

河南省消化内镜专业 2023 年质控工作改进目标

“提高内镜下食管癌早期诊断率”工作方案

食管癌在我省高发,《2022 河南省肿瘤登记年报》显示,食管癌发病率和死亡率均位居全省癌症发病率、死亡率第四位,通过消化内镜实现早期诊断可有效改善患者预后,显著减轻患者负担。为贯彻落实《2023 年各专业质控工作改进目标》《河南省 2023 年质控工作改进目标》等要求,省消化内镜诊疗质量控制中心以“提高内镜下食管癌早期诊断率”为工作重点,制定本方案。

一、总体要求

贯彻落实《“健康中国 2030”规划纲要》《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》等要求,以“提高内镜下食管癌早期诊断率”为目标,以各级质控中心为抓手,通过指导医疗机构加强组织建设,开展专业培训,优化检查流程等措施,进一步规范医疗机构内镜诊疗操作,提升消化内镜诊疗同质化水平,推动内镜诊疗质量持续改进,不断提高内镜下食管癌早期诊断率,降低食管癌死亡率。

二、工作目标

以高危人群为重点,以提升医师内镜诊疗能力为发力点,以

规范内镜检查报告为落脚点，在提升医师诊疗能力同质化水平基础上，力争 2023 年河南省内镜下食管癌早期诊断率超过全国平均水平（17.43%）。

三、核心策略

（一）加强组织建设

1. 医疗机构是落实“提高内镜下食管癌早期诊断率”质控工作改进目标的主体，医疗机构负责人是落实“提高内镜下食管癌早期诊断率”质控工作改进目标的第一责任人，应根据实际情况，组建由医务部组织牵头，消化内科及内镜中心具体落实，护理部、门诊办、病理科、健康管理中心、药学部、设备科等多部门多学科共同协作的工作小组，建立健全工作机制，明确组织架构，细化职责分工（图 1，供参考），落实监督责任，指导、规范内镜诊疗工作。

2. 医疗机构的消化内科及内镜中心是“提高内镜下食管癌早期诊断率”质控工作改进目标的具体落实者，应严格按照《中国消化内镜诊疗中心安全运行指南（2021）》《中国早期食管癌及癌前病变筛查专家共识意见（2019 年，新乡）》《中国早期食管癌筛查及内镜诊治专家共识意见（2014 年，北京）》等要求，落实主体责任，规范诊疗行为。

