

常见疾病的诊治

主编 陈立艳



CHANGJIANJIBING DE ZHENZHI

Changjianjibing De Zhenzhi

Changjianjibing De Zhenzhi

Changjianjibing De Zhenzhi

(下册)

黑龙江科学技术出版社

常见疾病的诊治

(下)

主 编 陈立艳

黑龙江科学技术出版社
中国·哈尔滨

图书在版编目(CIP)数据

常见疾病的诊治(上、下册)/陈立艳主编. —哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,2007.4

ISBN 978 - 7 - 5388 - 5368 - 1

I. 常… II. 陈… III. 常见病 - 诊疗 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 048825 号

责任编辑 车承棣

封面设计 洪 冰

常见疾病的诊治

CHANGJIAN JIBING DE ZHENZHI

主编:陈立艳

出 版 黑龙江科学技术出版社

(150001 哈尔滨市南岗区建设街 41 号)

电话(0451)53642106 电传 53642143(发行部)

印 刷 哈尔滨市龙林印刷厂

发 行 黑龙江科学技术出版社

开 本 787 × 1092 1/16

印 张 35.625

字 数 820 000

版 次 2007 年 5 月第 1 版 · 2007 年 5 月第 1 次印刷

印 数 1 - 1000

书 号 ISBN 978 - 7 - 5388 - 5368 - 1/R · 1337

定 价 60.00 元(上、下册)

《常见疾病的诊治》

编委会名单

主 编	陈立艳	李 伟	宋建国	王冰梅
副 主 编	于仲青	张全胜	李淑艳	张志贤
	吕丽波			
编写人员	陈立艳	李 伟	宋建国	王冰梅
	于仲青	张全胜	李淑艳	张志贤
	吕丽波	刘 涛	王新贵	谷瑞华
	刘 莉	李 冬	许 强	梁 桃

前 言

在临床科室中,内科、外科(特别是创伤)、神经内科、内分泌、妇、儿等科的急危重症很多。某些危重症,如心脏骤停、休克、昏迷、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、多器官功能衰竭、败血症、多发性创伤的发病机制、病理生理或紧急处理至今尚有不少问题有待解决。临床实践证明,中西医结合对常见病、多发病的治疗取得了优于单纯中医或西医的效果。因此,为发挥我国中西医结合的优势,为满足医疗及护理的需要,规范医疗服务,方便临床应用,我们编写了本书,以供查询。

本书下册共分十六章,共计 58 万余字。由哈尔滨医科大学第一临床医学院陈立艳、梁桃;尚志市人民医院李伟;黑龙江省建三江农垦分局中心医院宋建国;黑龙江中医药大学附属第一医院王冰梅;黑龙江省医院于仲青;伊春市伊春区岳氏口腔门诊张全胜;呼兰区中医院李淑艳;七台河精煤集团公司医疗中心总医院张志贤;哈尔滨市胸科医院吕丽波;哈尔滨市第一医院刘涛;尚志市黑龙宫镇卫生院王新贵;鹤岗市工农区谷瑞华个体诊所谷瑞华;黑龙江省妇幼保健院刘莉;黑龙江省双鸭山市饶河县镇卫生院李冬;黑龙江省双鸭山市饶河县妇幼保健站许强等人编写,每人编写详细内容见各章。

由于时间仓促,编者水平有限,经验不足,定有许多不足之处,恳请指教。

编者

2007 年 1 月

目 录

第一章 食管疾病	1
第二章 肠道疾病	16
第三章 肾功能衰竭	57
第四章 水与电解质平衡	73
第五章 癫痫	83
第六章 心肺脑复苏	98
第七章 妇科急腹症	111
第八章 妊期及产程中常见疾病	115
第九章 小儿常见病症	125
第十章 诊法述要	143
第十一章 中医各论	160
第十二章 颅脑和脊髓疾病	180
第十三章 颅脑外伤	205
第十四章 口腔正畸	226
第十五章 呼吸系统疾病	249
第十六章 代谢疾病	265

第一章 食管疾病

第一节 食管异物

食管异物(foreignbodiesofesophagus)是指异物滞留或嵌顿于食管腔内而言,异物不能呕出也不能排入胃内。如果异物经食管排入胃内则称为胃内异物,某些小而较光滑的异物可在食管的蠕动作用下进入胃内,并经幽门排入肠道,最后随粪便排出体外。多数异物易滞留或嵌顿在食管的三个生理性狭窄处,其中最多见的是异物停留在第一或第二狭窄部。食管的第二生理狭窄部口毗邻心脏及主动脉弓等大血管,如尖锐异物刺穿食管全层并刺入大血管内,则会给治疗带来极大困难,甚至威胁患者的生命。

一、病因

食管异物多数是误吞或故意吞入异物所致。误吞则多见于进食带骨刺的食物及幼儿、儿童不慎吞入异物;故意吞入异物常见于精神病患者、犯人及企图自杀者。吞入的异物可多种多样,一般可归纳为以下三类:

