

# 内镜医生，不能只盯着早癌

2017-09-28 医学界消化肝病频道

任何一件事情都需要把握它的平衡点，不可过犹不及，早癌也是如此。

近期有阵时间没有发现消化道早癌了，尤其是食管早癌，心中有一种莫名的失落感，上周五和美小护芳芳一起合作胃镜检查，一70岁大爷老夏因胸骨后不适来院胃镜检查，进镜后突然眼前一亮，IIb型糜烂病灶，粘膜粗糙发红、充血，表面颗粒样感明显，分枝血管网消失；我心中一阵激动，有了.....

赶忙美滋滋的问旁边的美小护“中不中？”，美小护很鄙视但又肯定的说“中！”后边又嘀咕了一句“变态，就这么希望人家得癌.....”

紧接着NBI+ME+色素内镜，进一步确定了该大爷为食管粘膜异型增生，病灶呈茶褐色，背景粘膜染色阳性，病灶处IPCL呈B1型，局部有拉长的IPCL，卢戈染色后局部染色良好，病灶处粘膜呈不染，等待15s后见粉色征；NBI下见银色征，浸润深度考虑EP/LPM（图1-3），这显然就是ESD的菜了，下台后直接与病人家属沟通，取得信任后收住入院，满足地等着内镜下剪刀绣花切除病灶。

入院后常规检查发现患者有Hb、HCV明显下降，大便OB阳性，警惕的给患者安排了个肠镜，检查过程中，发现了老夏在乙状结肠段见到讨厌的菜花样坏死组织（图4-5），进展期肠癌了，心里一阵难过，难过患者的多灾多难，难过自己的食管ESD术又泡汤了。唉.....