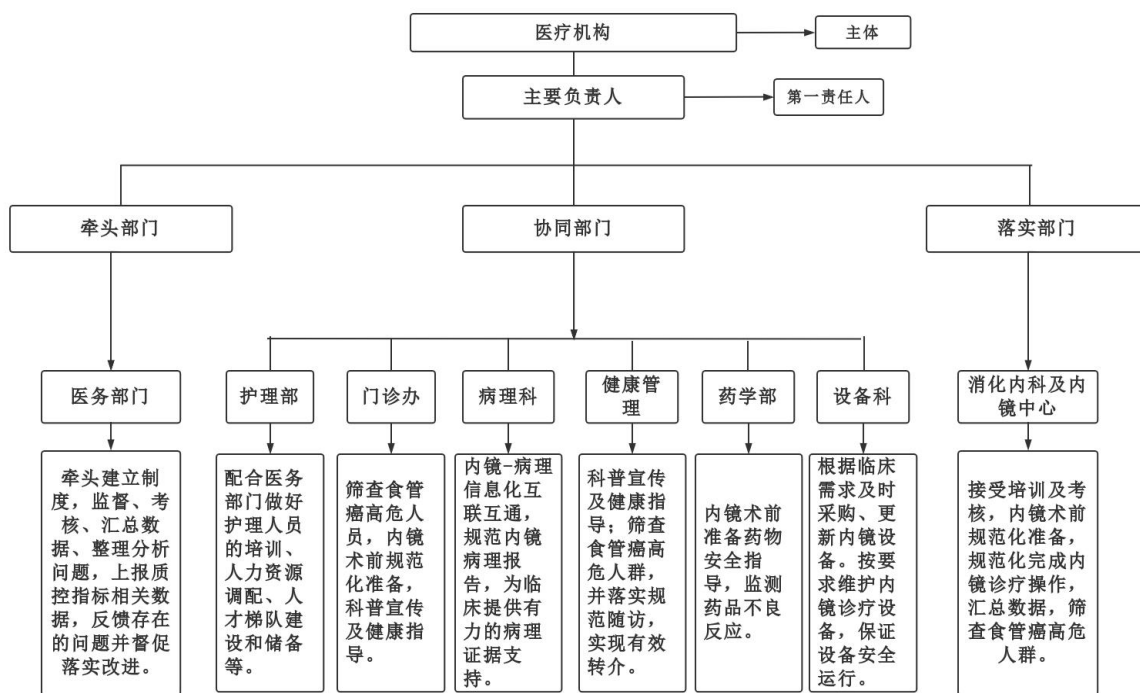


图 1

(二) 加强科普宣教

食管癌发病具有显著的地域差异性，早期食管癌患者多无临床症状，大众对筛查的认识和依从性决定了筛查工作能否有效开展。各级医疗机构、医务人员应利用各种渠道，采取多种形式，如印发宣传资料通过社区医生对居民进行科普教育，同时充分利用各种媒体举办相关的专题讲座等，向大众普及食管癌筛查的相关知识，广泛开展全民食管癌筛查教育，使不具有专业医学知识的广大人民群众能够了解对食管癌筛查的意义。通过宣传、普及、教育，促使高危人群主动到医院进行胃镜检查，实现早发现、早诊断和早治疗的目的。医疗从业人员应广泛参与，提高我省人民食管癌高危因素自知自晓，自筛自查意识，提高无症状人群的食管癌早期诊断率。

（三）加强医师培训

各级医疗机构的消化内科及内镜中心医师，应不断强化发现早期食管癌及癌前病变的意识，提高对早期食管癌识别、诊断能力。各级医疗机构应该加强自身内部培训及质控，省级质控中心及市级质控中心组织进行技术培训及现场指导，并在有资质的消化内镜培训基地规范化培训内镜操作医师，以加强其对早期食管癌以及癌前病变的认识，规范内镜的操作，以期减少病变的遗漏。

（四）关注高危人群

推荐40岁为食管癌筛查起始年龄，至75岁或预期寿命小于5年为筛查终止年龄。对于符合筛查年龄的人群，建议合并下列任一项危险因素者，确定为高危人群。

1. 出生或长期居住于食管癌高发地区；
2. 一级亲属有食管癌病史；
3. 本人患有食管癌前疾病或癌前病变；
4. 本人有头颈部肿瘤病史；
5. 合并其他食管癌高危因素：热烫饮食、饮酒、吸烟、进食过快、室内空气污染、牙齿缺失等。

针对涉及上述危险因素的人群，在进行内镜诊疗操作时应重点关注，有助于提高早期食管癌及癌前疾病的诊断，避免肿瘤进展，提高治疗效果。鼓励医疗机构依托电子病历及内镜系统，将高危因素维护到相关知识库，实现系统自动提醒等功能。

（五）明确筛查目标

将早期食管癌及上皮内瘤变（或异型增生）作为筛查目标。医疗机构应完善结构化消化内镜报告系统建设，实现内镜－病理信息化联动，与病理科密切联系。病理科按照相应指南，进行规范化内镜标本病理诊断，为临床提供有力的病理证据支持。

（六）明晰筛查方法

1. 依据《中国早期食管癌筛查及内镜诊治专家共识意见（2014年，北京）》，内镜和活检病理检查是目前诊断早期食管癌的金标准。早期食管癌的内镜精查应以普通白光内镜检查为基础，全面细致地观察食管各个部分，内镜下可直观发现食管黏膜异常改变，评估病变状态，并在必要时，进行病理活检，同时拍摄或录制病变影像资料。

2. 根据各医院的设备状况和内镜中心医师经验，综合使用染色内镜（碘染色、电子染色）、放大内镜、共聚焦内镜技术（CLE）等特殊技术，可进一步突显早期食管癌的内镜下表现，有助于了解病变范围、浸润深度和病理类型，快速地完成筛查和早期诊断，进一步指导治疗方案的选择。

（七）优化内镜检查前准备

规范的术前准备是高质量内镜检查及提高早期食管癌诊断率的基础，优化措施包括：

1. 加强术前科普宣教工作，强调良好术前准备的必要性，提高患者依从性；

2. 充分考虑患者基础情况，制定个体化的术前饮食及饮水限制策略（禁食 > 6h，禁水 > 2h），并由医师、护理、麻醉三方核查确认，对于有梗阻症状、胃肠术后、糖尿病、既往胃潴留等特殊人群适当延长禁食时间；

