

河南食管癌高发区食管癌/贲门癌早诊早治项目实践与探索

Practice and Exploration on Early Detection and Treatment Project for Esophageal/Cardiac Cancer in Esophageal Cancer High Incidence Area Henan Province

LU Jian-ban, LIU Zhi-cai, MA Wen-hao, et al.

陆建邦¹, 刘志才², 马文浩³, 李中红⁴

(1.河南省肿瘤防治研究办公室, 河南 郑州 450008; 2.林州市肿瘤医院, 河南 林州 456550; 3.辉县市人民医院, 河南 辉县 453600; 4.济源市肿瘤医院, 河南 济源 459000)

摘要: [目的] 总结探索在食管癌高发区实施食管癌/贲门癌早诊早治项目的效果和问题。[方法] 分析 2009~2010 年林州、辉县、济源三市在 40~69 岁人群中, 进行内镜食管贲门癌筛查资料, 探讨适宜筛查人群和早诊早治效果。[结果] 三市 2009~2010 年共筛查 13071 人, 发现癌症病例 369 例, 检出率 2.82%, 其中早期癌 323 例, 早诊率 87.53%。林州 272 例治疗患者治疗率为 64.34%。[结论] 在食管癌高发区高危人群中, 开展内镜筛查实施早诊早治是可行的, 将筛查人群定为 40~74 岁年龄组可能更有意义。

关键词: 食管癌; 贲门癌; 内镜筛查; 早诊早治; 河南

中图分类号: R73-31; R735.1; R735.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1004-0242(2012)11-0828-03

进入 21 世纪后, 食管癌胃癌仍然是我国主要恶性肿瘤之一^[1,2]。林州、辉县、济源三市位于河南太行山南端, 是食管癌/胃癌高发地区。2008 年三市食管癌/胃癌发病率分别是 158.34/10 万、122.20/10 万和 107.95/10 万。本文报道 2009~2010 年度三市实施国家食管癌/贲门癌早诊早治项目的结果, 并对相关问题进行讨论, 以期更好地推动项目开展。

1 目标人群

《中国癌症筛查及早诊早治技术方案》(试行)提出: “筛查对象为食管癌/贲门癌高发区 40~69 岁的人群”^[3]。

1.1 从林州筛查目标人群年龄构成分析

林州 40~69 岁人群占总人口的 37.65%。2008 年林州 40~69 岁年龄组人口食管癌/胃癌发生占总人口的 71.50%^[4], 这意味着在 40~69 岁人群中筛查会有 28.50% 的食管胃癌患者被丢失。

若把筛查人群向后延伸一个年龄组 (即到 70~74 岁), 则筛查人口仅增加 1.75%, 食管癌/胃癌发病比例占总人口比例会增加 14.65%, 即从 71.50% 上

升到 86.15%。显示把筛查目标人群向后延伸一个年龄组, 定在 40~74 岁, 是可取的。若把筛查人群向前再延伸一个年龄组 (即到 35~岁), 则筛查人口增加 9.61%, 而食管癌/胃癌发病比例占总人口比例仅增加 0.83%, 显然意义不大。

1.2 从全国农村地区人口构成分析

全国农村 30 个肿瘤登记处资料显示^[4]: 40~69 岁人口占总人口的 36.56%, 而这一人群的食管癌/胃癌发病比例占总人口的 62.10%, 这意味着在 40~69 岁人口中筛查, 有 37.90% 的患者被丢失。

若把年龄向后延伸一个年龄组, 到 70~74 组, 筛查人口仅增加 2.82%, 食管癌/胃癌发病比例占总人口比例会增加 15.26%, 达到 77.36%; 甚至顺延到 75~79 岁年龄组, 筛查人口增加 1.96%, 食管癌/胃癌发病比例占总人口比例增加 11.66%, 即筛查人口数增加到 41.34%, 食管癌/胃癌发病比例占总人口比例会增加到 89.02%。同理, 向前延伸一个年龄组 (35~岁), 筛查人口增加 9.20%, 食管癌/胃癌发病比例占总人口比例仅增加 0.78%, 显然意义不大。

上述结果提示把筛查人群年龄扩展到 75~组是可以考虑的, 但考虑到这一组人群年龄偏大, 身体合并症多, 暂不纳入也是可行的。总之, 从河南林州现场实践和全国农村地区食管癌/胃癌发病人口分布

