

09年临床执业医师辅导：食管癌鉴别诊断临床执业医师考试
PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/645/2021_2022_09_E5_B9_B4_E4_B8_B4_E5_BA_c22_645122.htm

早期食管癌无典型症状时，需要与食管炎（尤其是反流性食管炎）、食管憩室和食管静脉曲张相鉴别。当出现咽下困难时，需要与食管良性肿瘤、贲门失弛症相鉴别。1.反流性食管炎 2.食管胃底静脉曲张

（1）概述：系门静脉系的胃冠状静脉和腔静脉系的食管静脉、肋间静脉、奇静脉等相沟通，经常出现在门静脉系统阻力增加和门静脉血流增多产生门静脉高压时，是肝硬化的常见并发症。

（2）临床表现：多数有肝病史，常有脾大、腹水。上腹部饱胀不适，恶心、呕吐，还可以有呕血症状。

（3）诊断：食管吞钡X线检查可见虫蚀样或蚯蚓状充盈缺损，纵行黏膜皱襞增宽，胃底静脉曲张时可见菊花样充盈缺损。

3.食管憩室（1）概述：食管壁的一层或全层局限性膨出，形成与食管腔相通的囊袋，称为食管憩室。可分为：牵引型

：大多发生在气管分叉附近，多因该处淋巴结炎症或淋巴结结核感染后与附近的食管壁发生粘连及瘢痕收缩所致。因系食管全层向外牵拉，故称真性憩室。膨出型：则多因食管

内外有压力差，食管黏膜经肌层的薄弱点疝出而成，多发生于咽部和膈上5~10cm处。因只有黏膜膨出，故称假性憩室。

（2）临床表现：早期常无症状。若发生炎症水肿时，可有咽下哽噎感或胸骨后、背部疼痛感。当憩室增大，可在吞咽时有咕噜声。若憩室内有食物潴留，可引起颈部压迫感。淤积的食物分解腐败后可发生恶臭味，并致黏膜炎症水肿，引起咽下困难或食物反流。体检有时颈部可扪到质软肿块，压迫

时有咕噜声。巨大憩室可压迫喉返神经而出现声音嘶哑。如反流食物吸入肺内，可并发肺部感染。（3）诊断：主要依靠食管吞钡X线检查，可显示憩室囊、憩室颈的部位、大小、连接部位，及其位置方向。有时应做食管镜检查排除癌变。

4.贲门失弛缓症（1）概述：贲门失弛缓症是指吞咽时食管体部无蠕动，贲门括约肌松弛不良。多见于20~50岁，女性稍多。病因至今未明。（2）临床表现：主要症状是咽下困难、胸骨后沉重感或阻塞感，病程较长，症状时轻时重，发作常与精神因素有关。热食较冷食易于通过，有时咽固体食物因可形成一定压力，反而可以通过。初为间歇发作，随着疾病进展，以后呈持续性进食困难。食管扩大明显时，可容纳大量液体及食物。在夜间可发生气管误吸，并发肺炎。

（3）诊断：食管吞钡造影的典型特征是食管蠕动消失，食管下端及贲门部呈漏斗状或鸟嘴状，边缘整齐光滑，上端食管明显扩张，可有液面，钡剂不能通过贲门。吸入亚硝酸异戊酯或口服、舌下含服硝酸异山梨酯5~10mg可以使贲门弛缓，受阻钡剂通过。纤维食管镜检查亦可以确诊，并可以排除癌肿。

5.食管良性肿瘤（1）概述；食管良性肿瘤较少见，按组织发生来源可分为：腔内型包括息肉及乳头状瘤。黏膜下型有血管瘤及颗粒细胞成肌细胞瘤。壁内型肿瘤发生于食管肌层，最常见的是食管平滑肌瘤，约占食管良性肿瘤的3/4。（2）症状和体征：主要取决于肿瘤的解剖部位和体积大小，较大的肿瘤可以不同程度地堵塞食管腔，出现咽下困难、呕吐和消瘦等症状；部分患者可以有吸入性肺炎、胸骨后压迫感或疼痛感；血管瘤患者可发生出血。（3）诊断：不论有无症状，均需经X线检查和内镜检查，发病最多的食管

平滑肌瘤因发生于肌层，故黏膜完整。肿瘤大小不一，呈椭圆形、生姜形或螺旋形。食管X线吞钡检查可出现"半月状"压迹。食管镜检查可见肿瘤表面黏膜光滑、正常。这时，切勿进行食管黏膜活检致使黏膜破坏。更多信息请访问：百考试题医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师加入收藏 食管癌的诊断 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