

附件 1:

金凤区 2025 年度大肠癌早诊早治项目 领导小组成员名单

组 长:	柳彩云	金凤区卫生健康局副局长
副组长:	艾 娜	金凤区疾病预防控制中心局长
成 员:	朱 亮	金凤区疾病预防控制中心主任
	马 玮	金凤区卫生健康局业务一科科长
	王剑君	金凤区良田镇卫生院院长
	丁雪松	金凤区丰登镇卫生院院长
	马燕侠	碧水蓝天社区卫生服务中心主任
	易丽莎	银新苑社区卫生服务站站长
	马玉涛	长城花园社区卫生服务站站长
	张全德	民生花园社区卫生服务站站长
	马宁顺	宁安宜居社区卫生服务站站长
	杨文瑜	黄河东路颐和城府社区卫生服务站站长
	张鸿儒	紫馨苑社区卫生服务站站长
	邱春燕	湖畔嘉苑社区卫生服务站站长
	杜芳菲	亲水花园社区卫生服务站站长
	曹艳玲	五里水乡社区卫生服务站站长
	周立蓉	艾依水郡社区卫生服务站站长
	韩登苗	清水湾社区卫生服务站站长
	倪 珍	东方尚都社区卫生服务站站长

王 娜 林湖左岸社区卫生服务站站长
刘 蕾 金安家园社区卫生服务站站长
马 佳 居安家园社区卫生服务站站长
沐晨阳 长城花园西区社区卫生服务站站长
李瑞贤 中海社区卫生服务站站长
牟彦锋 工业集中区社区卫生服务站站长
张丽琴 阅海社区卫生服务站站长
石 萱 阅海万家 D 区社区卫生服务站站长
石 萱 阅海万家 E 区社区卫生服务中心主任
袁 丽 黄河东路社区卫生服务中心主任
刘婷婷 黄河东路双渠口社区卫生服务中心主任
李 霞 阅海万家 F 区社区卫生服务站站长
张 萍 长城中路社区卫生服务中心主任
朱洪涛 鲁银社区卫生服务中心主任
秦 燕 临阅社区卫生服务站站长
赵君君 凤北家园社区卫生服务站站长
党丽梅 高桥社区卫生服务站站长
高赵喜 五里台社区卫生服务站站长
尹 玲 满城北街社区卫生服务中心
闫 龔 海珀兰轩社区卫生服务站

附件 2:

金凤区 2023 年度大肠癌早诊早治项目 专家技术组成员名单

组 长：撒 萍 金凤区疾病预防控制中心副主任

成 员：

（一）流行病学调查组：

保红莉 金凤区疾病预防控制中心慢病科科员

许建瑞 金凤区疾病预防控制中心慢病科科员

张嘉慧 金凤区疾病预防控制中心慢病科科员

（二）内镜学专家组：

呼圣娟 宁夏回族自治区人民医院消化内科主任医师

于晓兵 宁夏回族自治区人民医院消化内科主任医师

（三）病理学专家组：

张 淼 宁夏回族自治区人民医院病理科主任医师

附件 3:

金凤区 2025 年度大肠癌早诊早治项目任务分解表

乡镇、街道名称	单位名称	40-74 岁目标人口数	初筛人数	肠镜检查人数
长城中路街道	长城中路社区卫生服务中心	13168	260	20
	东方尚都社区卫生服务站	11362	400	30
	长城花园社区卫生服务站	6489	400	30
	亲水花园社区卫生服务站	4869	231	17
	宁安宜居社区卫生服务站	5658	130	10
	五里水乡社区卫生服务站	5430	270	20
	艾依水郡社区卫生服务站	8454	420	30
	长城花园西区社区卫生服务站	5650	270	21
	林湖左岸社区卫生服务站	4920	246	18
	中海国际社区卫生服务站	7595	133	10
	鲁银城市社区卫生服务站服务中心	12557	608	45
	高桥社区卫生服务站	8505	200	15
	五里台社区卫生服务站	3526	141	11
北街中路街道	民生花园社区卫生服务站	3895	192	0
上海西潞街道	碧水蓝天社区卫生服务中心	11434	511	38
	银新苑社区卫生服务站	8450	472	35
	清水湾社区卫生服务站	7176	350	26
满城北街街道	满城北街社区卫生服务站服务中心	13690	692	52
	紫馨苑社区卫生服务站	6952	348	26
	居安家园社区卫生服务站	5945	377	28
	临阅社区卫生服务站	1968	133	10
黄河东路街道	颐和城府社区卫生服务站	13340	667	50
	湖畔嘉园社区卫生服务站	14280	714	53
	双渠口社区卫生服务中心	7420	670	50
	黄河东路社区卫生服务站中心	16987	849	64
	工业园集中区社区卫生服务站	5196	260	19
贺兰山中路街道	海珀兰轩社区卫生服务站	2050	103	8
	阅海社区卫生服务站	1917	400	30
	阅海万家 D 卫生服务站	6663	333	25
	阅海万家 E 卫生服务中心	6502	306	23
	阅海万家 F 社区卫生服务站	13266	640	48
	金安家园社区卫生服务站	5371	267	20
丰登镇	凤北家园社区卫生服务站	2354	118	9
	丰登镇卫生院	5156	668	50
良田镇	良田镇卫生院	14087	1069	80
合计		272281	13846	1022

附件 4:

金凤区 2025 年度大肠癌早诊早治项目 肠镜检查点

地点名称	筛查地点	各村及居委会名称	肠镜检查地点
良田镇	兴源村卫生室	兴源村	宁夏人民医院西 夏分院肠镜室
	泾龙村卫生室	泾龙村	
	光明村卫生室	光明村	
	园林村卫生室	园林村	
	植物园村卫生室	植物园村	
	金星村卫生室	金星村	
	银川林场卫生室	银川林场	
	园子村卫生室	园子村	
	和顺新村卫生室	和顺新村	
	和顺三期卫生室	和顺三期	
丰登镇	润丰村卫生室	润丰村	宁夏人民医院总 院肠镜室
	和丰村卫生室	和丰村	
	西新村卫生室	西新村	
	凤北家园社区卫生服务站	新丰村、新联村	
黄河东路 办事处	黄河东路双渠口社区卫生服 务中心	荣锦苑、新苑、砖渠村委会	宁夏人民医院西 夏分院肠镜室
	湖畔嘉苑社区卫生服务	湖畔嘉苑居委会	
	颐和城府社区卫生服务站	金地花园、颐和城府、银啤巷居委会	
	黄河东路社区卫生服务中心	盈南、魏家桥村委会，盈南家园、金家巷、新琇苑、砖渠、福通、通福居委会	
	工业集中区社区卫生服务站	恒大名都、工业集中区、化工厂居委会	
长城中路 办事处	长城中路社区卫生服务中心	南苑、紫园居委会	宁夏人民医院总 院肠镜室
	长城花园社区卫生服务站	长城花园居委会	
	宁安宜居卫生服务站	宁安宜居居委会	
	东方尚都社区卫生服务站	宝湖、金字名庭、保伏桥居委会	
	亲水花园社区卫生服务站 林湖左岸社区卫生服务站	林湖左岸居委会	

