强化，胰腺稍肿胀，周围脂

肪间隙欠清，左肾筋膜增厚。

初步诊断：①慢性胰腺炎。

②胰管结石。

诊疗计划：予ESWL+ERCP治疗。

二、第一阶段MDT讨论

1. 讨论目的

（1）如何区分胰源性疼痛和胆源性疼痛？

（2）无明显症状CP患者定期复查的频率？

（3）CA199升高的意义如何？伴有CA199升高的CP患者该如何随访？

2. 病情评估及MDT讨论

李兆申院士（消化内科）：首先，该患者腹痛具有一个明显特点，当其弯腰时疼痛减轻，这是胰源性疼痛的一个特征性描述。胰腺为后腹膜脏器，慢性胰腺炎、胰腺癌等胰腺疾病刺激后腹膜神经引起的持续性疼痛，弯腰时后腹膜呈松解状态，此时疼痛减轻，而直立位时加重。这与胆源性疼痛是有区别的。当然，对于本案例中这位患者同时存在慢性胰腺炎和胆囊炎，两种疾病引起的腹痛症状可能相互叠加，导致诊断上的复杂性。慢性胰腺炎是胰腺癌的癌前病变，慢性胰腺炎患者比正常人胰腺癌发病率高出十几倍甚至几十倍。对慢

性胰腺炎患者应进行定期随访。无明显症状的慢性胰腺炎患者，指南里没有明确说明具体复查频率，但如果患者出现腹痛加重、明显消瘦、反复血糖升高控制不佳、CA199标志物升高等，说明可能伴发胰腺癌。因此，当慢性胰腺炎患者出现上述症状，应进行胰腺的精准检查，考虑是否有胰腺占位。

生晶教授（影像科）：2017年该患者的影像诊断为胰头结石和胰管全程扩张，而在2017到2020年间该患者没有进行任何复查。2020年1月急诊CT平扫显示胰腺有肿胀，胰尾部明显有萎缩，胰管有截断；2020年3月增强CT可见明显胰体肿块，胰管有明显截断，后腹膜模糊，均匀强化，肠系膜有肿大淋巴结。虽然，CT报告未提示肿瘤存在，但一旦出现这样的影像时，尤其是伴有临床无法解释的腹痛症状变化或者CA199升高，应考虑更换检查手段，例如胰腺增强磁共振，或者胰腺CTA。胰腺磁共振相较于CT，在肿瘤检出方面具有更多优势，尤其是对小胰腺癌的检测更为敏感。

宋彬教授（胰腺外科）：该患者的疼痛是胆源性和胰源性共同导致的，弯腰疼痛缓解是

胰源性疼痛引起，胆源性不会有，所以切除胆囊不能完全缓解患者症状。当然，患者影像学上有明显胆囊炎症表现，行胆囊切除术也是合情合理的。慢性胰腺炎是胰腺癌的高危因素，而CA199轻度升高一般意义不大，但超过血清三倍这种情况下应做增强CT，便于更早发现疾病。因此对于CA199升高的患者，不仅要密切随访，还应该组织MDT讨论。在慢性胰腺炎急性发作时，胰周坏死、渗出等对疾病影像诊断会有一定影响，可能导致肿瘤漏诊或误诊，所以捕捉到CA199升高的患者一定要短期内密切随访。

江旭教授（介入科）：该患者从2013—2017年频繁发作胰腺炎，CA199都无明显升高，但三年后突然升高，从介入方面来看，CA199升高可以建议做PET-CT检查有无高代谢情况。

三、第二阶段MDT讨论

1. 病情

患者自出院后仍感上腹部隐痛，无恶心呕吐，无发热纳差。2020年5月急诊中腹部CT示：胰胆管支架置入术后，胰管不规则扩张伴少量积气，术区渗出改变，胰尾小结石。血生化示TB:65.3 μmol/L，ALT:739 U/L，AST:854 U/L，CA199:301.86 U/L。急诊中腹部CT（2020年5月）：胰胆管支架置入术后，胰管不规则扩张内见少许气体影，胰尾部见点状致密影，胰腺稍肿胀，周围脂肪间隙欠清，左肾前筋膜增厚。胆囊术后，肝内外胆管轻度扩张。如图2所示。

2020年5月，我院门诊行胃镜检查示：慢性萎缩性胃炎。患者及家属要求拔除胰管支架，门诊予以拔除。

2020年6月，家属自诉外院复查CT示胰腺占位（未见报告）。门诊以“胰腺占位待查”收入院。血常规：WBC $3.83 \times 10^9/L$ ，NE 74.4%，HB 89g/L，Plt $243 \times 10^9/L$ 。生化指标：TB 198.6 μmol/L，DB 160.5 μmol/L，ALP 1285 U/L，ALT 399 U/L，ALB 38 g/L，淀粉酶14 U/L，γ-GGT:624 U/L；肿瘤标志物：CEA:4.70 ng/ml，CA199>1200 U/m,CA724:1.12 U/ml；凝血：PT 12.9 s，APTT:31.1 s，D-二聚体:0.46 mg/L；胰腺CT平扫+增强（2020年6月）：胰腺形态不规则，胰腺体部见不规则低密度软组织肿