图1

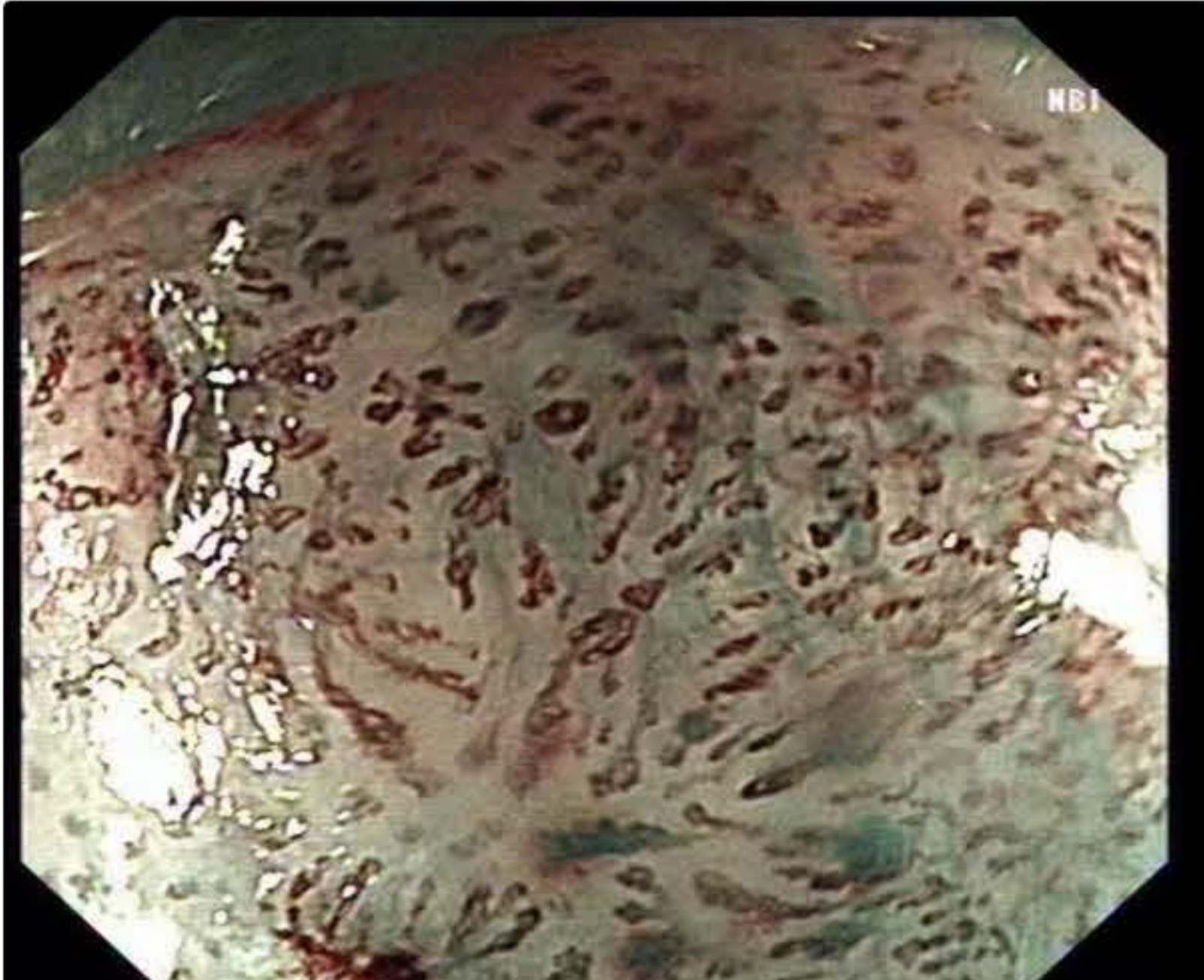


图2

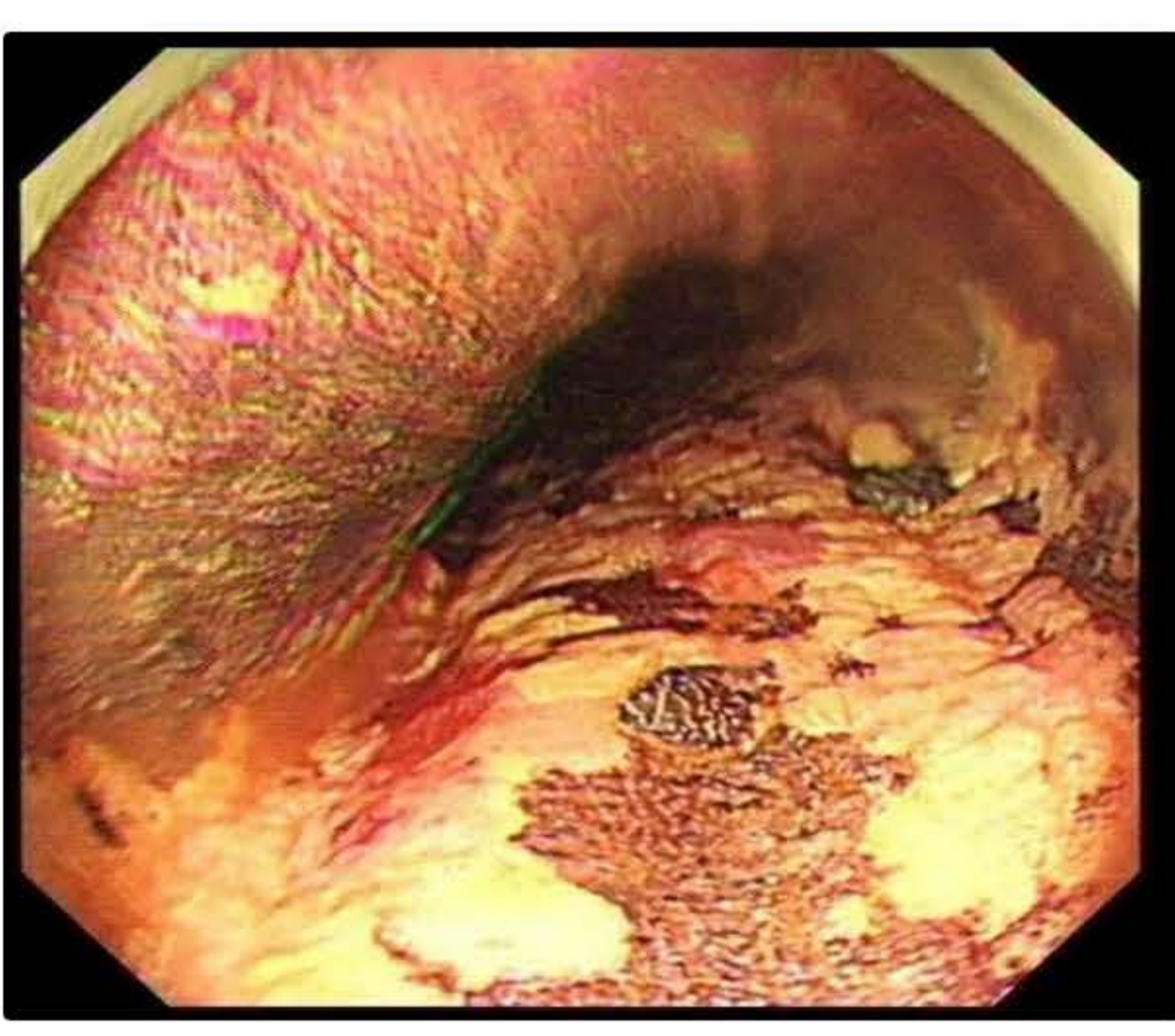


图3

图1-3：患者老夏食管内镜下表现