	长城花园西区社区卫生服务站	花样年华居委会	
	五里水乡社区卫生服务站 艾依水郡社区卫生服务站	金域蓝湾、香溪美地、社区、五里湖畔、五里水乡、香溪美地、枫林湾、保伏桥新村居委会	
	中海社区卫生服务站	七子连湖居委会	
	鲁银社区卫生服务中心	鲁银居委会	
	高桥社区卫生服务站	高桥村委会	
	五里台社区卫生服务站	五里台村委会	
北京中路办事处	民生社区卫生服务站	民生、蓝山名邸花园居委会	宁夏人民医院总院肠镜室
	长城中路社区卫生服务中心	安居苑、锦绣苑居委会	
	林湖左岸社区卫生服务站	清馨苑居委会	
	湖畔嘉苑社区卫生服务站	森林公园居委会	宁夏人民医院西夏分院肠镜室
上海西路办事处	清水湾社区卫生服务站	区建一公司、清水湾居委会	
	银新苑社区卫生服务站	银新苑北、银新苑南、阅海新天地居委会	宁夏人民医院总院肠镜室
	碧水蓝天社区卫生服务中心	馨和苑、逸馨苑居委会	
贺兰山中 路办事处	阅海D区社区卫生服务站	阅海万家居委会	宁夏人民医院总院肠镜室
	阅海E区社区卫生服务中心	世悦、景湖居委会	
	金安社区卫生服务站	银丰居委会	
	阅海F中心社区卫生服务站	唐徕、双福、西湖苑居委会	
	海珀兰轩社区卫生服务站	海珀兰轩居委会	
	阅海社区卫生服务站	阅海湾社区	
满城北街办事处	满城北街社区卫生服务中心	中强、紫阳社区、满春园、彩虹湾、中强巷、紫阳居委会	西夏分院肠镜室
	临阅社区卫生服务站	临阅居委会	
	居安家园社区卫生服务站	居安家园居委会，平伏桥村	
	紫馨苑社区卫生服务站	立交桥居委会	
		紫馨苑居委会	
	阅海社区卫生服务站	阅海居委会	宁夏人民医院总院肠镜室
金凤区 区直机关	金凤区疾控中心		宁夏人民医院总院肠镜室

附件 5:

金凤区 2025 年大肠癌筛查及早诊早治技术方案

根据农村癌症早诊早治专家委员会大肠癌早诊早治专家组制定的《农村结直肠癌早诊早治项目技术方案2024版（草案）》，结合金凤区实际，特制定本方案。

一、项目目标

以党的十九大提出的实施健康中国战略，健康中国2030规划纲要，健康中国行动（2019—2030年）规划，健康中国行动一癌症防治行动实施方案（2023—2030年）为指引，目标为降低金凤区人群结直肠癌死亡率和发病率，提高群众结直肠癌防治知识水平，增强群众自我防治的意识。

二、项目筛查对象和方法

（一）筛查对象为居住在筛查区内 40-74 岁无严重心、脑、肺、肝、肾功能障碍或精神疾患的人群。

（二）筛查方法：问卷评估、粪便潜血试验、肠镜检查。

三、筛查人群

人群的选择：采取整群抽样的方法，确定金凤区常住居民作为筛查人群。筛查的同时，开展结直肠癌防治健康知识宣传，以提高结直肠癌防治知识的知晓率及目标人群的参与率。

根据金凤区 2024 年常住人口数，40-74 岁的目标人群约占总人口的 41.10%，按照初筛参加率 50%，初筛高危人群比例 15%，

肠镜参与率 33%计算，如每年任务为 1000 人肠镜筛查，则 $1000 \div 0.4 \div 0.5 \div 0.15 \div 0.33=101010$ 人，需划定筛查区总人口 100000 人，目标人群 41000 人，预计 20000 人完成初筛，3000 人为结直肠癌高危者，1000 人完成肠镜检查。

四、筛查程序

（一）知情同意

所有参加筛查的群众都必须签署知情同意书。首先，由两镇卫生院、社区卫生服务中心（站）对筛查对象进行宣教，对其解释筛查的目的、意义以及参加筛查的获益和可能的危险，告知知情同意书内容，回答群众的问题。自愿参加筛查的人群签署知情同意书后（附件1、附件2）、开展大肠癌高危人群初筛工作，并将初筛结果同步录入结直肠癌筛查信息管理系统。

（二）问卷评估

问卷评估内容主要包括被调查者的基本个人信息和是否存在结直肠癌高危因素的情况。调查时应保证被调查者已充分理解调查的内容，同时保证调查的私密性和内容的真实性。使用项目信息系统提供的小程序扫码方式记录问卷。对熟悉操作电子设备的群众，可自我填报；对老年人或不熟悉电子设备的，可由他人经询问本人后代为电子填报。纸质调查问卷不建议使用。

问卷 ID 编码：以结直肠癌早诊早治项目信息平台自动生成编号为最终问卷编码。

(三) 大便隐血检测（大便隐血胶体金试纸）

大便隐血检测检查相对于问卷评估是更为可靠和有效的方法，必须包含在初筛中，两次大便潜血检测能有效提高筛检的敏感性并维持适当的特异性，应尽量完成两次大便潜血检测。粪便潜血试验中的粪便样本收集可与问卷评估同时进行。大便潜血共检测 2 次，两次粪便采集需间隔一周。

五、肠镜检查

初筛确定的高危人群应进一步肠镜检查以明确诊断，但检查前必须确认患者是否存在肠镜禁忌，有结肠镜禁忌者至少需行直肠指检，另根据具体情况可考虑行乙状结肠镜或气钡双重肠道造影检查。

六、病理诊断

所有镜下发现的息肉样病变应取活检或摘除，行病理诊断。须妥善保管患者的肠镜检查结果报告和病理诊断报告，以及相关影像资料，以备查证。病理诊断的采用标准按以下顺序排列：优先采用手术切除大标本的病理组织学诊断，无手术时采用完整摘除病变标本的病理组织学诊断。未行摘除时，可暂以活检病理组织学诊断代替，并注明为活检诊断。

七、治疗及随访

病理确诊后，根据治疗及随访原则，对患者进行治疗及随访。本项目中结直肠病变的具体治疗均按临床相关规范进行。项目点督促已发现病变的个体及时完成治疗。筛查中发现的进

展期腺瘤和结直肠癌病例应追踪患者是否已完成治疗。患者治疗后应填写治疗情况登记表(表5)。所有筛查对象的检查项目都要通过质量控制表反映出来(表4)。应该治疗的患者如拒绝治疗,应签署拒绝治疗知情同意书(附件3)。

八、质量控制

(一) 问卷评估部分

1. 通过结直肠癌人群筛查信息管理系统完成“数据上报”中的量表和同意书,同时完成表格的初步审核,主要检查基本信息是否完整,补充不应有的空项、漏项,初步检查有无明显的填写错误或逻辑错误。

2. 项目点建立对筛查所得数据的进行抽查。在每个工作单元随机抽查一定数量的筛查对象,通过电话或其他方式随访,重点与筛查对象核对登记的身份信息和筛查事件发生的日期信息。

(二) 大便检查

筛查前统一培训工作人员,包括粪便收集人员、临床检验人员和联络人员,严格按标本收集要求和试剂说明书操作。统筹安排筛查进度,尽量避免在高温天收集大便标本。

(三) 肠镜检查

应严格诊室及器械的消毒,肠镜的清洗消毒应当与肠镜的诊疗工作分开进行,分设单独的清洗消毒室和内镜诊疗室,清洗消毒室应当保证通风良好。肠镜诊疗室应当设有诊疗床、吸

引器、治疗车等基本设施。

详细规范参考卫生部最新版《内镜清洗消毒技术操作规范》。如果发生肠镜检查意外，应立即按照应急预案执行。在受检者完成初筛后的 2-3 个月内，须完成肠镜检查。

九、数据上报和分析总结任务周期

任务周期：2025 年 2 月 15 日始到 2025 年 10 月 30 日止。

报送途径：数据报送分行政和技术两条线进行；项目承担单位金凤区疾病预防控制中心将同一份数据同时上报金凤区卫生健康局和宁夏疾病预防控制中心；以结直肠癌人群筛查信息管理系统数据统计报表为依据。