下转第4版 >>>

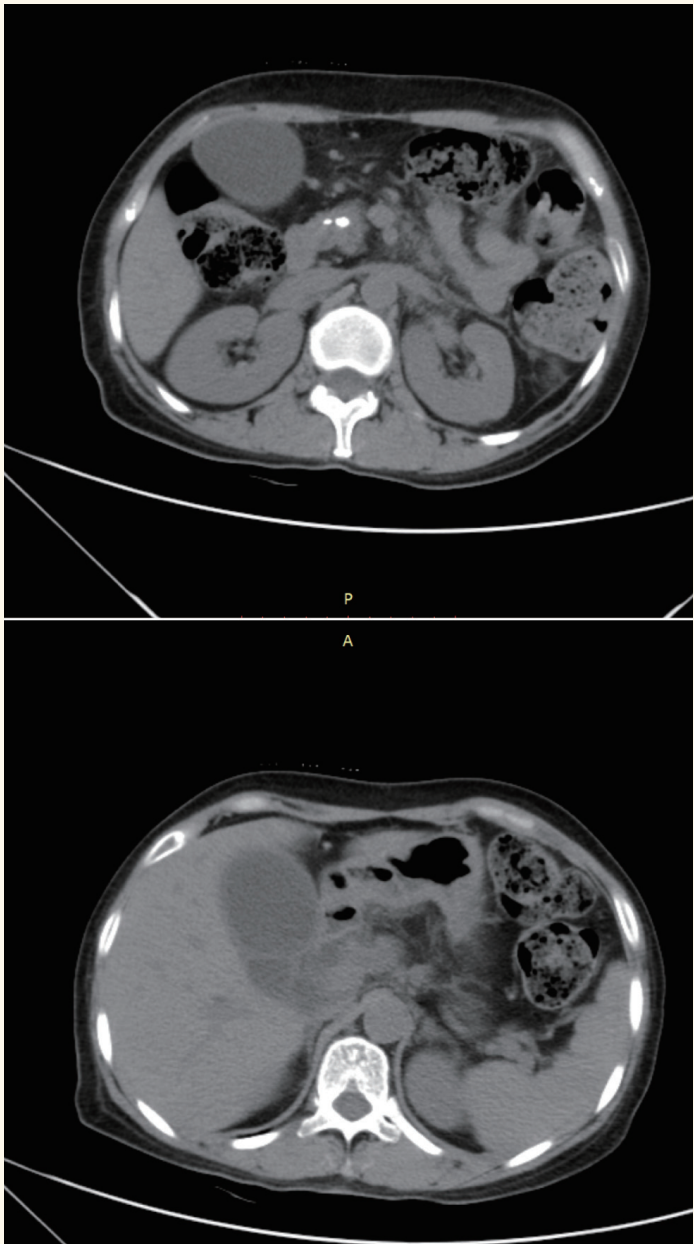


图1 腹部CT提示肝内外胆管扩张，慢性胰腺炎急性发作

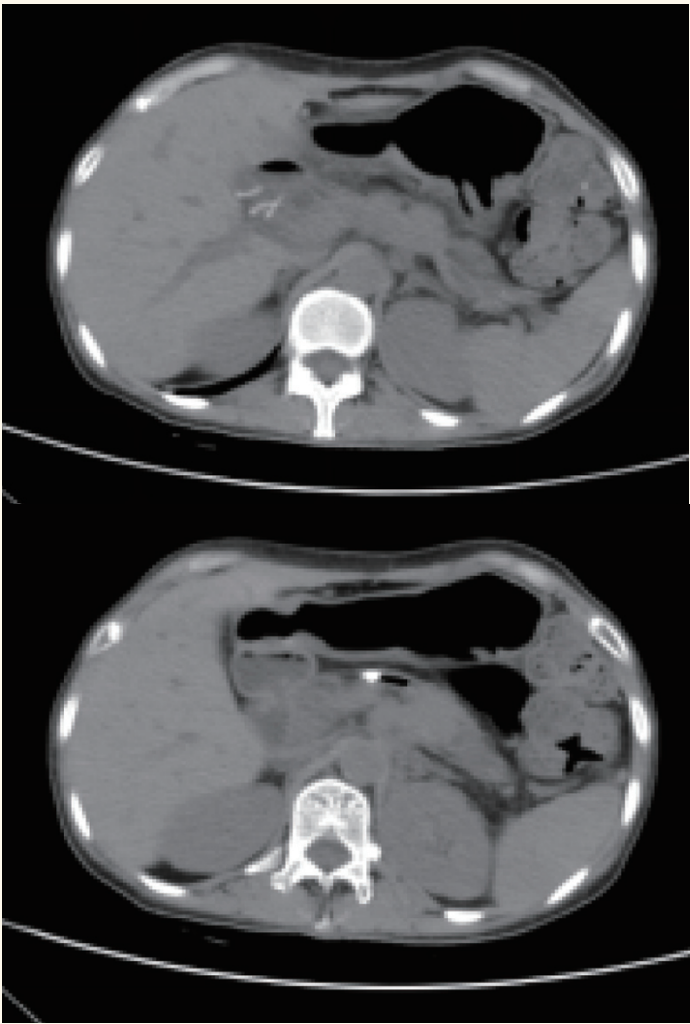


图2 2020年5月腹部CT提示胰管不规则扩张，胰头部见点状致密影，胰腺稍肿胀

<<< 上接第 3 版

块,边界不清,增强后轻度强化,腹腔干及脾动脉包绕> 180°,主胰管明显不规则扩张,胰尾部为著,胰腺实质萎缩,胰腺实质及胰管内见钙化灶。十二指肠乳头增大,增强后轻度强化,肝内外胆管明显扩张。胆总管中下段管壁长节段环形增厚并明显强化。胆囊显示不清。如图 3 所示。

2. 讨论目的

(1) 该患者影像结果出现巨大转变(进展)的原因是什么?是什么掩盖了肿瘤?

(2) 患者同时出现进行性加重的黄疸、胰腺占位,如何更加合理安排 ERCP、EUS 穿刺等进一步诊疗方案?

3. 病情评估及 MDT 讨论

李兆申院士(消化内科): 第一,临床医生应注意弯腰疼痛缓解这一特征性描述,若患者出现该情况说明可能有后腹膜占位,应高度怀疑胰腺占位;慢性胰腺炎患者疼痛,肿瘤标志物有升高趋势要提高警惕,

慢性胰腺炎并发胰腺癌要适时进行多次检查;第二,临床医师不能只看报告,还要看影像,如果高度怀疑癌变应当再进一步行其他的检查技术,比如做磁共振等;实际上,该患者在确诊之前就已经存在慢性胰腺炎恶变。

生晶教授(影像科): 该患者是慢性胰腺炎,其 CT 表现较复杂,有钙化、萎缩、胰管的扩张,增强后轻度强化。而通常情况下胰腺导管腺癌影像上表现为会胰管截断,伴有后方胰腺组织萎缩,因此,即便没有看见明确肿块,当出现这两个征象时,提示需要进一步检查。那么如何选择影像学的精确检查方法很重要,第一,建议行磁共振扫描;第二,可选择 CTA 检查,不仅能检查血管,还可以放大局部可疑病灶。另外,对于该患者,胰腺肿瘤发生在体部,从 CT 上看,并未累及胰头区域,因此患者梗阻性黄疸、胆总管扩张,以及胆

总管下端管壁持续增厚,不排除外同时存在肿块型胰腺炎所致。

四、第三阶段 MDT 讨论

1. 病情

2020 年 6 月行 EUS-FNA 术,术中胰体部见 3.9 cm×3.4 cm 类圆形低回声区,内部回声不均匀,边界不清晰,侵犯腹腔干,近端胰管扩张,直径 6 mm,胆总管及肝内胆管扩张。胰头周围有肿大淋巴结。如图 4 所示。细胞学快速诊断:找到异型细胞,背景见黏液。液基薄层细胞学检查:找到少量异型细胞。进一步行 ERCP+IDUS+ 胆管细胞刷+金属支架置入术,术中见胆管下段狭窄,胆管壁可见偏心状低回声,壁厚约 0.7 cm,正常胆管壁结构消失,如图 5 所示。胆管细胞刷检:液基薄层细胞学检查未找到恶性肿瘤;为缓解患者腹痛,行 EUS-CPN 术,在超声内镜引导下,注入 0.75% 罗碱卡因 10 ml,无水酒精 20 ml。

2. 讨论目的

(1) 该患者还可采取哪些治疗手段?

(2) 如何进行胰腺癌患者的可切除性评估?

(3) 置入金属支架后是否还可进行外科手术治疗?

3. 病情评估及 MDT 讨论

宋彬教授(胰腺外科): 该患者从影像学来判断是局部晚期胰腺癌。从外科学角度可将胰腺癌分为可切除胰腺癌、交界性可切除胰腺癌、局部晚期胰腺癌、转移性胰腺癌。对局部晚期、交界性可切除、转移性这三类都可以选择转化治疗。关于分期,主要是通过肿瘤大小、血管侵犯程度来判断。对可切除胰腺癌合并高危因素,可不选择直接手术。对于动脉系统,如果侵犯包绕超过 180° 则认为是局部晚期;如果是静脉侵犯或包绕但可重建,则判为交界性;如果胰周重要血管包绕侵犯范围较长或者位置不佳,则视为局

部晚期,这类患者在临床上可采取靶向治疗或局部放化疗。近年胰腺癌综合治疗取得很大进展,该患者虽然没有获得手术机会但生存了 18 个月,效果较好。患者置入金属支架后也是可以手术的,但对于伴有黄疸的可切除或交界可切除的患者,从经济角度来讲,这类患者建议放塑料支架或鼻胆管减黄。

江旭教授(介入科): 该患者从分期来看已到达四期,侵犯到腹腔干还有肠系膜上动脉。胰腺癌介入治疗指南上来看,在无法开展外科手术、其他治疗失败、患者不愿外科手术时可考虑行介入治疗。

第一,介入治疗有传统的动脉灌注、栓塞;第二,经皮穿刺物理治疗。首先是经动脉的灌注化疗。该患者 CT 显示胰腺癌血供十分丰富,做接入一般体部肿瘤采取肠系膜上动脉,胃十二指肠动脉进行造影,寻找责任血管,有时脾动脉也会参与部分供血,