(1)长条状异物常见的有断牙刷、断筷子、铁丝小铁杆、断铅笔、体温表等。

(2)不规则异物常见的有义齿(活动假牙)、钥匙、戒指、耳环、钮扣、小发卡等,少见的有食管支架内食团的堵塞等。

(3)尖锐状异物多见的有动物骨头、骨刺、缝衣针、断刀片、断钢锯条、碎玻璃片、瓷片、铁钉、牙签等。

二、病理生理

食管异物多数嵌顿于食管第一或第二生理性狭窄部,如果异物较钝,且仅仅嵌顿于食管腔内,在早期对食管黏膜的损伤一般较轻,如异物未能及时取出,则随着时间的推移,被异物嵌顿处的食管黏膜可发生充血、糜烂,甚至溃疡形成。如果是尖锐性异物,如骨刺、假牙的角钩等则不仅是嵌顿于黏膜表面。还有能刺入黏膜内,甚至刺穿食管壁全层(食管黏膜下很薄弱),并有可能刺入主动脉弓或升主动脉等大血管内。如果不能及时取出刺入食管黏膜的异物,则更容易导致刺入部位的黏膜发生充血、水肿、糜烂及溃疡形成;而此时如硬性将异物取出时,常可发生食管穿孔。并进一步引起纵膈、胸腔感染,导致皮下气肿、纵膈炎、胸腔积液、积气甚至食管大出血等表现。患者可发生休克。硬性将刺入大血管的异物取出时,还可发生严重的大出血,这种呈喷射状的大出血常无有效的治疗措施,患者极易死亡。

三、诊断

1. 临床表现

(1)症状。食管异物的症状轻重因异物种类或嵌顿、刺入黏膜内的程度、范围而定,一般有:积极寻找原发病,治疗上无疑应针对原发病治疗。若患者临床表现脾脏肿大伴有一种或多种血细胞减少,而骨髓造血细胞呈增生表现,则可称之为脾功能亢进(hypersplenism)。当

脾功能显著亢进,而治疗其原发病疗效又不明显,且原发病允许时,可行脾切除术;但应从严掌握脾切除的适应证:①脾肿大显著,有压迫症状。②严重溶血性贫血。③粒细胞严重降低且常发生感染。④血小板显著减少,或伴有出血表现;当脾脏切除后,血小板、粒细胞及红细胞可恢复或接近正常。

由于脾切除后可发生下列并发症:①血栓形成。②易发生血原性感染(脾脏是保护性血液过滤器官)。③继发性血小板增多症。因此,遇老年或长期卧床及幼年患者发生脾亢时,是否行脾切除术应慎重选择。

四、治疗

对食管异物应及时诊断尽早治疗,以避免发生食管穿孔、食管出血或大血管损伤等大出血。

在内窥镜应用于临床之前,食管异物的传统治疗方法是由五官科医师在咽喉部局麻下将硬管食管镜插入食管内,在直视下用异物钳等将食管异物取出。至目前为止,这一方法仍在临床上继续使用。但自从胃镜问世以来,较小、较钝及部分骨刺、假牙等食管及胃内异物均可在内镜直视下,采用圈套器、异物钳等器械取出。对于较大且锐利的异物或已穿破食管全层,甚至已穿入邻近食管的大血管内的异物,不能盲目经内镜下取出,尤其是异物已滞留3天以上者,因异物周围黏膜已发生糜烂、溃疡,在异物取出后,有发生食管穿孔及大出血的可能性,这种出血常直接威胁到患者的生命,因此对于此类患者应由外科手术治疗为宜。对异物嵌顿或已穿破食管全层,时间又超过48~72h以上者,手术后的死亡率常较高,患者多死于纵膈、胸腔内严重感染,败血症以及失血性休克等。

第二节 食管-贲门黏膜撕裂综合征

食管-贲门黏膜撕裂综合征,是指因剧烈呕吐和其他致腹内压骤然升高等因素所造成胃的贲门和食管远端黏膜及黏膜下层的纵形撕裂。因本病于1929年由Mallory和Weiss首先发现,故又称为Mallory-Weiss综合征,约占上消化道出血的2%~14%。近年来,随着临床诊断水平的逐步提高,该病的国内外报道也逐渐增多,已成为上消化道出血的重要原因之一。本病的高峰年龄多在30~50岁,男性多于女性。该病变主要发生于食管-胃交界处和食管远端,裂口一般长0.3~0.4cm,多局限于黏膜和黏膜下层。

一、病因与发病机制

本病常与胃内压或腹内压升高有关。剧烈干呕和呕吐是引起胃内压升高的最主要原因,而酗酒、妊娠反应、分娩、用力排便、放置胃管和胃镜检查,以及食管炎、急性胃炎、食物中毒、尿毒症及酮症酸中毒等均可引起剧烈呕吐。有食管裂孔疝的患者更易发生贲门-食管黏膜撕裂,其他较少见的病因包括剧烈咳嗽、顽固性呃逆、腹部或胸部钝性损伤、负重过度、胸外心脏按压、呼吸困难、癫痫发作等。