报送时间：每个任务年度报送根据国家项目委员会要求为依据。

报送内容：根据国家项目委员会要求为依据。详见附件。

附件：

1. 大肠癌筛查知情同意书
2. 肠镜检查知情同意书
3. 结直肠癌及癌前病变患者拒绝治疗知情同意书
4. 筛查技术说明
5. 标本处理及病理诊断
6. 治疗原则
7. 随访原则

8. 并发症及处理
9. 推荐项目内应用的临床指南汇总
10. 金凤区大肠癌筛查应检人员登记表
11. 大肠癌早诊早治现场质量控制表
12. 大肠癌前病变及癌症患者治疗情况登记表
13. 数据报表

附件 1:

大肠癌筛查知情同意书

请仔细阅读以下内容。您可以和您的亲友一起讨论，或请医生给予解释，然后决定是否参加本次筛查。

(一) 项目开展的背景和目的

癌症是严重威胁人民生命和健康的疾病。开展大肠癌筛查人群筛查可以降低大肠癌发病率和死亡率，及时发现早期癌症及癌前病变。早诊早治是目前控制癌症的有效措施。本次结直肠癌早诊早治项目是由国家财政拨付专款，由政府组织并指定具体医疗单位负责实施的社会公益项目。本次筛查相关费用是免费的，但不包括治疗费用。治疗费用由您所参加的医疗保险和个人分担。本项目诊断性筛查将在宁夏回族自治区人民医院进行。

(二) 筛查过程

我们需要您根据自身情况通过小程序回答几个问题（有关结直肠癌的高危因素暴露史），并且留取大便。如果确定您是否为结直肠癌的高危个体，将建议您进行肠镜的进一步检查，如有必要会取活组织，送病理科检查以进一步确诊。

(三) 参加筛查可能的受益

能降低您本人发生大肠癌和因大肠癌死亡的风险，增强防癌意识。

(四) 哪些人不宜参加筛查

有比较严重的高血压、心脏病的病人；有严重出血性倾向者；

有严重智障或语言交流障碍的人；妊娠期妇女等。

(五) 参加筛查可能带来的不适与不便

肠镜检查会有不适和不便，在确定进行肠镜检查前将另行告知。

(六) 保密原则

您的所有个人资料将是保密的，由承担该项目单位妥善保存。

(七) 自愿原则

是否参加此筛查项目完全取决于您的自愿。您可以拒绝参加此项目，或随时退出本项目。如果您选择参加本项目，我们希望您能坚持完成全部筛查过程。

(八) 如何获得更多的信息

您有疑问，可以与：

1. 宁夏回族自治区人民医院西夏分院

联系人：冶正财 联系电话：0951-2063113

2. 宁夏回族自治区人民医院

联系人：刘君 联系电话：0951-5920090

3. 金凤区疾病预防控制中心

联系人：撒萍 联系电话：0951-5014698

(九) 自我申明

我已阅读或听懂本知情同意书的讲解，理解了全部情况。一些问题已与相关人员讨论，并得到满意解决，我同意参加此次筛查。

附件 2:

关于建议参加肠镜检查的告知书

被检查者姓名 性别 年龄 身份证号码:

地址 联系电话 ID 编号:

村（社区） 同志，您好！在上一阶段的大肠癌筛查中，结果提示：您需要进一步做电子肠镜检查，以排除肠道疾病，您的所有信息将会保密，检查实行免费，但如果查出大肠病变需要手术摘除的，其治疗费用参照合作医疗或医保有关规定执行。

（乡镇/社区盖章处）

金凤区大肠癌早诊早治筛查项目办公室

电子肠镜检查须知及预约通知单

您预约的检查时间： 年 月 日上下午 时，在家属 1 人陪同下，来宁夏人民医院或西夏分院内窥镜室等候，检查注意事项如下：

1) 检查前一天进食半流质（如面、稀饭），检查前 3 天尽量不要进食富含粗纤维及带籽的瓜果蔬菜，如韭菜、芹菜、火龙果、葡萄、西瓜、香瓜等；

2) 检查当天禁食，可正常服用降压药，检查当天停用降糖药，其他长期服用的药物请咨询专科医生。导泻药服用方法如下：
复方聚乙二醇电解质散：按药物说明书使用，以恒康正清（2 盒）为例，每盒溶解水 1000ml，分别于一小时内喝完。上午检查者，晨 4、6 点各服 1 盒；下午检查者，晨 7、9 点各服药 1 盒，服药后多

活动促进排便，分别于至清水样便(无粪渣)止，总量不超过 3000-4000ml。为防止低血糖，请自带水果糖。

3) 肠镜检查后注意事项：①避免剧烈运动及重体力劳动；②若出现明显腹痛，大便出血及其他不适，请及时到医院就诊；

4) 女性病人在月经期间、有严重心、肺、脑及精神病史者，是不适宜做肠镜的。有严重高血压史需在服降压药待血压控制后，才可考虑做肠镜检查；

5) 有糖尿病者请跟医生说明，尽量安排在上午做肠镜；

6) 因本次检查人数较多，请务必在预约时间内来做肠镜，若有特殊情况（如女性来月经等）不能按时来进行肠镜检查者，敬请提前联系。电话：0951-2063113（西夏分院）；0951-5920090（宁夏回族自治区人民医院）。

肠镜检查知情同意书

有肠镜检查的适应症。在肠镜检查过程中，医护人员将以良好的医德医术，严格按照操作规范为患者服务。肠镜检查一般是安全的，但仍有一定的并发症，有可能出现：（1）由于肠道准备不佳，可能影响医师的操作和观察甚至检查结果；（2）术中或术后出血（黏膜损伤出血、溃疡或者肿瘤本本身出血，术后创面出血等）；（3）诱发消化道穿孔、感染等；（3）诱发心脏意外、脑血管意外和呼吸骤停等；（4）由于身体条件各异（如身体条件差、结肠极度扭曲等）肠镜检查可能无法到达回盲部；（5）检查后可能出现腹部不适，如腹胀、腹痛等；（6）过敏反应。针对上述情

况，我们已采取了防范措施，并做好了应急准备。

上述事项已知晓，经慎重考虑，愿意承担相应的风险和费用，
我代表患者及家属全权负责签字。

患方代表签字：

与患者关系：

年 月 日

宁夏人民医院内窥镜室

附件 3:

结直肠癌及癌前病变患者拒绝治疗知情同意书

姓名: ID号:

您于-----年----月免费接受了国家财政专款拨付的结直肠癌早诊早治筛查, 病理诊断为-----。按照《结直肠癌早诊早治项目技术方案》要求, 您应接受-----治疗, 由-----医院具体负责实施。

(一) 参加治疗可能的获益

早期治疗效果好, 费用低廉, 可以达到临床治愈。本次治疗费用由您和您所参加的“居民医疗保险”共同负担, -----实施治疗的医院在保证您得到及时和优先治疗的同时, 还将为您优惠---%的费用。