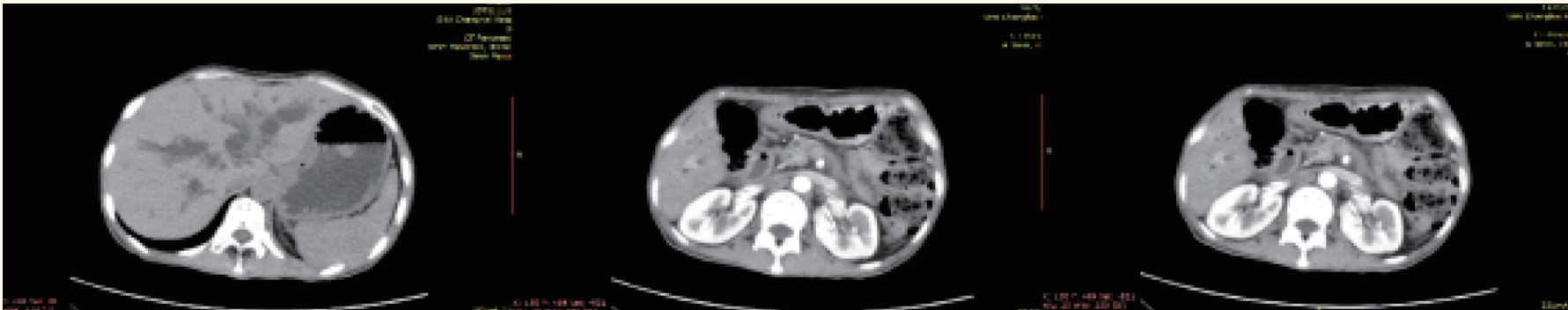


图 3 2020 年 6 月胰腺 CT 平扫 + 增强提示胰腺形态不规则, 胰腺体部见不规则低密度软组织肿块, 边界不清

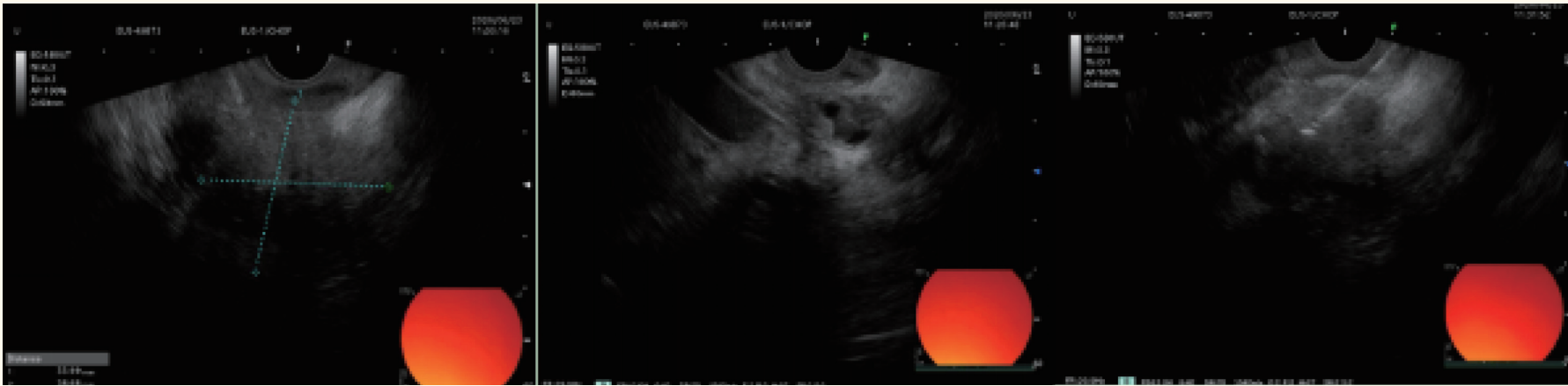


图 4 超声内镜所见

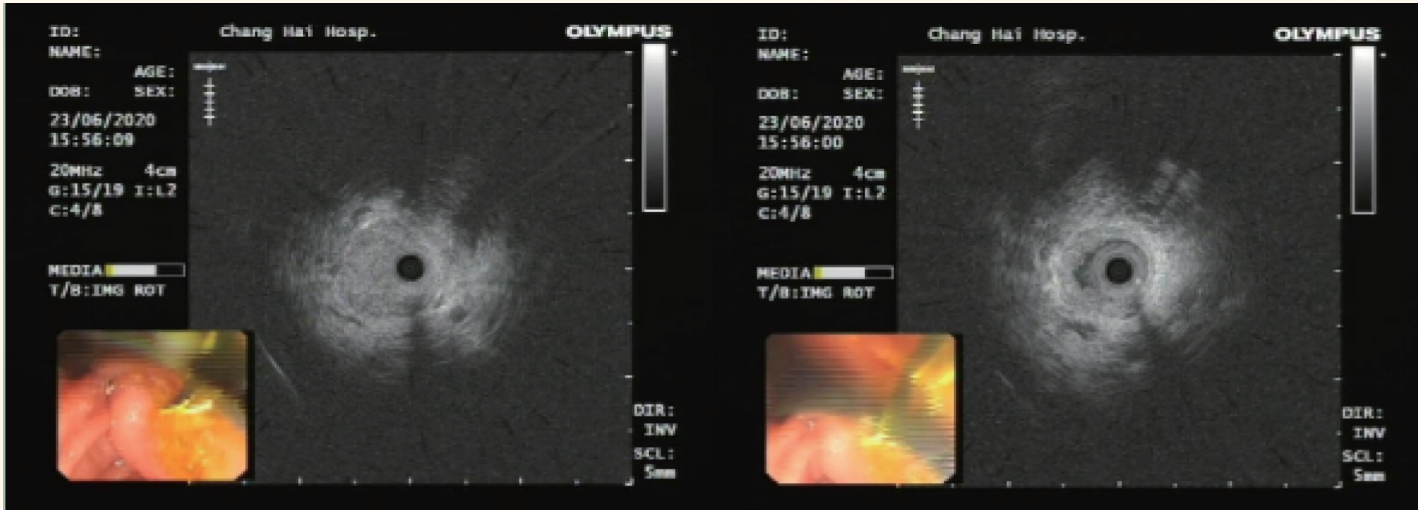


图 5 IDUS 提示胆管壁可见偏心状低回声

通过术中造影明确主要供血动脉,留置导管,缓慢灌注化疗药物,对于非重要但参与肿瘤供血的血管可采取动脉栓塞,减少肿瘤血供;经皮的物理手段主要有消融,放射性碘药物。

这些方法的采取根据肿瘤大小和部位确定,一般胰头部临近血管和胆管,消融风险较高,通常采取碘药物,而体尾部可根据情况选择射频消融、微波消融和冷冻消融等来治疗胰腺癌,总的来说,这些均是姑息性的治疗方法而非根治性的。

重症胰腺炎伴消化道出血一例

海军军医大学第一附属医院 李兆申 张平平

一、病例简介

主诉：间断中上腹胀痛2月余，加重伴呕血3天。

现病史：女性，18岁，2022年1月因上腹胀痛就诊外院，查腹部CT提示胰管全程囊状扩张，行ERCP术，提示胰头部胰管狭窄，无法进行深插管，留置一枚5Fr 5 cm单猪尾胰管塑料支架；术后第二天出现发热伴腹痛，查淀粉酶>2 000 U/L，腹部CT提示胰周大量渗出，双侧胸腔伴腹腔大量积液，考虑ERCP术后中重症急性胰腺炎。2022年2月复查腹部CT提示胰头约50 mm×60 mm包裹性积液，提示胰腺炎伴假性囊肿形成，再行EUS引导下假性囊肿支架置入术，置入双猪尾7Fr塑料支架；术后2天患者出现头晕、乏力，并呕吐咖啡样液体3次，200 ml/次，伴解黑便1次，糊状，量约500 g，转入我院。

既往史：无特殊。

个人史：无特殊。

家族史：无特殊。

入院查体：体温39.6℃，心率126次/分，血压80/50 mmHg，呼吸32次/分；口鼻黏膜完整，未见破溃出血，贫血貌，神志清楚，精神欠佳，呼吸急促，腹肌紧张，上腹部有压痛，无反跳痛，脐周未闻及血管杂音，肠鸣音6次/分。