二、病理

安静状态下有裂孔疝者,撕裂多位于贲门部;无裂孔疝者,撕裂多见于食管远端,仅在呕吐时产生一时性裂孔疝者,则撕裂多横跨于食管与胃交界处。撕裂多表现为黏膜和黏膜下层的纵行裂伤,撕裂一般为单发,少有3~4处裂伤者。

三、诊断

1. 典型病史及临床表现

常先有剧烈干呕和呕吐,继而出现呕血或黑便,有时可伴轻微腹痛,出血量大时可有失血性休克的表现。多数无明显阳性体征发现。

2. 胃镜检查

最好在发病 24h 内进行,可见活动性出血,撕裂处早期可见线状裂口有新鲜血液渗出 72 小时后病变常自行愈合,愈合后的撕裂处表现为具有红色边缘的灰白色线状瘢痕。但应注意,在穿透性损伤不能排除时,一般不宜进行内镜检查,除非是在紧急情况下或已作好内镜止血失败则行外科手术的准备。

3. 其他

可选用水溶液造影剂进行造影检查,但敏感性较低,且穿透不能排除时也不适宜。出血原因和部位不明时行选择性腹腔动脉造影有一定的价值,可发现出血部位并可同时进行治疗。腹部 CT、MRI 和核素扫描在诊断方面一般无明确的价值。

四、鉴别诊断

1. 消化性溃疡并出血

患者多有消化性溃疡的病史及规律性腹痛等症状,发病多在秋冬季节交替时;若无幽门梗阻,一般无明显的呕吐症状。部分患者可无明显的诱因及病史。内镜检查可明确诊断。

2. 胃癌并出血

多为老年患者,可有恶心、呕吐、腹痛、腹胀等症状,追溯病史可发现长期慢性失血,患者体质一般较差。内镜检查可明确诊断。

3. 肝硬化食管静脉曲张破裂出血

患者多有病毒性肝炎或血吸虫病等相关病史,可有慢性肝病面容、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张等表现。内镜检查可发现明显的食管静脉曲张。

4. 其他

引起上消化道出血的其他较常见的病因,如急性胃黏膜病变、血管畸形等,有时需详细地询问病史,并进行相应的影像学检查方可确诊。

五、治疗

食管-贲门黏膜撕裂综合征的治疗首先是控制出血,稳定病人生命体征,挽救患者的生命;其次应积极消除引起黏膜撕裂的各种诱因,如减轻剧烈呕吐、降低腹内压等。

1. 内科治疗

(1) 常规口服和静脉滴注止血药。如口服 6% ~ 8% 的去甲肾上腺素溶液或凝血酶,静滴奥美拉唑、止血敏或生长抑素(施他宁)及其类似物如善宁等。

(2) 内镜下止血。可通过内镜直接喷洒止血剂,如冰肾上腺素盐水、凝血酶或 Monsell 溶液;也可在胃镜直视下局部注射止血剂,如高渗盐水-肾上腺素溶液或 1% 乙氧硬化醇;或进行高频电凝、微波、热探头和激光照射治疗及采用止血夹等措施。

(3) 三腔二囊管压迫止血。尽管有学者认为此疗法对食管-贲门黏膜撕裂综合征出血无益,但仍有部分成功的报道,故可根据情况选用。

(4)动脉灌注药物。通过高选择性将导管插至肠系膜上动脉及胃左动脉后,灌注止血剂,如去甲肾上腺素、垂体后叶素或特利加压素或生长抑素,如施他宁、善宁等止血药物,常可收到满意的疗效。

2. 外科治疗

在保守治疗无效,出血不止的情况下,应积极手术治疗,结扎破裂血管,缝合撕裂的黏膜。

第三节 食管良性肿瘤

食管良性肿瘤(benign tumors of the esophagus)。较少见,约占全部食管肿瘤的5%~8%。主要有平滑肌瘤、鳞状细胞乳头状瘤、颗粒细胞瘤、纤维血管性息肉、血管瘤、淋巴管瘤、脂肪瘤及纤维瘤等,以平滑肌瘤最为常见。男性多于女性,一般为单发,少数可发生恶变。

一、病因及发病机制

食管良性肿瘤按组织起源的不同,可分为以下三型。

1. 上皮性起源

包括由鳞状上皮起源的乳头状瘤和囊肿,及由腺上皮起源的腺瘤和息肉。

2. 非上皮性起源

包括以下三种。

(1)肌瘤有平滑肌瘤、脂肪肌瘤及纤维肌瘤等,其中以平滑肌瘤为最多见。食管上段肌肉为横纹肌,中段为横纹肌与平滑肌,下段则全为平滑肌,因平滑肌瘤系来源与固有肌层,所以平滑肌瘤常发生于食管下段。