(二) 参加治疗可能带来的不适

治疗过程将严格遵循临床规范。由于不同治疗方法的适应证和并发症不同, 您的主治医生会根据您的病情, 为您做详细具体的说明, 并执行临床治疗相关知情同意。如果您想进一步了解情况, 请与您的临床诊治医生联系。

(三) 保密原则

您的所有个人资料将严格保密, 由承担该项目的-----医院妥善保存。有关本项目的公开报告将不会披露您的个人信息。

(四) 自愿原则

是否参加治疗完全取决于您的自愿。您可以拒绝治疗, 不会影

响您的其他方面的利益。鉴于您的疾病状态，我们建议您能积极完成治疗。如果您对此有任何疑问，可以与-----医院
-----医生联系。地址：-----，
电话：。

(五) 自我申明

我已阅读或听懂本知情同意书的讲解，理解了全部内容。细节问题已与相关人员讨论，并得到满意解决。我拒绝参加治疗。我拒绝治疗的原因如下（可多选）：1. 经济困难；2. 认为自己无病或不必要治疗；3. 认为治不好；4. 没有时间；5. 在别的医院诊断后认为原诊断不正确；6. 害怕并发症；7. 其他原因（请具体说明，-----）

患者签字：-----患者签字：-----

(六) 证明人声明

我已向该治疗对象宣读和解释了本知情同意书，该治疗对象本人已经全部理解，但仍拒绝参加治疗。

证明人签字：-----日期：-----年-----月-----日

附件 4：筛查技术说明

(一) 常见结直肠癌风险评估问卷

问卷 1：亚太结直肠癌评分(APCS)问卷

亚太结直肠癌筛查评分	
风险因素	
年龄	50~69 岁为 2 分，70 岁及以上为 3 分
性别	男性 1 分，女性 0 分
家族史	一级亲属患结直肠癌 2 分
吸烟	当前或过去吸烟 1 分，不吸烟 0 分
风险评分	
低危	0~1 分
中危	2~3 分
高危	4~7 分

问卷 2：数量化高危因素问卷(HRFQ)

数量化高危因素问卷
符合以下任何一项或以上者，列为高危人群
一、一级亲属有结直肠癌史
二、本人有癌症史(任何恶性肿瘤病史)
三、本人有肠道息肉史
四、同时具有以下两项及两项以上者：
1.慢性便秘(近 2 年来便秘每年在 2 个月以上)
2.慢性腹泻(近 2 年来腹泻累计持续超过 3 个月，每次发作持续时间在 1 周以上)
3.黏液血便
4.不良生活事件史(发生在近 20 年内，并在事件发生后对调查对象造成较大精神创伤或痛苦)
5.慢性阑尾炎或阑尾切除史
6.慢性胆道疾病史或胆囊切除史

问卷 3：伺机性筛查风险评分

伺机性筛查风险评分
以下六种情况之一，可作为高危个体
一、有消化道症状，如便血、黏液便及腹痛者；不明原因贫血、或体质量下降
二、曾有结直肠癌病史者

- 三、曾有结直肠癌前疾病者(如结直肠腺瘤、溃疡性结肠炎、克罗恩病、血吸虫病等)
- 四、结直肠癌家族史的直系亲属
- 五、有结直肠息肉家族史的直系亲属
- 六、有盆腔放疗史者。

(二) 大便隐血检测

应按生产厂家提供的产品说明书为标准进行采样，一般需在大便后立即采样，在大便的多个不同位置穿刺或表面刮擦。注意应告知受检者，避免在明显可以看到血迹的地方采样，因过量的血红蛋白会使大便隐血检测试剂不出现可见反应。服用阿司匹林、感冒药、消炎镇痛药、质子泵抑制剂等药物，腹泻、腹部不适等情况下，肠道可能会有少量出血，容易导致假阳性。肛裂、痔疮发作时，女性月经期也容易导致假阳性。

应尽量缩短采样和检测的间隔时间，应至少在采样当天完成检测。有些采样保存液则有很好的保存效果，常温下保存可长达一周以上。

胶体金试纸的检测条带的浓淡受多种因素影响，检测结果显示条带的浓和淡与血红蛋白量有大致的正相关关系，但并不绝对。结果记录一般采用阳性和阴性二分类。有条件时，可考虑用不同数量的加号“+”记录结果，如5个加号“+++++”为最浓条带，“+”为最淡条带，“0”为无条带。

(三) 肠镜检查

1. 肠镜检查基本要求

a. 初筛问卷评估阳性或者大便隐血检测检查阳性者，应进一步行全结肠镜检查，肠镜发现的所有息肉样病变和溃疡必须取活检，

以明确病理诊断。

b. 肠镜进入深度应达到回盲部，建议平均退镜时间不小于 6 分钟。

c. 首次肠镜检查不充分的，应于 1 月内在充分准备下再检查。

d. 不能耐受常规肠镜者，可考虑麻醉下肠镜。

e. 肠镜病变描述按临床常规操作。

2. 肠镜检查禁忌

肠镜检查前应评估被检者是否存在肠镜检查禁忌症，禁忌如下：

a. 肛门、直肠有严重的化脓性炎症，或疼痛性病灶，如肛周脓肿、肛裂。

b. 各种急性肠炎、严重的缺血性疾病及放射性结肠炎，如细菌性痢疾活动期、溃疡性结肠炎急性期，尤其暴发型者。

c. 妇女妊娠期，曾做过盆腔手术及患盆腔炎者，应严格掌握适应症，慎重进行，妇女月经期一般不宜做检查。

d. 腹膜炎、肠穿孔、腹腔内广泛粘连以及各种原因导致的肠腔狭窄者。

e. 肝硬化腹水、肠系膜炎症、腹部大动脉瘤、肠管高度异常屈曲及癌肿晚期伴有腹腔内广泛转移者。

f. 高龄体弱者以及有严重的心脑血管疾病者，检查时必须慎重。精神病患者不宜施行检查，必要时可在全麻下施行。

3. 肠镜检查前准备

肠镜检查按临床常规程序进行，包括肠镜预约，签署肠镜检查知情同意书（见第二节），肠道准备药物领取，饮食控制，肠道清洁，家属陪同检查等，应遵照肠镜检查所在医疗机构对结肠镜检查前的要求执行。筛查负责单位应保存肠镜检查结果报告原件或复印件。

检查前 1-2 天，应开始进无渣半流质饮食，如稀饭、蛋花等。避免进食绿叶蔬菜和带籽的瓜果。检查当天禁食，如饥饿者可进食糖水或无渣糖。糖尿病患者可进食少量牛奶，对不能忍受空腹者尽量安排肠镜在上午进行。对被检查者应做好解释工作，促其认真做好饮食控制。检查前日晚或检查当日晨进行肠道清洁，方法如下：

a. 口服硫酸镁离子泻剂：清晨空腹时，将硫酸镁用温开水配制成 5% 的溶液（50 克硫酸镁溶于 1000ml 温开水中，搅拌均匀）。首次口服 5% 硫酸镁溶液 600-1000ml，然后隔 10-15 分钟再服 250ml，至清水样便（无粪渣）止，总量不超过 3000ml。

b. 复方聚乙二醇电解质散：按药物说明书使用，以恒康正清（2 盒）为例，每盒溶解水 1000ml，分别于一小时内喝完。上午检查者，晨 4、6 点各服 1 盒；下午检查者，晨 7、9 点各服药 1 盒，服药后多活动促进排便，分别于至清水样便（无粪渣）止，总量不超过 3000-4000ml。

c. 伴有心肾肝肺功能不全、高血压、冠心病、肠梗阻、顽固性便秘等被检查者，肠道准备应咨询专科医生。

4. 防范意外事件和并发症

人群筛查结肠镜检查时，需注意防范年老体弱者可能在结肠镜检查准备时、检查中、检查前后过程中发生意外，如心脏病患者出现心脏意外，肾病患者肠道准备时加重病情，老年人交通意外等。特殊人群应提前充分沟通，说明存在的风险。结肠镜检查的并发症与受检者个人及医生的技术等很多原因相关，应注意遵守临床操作规范，尽量降低风险。