辅助检查：2022年2月入院血常规示白细胞 $34\times 10^9/L$ ，中性粒细胞90%，血红蛋白30 g/L，血小板 $61\times 10^9/L$ ；生化指标提示总胆红素50 $\mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素20 $\mu\text{mol/L}$ ，碱性磷酸酶300 U/L，丙氨酸氨基转移酶70 U/L，白蛋白23 g/L，淀粉酶2 000 U/L；肿瘤标志物显示CA199 40 U/ml，CA125 40 U/ml；粪常规+隐血4+；凝血：凝血酶原时间14 s，D-二聚体>16 mg/L；IgG4：80 mg/dl。

初步诊断：①上消化道出血、重度贫血、缺铁性。②中度重症急性胰腺炎、PEP。③胰管扩张，原因待查。

诊疗计划：(1)迅速完成对症处置。(2)拟行急诊胃镜检查/治疗。

二、第一阶段MDT讨论

1. 讨论目的

(1)怎样快速评估出血严重程度？

(2)该患者是否适合行急诊胃镜？

(3)该患者是否应收至ICU？

(4)MSAP为何会引起消

化道出血？

2. 病情评估及MDT讨论

杜奕奇主任医师（消化内科）：我们首先应该评估患者的出血严重程度，该患者有呕血、黑便，查血红蛋白偏低，初步判断出血量应该为1 000 ml左右，入院测血压偏低，心率增快，提示循环不稳定，且有进行性出血可能，应先加强输血、补液等对症处理；对于这类患者进一步需要考虑患者的基本生命体征暂不稳定，应该收治ICU加强处置。按照我国《急性非静脉曲张性上消化道出血指南（2018年）》意见，这种患者应该现在稳定生命体征的情况下行急诊胃镜检查，对于此类患者进行胃镜检查可能会带来新的问题，所以我们首先不考虑行胃镜检查。

文献报道急性胃黏膜病变和应激性溃疡，黏膜缺血、缺氧，毛细血管通透性增加，红细胞外渗胰源性门脉高压症，脾静脉血栓，脾动脉回流增多，导致左侧门静脉高压胰腺假性囊肿、脓肿，胰液腐蚀胰周血管，血管破裂或假性动脉瘤破裂出血都有导致重症急性胰腺炎消化道出血的可能，所以应该尽快完善相关检查，排除引起消化道出血的原因并对症处理。

杨继金主任医师（介入科）：消化道出血是介入科接

诊的常见急症，很多时候我们在介入前会详细询问病史，了解患者是否完善腹部CT及胃镜等检查，同时我们需要迅速判断出血的位置是上消化道还是下消化道，抑或是其他少见部位出血，比如胆道或胰管出血，造影来说有很多患者的出血速度和量较少，可能达不到我们看到的量，这个时候我们可能找不到出血点，因此应先输血、补液抗休克等对症处理。

胡良皞副主任医师（消化内科）：该患者以呕血、黑便入院，入院时血压不稳定，血红蛋白较低，评估休克状态，考虑失血量可能达1 000 ml以上，首先要快速纠正休克状态，在纠正休克的同时行急诊胃镜检查，如胃镜下没有发现活动性出血，可再行介入诊疗。需密切关注患者生命体征变化，后续仍需完善相关辅助检查。

三、第二阶段MDT讨论

1. 讨论目的

(1)为何要先拔除支架？

(2)是否有必要行DSA止血？

2. 病情评估及MDT讨论

杜奕奇主任医师（消化内科）：基层医院消化道出血患者常见病因可能有溃疡、肿瘤等引起，治疗上多采取内镜下注射治疗和止血夹夹闭创面等方法止血；但我们是肝病大国，

有可能接诊门脉高压引起的呕血患者，所以也可根据情况留置三腔二囊管止血治疗。对于这个患者来说，她主要是因为支架置入术后引起的出血，故先拔除支架主要考虑出血可能来自囊肿壁或邻近囊壁的大血管，拔除支架可减少进一步出血风险（图1）；因DSA可对消化道出血进行定位和定性诊断，是诊断消化道出血的金标准，能进行栓塞治疗，所以我们认为该患者进行DSA诊疗还是很有必要的。

胡良皞副主任医师（消化内科）：胃镜对观察上消化道出血的部位很有必要，做胃镜时需要仔细辨别可疑出血点，对一些容易漏诊的部位如胃角、胃窦、球部尤其要重视，胃镜下见活动性出血点时需及时行内镜下干预治疗，如内镜下止血成功，可暂时不需行DSA治疗。

四、第三阶段MDT讨论

1. 讨论目的

(1)患者胰管扩张的原因？

(2)患者是否有再次行ERCP的指征？

2. 病情评估及MDT讨论

李晶副主任医师（放射与影像科）：患者CT检查提示胰管全程扩张，那考虑胰管扩张的常见原因有生理性如先天性胰管扩张、胰腺囊肿等（图2）；病理性如胰腺肿瘤、慢性胰腺

炎、IPMN等；仔细阅片可见胰管内疑似有絮状物漂浮，MRCP可见胰管扩张，内见低密度影，这种无法明确判断的情况下有行ERCP指征（图3）。

杜奕奇主任医师（消化内科）：患者经过前期的积极治疗与处理，出血停止，急性胰腺炎也明显好转，目前存在的主要问题是胰管扩张的问题，对于此问题，考虑到患者为ERCP术后的胰腺炎继而发生了出血等情况，所以属于ERCP术后高危患者，对于该患者行ERCP需谨慎，术前需常规应用消炎镇痛预防胰腺炎，同时术后予大量补液。为了解患者的病因，解决患者的问题，我们还是决定进行ERCP治疗，术中发现主乳头插管困难，我们的策略是行副乳头插管，术中见大量白色结石流出，予留置5 cm 10Fr塑料支架，最终明确该患者的诊断为慢性胰腺炎、胰腺分裂症。胰腺分裂是胚胎发育过程中腹侧胰管和背侧胰管融合异常，在引流大量的胰液过程中可因小乳头局部炎症等因素，而造成狭窄或梗阻，胰液排出不畅；在西方人群中患病率约为10%，亚洲和非洲1%~2%；可能与SPINK-1、CFTR、CTRC的基因突变相关；目前我们对该病认识越来越多，临床上碰到相似患者需警惕该病的可能。