3. 考虑到黏液及泡沫附着对食管黏膜观察的影响，建议检查前 10—20min 可给予患者黏液祛除剂（如链酶蛋白酶等）和祛泡剂（如二甲硅油、西甲硅油等）口服，以清除上消化道内黏液和气泡，改善内镜视野的清晰度，提高微小病变的发现率，提高早期食管癌诊断率。

4. 加强结果反馈，建议利用图文报告系统或内镜质量控制平台，记录内镜术前准备质量，术后及时反馈总结，寻找进一步提升措施。

（八）规范内镜操作

1. 经口插镜后，内镜直视下从距门齿 15cm（食管入口）开始缓慢循腔进镜，仔细观察全段的食管黏膜状态，注意黏膜色泽、光滑度、蠕动和内腔的形状，并完成后续对胃、十二指肠的检查。尽量在进镜时观察未被内镜摩擦的正常黏膜和黏膜病灶的原始状态。检查过程中，如腔内附有黏液、唾液或气泡，及时应用清水或黏液祛除剂和祛泡剂冲洗吸引后再继续观察。如发现病变则需确定病变的具体部位、范围和形态，详细描述，并拍照记录。

2. 内镜操作过程中推荐上消化道白光内镜检查联合 1.2% - 1.5% 卢戈液染色内镜（LCE）或电子染色内镜技术如窄

带成像技术（NBI）等图像增强技术，作为食管癌内镜筛查首选方法，有条件者可联合使用放大内镜。LCE 检查完成后，应喷洒 3.2% - 3.8% 硫代硫酸钠溶液或 2% 维生素 C 溶液对卢戈液进行中和清洗，降低碘液引起的刺激症状。对于不能耐受（普通内镜）上消化内镜检查者，超细经鼻胃镜联合 LCE 或 NBI 可作为筛查首选方法。筛查食管癌的同时，应避免漏诊食管 - 贲门连接处癌和下咽癌。

早期食管癌内镜筛查流程见附件 1。

（九）规范内镜报告

1. 规范的内镜报告，基于内镜检查图片采集的数量和质量。为保证清晰观察整个上消化道，在观察食管时，每隔 5cm 至少拍摄一张图片，如发现病灶，需额外留图。同时，需保证每张图片的清晰度。标准上消化道内镜检查拍摄部位见附件 2。

2. 病变内镜下分型：依据 2002 年巴黎分型标准和 2005 年巴黎分型标准更新版，早期食管癌（Type0）分为隆起型病变（0 - I）、平坦型病变（0 - II）和凹陷型病变（0 - III）。0 - I 型又分为有蒂型（0 - Ip）和无蒂型（0 - Is）。0 - II 型可进一步细分为 0 - II a（浅表隆起型）、0 - II b（完全平坦型）和 0 - II c（浅表凹陷型）3 个亚型。放大内镜下 IPCL 情况可采用日本内镜学会 AB 分型或井上分型进行描述。根据巴黎分型及 IPCL 分型可初步评估早期食管癌的浸润深度及内镜下可切除性。

(十) 加强结果反馈

各级质控组织、医疗机构要做好监测与反馈工作，依托信息化建设平台，常态化收集、监测质控数据，确保数据填报准确、全面、完整。通过对数据的收集整理，查找影响内镜下食管癌早期诊断率的影响因素，反馈结果，协助临床科室查找及解决执行过程中存在的问题。

四、工作要求

(一) 提高思想认识，强化目标导向

各级医疗机构、质控中心要高度重视2023年度消化内镜诊疗质控工作改进目标，按照本方案要求，结合本单位实际，切实抓好落实。医疗机构要在各级质控中心指导下，合理细化本机构改进目标并确定目标改进幅度，把推动目标实现作为年度质量安全管理重点工作，探索创新工作机制和方式方法，切实通过上消化道内镜规范化诊疗措施，提高内镜下食管癌早期诊断率，以点带面提升质量安全水平。

(二) 强化措施落实，推动质量持续改进

各级医疗机构要根据本方案制定的核心策略，结合本单位实际，制定针对性的落实措施。医疗机构的消化内科及内镜中心、病理科、门诊、健康管理中心、药学、设备科等部门、科室要按照工作职责，扎实做好落实工作。消化内科及内镜中心要加强专业质量管理与控制，发现工作中存在的问题，要及时、针对性提出改进措施并落实，不断提高内镜规范化诊疗水平，推动诊疗质