(2)血管起源的肿瘤。有毛细血管瘤和淋巴管瘤。

(3)起源于中胚叶及其他肿瘤。包括脂肪瘤、网织内皮瘤、神经纤维瘤及骨软骨瘤等。

3. 其他组织异位于食管

包括胃黏膜、胰腺、甲状腺、皮脂腺、色素母细胞发生的肿瘤及颗粒母细胞瘤等。

二、病理

不同组织来源的食管良性肿瘤的病理改变各有其特点。

1. 食管平滑肌瘤

食管平滑肌瘤是最常见的食管良性肿瘤,占食管全部良性肿瘤的50%~80%。主要来源于食管固有肌层,约74%的平滑肌瘤起源于内环行肌,其余的起源于黏膜下肌层及外纵行肌。

2. 食管息肉

食管息肉的发生率在食管良性肿瘤中居第2位,占全部食管良性肿瘤的1/4,息肉大小不一,组织内含有血管和纤维组织,亦可有疏松的黏液样纤维或致密的胶原纤维,偶见少许脂肪组织;食管息肉位于颈段食管者最为多见,约占78.4%。其余多位于中、下段食管;息肉表面被覆有正常黏膜,表面光滑,少数可出现糜烂;息肉与食管壁有蒂相连,因食管的蠕动蒂可逐渐被拉长,以至部分病例其息肉可以呕吐到口腔,这种息肉逆行上呕可引起喉梗阻而致

患者窒息恶亡的危险。

3. 食管囊肿

本病极罕见,食管先天性囊肿的内衬可能是鳞状、假复层柱状或是未分化的上皮细胞,此类“囊肿”可单发或多发,大小不一,多数囊内有较黏稠的液体,有时呈血性。食管真性囊肿(亦称后天性)系慢性食管炎症使食管壁腺管狭窄闭锁形成的潴留性囊肿,常在尸检时意外发现,囊肿体积较小,直径多在1~2cm之间,表面光滑,透明呈灰蓝色。

4. 食管乳头状瘤

亦罕见,其病理表现为疣状、结节状或菜花状无蒂肿物。

5. 食管血管瘤

常发生于食管中段,局部黏膜呈蕈状隆起或为分叶状,呈鲜红或紫蓝色。按组织结构可分为毛细血管瘤、海绵状血管瘤、混合型血管瘤、静脉血管瘤、淋巴管瘤、肉芽肿型血管瘤和血管球瘤。有恶变可能。

6. 食管异位组织

临床罕见,系某些器官的组织,如甲状腺、胃黏膜、皮脂腺或胰腺等异位地发生于食管所致。

三、诊断

1. 临床表现

本病常无明显症状,如肿瘤较大时,部分患者可有吞咽困难和胸骨后不适或疼痛,少数患者可有出血或感染。多数食管良性肿瘤是在X线钡餐或胃镜检查刚被发现的。

2. X线钡餐检查

钡剂通过食管时,良性肿瘤主要表现为圆形充盈缺损,边缘清晰,黏膜光滑,病变与食管正常部分截然分开,两者呈锐角或钝角,食管黏膜正常,病变处黏膜皱襞消失或仅余少数粗纹;钡剂到达肿瘤上缘时通过缓慢,少量存留的钡剂可勾画出病变的上下两极,表现出半圆形垂直于食管长轴的杯形征。在食管平滑肌瘤时,可见瘤体表面只有极薄层钡剂覆盖而出现瀑布或涂抹征,食管囊肿患者则可见囊肿内的液平,食管息肉患者其长蒂息肉亦可随吞咽或呼吸而上下移动。胸部X线平片有时可见食管区域的软组织阴影。

3. 内镜检查

对食管良性肿瘤常有确诊价值。食管平滑肌瘤内镜下表现为圆形、椭圆形或不规则形黏膜下肿物向腔内突起,瘤表面黏膜正常,肿瘤较大时食管腔呈偏心性狭窄,但管壁不僵硬。食管囊肿内镜下表现为灰蓝色透明的囊性突起,柔软且能被内镜压缩;食管血管瘤内镜下表现为黏膜下紫蓝色包块,质地柔软可塑,有时呈蚯蚓样屈曲,与食管静脉曲张不易区别;食管息肉通常伴有长蒂,内镜下易明确诊断。

4. 超声内镜检查

对食管良性肿瘤的诊断与鉴别意义重大,可显示直径0.5~6.5cm的黏膜下肿瘤,并对肿瘤的起源、发育形式、组织学特征及良恶性作出判断,对黏膜下病变与壁外压迫作出鉴别。超声内镜下食管良性肿瘤多表现为境界清晰的弱回声占位性病变,位于黏膜下层或固有肌层内,但脂肪瘤则表现为黏膜下层境界清晰的强回声肿块。

5. 病理检查

有确诊价值,但若内镜下强烈提示为血管瘤时应注意避免活检,以免发生大出血。

四、鉴别诊断

食管良性肿瘤的鉴别主要是明确其组织来源,X线及内镜直视下的表现可初步作出判断,病理检查对肿瘤的组织来源有确诊价值。超声内镜亦有助于鉴别食管良性肿瘤的性质,并可将其与食管壁外肿瘤压迫相鉴别。大的食管息肉或平滑肌瘤,当其表面有糜烂或溃疡形成时,需注意与食管癌相鉴别。