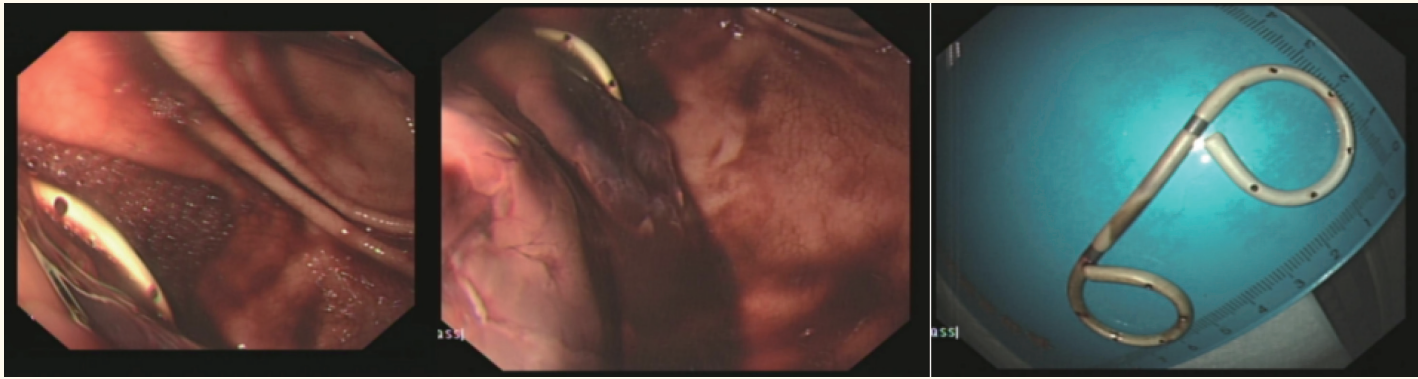


图1 内镜下探查并拔除支架

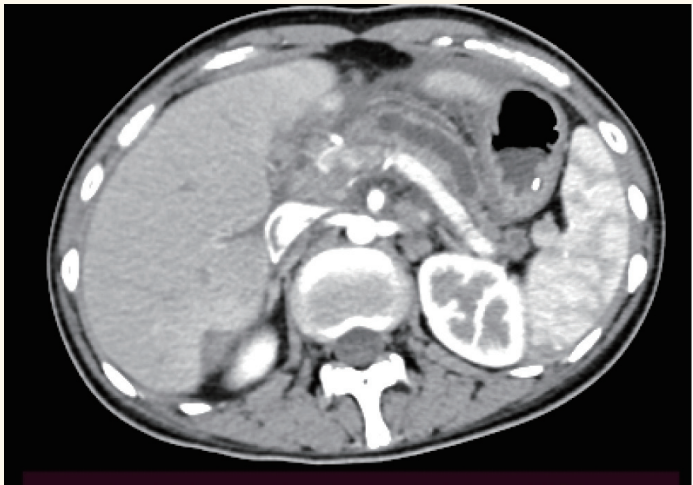


图2 腹部CT提示胰管全程扩张

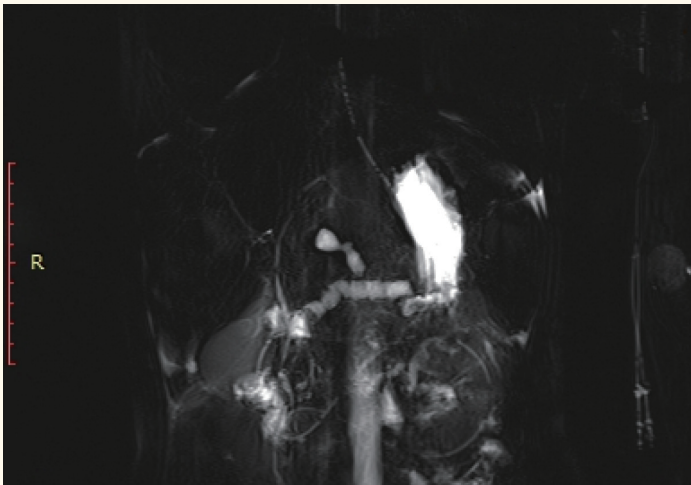


图3 MRCP可见胰管扩张

雪上加霜——55 年食管狭窄合并食管早癌

天津医科大学总医院消化内科 王邦茂 林琳

一、病例简介

主诉：进食不畅 55 年，加重 3 月。

现病史：男性，59 岁，患者入院前 55 年误服“碱性化学制品”后出现食管烧伤、食管狭窄，曾行硬镜及探条扩张治疗（具体不详）。患者进食不畅，偶有反酸、烧心、呃逆，无呕吐、呕血等不适，未规律复查。于入院前 3 年行胃镜检查提示食管多发环周狭窄，距门齿 35~37 cm 处黏膜粗糙、糜烂、发红，普通胃镜可通过，诊断考虑腐蚀性食管炎陈旧改变、食管炎、残胃炎伴胆汁反流。食管病理提示食管黏膜慢性炎症，鳞状上皮增生，局部呈中度不典型增生。患者未予重视。患者入院前 3 月进食后自觉哽噎感加重，于入院前 1 月（2021 年 4 月 28 日）外院行胃镜检查提示食管多发环型狭窄，距门齿 34 cm 以远环形狭窄，黏膜粗糙伴白苔附着，胃镜不能通过，病理提示（食管）鳞状上皮乳头状增生伴灶性区域呈高级别上皮内瘤变，可疑浸润，大片炎症渗出及坏死组织伴真菌感染。予以氟康唑积极抗真菌治疗 1 月后复查胃镜（2021 年 6 月 2 日）：食管散在瘢痕伴多处环状狭窄、距门齿 34~37 cm 环周颗粒样粗糙、糜烂及微隆起，病理仍提示食管局部黏膜呈高级别上皮内瘤变，可疑浸润。为行进一步治疗收治我科。患者自此次发病以来，精神尚可，饮食欠佳，大小便如常，体重下降 10 kg。

既往史：26 年前因胃穿孔行胃大部切除手术（毕 I 式），20 年前行胆囊切除术。

个人史：吸烟史 40 余年，平均 20 支/天；否认饮酒史。

家族史：无特殊。

入院查体：体温 36.2℃，脉搏 68 次/分，呼吸 15 次/分，血压 122/72 mmHg，神志清醒，发育正常，营养欠佳，正常面容。皮肤巩膜无黄染，全身浅表淋巴结未触及肿大，甲状腺不大，双肺呼吸音粗，未及干湿性啰音，心音可，律齐，各瓣膜听诊区未及杂音，腹壁柔软，无压痛，无反跳痛，未及腹部包块，肝脾肋下未触及，双下肢无水肿。

辅助检查：见图 1。

初步诊断：食管高级别上皮内瘤变，可疑浸润；霉菌性食管炎；食管瘢痕性狭窄；残胃炎；胃大部切除术后；胆囊切除术后。

诊疗计划：（1）完善血常规、肝肾功能、电解质、凝血功能、肿瘤全项、胸部 CT 平扫+全腹

CT 增强、PET-CT 等相关检查。

（2）完善消化道造影、超声内镜、放大染色内镜、超细内镜等检查评估病变浸润深度及范围。（3）根据检查结果决定下一步治疗计划。

入院后诊疗经过：患者入院后完善血常规、肝肾功能、电解质、凝血功能、肿瘤全项、免疫全项、乙肝、丙肝、梅毒、HIV 等血液检查，均未见明显异常。

胸部 CT 增强检查（部分）：见图 2。

PET-CT 检查：提示第 9 胸椎水平食管管壁增厚，代谢增高，考虑恶性病变不排除；残胃贲门部胃壁增厚，代谢不均匀增高，考虑残胃炎可能性大；未提示淋巴结及远处转移可能。

消化道造影：提示食管对比剂通过顺利，管壁光滑整齐，黏膜连续规整。

放大胃镜检查（未展示）：

距门齿 35 cm 以远黏膜环周粗糙、颗粒型隆起，角质增生改变，DL（+），由于食管狭窄，放大内镜无法抵近观察，因此未能观察到病灶处 IPCL 分型。

超细内镜：见图 3。

超声内镜：见图 4。

二、第一阶段 MDT 讨论

1. 讨论目的

- （1）本病的诊断依据？
- （2）化学性烧伤引起的食管癌与一般性食管癌的区别？
- （3）本病下一步的治疗方向是什么？

2. 病情评估及 MDT 讨论

- （1）患者病情评估
 - a. 患者腐蚀性食管炎、食管狭窄的病史 55 年，此次内镜检查食管狭窄处黏膜粗糙、颗粒状隆起，具有明显边界，因此首先考虑是一个肿瘤性病变。b. 虽然

我们缺乏 IPCL 的证据，超声内镜局部黏膜层至黏膜下层分层不清，但是不能除外因为长期瘢痕狭窄形成的粘连，另外影像学未见淋巴结及远处明显的转移。因为其他深层浸润的证据不足，我们仍然倾向于食管早癌的可能性比较大。

（2）化学性烧伤引起的食管癌与一般性食管癌的区别？

相比于一般性食管癌，化学性烧伤所致食管炎患者发生食管癌的概率超过 1 000 倍；目前有报道的仅数百余例。其食管癌的发生率随着年龄的增长而增加；从食管狭窄到癌发生的时间可能间隔 10~71 年。食管癌的发生与食管的狭窄程度无关。化学性烧伤所致食管炎患者癌变后预后相比于一般的食管癌患者较好，原因如下：a. 患者更加年轻；b. 由于他们更早出现梗阻症状，从而

