

食管癌 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/301/2021\\_2022\\_\\_E9\\_A3\\_9F\\_E7\\_AE\\_A1\\_E7\\_99\\_8C\\_c22\\_301843.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E9_A3_9F_E7_AE_A1_E7_99_8C_c22_301843.htm) 名称食管癌所属科室消化内科病因食管癌是世界一些国家和地区常见的恶性肿瘤。世界卫生组织公布的统计资料显示，食管癌的死亡率以中国为最高，男性食管癌为恶性肿瘤死亡的第二位，仅次于胃癌。女性食管癌则为第三位，仅次于胃癌和宫颈癌。我国的发病地区差异性很大，以河南、河北、山西三省交界的太行山区，以河南省林县、河北省磁县和山西省阳城县为代表的发病率最高。江苏的北部等地区发病率较高，河南省林县35~64岁男性食管癌的发病率是目前世界上高发区之一。国外食管癌的高发区分布于中亚一带、非洲、法国北部和中南美。食管癌高发区的饮水、粮食和蔬菜中的锰、钼、铁、氯、锌、钠、硒、磷、碘的含量偏低，粮食中亚硝胺的含量较高，真菌污染较多，某些真菌能够促进亚硝胺的形成。吸入烈性烟草、慢性刺激、炎症与创伤，如过硬的食物，食物过热，进食过快，长期饮烈性酒，口腔不洁或龋齿，食物中缺乏维生素A、B、C，或食物中缺少蛋白质、新鲜蔬菜和水果，以及遗传因素等均可能与食管癌的发生有关。总之食管癌的病因很多，有待继续深入研究。

### 病理一、临床病理分期及分型

#### 1.临床病理分期

食管癌的临床病理，对治疗方案的选择及治疗效果的评定有重要意义。1976年全国食管癌工作会议制订的临床病理分期标准如表18-7。

分期	分期	病变长度	病变范围	转移情况
0	不规定	限于粘膜层		无转移
1	gt.5cm	侵透肌层或外层	局部淋巴结转移	4 > 5cm 有明显外侵 远处淋巴结或器官转移

#### 2.病理形态分型

(1)早期食管

癌的病理形态分型：早期食管癌按其形态可分为隐伏型、糜烂型、斑块型和乳头型。(2)中、晚期食管癌的病理形态分型：可分为髓质型、蕈伞型、溃疡型、狭窄型、腔内型和未定型。其中髓质型开发程度最高。少数中、晚期食管癌不能为归入上述各型者，称为未定型。

### 3.组织学分型

(1)鳞状细胞癌：最多见。(2)腺癌：较少见，又可分为单纯腺癌、腺鳞癌、粘液表皮样癌和腺样囊性癌。(3)未分化癌：较少见，但恶性程度高。食管上、中段癌肿绝大多数为鳞状细胞癌，食管下段癌肿则多为腺癌。

## 二、食管癌的扩散和转移方式

### 1.食管壁内扩散

食管癌旁上皮的底层细胞癌变或成原位癌，是癌瘤的表面扩散方式之一。癌细胞还常沿食管固有膜下层的淋巴管浸润。

### 2.直接浸润邻近器官

食管上段癌可侵入喉部、气管及颈部软组织，甚至侵入支气管，形成支气管-食管瘘；也可侵入胸导管、奇静脉、肺门及肺组织，部分可侵入主动脉而形成食管-主动脉瘘，引起大出血而致远。下段食管癌常可累及贲门及心包。

### 3.淋巴转移

比较常见，约占病例的2/3。中段食管癌常转移至食管旁或肺门淋巴结，也可转移至颈部、贲门四周及胃左动脉旁淋巴结。下段食管癌常可转移至食管旁、贲门旁、胃左动脉旁及腹腔等淋巴结，偶可至上纵隔及颈部淋巴结。淋巴转移部位依次为纵隔、腹部、气管及支气管旁、肺门及支气管旁。

### 4.血行转移

多见于晚期患者。最常见转移至肝(约占1/4)与肺(约占1/5)，其它脏器依次为骨、肾、肾上腺、胸膜、网膜、胰腺、心、肺、甲状腺和脑等。

## 临床表现

### 一、食管癌的早期症状

1.咽下梗噎感 最多见，可自选消失和复发，不影响进食。常在病人情绪波动时发生，故易被误认为功能性症状。

2.胸骨后和剑突下疼痛 较多见。咽

下食物时有胸骨后或剑突下痛，其性质可呈烧灼样、针刺样或牵拉样，以咽下粗糙、灼热或有刺激性食物为著。初时呈间歇性，当癌肿侵及四周组织或有穿透时，就可有剧烈而持续的疼痛。疼痛部位常不完全与食管内病变部位一致。疼痛多可被解痉剂暂时缓解。

3.食物滞留感染和异物感 咽下食物或饮水时，有食物下行缓慢并滞留的感觉，以及胸骨后紧缩感或食物粘附于食管壁等感觉，食毕消失。症状发生的部位多与食管内病变部位一致。