五、治疗

因小的良性肿瘤常无明显症状,故可不必治疗,但应定期随访;若恐有恶变之虞或症状明显的小良性肿瘤,可行高频电凝肿瘤摘除术,血管瘤可注入硬化剂或行套扎术。对于大的良性肿瘤,手术切除为首选的治疗方法。

1. 外科手术摘除

手术切口选择应根据肿瘤的部位而定。肿瘤在胸段食管近端处及颈段食管者,可采用胸锁乳突肌前缘切口,游离食管后纵行切开食管肌层,在黏膜外将肿瘤剥离摘除;肿瘤位于胸腔上中部者以右侧进胸为宜,而肿瘤位于下1/3者可行左侧进胸。摘除肿瘤后应细致缝合纵行切开的食管肌层,通常手术安全可靠,术后死亡率约1%左右。当瘤体巨大,或肿瘤呈环状或马蹄状环绕食管生长,或瘤体有大面积与黏膜紧密粘连难以将瘤体与黏膜分离者,可行部分食管切除、食管胃吻合术,但手术死亡率将明显高于肿瘤摘除术,可高达10%。

2. 内镜摘除术

对于有蒂的食管良性肿瘤,如食管息肉或脂肪瘤,可在内镜直视下通过高频电凝圈套摘除,若病变较长可通过分段切割将其摘除。食管真性囊肿亦适宜内镜治疗。对于较小的囊肿可行高频电凝圈套切除;对难以切除的较大囊肿,可行高频电凝或开窗引流,但窗口应大于0.5cm,以防因窗口闭合使囊肿复发;对于基底部直径小于2cm的黏膜下良性实体瘤病变,亦可采用内镜直视下高频电凝圈套摘除。具体方法为将套圈置于病变周围,用圈套器的绝缘塑料套管端部紧抵病变的近侧缘基底部,使病变向腔内突起,并限制其活动,随后逐渐收紧套圈,将病变及其表面的覆盖黏膜一并套住,然后行电凝电切。作者在国内首先开展并报道了胃肠道黏膜下良性肿瘤的内镜下摘除术,其中包括51例食管平滑肌瘤及10例食管囊肿,成功摘除后随访1~19年未见病变复发,证明食管良性肿瘤的内镜治疗是切实可行的,具有组织损伤小、患者痛苦少的特点。但内镜治疗应严格掌握适应证,对基底部直径大于2cm的黏膜下良性实体瘤易摘除不全,使部分残余瘤体裸露,从而导致出血或其他并发症,此时应避免内镜摘除术。

第四节 食管癌

食管癌(carcinoma of the esophagus)是主要起源于食管鳞状上皮和柱状上皮的恶性肿瘤,鳞癌约占90%,腺癌约占10%,少数为中胚叶组织来源的肉瘤。食管癌在我国是恶性肿瘤致死的常见病因,男性食管癌为恶性肿瘤死亡病因的第二位,女性则占第三位。在我国食管癌的发病率北方高于南方,以太行山以南的河南、河北、山西交界地区及四川盆地西北部为

高发区,其中以河南的林县为最高。本病的患病率男性高于女性,约为 1.3~2.7:1,年龄分布主要在 40 岁以上,50~69 岁为最多,高发区的患病年龄一般偏低。

一、病因及发病机制

本病的确切病因尚未完全清楚,但目前对各种致病因素已有相当认识。

1. 致癌物质

(1)亚硝胺。亚硝胺类化合物是一类强致癌物,目前已知有十几种亚硝胺能引起动物的食管癌。亚硝胺是一种不稳定物质,很易光解,在一般情况下自然界含量很少,其前体物如硝酸盐、亚硝酸盐与二级胺普遍存在于水与食物中,并无直接致癌作用。胃内亚硝胺的合成是人类暴露于亚硝胺的主要来源。太行山地区居民喜食酸菜,此酸菜中即含有多种类型亚硝胺类化合物,该地区饮水及粮食中的亚硝胺及其前体物含量均较高;伊朗北部食管癌高发区的土壤内含有较高的硝酸盐;中非食管癌高发区居民喜饮玉米包叶和蔗糖发酵酿造的酒,此酒中亚硝胺类化合物的含量亦较高。目前已知从膳食中摄入亚硝胺的量与食管癌的发病率成正相关。食管癌患者胃液亚硝胺含量明显高于正常人和食管上皮增生者,食管癌高发区居民胃液亚硝胺含量亦较低发区为高,表明胃液中亚硝胺的含量与食管癌的发生发展存在着密切的关系。亚硝胺致食管癌的作用可能是引起食管上皮细胞中的原癌基因与抑癌基因变化,导致上皮细胞分裂分化的异常,使细胞癌变。

(2)真菌。某些真菌在繁殖过程中可产生毒素,这些毒素可诱发鼠的肝癌和胃癌,国内亦有学者应用发霉食物长期喂鼠而诱发食管癌。真菌的种类繁多,何种真菌的危害性最大目前尚无共识。我国太行山食管癌高发区居民食用发酵、霉变食物比较普遍,其中含有交链孢霉、镰刀菌及圆弧形青霉菌等具诱变作用的真菌。但迄今为止食管癌与真菌的关系尚无定论。目前认为一些真菌能还原硝酸盐为亚硝酸盐,少数真菌能促进亚硝胺的形成,因此真菌与亚硝胺可能有着协同致癌作用。