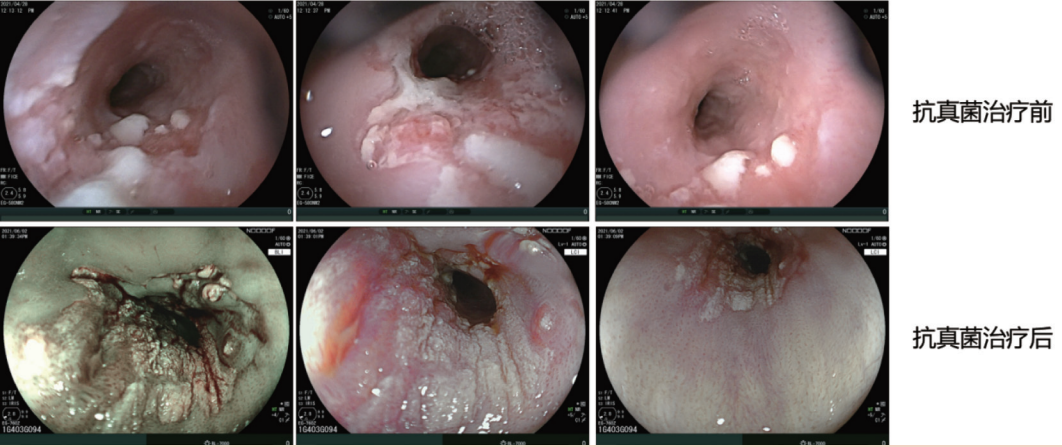


图 1 2021 年 4 月 28 日及 2021 年 6 月 2 日 抗真菌治疗前后内镜对比

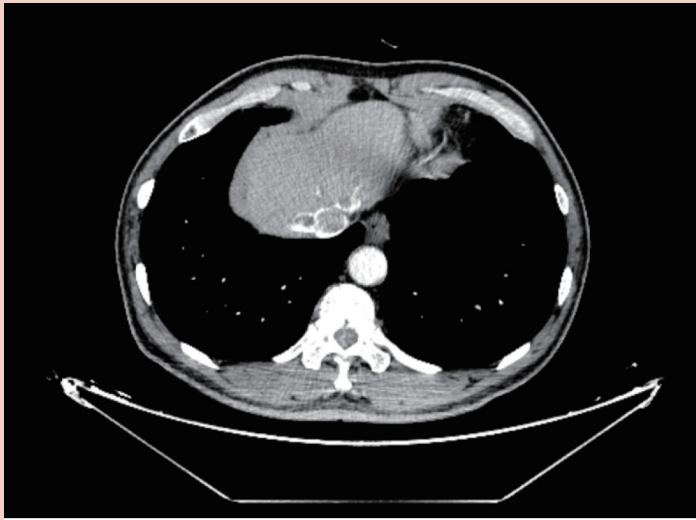


图 2 胸部增强 CT（部分）展示食管中下段偏心性增厚，未见淋巴结转移

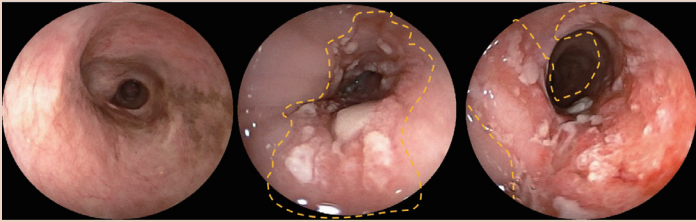


图 3 超细内镜展示食管狭窄以及病灶边界。超细内镜可通过狭窄部位，可观察到距门齿 35~37 cm 环周黏膜颗粒样粗糙伴散在糜烂及微隆起，边界清晰，不规则，NBI：局部片状不均匀深染，约 44 cm 到达齿状线

肿瘤将更早被发现；c. 由于瘢痕的形成，一定程度上阻碍了肿瘤的早期扩散。

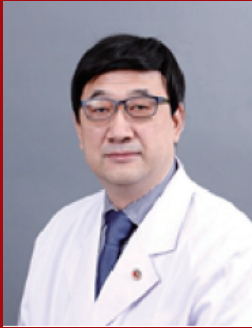
（3）MDT 讨论

宋文静主任医师（病理科）：结合患者的病史资料及病理阅片，我们考虑患者食管高级别上皮内瘤变，基底膜基本完整，局部有深部浸润的可能；同时黏膜下层可见较多纤维形成。外院（4.28）完善的病理检查可见细菌团，但是否有真菌感染，需要特殊染色进行鉴别。因此患者食管高级别上皮内瘤变诊断明确，可能有深部浸润，需要结合术后大病理综合评估。

孙浩然主任医师（放射科）：对于早期食管癌而言，影像学资料提供的证据有限，结合此患者，胸部 CT 仅可见食管下端及贲门部黏膜增厚，呈偏心性改变。我们进一步结合病史、内镜下表现、病理、PET-CT 代谢性增高，考虑食管恶性病变可能性大。

张鹏主任医师（胸心外科）：根据患者目前的内镜学表现以及病理表现，建议患者进一步活检，

专家简介



王邦茂 教授

主任医师、二级教授、博士研究生导师，现任天津医科大学总医院内科/消化科主任、天津市消化疾病研究所所长、国家及天津市消化疾病重点专科负责人、天津市消化疾病研究中心负责人。

学术兼职：国家卫生健康委委员会内镜质控中心专家，天津市医学会消化内镜分会主委，中国医师协会消化和内镜医师分会常委，《中华消化杂志》编委，《中华消化内镜杂志》编委。

特别是内镜诊断性切除，利用大块组织活检明确病变浸润深度。针对本例患者，术前病理考虑食管高级别上皮内瘤变，如病变仅存在于黏膜层及黏膜下层，首先考虑内镜下治疗，不具备外科手术指征。目前外科切除的标准术式是颈胸腹三切口食管癌切除术，并行淋巴结清扫术；然而，本例患者如需外科切除，不仅需要切除全胸段食管，同时需要切除残胃，并选择空肠或者结肠代替胃。因此，本例手术的难点在于选择合适的代胃器官。总之，本例患者尚不具有根治性切除的指征，建议内镜下切除后根据术后病理指导下一步治疗。

张文学主任医师（放疗科）：对于该患者的诊断，考虑是食管的恶性肿瘤性病变可能性大。我们关注肿瘤性病变的 TNM 分期。因此，我们建议是否可以结合 PET-CT 在代谢增高的位置，针对性地活检，提高病变的检出率，同时有助于对病变分期进行判断；此外，根据目前的影像学检查，未见明显的淋巴结转移，因此我们目前根据 TNM 分期，更加倾向于食管早癌，建议内镜下 ESD 治疗；最后，结合患者术后病理决定下一步治疗方向，如果病变浸润深度较深，应考虑是否胸外科进行手术 +

<<< 上接第 6 版

新辅助治疗或辅助治疗相联合的方法。

王涛副主任医师（消化内科）：综合胸外科、影像科、病理科以及放疗科的综合意见，目前考虑患者食管高级别上皮内瘤变、食管早癌的可能性大，暂无外科手术指征。由于患者食管狭窄、食管癌变、胃大部切除术后（毕Ⅰ式），即使行外科手术，手术难度、风险极大，将严重影响患者后期生活质量，因此首先考虑内镜下诊断性切除，但因合并食管狭窄，内镜下治疗难度大，可能有无法完整切除病灶、穿孔、出血，狭窄进一步加重的风险。

MDT 讨论后治疗：根据 MDT 讨论结果并结合患者意愿，患者及家属决定行内镜下的诊断性切除，根据病理结果决定下一步治疗方向。手术过程部分图片展示如下图 5。

病理回报：高-中分化鳞状细胞癌，侵及黏膜肌浅层，浸润深度约 1 400 μm，基底切缘及各侧切缘未见癌侵及，脉管（-）；癌周黏膜呈多灶性高级别上皮内瘤变（鳞状细胞原位癌），高级别上皮内瘤变距最近侧切缘（口侧）约 0.2 cm（图 6）。