4.咽喉部干燥和紧缩感 咽下干燥粗糙食物尤为明显，此症状的发生也常与病人的情绪波动有关。

5.其他症状 少数病人可有胸骨后闷胀不适、前痛和气等

症状。

## 二、食管癌的后期症状

1.咽下困难 进行性咽下困难是绝大多数患者就诊时的主要症状，但却是本病的较晚期表现。因为食管壁富有弹性和扩张能力，只有当约2/3的食管周径被癌肿浸润时，才出现咽下困难。因此，在上述早期症状出现后，在数月内病情逐渐加重，由不能咽下固体食物发展至液体食物亦不能咽下。如癌肿伴有食管壁炎症、水肿、痉挛等，可加重咽下困难。阻塞感的位置往往符合手癌肿部位。

2.食物反应 常在咽下困难加重时出现，反流量不大，内含食物与粘液，也可含血液与脓液。

3.其他症状 当癌肿压迫喉返神经可致声音嘶哑；侵犯膈神经可引起呃逆或膈神经麻痹；压迫气管或支气管可出现气急和干咳；侵蚀主动脉则可产生致命性出血。并发食管-气管或食管-支气管瘘或癌肿位于食管上段时，吞咽液体时常可产生颈交感神经麻痹征群。

## 三、体征

早期体征要缺如。晚期则可出现消瘦、贫血、营养不良、失水或恶病质等体征。当癌肿转移时，可触及肿大而坚硬的浅表淋巴结，或肿大而有结节的肝脏。

## 四、临床分期 1987

年国际抗癌联盟(UICC)对食管癌的TNM分期作了修订。1.原发性肿瘤(T)分期 Tx 原发性肿瘤不能评估；To 原发性肿瘤大小、部位不详；Tis 原位癌；T1 肿瘤浸润食管粘膜层或粘膜下层；T2 肿瘤浸润食管肌层；T3 肿瘤浸润食管外膜；T4 肿瘤侵犯食管邻近结构(器官)。2.区域淋巴结(N)分期 Nx 区域淋巴结不能评估；No 区域淋巴结无转移；N1 区域淋巴结有转移。3.远处转移(M)分期 Mx 远处转移情况不详；Mo 无远处转移；M1 有远处转移。4.TNM分期。辅助检查一、食管脱落细胞学检查 此种检查方法简便、安全，病人痛苦小，大多数病人均能耐受，是诊断食管癌并确定其组织分类和分化程度的重要方法，阳性率可达90%以上，对早期食管癌的诊断和普查尤为实用，但对食管癌有出血及出血倾向者，或伴有食管静脉曲张者，应禁忌做食管位网细胞学检查；对X线片示食管有深溃疡或合并高血压、心脏及晚期妊娠者应慎行。鳞癌细胞的诊断指标是核增大明显，核直径大于细胞直径的1/3，核染色质增多，成明显的粗颗粒状，分布不均，大小不一。二、X线食管钡餐检查 是诊断食管癌并确定病变部位、病变范围和侵犯程度的主要手段，确诊率在80%以上。吞钡后进行食管X线气钡双重造影，将有利于观察食管粘膜的形态、食管舒张度改变及癌瘤形态的观察。食管癌的X线表现有食管粘膜增粗、中断、紊乱以至消失；龛影形成；管腔狭窄及充盈缺损，狭窄上下段食管可有不同程度的扩张；管腔僵硬，蠕动减弱以至消失；软组织肿块致密阴影；钡剂流速减慢或排空障碍等。三、食管镜检查 早期诊断阳性率可达95%以上，可在直视下观察肿瘤大小、形态和部位，同时可以病变部位配合刷片和活检。食管镜检查与脱落细

胞学检查相结合是食管癌理想的诊断方法。内镜检查特征：早期食管癌主要是粘膜局限性充血肿胀，病变处粘膜糜烂，粗糙不平，颜色变深，边界不清楚，触之易出血，有散在小溃疡，表面附有黄白色或灰白色坏死组织，病变处粘膜有类似白斑样改变。进展期食管癌病灶直径一般在3cm以上，在镜下可分为肿块型、溃疡型和狭窄型等。

#### 四、CT检查

可以清楚显示食管与邻近器官的关系，可观察测量食管壁的厚度，肿瘤的大小，外侵程度及淋巴结转移情况。肿瘤外侵在CT扫描上表现为食管与邻近器官间的脂肪层消失，器官间分界不清。CT不能诊断正常大小转移淋巴结，难以诊断食管四周淋巴结，因此CT对淋巴结转移的诊断价值有限。由于食管粘膜不能在CT扫描中显示，故不能发现早期食管癌。

#### 诊断要点

：一、**吞咽困难** 主要特征为持续性、进行性吞咽困难。初起时仅感食物通过时有不适感或阻塞感，历数月后逐渐发展为食物通过受阻，起始时不能吞咽固体食物，以后仅能进流质，最后甚至完全不能进食或呈现进食后梗阻性呕吐。患者呈现的阻塞感位置一般均符合于癌肿产生的部位。