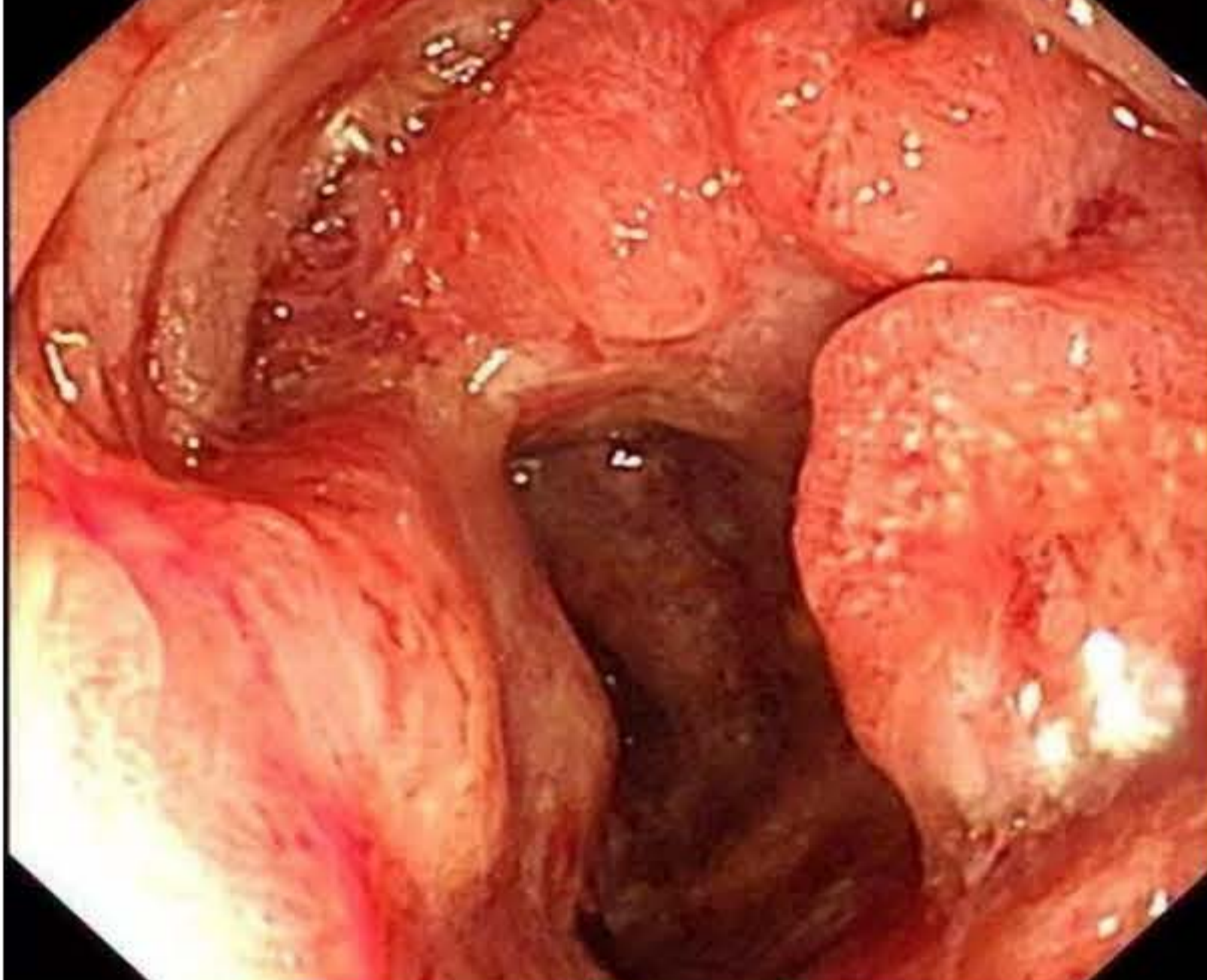


图4

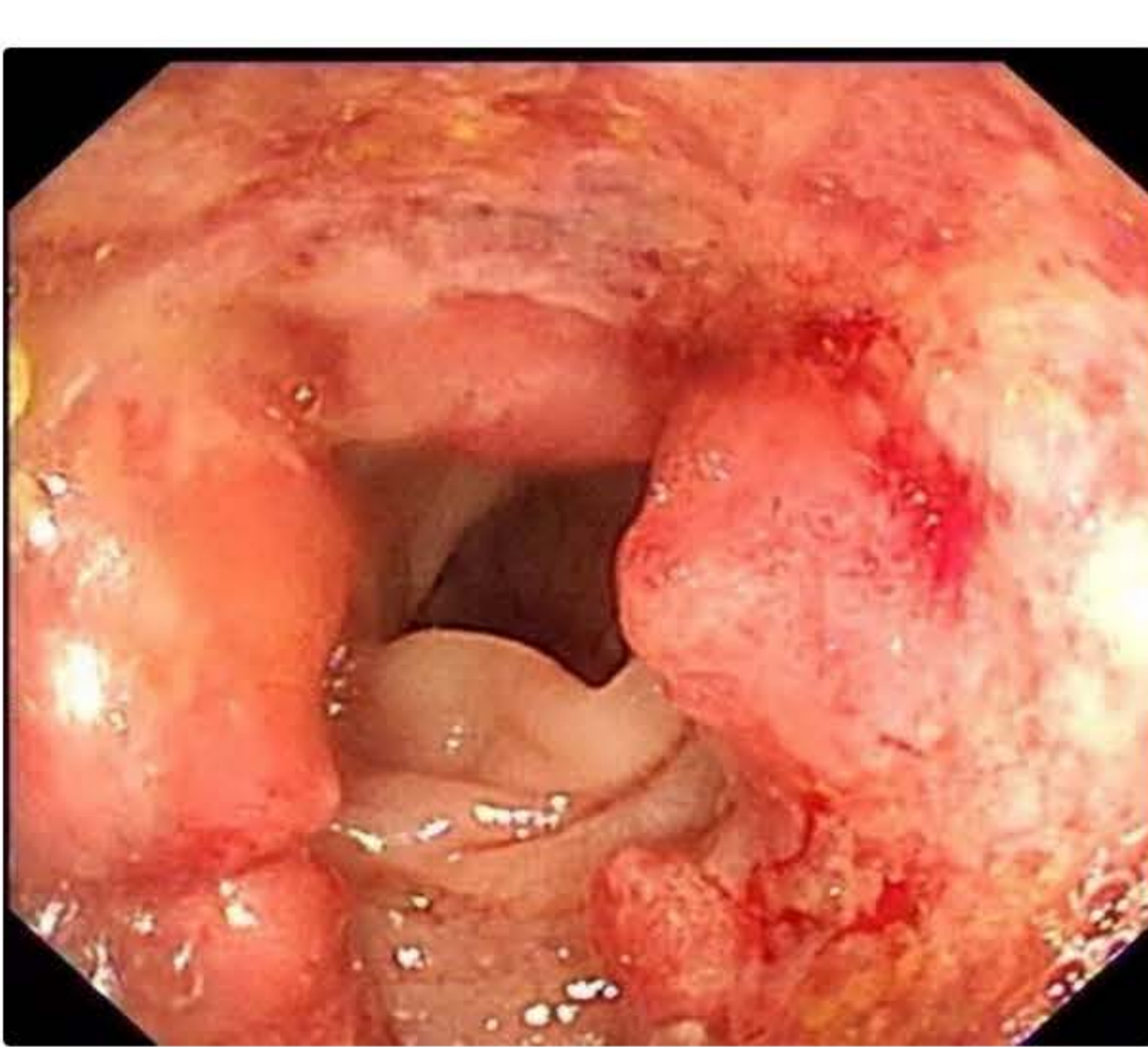


图5

图4-5：患者老夏肠镜乙状结肠段所示。

无独有偶，那天好久不见的好友带来了他的一位亲戚（老邢）找我查胃镜，简单问了一下病史主诉为中上腹部胀痛，遂直接予以行内镜检查，一入胃镜腔后直接发现胃贲门下有一IIb+IIa型糜烂，局部空气变形实验后有自发性出血，病灶判断不深，NBI下见MS大小不一，部分腺管融合，MV主要为ILL-1表现（图6-7），早癌的气质就像一亭亭玉立的美女似的完全存在，收住入院后拟行ESD术，术前常规相关检查提示血Ca199 高于1000 U/ml，查腹部CT提示肝门部胆管癌伴肝内多发转移、胆囊壁不均匀增厚（图8）；读着该患者的CT片后，我又一阵失落：晕，贲门下的这例早癌ESD术再次泡汤.....