2. 营养与饮食习惯

流行病学调查表明,食管癌高发区大都是经济不发达地区,一般认为,摄入动物蛋白、维生素 C、核黄素和新鲜蔬菜较少是世界上食管癌高发区的营养特点。动物实验显示蛋白质供应量不足或热量不足可增加动物对致癌物质的敏感性,维生素 c 在体内或体外能阻断胺类的亚硝基化,并能抑制亚硝胺对食管的致癌作用;核黄素能影响致癌物的代谢,促进食管癌的发生;微量元素缺乏对食管癌的发生可能亦起一定作用。我国太行山食管癌高发区的粮食、土壤、饮水中铝含量皆低于低发区,而食管癌患者的体内也有低钼现象。目前已知钼与植物的固氮菌有关,粮食作物中铝含量的多少与亚硝酸盐的含量呈负相关,缺钼时玉米因营养不平衡而易受真菌污染。其他微量元素如锌、硒的缺乏在食管癌发生的启动过程可能有重要意义。喜吃酸菜,长期吃过热食物,饮烈性酒、吸烟、食物过硬而咀嚼不细等饮食习惯等。

二、病理

食管癌的发生部位以中、下段为多见,分别约占 50%,30%,部分食管下段癌肿系由胃贲门癌延伸所致。和食管下段癌不易区别,则称食管贲门癌。食管癌按病理分为早、中、晚三期。早期食管癌是指病变在 3cm 以下,其范围只限于黏膜或黏膜下层,其病理类型有隐伏型、糜烂型、斑块型及乳头型,分别表现为病变黏膜血管增生、黏膜轻度糜烂,黏膜肿胀隆起

及明显结节状隆起,呈乳头状或蕈伞状等;中期食管癌病变在3~5cm,已涉及肌层或有局部淋巴结转移,可分为髓质型、蕈伞型、溃疡型、缩窄型及腔内型,分别表现为管壁增厚并向腔内隆起,卵圆形或扁平的肿块,边缘清楚,大小及形状不一的溃疡,明显的环状狭窄,圆形或卵圆形突向腔内等,晚期病变在5cm以上并有远处转移。

三、诊断

食管癌的早期诊断十分重要,但此时往往缺乏明确的诊断依据,故应综合多方面的因素,对可疑病例争取早诊断、早治疗。

1. 临床表现

(1)食管癌的早期症状。早期食管癌无典型的症状,多表现为咽下食物梗噎感、胸骨后疼痛、食管内异物感、食管通过停滞感等。吞咽困难的程度与局部病变的轻重和癌肿的病理类型有关,缩窄型出现吞咽困难较早,而溃疡型则相对出现较晚。

(2)食管癌的中晚期症状。持续性、进行性吞咽困难是中晚期的典型症状,但有时可因病变处炎症水肿消退或癌肿坏死脱落而暂时得到缓解。如癌肿上方的食管扩张以致食物滞留,可出现呕吐和食管反流,当流入气管时可发生吸入性肺炎,引起咳嗽、发热等症状;由于营养不足可致贫血、消瘦和低蛋白血症;癌肿转移可有左锁骨上淋巴结肿大,侵及喉返神经时可有声嘶,侵犯迷走神经时可致咽部、颈部或耳部疼痛;癌肿并发溃疡时常有胸背部疼痛,溃疡穿破气管可造成食管气管瘘,穿入纵隔引起纵隔炎。

(3)其他症状。少数患者以远处转移为首发症状,如甲状腺、骨骼或其他脏器转移,或癌分泌某些特殊激素所致的症状,如高钙血症、肥大性关节炎、库兴综合征等。

2. 细胞学检查

有确诊价值,主要为拉网细胞学检查,检查者吞下双腔管带网气囊,当气囊通过病变后将空气注入气囊,逐步拉出气囊并使其表面细网与病变磨擦,直到距门齿15cm刻度时抽尽空气取出网囊,去除网囊前端的黏液后将网囊表面的擦取物涂片并行巴氏染色细胞学检查,准确率可达90%以上。但全身状况较差,或有高血压、心脏病、晚期妊娠及出血倾向者不宜做此检查。

3. 内镜检查

(1)早期食管癌的内镜表现与分型:早期食管癌的镜下特征是局部黏膜充血(占38.5%)、浅表糜烂(占53%)、颗粒状粗糙不平(占27.4%)、小肿物(占9.4%)小溃疡(占6.8%)及小斑块(6.8%)。内镜检查可将其分成以下四型。