收稿日期: 2012-04-27
E-mail: hncjbl@foxmail.com

特征分析,把筛查目标人群由 40~69 岁向后延伸一个年龄组,定在 40~74 岁是可取的,有一定意义。

1.3 目标人群顺应性、筛查间期与筛查效率

试行方案^[3]确定目标人群的顺应性为 70%。林州 2009 年各筛查点顺应性不一,从 44.3%到 80.4%,平均为 67.72%。2010 年后,林州、辉县、济源 的顺应性都有所下降,均在 60%左右,顺应性降低 必然会导致筛查效率下降。按林州 2009 年 67.72% 的顺应性计算,当年该人群的筛查效率为:40~69 岁 人群食管癌/胃癌涵盖率 71.50%×67.72%=48.42%, 也就是说筛查能发现该人群中 48.42%的食管癌/胃 癌,即应该查出 66/10 万浸润癌患者。而实际上 2009/2010 年度 40~69 岁筛查人群查出食管癌/胃癌 (仅浸润癌)157/10 万,较实际多筛查出 91/10 万个 癌症患者,相当于一次筛查可发现该人群中在 2.4 年内发生的食管癌/胃癌病例(若按顺应性 65%计 算,应查出 64 例患者,而实际上多查出 93 例,相当 于提前发现 2.5 年内出现癌症病例。按顺应性 60% 计算,较实际多查出 98 例,相当于提前发现 2.7 年 内出现癌症病例)。另外,筛查显示每年可发现早期 癌病例 1 255/10 万,由此推算,应该把人群的筛查 间期定在 3 年左右。北美的经验也表明筛查间隔至 少是 2 年^[5]。一次筛查可以发现 2~3 年的浸润癌病 例,加上更多的早期癌和癌前病变,筛查效率还是非 常明显的。对这些患者或病变采取积极治疗,更能充 分体现出高危人群筛查和早诊早治的重要价值。

2 筛查结果

2.1 食管病变分布

如表 1 所示,内镜筛查河南太行山区 13 071 名 40~69 岁人群中,食管黏膜正常者占 72.27%,炎症占 18.80%,病变处于癌前阶段如轻度、中度、重度异型 增生占 8.29%,早期癌占 0.50%,浸润癌占 0.13%。

表 1 内镜筛查食管黏膜病变检出情况与分布

诊 断	例数	比例(%)
浸润癌	17	0.13
黏膜下癌	25	0.19
黏膜内癌	41	0.31
重度异型增生/原位癌	146	1.12
中度异型增生	199	1.52
轻度异型增生	739	5.65
炎症	2458	18.80
正常	9448	72.27

2.2 贲门(胃)病变分布

如表 2 所示,内镜筛查河南太行山区 13 071 名 40~69 岁人群中,贲门胃黏膜正常者占 72.60%,病 变处于癌前阶段如低级别、高级别上皮内瘤变占 3.46%,早期癌占 0.29%,浸润癌占 0.18%。

表 2 内镜筛查贲门(胃)黏膜病变检出情况与分布

诊 断	例数	比例(%)
浸润癌	24	0.18
黏膜下癌	15	0.11
黏膜内癌	23	0.18
高级别上皮内瘤变	78	0.60
低级别上皮内瘤变	374	2.86
萎缩性胃炎	311	2.39
非萎缩性胃炎	2756	21.08
正常	9490	72.60

把食管、贲门病变合并在一起分析,在 10 万目 标人群中有 72%的人属于正常人群,有 25%处于各 种癌前阶段(包括炎症),浸润癌占 0.31%。

2.3 年龄与食管、贲门(胃)病变的关系

从表 3 可以看出,40~49 岁年龄组的各种病变 比例均明显低于另两个年龄组,由此,也可以考虑目 标人群可以斩头续尾,即确定为 45~74 岁。

表 3 不同年龄组食管/贲门(胃)病变情况

病 变	年龄组(%)		
	40~49 岁	50~59 岁	60~69 岁
重度异型增生/ 高级上皮内瘤变	18(8.33)	99(45.83)	99(45.83)
黏膜内癌	1(1.49)	31(46.27)	35(52.24)
黏膜下癌	5(12.50)	15(37.50)	20(50.00)
浸润癌	5(12.50)	19(47.50)	16(40.00)
合计	29(7.99)	164(45.18)	170(46.83)

2.4 活检率与癌检出率、早诊率的关系

2009 年度贯彻执行的是《中国癌症筛查及早诊 早治技术方案》试行方案^[3],对贲门活检的要求是: “如果贲门黏膜正常,可对贲门癌高发位点,即贲门 黏膜脊根部的胃体侧区域,咬取活检”。对贲门脊根 部咬取活检的比例林州和济源都达到 70%以上,食 管、贲门总的活检率达到 111%。2010 年度推行 2011 年版技术方案^[6],对贲门活检的要求是:“对可 疑病灶处准确多点活检”。基层内镜医生的普遍理解 是,怀疑有病变时才咬取活检,加之现场工作繁忙, 活检率明显下降,造成病例检出率和早诊率下降。相 反,辉县 2009 年度活检率较低,2010 年度有所提 高,癌检出率和早诊率也相应提高。三市具体活检 率、早诊率等见表 4。

表 4 食管/贲门(胃)活检率、癌检出率和早诊率

项目点	年份	活检率(%)	癌检出率(%)	早诊率(%)
林州市	2009	111.82	4.64	96.84
	2010	50.40	3.41	88.30
济源市	2009	111.20	1.90	68.42
	2010	77.20	1.05	71.43
辉县市	2009	14.56	1.79	77.78
	2010	53.75	2.25	84.44