二、**胸骨后疼痛** 胸骨后疼痛或胸部不适亦为常见症状，有时疼痛可放射至背部或咽喉部，这是由于癌肿侵犯至食管壁外，疼痛严重者，说明癌已侵及或压迫胸膜、神经。

三、**反流** 食管反流的发生常在咽下困难加重时出现，如癌肿位置较高，则食物可反流至咽喉部。

四、**癌肿侵及喉返神经**时，可出现程度不等的声音嘶哑；侵及膈神经，可呈现呃逆或膈肌麻痹；癌肿增大至压迫气管，可出现气急、干咳；侵蚀主动脉，可出现大出血；并发食管气管或食管支气管瘘时，当吞咽液体或进食时常可发生呛咳及呼吸窘迫。

五、**晚期**可见严重脱水、体重

减轻、贫血等恶液质的表现。辅助检查：1、食管钡餐X线透视或摄片 早期仅可见病变局部蠕动波改变、粘膜纹增粗，并可能出现小溃疡；待以后病变明显时可见局部粘膜皱襞消失、中断、破坏，腔内充盈缺损或不规则狭窄，食管壁僵硬，蠕动消失，钡剂通过障碍。2、食管镜检查 能明确诊断，可直接观察到癌肿侵犯食管的情况及生长类型（菜花型、溃疡型、浸润型），而且还可钳取肿瘤组织作病理检查，以明确癌肿的性质和分极，提供预后与治疗上的参考。鉴别诊断一、食管贲门失弛缓症患者多见于年轻女性，病程长，症状时轻时重。食管钡餐检查可见食管下端呈光滑的漏斗型狭窄，应用解痉剂时可使之扩张。二、食管良性狭窄 可由误吞腐蚀剂、食管灼伤、异物损伤、慢性溃疡等引起的瘢痕所致。病程较长，咽下困难发展至一定程度即不再加重。经具体询问病史和X线钡餐检查可以鉴别。三、食管良性肿瘤 主要为少见的平滑肌瘤，病程较长，咽下困难多为间歇性。X线钡餐检查可显示食管有圆形、卵圆形或分叶状的充盈缺损，边缘整洁，四周粘膜纹正常。四、癔球症 多见于青年女性，时有咽部球样异物感，进食时消失，常由精神因素诱发。本病实际上并无器质性食管病变，亦不难与食管癌鉴别。五、缺铁性假膜性食管炎 多为女性，除咽下困难外，尚可有小细胞低色素性贫血、舌炎、胃酸缺乏和反甲等表现。六、食管四周器官病变 如纵隔肿瘤、主动脉瘤、甲状腺肿大、心脏增大等。除纵隔肿瘤侵入食管外，X线钡餐检查可显示食管有光滑的压迹，粘膜纹正常。治疗一、手术治疗 为最积极的有效治疗方法，应尽可能争取早期诊断、早期手术。食管癌的部位越低，手术切除率越高，疗效亦越佳。二、放射治疗 对鳞状

上皮细胞性食管癌有一定的疗效，适用于食管上、中段癌。对手术有困难或禁忌的患者，可作术前放射治疗以提高手术切除率及减少手术过程中肿瘤扩散的机会。一般采用深度X线或<sup>60</sup>Co体外照射、直线加速器治疗。三、抗癌中药治疗可作为综合治疗的措施之一，适用于一些不适合手术和放、化疗或手术后复发的患者。河北傅山中医肿瘤医院运用高科技成果开发研制的细胞分子调节剂抑癌中药傅山神系列制剂（水丸、胶囊、口服液等）和抑癌针剂，打破了毒癌、杀癌、抗癌的传统思维定势，药物本身毫无毒性，也不对癌瘤产生直接的正面刺激，它是细胞基因疗法在临床上的应用。其抗癌原理是：抑制癌瘤新生血管网的形成，阻断癌细胞的营养供给，切断癌细胞的新陈代谢渠道，造成癌瘤得不到营养来源而逐渐枯萎，废物不能排出而逐渐变性坏死，而且不伤害正常细胞。在增强机体自身的免疫功能，促进机体抗癌免疫监护系统的再生，激活各类杀癌细胞的同时，调节细胞周期引擎分子和细胞动力，使失控的癌细胞恢复正常的周期节律，让癌细胞发生逆转。该药配合放、化疗，可明显减轻放、化疗的毒副作用，提高白血球的数量。即使已失去手术、放化疗机会的晚期患者，也可控制转移、减除癌痛、改善证候、提高生存质量、延长带癌生存期。预防及预后一、改变不良饮食习惯，不吃霉变食物，少吃或不吃酸菜。二、改良水质，减少饮水中亚硝酸盐含量。三、推广微量元素肥料，纠正土壤缺钼等微量元素状况。四、应用中西药物和维生素B<sub>2</sub>治疗食管上皮增生，以阻断癌变过程。积极治疗食管炎、食管白斑、贲门失弛缓症、食管憩室等与食管癌发生相关的疾病。五、易感人群监视，普及防癌知识，提高防癌意识。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问  
[www.100test.com](http://www.100test.com)