图6



图7

图6-7患者老邢贲门下病灶内镜下表现。

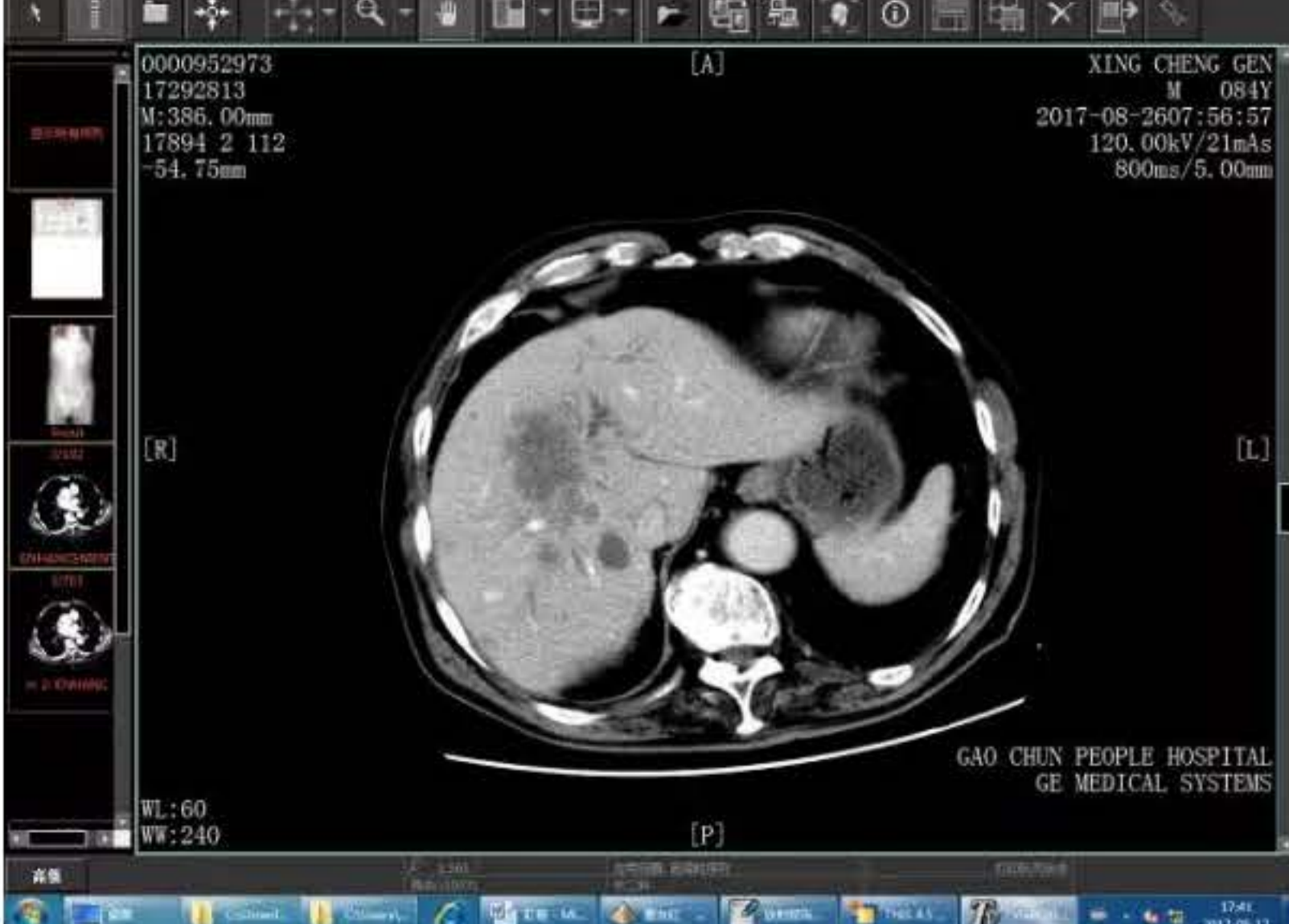


图8：患者老邢上腹部CT检查所示

后来我将这两个病例汇报了目前于我院挂职的行政主任LING大师，大师听后分析了一下几个观点值得我们好好学习：

第一：现在疾病的发展远远不能仅用一元论来解释，鼓楼医院本部也发现好几例同一患者发现一处早癌，另外一处发现了进展期肿瘤，故对于疾病的诊断现在有二元论、三元论等说法。大师后自己也曾有一例胃早癌患者在进行了内镜手术后出院，家中休养时出现大便便血，原以为是ESD术后迟发性出血，结果再次胃镜进入观察，发现胃腔内根本无新鲜出血，无任何胃内出血的症状，故思路一转，行肠镜检查，居然发现为进展期肠癌伴出血。

第二：内镜医生，不能只看着早癌、只盯着ESD术，目前消化道早癌的诊断及治疗可以说非常风靡，全国各家医院都在消化内镜早癌专家引导下，秉承着“发现一例早癌，挽救一条生命，幸福一个家庭”的理念，疯狂热衷于这件事情，有种偏左的冒进，任何一件事情都需要把握它的平衡点，不可过犹不及，现在同时多源多发性肿瘤，异时性肿瘤的发生不在少数，行ESD手术必须严格执行指南的适应症和禁忌症。

听君一席话，胜读十年书，慢慢品味大师的教诲如同品尝陈年普洱茶一般.....