量持续改进。

（三）建立激励约束机制，营造良好氛围

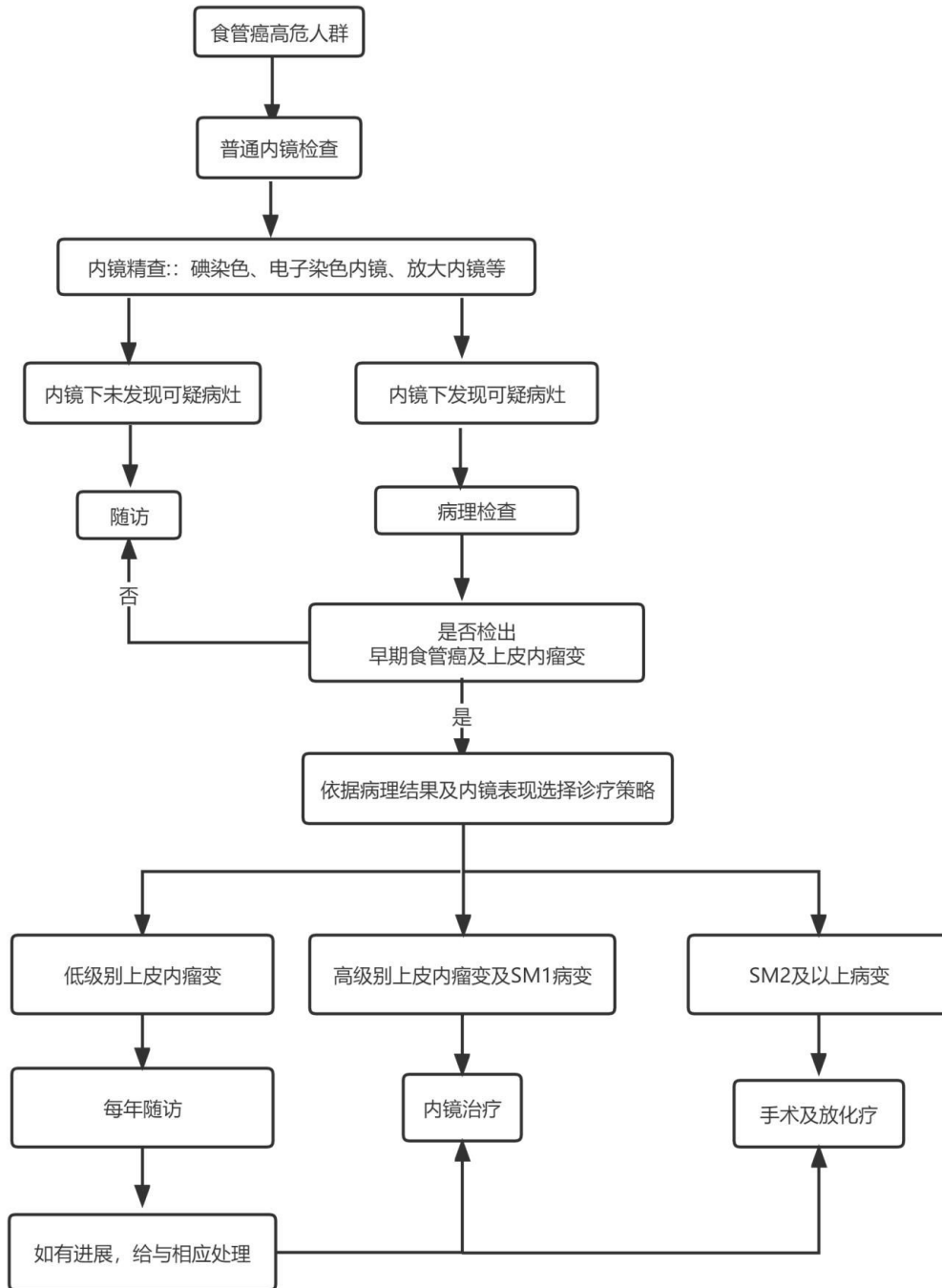
医疗机构要在推进本单位医疗质量持续改进工作中建立激励约束机制，按季度进行数据分析，反馈，并将目标改进情况纳入绩效考核，作为绩效考核的重要依据，充分调动医务人员积极性，鼓励专业医师不断提升早期食管癌诊疗水平。探索建立以医疗质量安全为导向的绩效分配机制。将内镜质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。各级质控中心在工作中发现质控指标改善明显、工作开展较好的，要认真梳理经验方法，反馈至省质控中心，省质控中心将予以遴选，在省消化内镜诊疗质量控制中心网站（<http://222.143.64.102/xiaohua/>）进行推广宣传，树立先进典型，营造良好的治疗安全氛围，持续提高内镜下食管癌早期诊断率。

