

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_ti2020/305/2021_2022__E9_A3_9F_E7_AE_A1_E7_99_8C_c22_305230.htm 名称食管癌所属科室心胸外科病因食管癌的确切病因不明。显然，环境和某些致癌物质是重要的致病因素。（一）亚硝胺类化合物和真菌毒素 现已知有近30种亚硝胺能诱发动动物肿瘤。国内也已成功地应用甲苳亚硝胺、肌胺酸乙酯亚硝胺、甲戊、亚硝胺和二乙基亚胡胺等诱发大鼠的食管癌。我国调查发现，在高发区的粮食和饮水中，硝酸盐、亚硝酸盐和二级胺含量显著增高，且和地食管癌和食管上皮重度增生的患病率呈正相关这些物质在胃内易合成致癌物质亚硝胺。（二）食管损伤、食管疾病以及食物的刺激作用 食管损伤及某些食管疾病可以促发食管癌。在腐蚀性食管灼伤和狭窄、食管贲门失弛缓症、食管憩室或反流性食管炎患者中，食管癌的发病率较一般人群为高。据推测乃是由于食管内滞留而致长期的慢性炎症、溃疡，或慢性刺激，进而食管上皮增生，最后导致癌变。流行病学调查发现，食管癌高发地区的居民有进食很烫的饮食、饮烈酒、吃大量胡椒、咀嚼槟榔或烟丝的习惯，这些食管粘膜的慢性理化刺激，均可引起局部上皮细胞增生。动物实验证实，弥漫性或局灶性上皮增生可能是食管癌的癌前期病变。（三）营养不良和微量元素缺乏 摄入动物蛋白不足和维生素A、B2、C缺乏，是食管癌高区居民饮食的共同特点。但大多营养不良的高发地区，食管癌并不高发，故这不可能是一个主导因素。（四）遗传因素 食管癌的发病常表现家庭性聚集现象。在我国山西、山东、河南等省的调查发现，有阳性家族史者约占1/4~1/2。在高发区内有阳性家族史的比例高，其

中父系最高，母系次之，旁系最低。病理食管癌的病变部位，我国各地报告不一，但均以中段最多（52.69%~63.33%），下段次之（24.95%~38.92%），上段最少（2.80%~14.0%）。在我院622例中，中段者占68.90%，下段者占26.40%，上段者占4.70%。

（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	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	< 3cm	侵入粘膜下层	无转移
2	3~5cm	侵入部分肌层	无转移
3	> 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、缩窄型、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。癌细胞还常没食管固有膜功粘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

脉痿，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食管癌肿部位。

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.原发肿瘤(T)分期 Tx 原发肿瘤不能评估；To 原发肿瘤大小、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) X线钡餐检查 食管X线钡餐检查可显示钡剂在癌肿点停滞，病变段钡流细窄；食管壁僵硬，蠕动减弱，粘膜纹变粗而紊乱，边缘毛糙；食管腔狭窄而不规则，梗阻上段轻度扩张，并可有溃疡壁龛及充盈缺损等改变。常规X线钡餐检查常不易发现浅表和小癌肿。应用甲基纤维素钠(sodium methyl cellulose)和钡剂作双重对比造影，可更清楚地显示食管粘膜，提高