贺立敏副主任医师（港口医院消化内科）：患者术后随访：图 7。

病例总结：患者中老年男性，长期吸烟史；现病史及既往史为 55 年前误服“烧碱”致腐蚀性食管炎、食管狭窄；26 年前因胃穿孔行胃大部切除手术（毕Ⅰ式）；20 年前行胆囊切除术；主诉：进食不畅 55 年，加重 3 个月；内镜诊断：食管 34~37 cm 可见Ⅱa 型病变，为环周黏膜颗粒样粗糙伴散在糜烂及微隆起，大小约 2.5 cm×1.5 cm。病理诊断：高-中分化鳞状细胞癌，侵及黏膜肌浅层，浸润深度约 1 400 μm，周边黏膜为多灶性高级别上皮内瘤变（鳞状细胞原位癌），各切缘阴性。最终诊断：T1a-M3 期早期食管鳞癌。

三、第二阶段 MDT 讨论

1. 讨论目的

（1）食管早癌患者 ESD 术后处理，是否进行进一步放疗？

（2）针对食管术后狭窄，球囊扩张、激素治疗、覆膜支架如何选择？如何更好地预防食管进一步狭窄？

2. 病情评估及 MDT 讨论

陈鑫主任医师（消化内科）：对于超过食管 3/4 周的病变的患者行 ESD 治疗后，我们不得不面对一个狭窄的问题，

特别是本例患者本身就存在食管狭窄的基本状态，因此针对食管术后狭窄，球囊扩张、激素治疗、覆膜支架如何选择？如何更好地预防食管进一步狭窄？《中国食管良恶性狭窄内镜下防治专家共识意见》提出病变大小、浸润深度及创面的环周比例和纵向长度对食管内镜切除术后狭窄率影响较大，其中，切除范围大于 3/4 周及浸润深度超过 M2 是发生术后狭窄的独立危险因素。大于 3/4 环周的病变内镜切除术后狭

窄发生率可达 88%~100%。

对于食管大面积病变内镜下切除术后狭窄预防：对于全环周食管黏膜切除术后患者，不建议仅单纯使用激素预防狭窄；对于全环周食管黏膜切除术后患者，可使用自体皮片移植术预防狭窄；对于食管大面积病变内镜切除术后黏膜缺损长度≤10 cm 的患者，可使用体外自助式扩张球囊预防狭窄。

针对此例患者，因为患者黏膜下粘连严重，考虑激素注射

吸收欠佳，因此我们考虑使用体外自助式扩张球囊的方式预防食管狭窄。通过术后随访，虽然仍经过几次探条扩张，但最终食管狭窄的缓解以及黏膜愈合的情况均较为满意。

张文学主任医师（放疗科）：食管早癌的放疗指征，（1）切缘阳性；（2）侵犯黏膜下层以深；（3）脉管癌栓侵犯；（4）中低分化腺癌。对于本例患者，该例患者病理考虑仅侵犯黏膜肌层，未侵犯黏膜下层；分化程度考虑为高中分化腺癌；病理提示切缘阴性，无脉管侵犯，因此考虑 T1a 的早期食管癌，内镜下根治性切除，无进一步放疗指征。

王邦茂主任医师（消化内科）总结病例特点与思考：文献报道，食管化学性烧伤引起的癌变数百例，尚未见到化学烧伤食管早癌内镜下 ESD 切除的病例报道。本例患者食管狭窄高级别上皮内瘤变同时合并真菌感染，影响术前诊断，经抗真菌治疗后活检病理提示食管鳞状上皮高级别上皮内瘤变，可疑浸润；由于食管狭窄，普通胃镜不能通过，术前无法行放大内镜检查，缺乏 IPCL 分型，治疗决策困难。根据现有检查结果，暂无外科手术指征，即使行手术治疗，将面临全胸段食管切除、残胃切除，并需要寻找合适代胃器官，手术难度及创伤极大，患者生活质量也将受到很大影响。然而，虽然患者具有内镜下治疗的扩大适应证，但是由于存在食

管多发环状狭窄、黏膜下层弥漫性粘连及环周食管早癌，病理组织纤维化明显，内镜下治疗难度极大。权衡利弊之下，我们仍然迎难而上，试行内镜下诊断性切除，希望借助术后病理，指导下一步治疗。令人欣慰的是，内镜下 ESD 治疗很成功，术后病理提示 T1a-M3 期早期食管鳞癌，病灶浸润至黏膜肌浅层，考虑治愈性切除。解决了病变之后，我们仍需要面对术后食管狭窄的难题，该例患者术后采用了自控式球囊扩张防治难治性食管狭窄，治疗效果可，术后患者食管黏膜愈合佳，饮食恢复良好，体重增加，生活质量得到恢复。关于患者的远期预后，仍需要进一步随访。

李兆申院士点评：中国是食管癌发生大国，50% 的食管癌发生在中国。化学性的食管烧伤、反流性食管炎属于癌前病变，该例患者食管癌变与之显著相关。本例患者的下一步治疗非常困难，在放射科、放疗科、胸外科、病理科、消化科的各位专家规范的 MDT 之下，选择了对患者获益最大的治疗方式。但如果考虑患者病灶深层浸润，不适合内镜下治疗，则还需要与胸外科合作，进行开胸手术。另外，患者入院前内镜检查发现食管黏膜大片白苔及白斑附着，考虑真菌感染，提示患者免疫水平低下。我们今后遇到此类患者，应注意检测患者免疫功能检测，如 HIV 以及少见感染的可能。

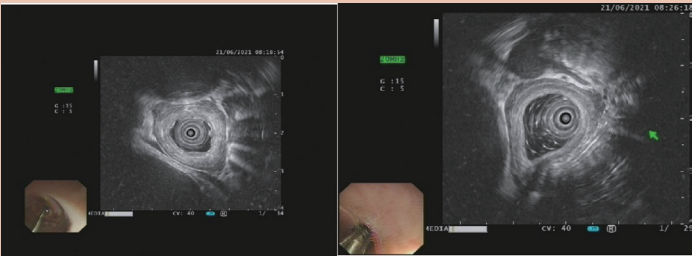


图 4 超声内镜检查：狭窄局部黏膜层至黏膜下层分层不清，固有肌层尚完整，局部呈低回声增厚，病变区域局部黏膜层呈中低回声增厚，黏膜层至黏膜下层界限不清，固有肌层尚完整，局部呈低回声向外凸出

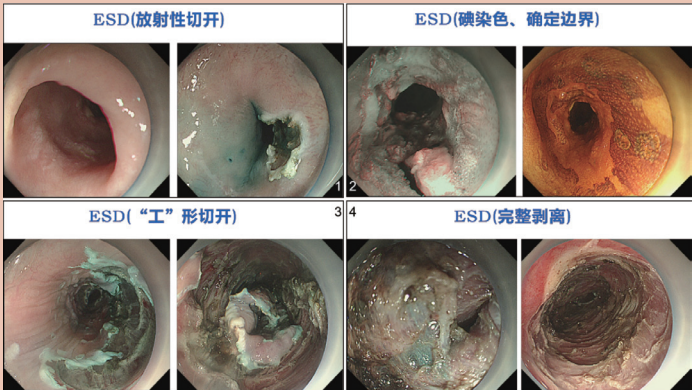


图 5 ESD 过程部分展示。5.1 予 Dual 刀于食管 31~32 cm 处放射性切开，解除食管狭窄。局部相对纵行切开狭窄部黏膜层至黏膜下层；5.2 0.8% 卢戈氏碘液染色，病变区域呈环周片状不着色，Dual 刀标记病变口侧边界；5.3 局部黏膜下注射生理盐水+美兰+肾上腺素混合液，抬举征欠佳，Dual 刀沿标记切开病变口侧边缘黏膜层，并纵行切开黏膜层至距门齿 37 cm，可见病变肛侧边缘，继续切开黏膜侧约 0.5 cm，并环周切开病变肛侧边缘；5.4 沿黏膜下层分离，黏膜下层与固有肌层弥漫性粘连，黏膜下层血管丰富，部分粗大，沿固有肌层表面剥离，完整剥除大小约 3.5 cm×3.0 cm 病变组织，标本送检