附件：1. 早期食管癌内镜筛查流程

2. 标准上消化道内镜检查拍摄部位

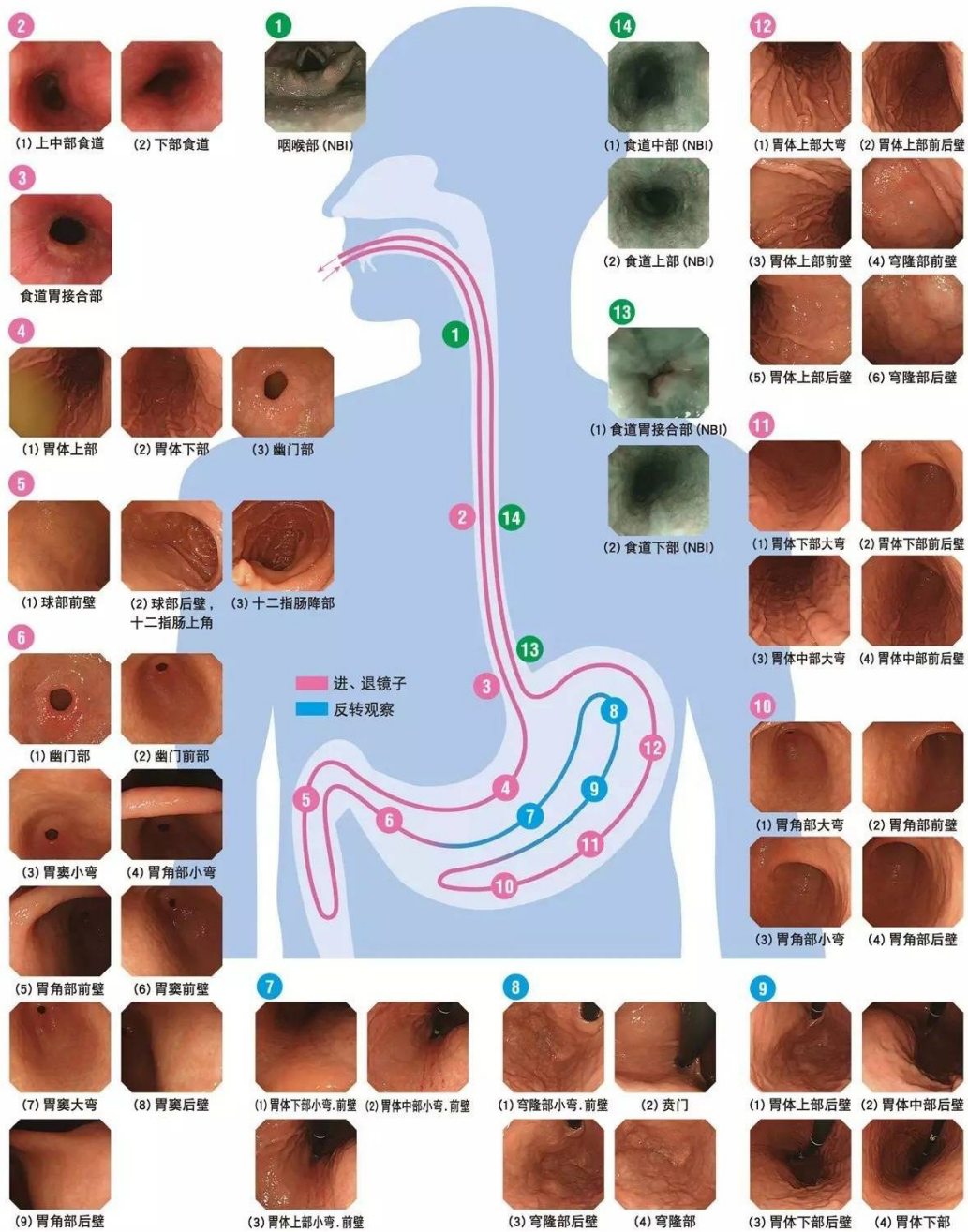
附件 1

早期食管癌内镜筛查流程



附件 2

标准上消化道内镜检查拍摄部位



抄送：国家消化内科专业医疗质量控制中心。