食管癌的发现率。（二）纤维食管胃镜检查可直接观察癌肿的形态，并可在直视下作活组织病理学检查，以确定诊断。

（三）食管粘膜脱落细胞学检查应用线网气囊双腔管细胞采集器吞入食管内，通过病变段后充气膨胀气囊，然后缓缓将气囊拉出。取网套擦取涂片作细胞学检查，阳性率可达90%以上，常以发现一些早期病倒，为食管癌大规模普查的重要方法。（四）食管CT扫描检查CT扫描可以清楚显示食管与邻近纵隔器官的关系。正常食管与邻近器官分界清楚，食管壁厚度不超过5mm，如食管壁厚度增加，与四周器官分界模糊，则表示食管病变存在。（五）其他检查方法应用甲苯胺蓝或碘体内染色内镜检查法对食管癌的早期诊断有一定的价值。此法具有简便易行，定位和确定癌肿范围准确等优点。诊断对任何可疑病例都应做食管吞钡x线检查，早期食管癌x线征象有局限性粘膜皱襞增粗和断裂。局限性食管壁僵硬。局限性小的充盈缺损。小龛影。晚期多为充盈缺损，管腔狭窄或梗阻。对高度怀疑又未能明确者，应行食管镜检并活组织检查。食管拉网脱落细胞学检查及放射性同位素³²P，有助于癌的早期诊断。鉴别诊断本病应与下列疾病鉴别：（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。治疗正常食管上皮细胞的增生周期在人体消化道中是最长的。食管基底细胞由重度增生到癌变的过程大约需要1~2年的时间；早期食管癌（细胞学检查发现癌细胞，而X线食管粘膜造影正常或仅有轻度病变）变成晚期浸润癌，通常需要2~3年，甚至更长时间；个别病例甚至可达6年以上。因此，食管癌的早期治疗效果良好。即使是晚期病倒，若治疗得当，也可向好的方面转化。一般对较早期病变宜采用手术治疗；对较晚期病变，且位于中、上段而年轻较高或有手术禁忌证者，则以放射治疗为佳。（一）手术治疗 外科手术是治疗食管癌的首选方法。下段癌肿手术切除率在90%，中段癌在50%，上段癌手术切除率平均在56.3%~92.9%。手术的禁忌症为临床x线等检查证实食管病变广泛并累及邻近器官，如气管、肺、纵隔、主动脉等。有严重心肺或肝肾功能不全或恶病质不能耐受手术者。除上述情况外，一经确诊，身体条件答应即应采取手术治疗。另外，根据病情可分姑息手术和根治手术两种。姑息手术主要对晚期不能根治或放疗后的病人，为解决进食困难而采用食管胃转流术、胃造瘘术、食管腔内置管术等。根治性手术根据病变部位和病人具体情况而定。

原则上应切除食管大部分，食管切除范围至少应距肿瘤5cm以上。（二）放射治疗食管癌放射治疗包括根治性和姑息性两大类。颈段和上胸段食管癌手术的创伤大，并发症发生率高，而放疗损伤小，疗效优于手术，应以放疗为首选。凡患者全身状况尚可、能进半流质或顺利进流质饮食、胸段食管癌而无锁骨上淋巴结转移及远处转移、无气管侵犯、无食管穿孔和出血征象、病灶长度 $<7\sim 8\text{cm}$ 而无内科禁忌证者，均可作根治性放疗。其他病人则可进行旨在缓解食管梗阻、改善进食困难、减轻疼痛、提高患者生存质量和延长患者生存期的姑息性放疗。（三）药物治疗1.化学药物治疗 食管癌的细胞增生周期约7天，较正常食管上皮细胞周期稍长。理论计算其倍增时间约10天，故其增生细胞较少，而非增生细胞较多。因此目前虽应用于本病的化学药物较多，但确有疗效者不多。最常用的药物有博来霉素（BLM）、丝裂霉素C（MMC）、阿霉素（ADM）、5-氟尿嘧啶（5-Fu）、甲氨喋呤（MTX）、环己亚硝脲（CCNU）、丙咪胍（MGAG）、长春花碱酰胺（VDS）、鬼臼乙叉甙（VP-16），以及顺氯氨铂（DDP），单一药物化疗的缓解率在15%~20%，缓解期为1~4个月。联合化疗多数采用以DDP和BLM为主的联合化疗方案，有效率多数超过30%，缓解期6个月左右。联合化疗不仅用于中晚期食管癌，也用于与手术和放疗的综合治疗。目前临床上常用联合化疗方案有DDP-BLM、BLM-ADM、DDP-VDS-BML以及DDP-ADM-5-Fu等。临床观察，DDP、5-Fu和BLM等化疗药物具有放射增敏作用，近10年来将此类化疗药物作为增敏剂与放疗联合应用治疗食管癌，并取得了令人鼓舞的疗效。2.中药治疗 目前多采用主方加辨证施治

，扶正与活血去瘀相结合的方法。我国华北地区应用冬凌草和冬凌草素，实验证实对人体食管鳞癌细胞CaEs-17株有明显细胞毒作用，对多种动物移植性肿瘤有作用。临床应用也证实有一定疗效。预防及预后1.改变不良饮食习惯，不吃霉变食物，少吃或不吃酸菜。2.改良水质，减少饮水中亚硝酸盐含量。3.推广微量元素肥料，纠正土壤缺钼等微量元素状况。4.应用中西药物和维生素B2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。5.易感人群监视，普及防癌知识，提高防癌意识。【预后】食管癌患者的预后总的来说是鳞状细胞癌好于腺癌；缩窄型、蕈伞型好于溃疡型、髓质型。早期食管癌无转移外侵者5年生存率60%，已外侵转移或中段食管癌5年生存率小于25%，平均5年生存率18.1%~40.8%，但国外报道食管癌预后甚劣，5年存活率不到5%。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