充血型:病变区黏膜平坦,呈局限性斑片状充血,色泽潮红,与正常黏膜境界不清,触之易出血。充血型是食管癌发生的最早期阶段,组织学检查几乎均为原位癌。

糜烂型:病变呈点片状浅表糜烂,大小不一、边界不规则。癌变区呈地图样。该型在早期食管癌中最常见。

斑块型:癌变区轻度隆起,表面呈颗粒状粗糙不平或散在小斑块。此型中18%为原位癌,46%为黏膜内癌,36%为黏膜下癌。其浸润深度较充血型和糜烂型为深。

乳头型:肿瘤呈乳头状或息肉样隆起,直径通常小于3cm,基底宽,表面偶有糜烂或出血。此型约占早期食管癌的3%,较少见。

(2)中晚期食管癌的内镜表现与分型中晚期(亦称进展期)食管癌镜下所见较明确,表

现为结节或菜花样肿物,深在性溃疡、管腔狭窄或黏膜苍白僵硬,触之易出血,因而容易辨识和诊断。内镜下可将其分为三型。

肿块型:肿块呈息肉样、结缔状或菜花样突出管腔,使管腔呈不同程度狭窄。此型包括了病理形态分类中的髓质型和蕈伞形,在中晚期食管癌中最常见,约占70%左右。

溃疡型:病变呈大小与外形不一的深在性溃疡,边缘不齐呈“围堤”状隆起。底部凹凸不平常有污秽及坏死组织覆盖,触之易出血。此型占中晚期癌的20%左右。

狭窄型:病变浸润管壁形成环状狭窄,在多数病例内镜无法通过狭窄病区,狭窄口不对称黏膜粗糙不平,可见糜烂及结节状隆起,触之易出血。

(3)内镜下食管黏膜染色。内镜下喷洒甲苯胺蓝、美蓝或卢戈液对食管黏膜进行染色,对早期食管癌的定位和病变范围确定有一定帮助,能提高早期食管癌的诊断率。其方法为内镜下对准病灶喷洒0.5%甲苯胺蓝或2%美蓝10ml,稍停片刻后用生理盐水充分冲洗,癌变黏膜显示深蓝色或淡蓝色;或者喷洒3%卢戈液,癌变黏膜不变色,正常食管黏膜变成棕褐色。黏膜染色对指示活检部位有一定帮助。

4. 超声内镜检查

表现为管壁增厚,层次紊乱、中断及分界消失的不规则低回声。超声内镜检查最大的优点,是可以显示食管癌浸润的深度及其周围脏器有无受累。

5. X线检查

X线食管钡餐造影是食管癌的一项重要诊断手段,其方法简便,病人容易接受X线检查通常能得到食管癌的定性、定位及定型的诊断,对早期癌的诊断亦具一定意义。

(1)食管癌的X线征象。食管癌根据其病理改变和生长特点,X线检查有以下特征表现。

食管黏膜皱襞增粗、中断、紊乱,以至消失:此系肿瘤侵犯食管黏膜及黏膜下层的X线表现。

龛影形成:食管癌引起的黏膜糜烂常形成表浅龛影,当糜烂较深或肿瘤坏死形成溃疡时常表现为半月征龛影。

管腔充盈缺损及狭窄改变:肿瘤突出黏膜面或侵犯食管肌层引起管腔不同程度狭窄,管腔边缘不规则,呈鼠咬状或蚀状。

管腔僵硬:食管舒张度与蠕动度降低以至消失,此为肿瘤侵犯肌层的表现软组织肿块致密阴影:此系食管壁增厚的表现。

钡剂流速减慢或排空障碍食管黏膜糜烂及管腔狭窄可引起局部钡剂滞留。上述食管癌的X线征象在同一患者中往往可数种同时表现出来。

(2)早期食管癌的X线表现。

糜烂型:病灶黏膜皱襞增粗,中断及迂曲,边缘毛糙不规则,范围较为广泛。部分病例似早期食管静脉曲张改变;在中断黏膜面可出现小龛影,米粒大至黄豆大,呈单发或多发性。透视下见病变局部舒张度差或钡剂滞留。

斑块型:在中断的黏膜皱襞病灶中出现小的偏侧性充盈缺损,最小约0.4cm,大者约2cm×0.5cm少数病例在充盈缺损中出现小米粒大小的龛影。

乳头型:病灶处见小的息肉状肿物突入管腔。呈小的充盈缺损,边缘较清楚。局部黏膜皱襞中断。但食管舒张度尚好。

隐伏型:食管仅见局限性舒张差,管壁较为僵硬,无明显充盈缺损及龛影。

(3)中晚期食管癌的 X 线表现。

髓质型:食管钡餐造影示明显的充盈缺损,管腔呈不同程度狭窄,病变上下缘与正常食管交界处呈斜坡表现;病变区食管黏膜破坏不规则,常有大小不等的龛影,往往可见软组织肿块阴影;钡餐通过有梗阻,狭窄上端食管呈不同程度扩张。

蕈伞型多显示小规则充盈缺损,其上下缘呈圆形隆凸,界限清楚,常伴有浅而广的溃疡龛影;病变部位黏膜破坏、紊乱。钡剂通过呈轻度至中度梗阻,上部食管有轻度至中度自张。

溃疡型:钡餐造影显小大小和形状明暗不同的龛影,切线位可见龛影深入食管壁内,甚至突出于食管正常轮廓外,正面龛影表现为圆形或形状不整齐的局限性钡剂潴留,溃疡边缘隆凸,X 线显示半月征;食管局部痉挛,无明显梗阻。