5. 结肠镜下息肉处理原则

一旦在结肠镜下发现息肉，应取组织活检，有条件者行放大及色素内镜观察，全面了解息肉的大小、形态、蒂部情况及数目，由此决定治疗方案。内镜下处理息肉可按照以下原则，息肉完整切除后，均应送病理检查。

- a. 直径 $\leq 0.3\text{cm}$ 的息肉，可单纯以活检(咬取)作为治疗。
- b. 直径 $< 0.5\text{cm}$ 的小息肉活检钳除。
- c. 直径 $0.5 \sim 1.0\text{cm}$ 的息肉可用热活检钳或圈套器冷切除。
- d. 直径 $> 1.0\text{cm}$ 的则宜采用高频电圈套切除。
- e. 直径 $\geq 2\text{cm}$ 的广基息肉由于多有绒毛成分而具有恶变潜能，且易复发，应采用镜下粘膜切除术(EMR)或镜下粘膜剥离术(ESD)，一次或多次彻底切除，有难度者需外科手术切除。
- f. 多发性息肉是否一次摘除和应摘除数目应根据息肉的总数、大小以及内镜操作者的技术水平而定。切除数量越多，并发症发生率也越高，应首先保证安全，一次不宜切除过多。多个息肉摘除时应按先近端、后远端的原则进行。

炎症性肠病（IBD）以肠道粘膜糜烂、溃疡病变为特点，包括溃疡性结肠炎（UC）和克罗恩病（CD）。内镜下粘膜活检对于IBD的鉴别诊断和及时发现癌变意义重大。内镜下怀疑IBD者均应取活检，UC最好全结肠每隔10cm随机活检4块，可疑病变区额外取活检，如发现上皮异型增生，该病理切片应由2个以上资深病理医生阅片确认方可诊断。

6. 麻醉的使用

人群筛查结肠镜检查时，部分受检者可能会提出麻醉下结肠镜检查的要求。项目鼓励麻醉下结肠镜的规范应用，但目前条件下，麻醉相关费用不应由项目支付，应提前做好解释工作。

7. 完善肠道准备

人群筛查结肠镜检查肠道准备应按照临床规范和指南进行，不建议将甘露醇用于肠道准备。建议使用聚乙二醇电解质或硫酸镁作为肠道清洁准备药物。结肠镜检查中应注意记录肠道清洁度，建议统一采用渥太华评分，以评分 ≥ 6 分为合格标准。

8. 报告书写的规范

结肠镜报告中应包括肠道清洁度，到达位置，病变数量及每个病变的位置（按部位描述，不建议仅用距肛长度），病变形状，病变表面形态和颜色，是否有蒂及蒂部形态，病变大小。

附件 5:

标本处理及病理诊断

(一) 标本固定标准

固定液：推荐使用 10%中性福尔马林或 4%甲醛液固定液，避免使用含有重金属的固定液。

固定液量：大于所固定标本体积的 10 倍。

固定温度：正常室温。

固定时间：内镜下切除腺瘤或活检标本：6-24 小时；手术标本：12-48 小时。

(二) 取材要求

1. 活检标本。

- a. 核对临床送检标本数量，送检活检标本必须全部取材。
- b. 每个蜡块内包埋不超过 3 块活检标本。
- c. 将标本包于纱布或柔软的透水纸中以免丢失。

2. 内镜下切除的腺瘤标本。

- a. 送检标本由手术医师展平固定，标记方位。
- b. 记录肿瘤的大小，各方位距切缘的距离。
- c. 垂直于肠壁，每间隔 0.3cm 平行切开标本，分成适宜大小的组织块，推荐按同一包埋方向全部取材。记录组织块对应的方位。

3. 手术标本。

- a. 肠壁及肿瘤。

(1) 沿肠壁长轴、垂直于肠壁切取肿瘤标本，肿瘤组织充分取

材，视肿瘤大小、浸润深度、不同质地、颜色等区域分别取材（常规4块），肿瘤浸润最深处至少1块全层厚度肿瘤及肠壁组织，以判断肿瘤侵犯的最深层次。切取能够显示肿瘤与邻近粘膜关系的组织（常规2块）。

(2) 切取远侧、近侧手术切缘。环周切缘按手术医师标记的部分切取。

(3) 记录肿瘤距远侧及近侧切缘的距离。

(4) 肠标本如包含回盲部或肛管、肛门，应当于回盲瓣、齿状线、肛缘（常规各1块）及阑尾（常规3块：环形2块+盲端1块）取材；如肿瘤累及上述部位，应当切取充分显示病变程度的组织块。

(5) 行中低位直肠癌根治术时需要完整切除直肠系膜，因此病理医师需要对手术标本进行系统检查，包括系膜的完整性、环周切缘是否有肿瘤侵犯，这是评价全直肠系膜切除手术效果的重要指标。

b. 淋巴结。

建议外科医师根据局部解剖体征和术中所见，分组送检淋巴结，有利于淋巴结引流区域的定位；在未接到手术医师分组送检医嘱或标记的情况下，病理医师按照以下原则检出标本中的淋巴结：

全部淋巴结均需取材（建议检出至少12枚淋巴结。接受过术前治疗患者的淋巴结可以低于12枚）。所有肉眼阴性的淋巴结应当完整送检，肉眼阳性的淋巴结可部分切取送检。

c. 推荐取材组织块体积：不大于 $2 \times 1.5 \times 0.3\text{cm}$ 。

(三) 取材后标本处理原则和保留时限

1. 剩余标本的保存

取材后剩余组织保存在标准固定液中，并始终保持充分的固定液量和甲醛浓度，避免标本干枯或因固定液量不足或浓度降低而致组织腐变。剩余标本保存的意义在于：根据镜下观察诊断需求，随时补充取材；在病理诊断报告签发后，根据临床反馈信息复查大体标本或补充取材。

2. 剩余标本处理的时限

建议：在病理诊断报告签发 1 个月后，未接到反馈信息，未发生因外院会诊意见分歧而要求复审等情形，可由医院自行处理。

(四) 病理诊断

1. 增生性息肉

增生性息肉是一种良性粘膜上皮增生。主要特征是腺体增生、扩张和延长，增殖带位于腺体隐窝部，腺体上部分化较成熟。腺腔缘呈锯齿状或星芒状。一般认为增生性息肉不会癌变

2. 错构瘤性息肉

主要包括幼年性息肉和 Peutz-Jepfers 息肉。幼年性息肉常见于 20 岁以下的青少年，主要特征是：息肉有蒂，表面有糜烂，切面见大小不一的黏液性的囊腔；间质丰富、水肿和炎症细胞浸润；腺体扩张，腺上皮往往无异型性改变。Peutz-Jepfers 息肉是一种常染色体显性遗传性疾病，除皮肤粘膜色素沉着以外，胃肠道息肉