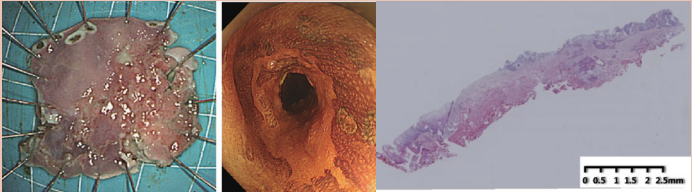


图 6.1 病理大体标本、内镜下碘染色以及病理低倍展示

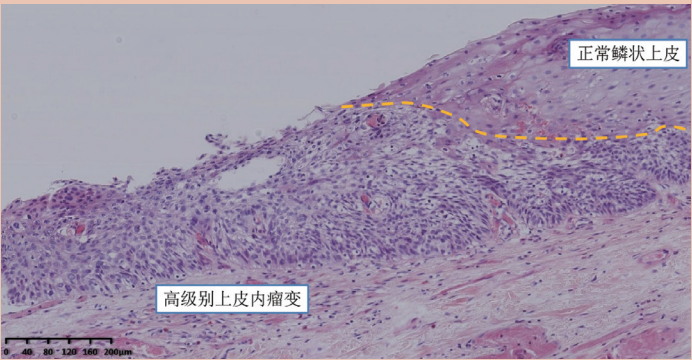


图 6.2 高倍镜下高级别上皮内瘤变及正常鳞状上皮边界。高级别上皮内瘤变区域出现异型细胞，累及全层，未突破基底膜，鳞状上皮层次改变消失

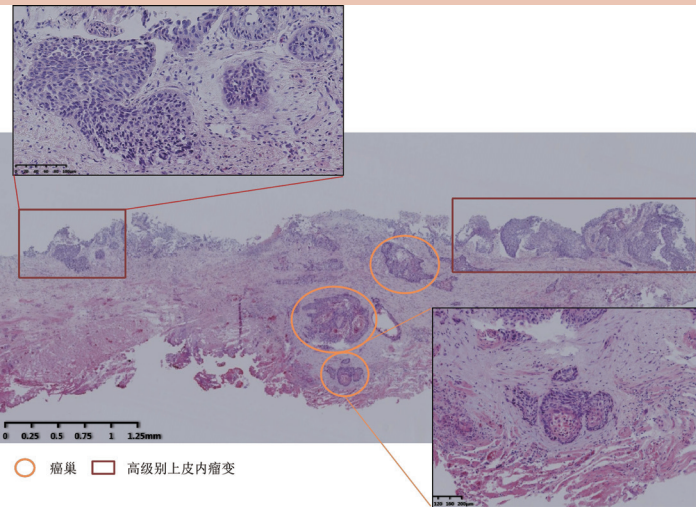


图 6.3 病理显示出多灶性高级别上皮内瘤变，局部区域瘤细胞深层浸润形成癌巢，部分癌巢浸润至黏膜肌浅层约 1 400 μm

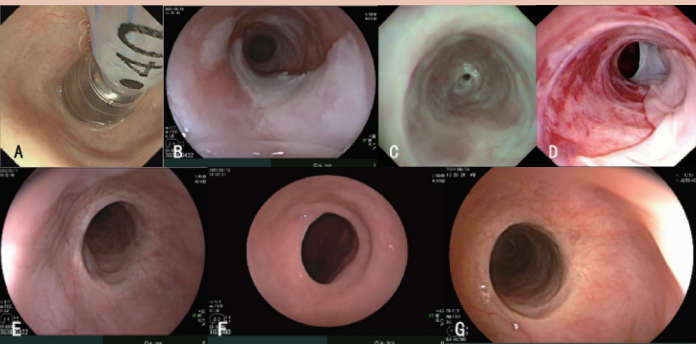


图 7 患者术后随访胃镜部分图片展示

上海战疫 | 医院为体系部队官兵筑牢“健康防线”

【据长海医院公众号 2022 年 4 月报道】题：医院为体系部队官兵筑牢“健康防线”（海军军医大学第一附属医院医务处 作者马晓菁等）

海军军医大学第一附属医院作为驻沪部队保障单位，始终秉承“生命至上，官兵至上”的宗旨，坚定“保健康就是保打赢”的根本方针，全方位筑牢官兵“健康防线”。

在这次疫情中，长海医院迅速组建 1 支 150 人的前出核酸采样队，在第一时间关注保障体系官兵、离退休干部和家属的健康。封控期间，先后派出 209 名采样人员 55 批次医护人员。医院多次对体系单位进行线上专业防疫指导培训，并录制核酸采样、环境采样的视频教程提供基层医务人员系统学习。开设互联网医院新冠肺炎成人和儿童线上咨询，为体系单位干休所老干部建立专家服务团队，重点保健对象采取“一对一”服务机制。为保证老干部的收治，医院新近启动干部三病区 44 张床位，确保疫情期间老干部的为军服务不打折、不断线。面对病情危重、子女因社区封控不能来院照顾的特殊情况，医院干部病房姚主任亲自组织会诊抢救，使患者转危为安。

长海医院加大互联网服务复诊配药，累计服务老干部 2 000 余人次，工作量比同期上升 75%。药品保障绿色通道指定专人负责，与体系单位对接，竭尽所能保障体系单位用药需求。某部 1 名患有强直性脊柱炎的战士收到 3 个月剂量的阿达木单抗注射液赠药时，非常激动地表示：“没想到连队和海

军军医大学第一附属医院这么重视，第一时间筹措到足量的药品，解决了我的后顾之忧，让我更加安心执行任务！”

部队有所呼，医院有所应。疫情之下，医院始终

把为部队服务作为首要任务，多措并举全力提供各项医疗服务保障，践行“救死扶伤，服务军民”的长海院训。

（夏景松 报道）



图 1 绿色通道保障体系单位用药需求

上海战疫 | 疫情封控期消化急诊内镜不停诊

【据长海医院公众号 2022 年 4 月报道】题：坚守“疫”线，疫情防控期间长海消化急诊内镜不停诊（海军军医大学第一附属医院消化内科 作者王天娇）

2022 年 4 月对于海军军医大学第一附属医院内镜中心是忙碌而充实的。面对疫情，逆行者们不计个人安危，迎难而上。在这个特殊时期，长海“消化人”秉持着“医德为重、敬业为本”的科室理念，每一位“消化人”都勇敢地肩负起责任，充作螺丝钉，哪里需要都可以发挥作用，始终坚守在自己的岗位上为广大患者提供急诊内镜诊疗服务。

疫情防控期间，在为患者服务的同时，大家严格执行新冠肺炎疫情期间工作流程。消化内镜中心对于医护人员规范穿戴防护用品、急诊患者接诊流程、术中操作注意事项、患者安全转运、

操作后内镜的规范清洗消毒和环境物品终末清洁等防控重要环节进行了严格的培训，确保各项防控措施落实到位。

穿戴三级防护装备进行精细的内镜操作，对于消化内科医生来讲已经是一种挑战。每当为一个急诊患者做完检查，医护人员脱下厚厚的防护服和口罩时，整个后背都湿透了，鼻梁也被口罩压皱了。然而在进行 ERCP 操作过程中，操作人员在“大白”外面还要穿上 20 斤重的铅衣和一件隔离衣，操作难度进一步提升。但患者病情等不得，再难再累也要上，需要进行急诊 ERCP 手术的患者往往有严重的梗阻性黄疸症状，如果不及时处理很可能危及生命。又或者是一枚已经刺入食管壁鱼刺，如果不及时取出会增加食管穿孔、感染

的风险。在进行内镜下异物取出术时，非常需要医师护师的默契配合以及娴熟技术。

疫情之下，医院多措并举全力提供医疗保障，始终为人民服务，践行“救死扶伤，服务军民”的长海院训。在收到患者痊愈的好消息的同时，有时也会收到大家的感谢信，其中一封信中写道在特殊时期白衣执甲、迎难逆行的长海人身体力行深刻诠释了“医者父母心”“最可爱的人”这两个美好的词语。

（夏景松 报道）



图 1 消化内科医师和护师进行急诊内镜操作

公益广告



一份疫苗一份心
亲朋团聚更安心



中宣部宣教局 国家卫生健康委员会宣传司 中国疾病预防控制中心 中国健康教育中心