缩窄型:钡餐造影病变呈环形狭窄或漏斗状梗阻病变长约 2~3cm,边缘较齐,合并溃疡及软组织肿块阴影者有局部黏膜消失或有束状纵行皱襞,狭窄上端食管扩张明显,钡剂通过受阻。

腔内型:病变处食管明显扩张。其上下缘呈锐利弧形边缘,钡剂的分布不均匀,常有不规则充盈缺损和龛影。肿块的基底部大小不等。钡剂可沿瘤体周围流过,梗阻不严重时上部食管扩张不明显。食管癌的 X 线检查除食管钡餐造影外尚有一些特殊检查方法,如腹部加压法可减慢造影剂在食管的流速,使钡剂在食管腔停留时间延长以便更细致观察病灶;食管双重造影则采用钡剂与空气混合。使造影更清晰,有利于观察食管的表浅病变。此外,尚有纵隔充气造影及奇静脉造影等创伤性特殊检查,但随着目前内镜检查的普及已逐渐被淘汰。

6. 食管 CT 检查

可发现食管壁厚度增加,与周围器官分界模糊。CT 检查可充分显示食管癌病灶大小、肿瘤外侵范围及程度。此外,腹部 CT 尚可发现腹腔、肝脏等有无转移灶,但其对早期食管癌的发现价值有限。

7. 食管同位素扫描

将放射性铟的酸性标志物置于粘附剂上缓慢通过食管,则在病变处破坏了的黏膜上皮侵入食管壁,服药后 5min 左右扫描(如图像不满意可饮少量水后再行扫描)。本法阳性率高,符合率约为 92.6%,操作简便,定位准确,无痛苦,但不能直接定性故应在拉网检查前进行。此外,老年人的梨状窝有时会有示踪剂残留,应注意鉴别。

8. 微波检查法

通常肿瘤组织的局部温度比正常组织高 1℃ 左右,利用这一温差特性可对肿瘤进行微波诊断。部分国内外的研究报道认为,微波检查法对食管癌的阳性率约为 81%,明显高于对照组,而对人体无害。但其诊断价值尚没有得到公认,需在临床工作中进一步观察总结。

四、食管癌的分期分型

1. 临床病理分期

2. 病理形态分型

(1)早期癌。分为:隐伏型、糜烂型、斑块型和乳头型。

(2)进展癌。分为:髓质型、蕈伞型、溃疡型、缩窄型、腔内型和未定型。

(3)组织学。分为:鳞状细胞癌(最多见)、腺癌(少见)和未分化癌(更少见)。

3. 内镜分型

(1)早期癌。分为:充血型、糜烂型、斑块型和乳头型。

(2)进展癌。分为:肿块型、溃疡型、肿块浸润型和四周狭窄型。

4. TNM 分期标准

(1)食管癌的 TNM 分期。可用超声内镜作出判断。

T:原发性食管癌

T1:肿瘤限于黏膜或黏膜下,食管蠕动存在。

T2:肿瘤侵及固有肌层,食管蠕动受影响。

T3:侵犯浆膜,无食管外侵犯。

T4:侵犯食管外组织(脂肪组织、心脏、气管、主动脉等)

N 颈淋巴结

N0:无颈淋巴结肿大。

N1:颈一侧可有活动淋巴结肿大。

N2:颈两侧有活动淋巴结肿大。

N3:颈部有固定的淋巴结肿大。

M:远处转移

M0:无远处转移。

M1:有远处转移,包括腹部淋巴结、胃周围淋巴结转移。

(2)综合分期标准。

早期一期:TONOM0

中期二期 A:T2 — 3N0M0

中期二期 B:T1 ~ 2N1M0

中期三期:T3N1M0、T4,任何 NM

晚期四期:任何 T,任何 NM

五、鉴别诊断

1. 食管结核

本病在临床上较少见,一般是由结核菌直接侵入食管黏膜,或由喉或咽部结核向下蔓延,血行感染、脊柱结核侵入食管及食管周围的纵隔淋巴结结核侵蚀食管壁等原因引起,其中以后者最为常见,临床表现多有进食发噎史。X 线所见病变部位稍僵硬,可有较大溃疡,周围的充盈缺损及黏膜破坏等不如癌变那样明显,平均发病年龄小于食管癌。OT 试验阳性,有结核中毒症状,内镜活检有助于鉴别。

2. 食管裂孔疝并发反流性食管炎

病程一般较长,有长期吞咽疼痛、反酸、烧心等症状,后期由于炎症反复发作,局部发生疤痕狭窄而出现吞咽困难。X 线可见下段食管管腔轻度狭窄,呈对称性,边缘较光滑,有一定的扩张性,粗乱胃黏膜可经裂孔疝进入胸腔内。内窥镜检查见黏膜炎症、糜烂或溃疡,但无癌肿的表现。