呈错构瘤性改变。错构瘤性息肉癌变亦十分罕见。

3. 炎性息肉

炎性息肉是由炎症组织增生所致的瘤样病变，如血吸虫病息肉、克隆氏病、溃疡性结肠炎等。炎性息肉多为多发性，可发生在各个肠段。伴轻度或不伴上皮异型增生的炎性息肉癌变风险低。溃疡性结肠炎和克隆氏病如出现中、重度上皮异型增生，则与结直肠癌发生有密切的联系，癌变可发生在粘膜的深处。

进展期腺瘤：符合下列三种情形之一者为进展期腺瘤：1. 病理组织学诊断为腺瘤且伴高级别瘤变或任何数量的重度异型增生；2. 结直肠腺瘤病理组织学描述为绒毛状腺瘤或管状绒毛状腺瘤的；3. 病理组织学诊断为腺瘤且该腺瘤在结肠镜下观察到的直径 $\geq 10\text{mm}$ 。

病例：经筛查后发现的结直肠进展期腺瘤和结直肠癌患者统称为病例。筛查中发现的其他肿瘤如类癌、间质瘤、淋巴瘤、黑色素瘤等暂不计入。

早期病例：经筛查后发现的结直肠进展期腺瘤和 TNM 分期为 I 期和 II 期的结直肠癌。进展期肿瘤：进展期腺瘤和结直肠癌合称为进展期肿瘤。

早期结直肠癌：“中国结直肠癌癌前病变和癌前状态处理策略专家共识” 2021 版或者 2022 版为依据。

伴中重度异型的其他病变：一般出现在长期反复发作的溃疡性结肠炎、克罗恩病患者肠壁活检病理诊断描述中，暂可等同于高级别瘤变。计入最终结果的诊断应以病理组织学确诊结果为标准。如

出现息肉、肿块等结肠镜下发现病变，在项目信息统计时尚无法确诊，即使该息肉或肿块临床上可认定为是腺瘤或肠癌，也不应计入最终结果，必须待病理组织学明确后方可计入。进展期腺瘤判定时，其直径大小以结肠镜下描述的大小为准。当多发病变患者记录病变发生部位时，如无条件记录每个病变，应以发现的最严重病变的部位为准。严重程度排序建议：细胞重度异型>含绒毛状结构>最大径大小。

对初筛阳性者进行结肠镜检查。结肠镜检查应以肠道准备波士顿评分 ≥ 6 分且结肠镜达到盲肠为标准，有条件的地区建议增加限定允许最短的退镜时间作为完成复筛的标准。

结肠镜检查应记录检查日期、地点、医生姓名、肠道准备药物种类、是否麻醉下检查等基本信息，以及受检者结直肠内的肠道准备情况(评分)，结肠镜所达部位，肠壁粘膜整体形态色泽，是否发现病变，病变的数量，并至少记录个体所发现所有病变中相对最严重病变的部位、形状、大小、蒂部形态等特征。

结肠镜检查应按附件8中相关临床指南的规范和标准进行。

(五) 病理诊断

当患者已发现明确的病变，但未行病理组织学检查，或者在数据登记时尚无法获得确诊信息的，应以肿块、息肉、溃疡、出血等形态描述暂时代替。进展期腺瘤和早期结直肠癌是本项目重点关注的核心病变，是计算早期病例检出率的依据。进展期腺瘤以结肠镜和病理医生签发的诊断报告为依据，将病理组织学诊断为腺瘤且内

镜下最大直径 $\geq 10\text{mm}$ ，或者腺瘤伴高级别瘤变(或重度异型增生)，或者绒毛状(含管状绒毛状)腺瘤为标准，三者符合任一即可，与国内外常用标准相同。早期结直肠癌以中国结直肠癌癌前病变和癌前状态处理策略专家共识2021版或者2022版为依据。未能确定分期的结直肠癌病例可计入检出率计算，但不应计入早诊率计算。如发现伴中重度异型(含重度、高级别瘤变)的其他病变，可计入进展期腺瘤中。如有发现多发结直肠息肉(≥ 10 枚)的个体，应个别处理，及时通知患者进一步检查，排除遗传性肿瘤。多发息肉患者未发现进展期腺瘤的，暂不列入病例。

结肠镜检查中发现的病变应及时完成确诊，如未完成确诊，即使为直径较大或形似进展期病变者，也不可纳入核心病变。

确诊过程中的临床操作应按附件8中相关临床指南的规范和标准进行。

附件 6:

治疗原则

本项目要求治疗的重点是肠道肿瘤包括疑似肿瘤的病变。其他病变如炎性息肉、错构瘤性息肉、肠炎、非肿瘤性囊肿、溃疡性结肠炎和克罗恩病等病变的治疗，建议向相关专科医师咨询并进一步处理。发现家族性腺瘤性息肉病患者应建议患者到三甲医院肿瘤科或省级肿瘤医院就诊。

对于本项目关注的病变，在明确诊断的前提下，达到“根治”是最主要的治疗原则。无论是突起的息肉，或扁平的病变，或巨大的肿块，治疗的目标是完整摘(切)除全部肿瘤组织，并保证安全的切缘。

本项目重点关注结直肠腺瘤和结直肠癌的治疗，其治疗原则为：

1. 非进展期腺瘤

诊断后3月内完成治疗，肿瘤组织完全摘(切)除，切缘阴性。

2. 进展期腺瘤

诊断后1月内完成治疗，肿瘤组织完全摘(切)除，切缘阴性。

3. 伴上皮中、重度异型的其他病变

此类病变一般为溃疡性结肠炎、克罗恩病伴有上皮中、重度异型增生，其治疗原则应综合考虑病变范围、上皮异型程度和患者意愿行预防性肠道切除。结直肠癌

4. 结直肠癌

诊断后尽早完成治，治疗原则参照“中国结直肠癌诊疗规范2023版”。

本项目中结直肠病变的具体治疗均按临床相关规范进行。本项目要求各项目点督促已发现病变的个体及时完成治疗。筛查中发现的进展期腺瘤和结直肠癌病例应追踪患者是否已完成治疗。

门诊已完全摘除病变或已住院治疗均可作为已完成治疗。门诊内镜治疗报告单、出院记录、住院治疗报告单均可作为依据。如发现病变的直径 $\geq 10\text{mm}$ ，但患者仅有活检结果或仅部分摘除，则不属于完成治疗。

结直肠癌筛查发现的病变均需及时处理，完成处理后的患者可继续纳入普通筛查人群，进入新的筛查周期。病变相关的后续复查复检由患者个人负责。

在年末确诊为结直肠进展期腺瘤或结直肠癌的个体，如未在本年度完成治疗，可将其初筛、复筛、确诊和治疗整体转移纳入到下一年度进行统计，但确诊与完成治疗时间距离不能超过6个月。

所有完成初筛但无结肠镜检查的个体按不同初筛技术的周期进入新的筛查周期。

所有完成结肠镜检查的个体按规定的结肠镜筛查周期(5-10年)进入新的筛查周期，在此期间无需再给予免费初筛。

附件 7:

随访原则

结直肠癌筛查发现的腺瘤存在复发可能，国外认为腺瘤摘除后每年复发率约 5-10%，因此，对治疗后的腺瘤患者应继续随访。原则上，诊断为进展期腺瘤者或多发性（≥ 3 枚）腺瘤患者应在治疗后第 3 年内再次复查肠镜，如无异常发现，后续肠镜复查间隔可延长至 5 年。诊断为非进展期腺瘤者经治疗后，应在 5 年内再次复查肠镜，如无异常发现，后续肠镜复查间隔可延长至 10 年。诊断为其他良性病变者，因结直肠癌风险增高并不明显，可同一般人群处理。溃疡性结肠炎如病史超过 8 年，或已发现伴中、重度异型增生则应每年复查肠镜。