2.5 早期治疗

因为辉县和济源尚未开展内镜下治疗,故以林州 2009/2010 年度需要治疗的 272 例患者为例说明治疗情况。其中接受手术治疗的 76 例(27.94%);内镜下治疗 92 例(33.82%),其中接受黏膜切除术(EMR)治疗的 54 例(19.85%),采用氩离子束凝固术(APC)治疗 38 例(占 13.97%);放射治疗 7 例(占 2.57%);未接受治疗 97 例(35.66%)。早期治疗率为 64.34%(175/272)。

在未接受治疗的人群中,有 40%是因为到其他医疗单位复查后未查到病变,或本人不愿意接受治疗;有 30%因为有各种禁忌证或合并症不便接受治疗;还有近 30%是因为刚刚筛查结束,尚在通知和等待治疗过程中。所以,实际接受治疗的比例应该更高些。

3 小 结

食管癌/贲门癌筛查及早诊早治项目的宗旨是,在食管癌/贲门癌高发地区,对高危人群(40~69 岁)采用内镜下碘染色及指示性活检技术,同时对贲门癌高发位点(贲门脊根部黏膜胃体侧区域)活检,对发现的早期癌等患者及时治疗 and 随访观察。

河南太行山区三市 2 年来的实践表明,食管癌/贲门癌早诊早治是一个复杂的系统工程,由初筛到早期诊断,再到治疗及随访,需要现场有关临床学科和基层医务人员的紧密合作,也需要不断探索总结和提高。河南现场筛查目标人群分析表明,40~69 岁人群仅涵盖食管/胃癌发病数的 71.50%,若向后延伸一个年龄组,到 70~74 岁组,会提高到 86.15%;从全国农村地区人口构成分析,向后延伸一个年龄组,到 70~74 岁组,会提高到 77.36%。因此,我们建议,食管癌/贲门癌筛查的目标人群确定在 40~74 岁是合理的,也是必要的。

本研究中河南省三市筛查人群 2009~2010 年食管癌与贲门癌发病比为 1.68:1,这一数字与王国清等^[7]的 1.59:1 相比偏低,主要是 2010 年度贲门癌统计中包含部分胃癌。2009 年统计仅有食管癌和贲门癌,其发病比为 1.44:1,更接近于实际。我们认为,王国清等专家对于贲门处活检的观点是值得重视的:“如果无明显病灶,只发现该处黏膜有轻度颜色或形态改变,亦应咬取活检,……即或黏膜正常,对高危个体亦应进行靶向活检,有可能发现潜在病灶”。我们还认为,在高发区高危人群中进行筛查,其目的是发现更多的早期病变,不依靠活检,仅依靠肉眼判断是很难实现的。因此,强化食管黏膜碘液染色和提高贲门、胃的总体活检率是十分必要的。

早诊早治项目是在实施的过程中不断发展和完善的。2009 年,我们只注意到食管和贲门部的活检,从 2010 年起,才开始加强对胃体部病变的关注。癌症筛查早期发现为早期治疗提高疗效提供了机会。

尽管目前筛查人群顺应性偏低,但由于筛查可能提前发现潜在的浸润癌和早期癌患者,总体评价筛查效率还是相当高的;目前每年每个项目点筛查人数非常有限,仅 2 000~5 000 人不等,占总人口的比例非常低,其效果和效益都是非常有限的。不过,癌症筛查和早诊早治开拓了高发现场肿瘤防治的新思路、新方向,表明了我们国家癌症防治战略前移。肿瘤高发现场是我国肿瘤防治工作的基地和特色试验田,在肿瘤防治研究方面积累了许多宝贵经验^[8]。在今后的工作中仍需要在实践中不断探索有科学依据和符合中国国情的技术方案,以推动我国食管癌胃癌早诊早治工作的健康发展。

参考文献:

- [1] 郑荣寿,张思维,吴良有,等.中国肿瘤登记地区 2008 年恶性肿瘤发病死亡分析[J].中国肿瘤,2012,21(1):1-12.
- [2] 全国肿瘤防治研究办公室.中国肿瘤登记年报 2004[M].北京:中国协和医科大学出版社,2008.34.
- [3] 董志伟.中国癌症筛查及早诊早治技术方案(试行)[M].北京:人民卫生出版社,2009.45.
- [4] 国家癌症中心.2011 中国肿瘤登记年报[M].北京:军事医学科学出版社,2012.194.
- [5] BC Cancer Agency:Cancer [M]. Management Guidelins. Esophagus and Cardiac Screening /Early Detection [A]. BCCA,2010.3.
- [6] 卫生部疾病预防控制局.癌症早诊早治项目技术方案[M].北京:人民卫生出版社,2011.8.
- [7] 王国清,魏文强,乔友林.贲门癌筛查和早诊早治的经验[J].中国肿瘤,2011,20(7):479-482.
- [8] 陆建邦.从林州食管癌现场的发展看我国肿瘤防治的道路和方向[J].中国肿瘤,2010,19(1):11-14.