在实际工作中，肠道肿瘤患者后续复查肠镜间隔时间还与初次肠镜检查的质量、肠镜下肿瘤摘除治疗的技术水平和患者个人的意愿等因素密切相关。建议筛查发现的结直肠肿瘤患者向结直肠肿瘤专科医师咨询，决定后续结肠镜随访策略，并通过常规临床途径定期复查。

在结直肠癌筛查中，开展随访的目的在于保证所有发现的应治疗者得到适当的治疗，从而真正把早诊早治的好处落到实处。

以下为本项目随访重点对象和要求：

（一）上一年度的非进展期腺瘤患者未完成治疗者。

未治者应单独列出名单，在本年度内尽早联系到患者，询问是否已完成治疗。如仍未治疗，应继续询问明确患者未治疗的原因，

并给予力所能及的帮助，以促使患者完成治疗。是否完成随访任务以患者是否完成治疗为判断标准。

（二）上一年未治疗的进展期腺瘤患者

未治者应单独列出名单，在本年度内尽早联系到患者，询问是否已完成治疗。如仍未治疗，应继续询问明确患者未治疗的原因，并给予力所能及的帮助，以促使患者完成治疗。是否完成随访任务以患者是否完成治疗为判断标准。

（三）上一年未治疗的伴上皮中、重度异型的其他病变患者

未治者应单独列出名单，在本年度内尽早联系到患者，询问是否已完成治疗。如仍未治疗，应继续询问明确患者未治疗的原因，并给予力所能及的帮助，以促使患者完成治疗。是否完成随访任务以患者是否完成治疗为判断标准。

（四）上一年未治疗的结直肠癌患者

未治疗的结直肠癌患者需区分肿瘤晚期无法治疗者和早期癌未根治治疗者。晚期结直肠癌患者本项目内不再予以随访，但早期癌患者必须随访以确保其完成根治。随访方法同上。早期癌是否完成根治的标准参照治疗原则部分中卫生部相关标准执行。

附件 8:

并发症及处理

全结肠镜检查是结直肠癌筛查中非常重要的确诊手段，也可作早期治疗，在直视下对结直肠癌、腺瘤或息肉进行摘除治疗。然而在肠镜检查和治疗过程中，穿孔和出血是常见的并发症，处理不当会危及生命。

经验不足和操作粗暴是造成肠穿孔的主要原因。诊断性结肠镜检查穿孔多因肠道准备不完善，检查医生在未辨明肠腔时强力插入造成，或因肠腔充气太多引起；治疗性结肠镜检查引起穿孔的机制和前者不同，多因电凝或激光等治疗手段使用不当所致。腺瘤和息肉摘除后出血，大多数是结蒂脱落造成。为了更好地实施结直肠癌早诊早治，预防和及时处理穿孔和出血等并发症，特制订以下防范措施和操作规程。

(一) 大肠息肉肠镜下摘除后出血的防治

大肠息肉摘除后出血多因治疗后便血前来就诊发现，诊断较易，其防治措施主要为：

1. 在腺瘤或息肉摘除前进行必要的相关检查

对大肠腺瘤或息肉患者进行电灼前，须进行血常规及出凝血时间检查，对凝血机制较差者，应引起重视，并在检查前对患者和家属讲明危险；对年老体弱者，进行心电图检查。

2. 多发性腺瘤或息肉应分次摘除

对多发性腺瘤或息肉一次摘除不能太多，尤其是息肉较大、部

位较高的多发性息肉患者，应考虑分次摘除。

3. 做好留院观察及药物治疗准备

一般情况下，息肉摘除后，需留院观察 24-48 小时，如遇腺瘤或息肉蒂较宽广、创面较大的患者，一般以留院 3-5 天为宜。息肉摘除后，可根据病人情况给予消炎止血药。

4. 告知注意事项

患者出院时，医生必须详细交待如下注意事项：①回家注意适当休息，半个月内不能做重体力活；②注意合理饮食，尽量多吃新鲜蔬菜、水果，不能饮酒、不能吃辛辣的食物，保持大便通畅；③大便时，不能过分用力排便；④回家后，如发现大便出血，应立即到医院就诊。

5. 出血发生后的处理

如为少量渗血或出血，检查医生应将患者收住院密切观察，进行保守治疗。如药物保守治疗无效，应进行内镜下止血（上血管夹、电凝或激光等），若失败或无效且出血量加大，应及时手术。如为较大血管出血者，出血量大、不能保守治疗的，应立即手术，并向家属说明病情，取得家属理解和支持。

6. 大出血发生后的处理

检查医生应在 5 分钟内向医院领导及医务科报告，同时积极组织、协调各相关科室技术骨干力量进行抢救。

（二）肠镜检查和治疗过程中穿孔的预防和治疗

1. 预防

a. 结肠镜检查须由具有丰富操作经验的专业医生进行。

b. 在结肠镜检查前进行必要的相关检查，应了解受检者的一般情况（主诉及症状，腹部有无手术史、腹外疝及高血压心脏病史），并在检查前对患者和家属讲明危险；对年老体弱者作心电图检查。

c. 插镜过程中，始终要注意拉直镜身，应套叠游离肠管，不使肠管结襻。掌握好少注气原则。进镜时需要视野清楚，避免盲插。正确把握肠腔的走行方向。尽量不要在结襻的情况下继续强行插入。

d. 结肠镜下治疗避免创面太大，对多发性腺瘤或息肉一次摘除不能太多，尤其是息肉较大、部位较高的多发性息肉患者，应考虑分次摘除；电极圈与肠壁尽量减少接触面积、与病变对侧肠壁避免接触、分次短暂（一般，2~3秒/次）电凝电切，避免电凝过度。

2. 结肠镜诊治穿孔的诊断

结肠镜诊治术后穿孔的临床诊断并不困难。最早、最明显的症状是患者突然感到剧烈腹痛，出现腹膜炎体征。因此，一旦患者在诊治过程中突然感到剧烈腹痛，均应视作穿孔，及时行立位X线平片检查，见膈下游离气体便可得到正确的诊断。切不可因肠镜来证实是否穿孔，否则就可能扩大损伤、延误诊断时间。另外，体温上升、脉搏加快、白细胞升高也可帮助诊断。

3. 治疗

可分诊断性结肠镜穿孔的治疗和治疗性结肠镜穿孔的治疗。

a. 诊断性结肠镜检查穿孔的治疗

通常诊断性肠穿孔的损伤较大，可在检查中或检查后留观中发现，需立即外科手术。

(1) 手术治疗

肠道准备充分，没有合并结肠癌或穿孔近端肠道梗阻，可考虑仅作穿孔修补术而无需结肠造瘘。

肠道准备充分，如果原发疾病有手术指征，将原发病灶和穿孔的肠段一并切除；或将原发病灶切除，对穿孔部位另作修补。

肠道准备差或合并结肠癌或穿孔近端梗阻，可考虑结肠造瘘。

(2) 保守治疗

个别患者腹膜炎体征局限，膈下游离气体不明显，可考虑保守治疗；但如弥漫性腹膜炎出现，尤其体温、脉搏、白细胞持续升高和气腹加重，需及早急诊开腹处理。

b. 治疗性结肠镜所致穿孔的治疗

治疗性肠穿孔，肠道穿孔小，且很快被结肠脂肪垂、网膜和邻近内脏覆盖，局部污染轻，大部分患者可行保守治疗。一般在术后24—72小时出现症状，如患者仅出现局限性腹痛、发热，无弥漫性腹膜炎征象，可采取保守治疗。但如弥漫性腹膜炎出现，尤其体温、脉搏、白细胞持续升高和气腹加重，同样需急诊开腹处理。

(三) 医疗机构应激处理程序的建立

检查和治疗的医疗单位，对肠镜检查和治疗过程中的穿孔和出

血处理应建立一套应急组织程序，对出血和穿孔患者进行及时的救治。

1. 医院或相应的医疗机构应建立事故应急处理小组，由医院领导为组长，成员由医务科、项目组成员、肿瘤外科、普通外科，消化内科，ICU、内窥镜室、手术室等科室负责人和技术骨干组成。

2. 事故应急处理小组在接到意外发生报告后，应及时组织、协调本院各相关科室技术骨干力量进行抢救，必要时请上级专家会诊或待病情稳定后考虑转送上级医院诊治。

3. 事故应急处理小组应及时向金凤区卫生局领导、宁夏自治区卫生厅疾控处和省结直肠癌早诊早治项目专家组报告事件发生情况及处理经过。

4. 做好家属安抚工作。

5. 妥善做好事故善后工作。

附件 9

推荐项目内应用的临床指南汇总

序号	临床指南名称	发表年份
1	中国消化内镜诊疗镇静/麻醉操作技术规范	2018 年
2	遗传性结直肠癌临床诊治和家系管理中国专家共识	2018 年
3	常见消化内镜手术麻醉管理专家共识	2019 年
4	中国消化内镜诊疗相关肠道准备指南(2019,上海)	2019 年
5	早期结直肠癌和癌前病变实验诊断技术中国专家共识	2021 年
6	中国结直肠癌癌前病变和癌前状态处理策略专家共识	2022 年
7	中国结直肠癌诊疗规范 2023 版	2023 年

附表10 金凤区镇（街道）村（社区）大肠癌筛查初筛人员登记表

序号	编号	姓名	性别	年龄	出生日期	身份证号码	联系电话	家庭地址	问卷结果判定		大便隐血检测		大便隐血检测		备注
									高危	一般	阴性	阳性	阴性	阳性	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															

附表 11

大肠癌早诊早治质量控制表

质控员签名 -----

核查日期：-----日-----月-----年

ID	姓名	住址	电话	筛查知情同意书	量表完整性	电话核实	筛查结果	内镜知情同意书	内镜记录	病理记录	随访记录	备注
				有/无	是/否	属实/偏差	(+)/(-)	有/无	有/无	有/无	有/无	
				有/无	是/否	属实/偏差	(+)/(-)	有/无	有/无	有/无	有/无	
				有/无	是/否	属实/偏差	(+)/(-)	有/无	有/无	有/无	有/无	
				有/无	是/否	属实/偏差	(+)/(-)	有/无	有/无	有/无	有/无	
				有/无	是/否	属实/偏差	(+)/(-)	有/无	有/无	有/无	有/无	
				有/无	是/否	属实/偏差	(+)/(-)	有/无	有/无	有/无	有/无	
				有/无	是/否	属实/偏差	(+)/(-)	有/无	有/无	有/无	有/无	
				有/无	是/否	属实/偏差	(+)/(-)	有/无	有/无	有/无	有/无	

填表说明：1、在相应处打勾即可；2、在备注中请标明资料收集的等级：合格（所有资料均收集齐全，且符合要求），不合格（有未完成的项目或不符合要求）

附表 12

大肠癌前病变及癌症患者治疗情况登记表

单位：报送人：

编号：报送日期：年月日

姓名		年龄		性别		身份证号			
住址							邮编		
联系人		关系		联系电话					
筛查及诊断方法									
临床诊断	临床诊断：								
病理诊断	良性病变或癌前病变：					切片号：			
	恶性病变（类型，浸润深度，分化程度）：					诊断单位： 医师： 日期：			
临床病理分期	TNM 分期： 复核单位医师日期								
治疗方式	手术		内镜下摘除		化疗		放疗		其它
	治疗单位 1： 治疗日期 1： 治疗单位 2： 治疗日期 2：								
未治疗原因及处理意见	经济原因			因晚期放弃			调查人：		
	拒绝接受治疗			其它原因（请说明）			日期：		
随访登记	随访日期	随访记录（填生存、死亡，转移、复发与否）				随访人	备注		
备注									

负责人（签字）：年月日

附表 13

结直肠癌早诊早治筛查进度和年度工作报表

填报省份：宁夏任务下达日期：年月日工作上报日期：年月日

年度结直肠癌早诊早治项目完成情况报表

省份	项目点	初筛数	首次诊断性筛查									随访			
			任务数	完成数	完成率 (%)	发现病例数*	检出率 (%)	早期病例数**	早诊率 (%)	治疗例数	治疗率 (%)	任务数***	完成数	完成率 (%)	

填表日期：年月日

*发现病例数为进展期腺瘤及以上病变；

**早期病例数=进展期腺瘤+伴中、重度异型增生的其他病变+早期癌；

***随访任务数为本年度之前查出的未治疗的进展期腺瘤、癌和其他恶性病变患者。

年度结直肠癌早诊早治项目首次筛查情况

项目点	目标人群数	初筛					肠镜检查		
		问卷调查		FOBT 检查		合计	任务数	完成数	完成率 (%)
		调查数	阳性数	检查数	阳性数	阳性数*			
合计									

*初筛合计阳性人数为应进行肠镜检查的高危人群数。填表日期：年月日

年度结直肠癌早诊早治项目首次筛查内镜检查及病理诊断情况

项目点	内镜检查及病理诊断情况							早诊情况			
	正常	非腺瘤性 良性病变	非进展期 腺瘤	进展期 腺瘤	伴中、重度异型 增生的其他病变	早期癌	中晚期癌	合计	早期病 例数*	病例数 **	早诊率 (%)
合计											

填表日期：年月日

*早期病例数=进展期腺瘤+伴中、重度异型增生的其他病变+早期癌。

**病例数为进展期腺瘤及以上病变。

年度结直肠癌早诊早治项目首次筛查患者治疗情况

项目点	实际治疗数				
	非进展期腺瘤	进展期腺瘤	伴中重度异型增生其他病变	早期癌	中晚期癌
合计					

填表日期：年月日

年度结直肠癌早诊早治项目随访基本情况

项目点	未活检息肉		非进展期腺瘤		进展期腺瘤		伴中重度异型增生的其他病变		早期癌		中晚期癌		合计	
	任务数	随访数	任务数	随访数	任务数	随访数	任务数	随访数	任务数	随访数	任务数	随访数	任务数	随访数
合计														

填表日期：年月日

说明：1.任务数为本年度之前查出的未治疗的患者数；
2.随访数为已治疗的患者。

年度结直肠癌早诊早治项目经费落实及使用情况

项目点	经费下拨 (是/否)	下拨次数	下拨时间 (月份)	下拨金额 (万元)	已使用金额 (万元)	当地配套额 (万元)	备注
合计	---		---			—	---

年度结直肠癌早诊早治项目点能力建设情况

省份	项目点	级别*	事项**	时间	地点	参加人数	备注

*别包括：国家级、省级和其他

**包括参加国家级及省级技术培训情况，接受上级专家技术指导及督导情况，兄弟单位技术交流情况等

项目点报表负责人（签字）：电话：电子邮箱：省报表负责人（签字）：电话：电子邮箱：

