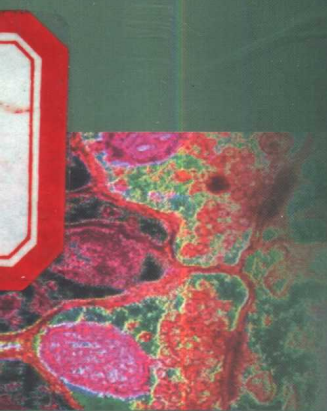


新编

常见恶性肿瘤诊治规范

食管癌和贲门癌分册



中国抗癌协会 编

北京医科大学中国协和医科大学联合出版社

新编常见恶性肿瘤诊治规范

食管癌和贲门癌 分册

中国抗癌协会 编

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

新编常见恶性肿瘤诊治规范: 食管癌和贲门癌分册/中国抗癌协会编. - 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1998

ISBN 7-81034-907-4

I. 新… II. 中… III. ①食管肿瘤-诊疗-规范②贲门癌-诊疗-规范 IV. R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 24141 号

新编常见恶性肿瘤诊治规范 食管癌和贲门癌分册

作 者: 中国抗癌协会 编

责任编辑: 高秋萍

封面设计: 孙元明

技术设计: 栾广明

责任校对: 李爱萍

责任印制: 姜文祥

出版发行: 北京医科大学 联合出版社
中国协和医科大学
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65228583)

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京迪鑫印刷厂

开 本: 850×1168 毫米 1/32 开

印 张: 3.25

字 数: 85 千字

版 次: 1999 年 1 月第一版 1999 年 1 月北京第一次印刷

印 数: 1—5000 册

定 价: 8.60 元

ISBN 7-81034-907-4/R·905

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其它质量问题, 由本社发行部调换)

新编常见恶性肿瘤诊治规范

编写委员会

主任委员：徐光炜

副主任委员：张天泽 张友会

委员：（以姓氏笔画为序）

汤钊猷 李同度 李树玲

吴爱茹 闵华庆 沈镇宙

张明和 张毓德 郑 树

食管癌和贲门癌分册

主 编 张毓德

副 主 编 杜喜群 万 钧

编写组成员（以姓氏笔画为序）

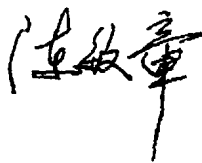
万 钧 于凤玲 王小玲

平育敏 吴国祥 杜喜群

张毓德 赵俊京 黄赐汀

序

由我国著名肿瘤专家张天泽、徐光炜两位教授发起、倡导，并组织中国抗癌协会几个专业委员会百余名专家撰写的《中国常见恶性肿瘤诊治规范》问世已几载，深受广大医务工作者欢迎。实践证明，通过该书及其各种相应肿瘤规范学习班，提高了医务工作者对常见恶性肿瘤的诊治水平，有助于提高早诊率和五年生存率，并可改善生存质量；各医院间，尤其是城乡医院间对诊治恶性肿瘤水准差异在缩小，先进、成熟技术及经验在基层推广、传播；并为我国常见恶性肿瘤诊治规范化打下良好基础。近几年来，新的诊断技术、化疗、放疗方案不断出现，肿瘤专家们鉴此进行了必要的修改、补充、更新而撰写为《新编常见恶性肿瘤诊治规范》，故提笔寄语，以表达对肿瘤领域默默耕耘专家深切的感谢，并衷心期望肿瘤患者都能得到良好的诊治服务。



说 明

恶性肿瘤的诊治水平在国内不同地区及单位有较大的差异，提高癌症诊治的总体水平，实为控制癌症的重要环节。有鉴于此，不少国内志同道合的专家就各自的专长，曾编写了《中国常见恶性肿瘤诊治规范》。此《规范》已问世9载，在卫生部领导下，各级卫生行政管理部门大力支持，得以推广。其间又在中国科学技术协会帮助下，编制配套的录像带，使之深入基层、边远地区。9年来的实践证明，该丛书出版有助于提高医护工作者对我国常见恶性肿瘤的诊治水平，提高了患者5年生存率，改善患者生存质量。随着时间推移，瘤谱发生变化，医学科学发展，新的诊治技术出现，并日趋成熟，《中国常见恶性肿瘤诊治规范》原作者深感有必要进行修改、补充、更新，增加新的瘤种及内容，又考虑到此版不同于再版，作者经多次研究，广泛征求意见，决定新书更名《新编常见恶性肿瘤诊治规范》字样，愿读者们喜欢。

《新编常见恶性肿瘤诊治规范》丛书设有《食管癌和贲门癌》、《胃癌》、《大肠癌》、《原发性肝癌》、《鼻咽癌》、《原发性支气管肺癌》、《乳腺癌》、《泌尿恶性肿瘤》、《头颈恶性肿瘤》分册；原《宫颈癌》，增设内容改名为《妇科恶性肿瘤》；由于骨、软组织肿瘤发病率增加，为提高肿瘤病人生存质量，又增设《骨肿瘤与软组织肉瘤》、《止痛与姑息治疗》等分册内容。

《新编》编写原则：当今国内外先进、成熟、公认经验；便于推广，实用；对象面向基层。

虽经努力，力求把最新、最成熟经验介绍给读者，但难免存在这样或那样的不足，甚至错误，恳盼专家、同道指正，以便再版时改进。愿“携起手来，共同抗癌”。

中国抗癌协会
一九九八年四月

目 录

第一章 食管癌和贲门癌的诊断	(1)
第一节 诊断步骤	(1)
第二节 食管癌影像学诊断	(5)
第三节 贲门癌影像学诊断	(8)
第四节 纤维食管镜检查	(10)
第五节 内镜超声扫描	(13)
第六节 食管癌及贲门癌的细胞学诊断	(13)
第七节 食管癌病理学诊断	(24)
第八节 贲门癌病理学诊断	(29)
第二章 治疗	(34)
第一节 治疗原则和治疗方案的选择	(34)
第二节 食管癌和贲门癌的外科治疗	(35)
第三节 食管癌的体外放射治疗	(38)
第四节 食管癌的腔内放射治疗	(54)
第五节 食管癌的化学治疗	(57)
第六节 以手术为主的综合治疗	(70)
第七节 治疗后随访	(73)
第三章 临床记录规范与标准	(75)
第一节 食管癌和贲门癌模式病历	(75)
第二节 食管癌和贲门癌病变部位分段	(77)
第三节 食管癌的淋巴结分组名称	(79)
第四节 食管癌和贲门癌手术记录	(79)
第五节 食管癌和贲门癌出院小结	(86)

第一章 食管癌和贲门癌的诊断

第一节 诊断步骤

一、食管癌的诊断

主要靠症状、钡餐造影（简称钡餐）、食管拉网细胞学（简称拉网）和食管镜等检查，对仅侵及黏膜和黏膜下层的早期癌（表浅癌）病人，需仔细询问病史，大多都有轻微的吞咽不适症状如胸骨后隐痛、梗噎感或异物感等。重视早期症状，结合有关检查，可以提高早诊率。

（一）钡餐、拉网均阴性

1. 无吞咽不适症状，但年龄在 40 岁以上，来自食管癌高发区或家族史阳性者，每半年复查一次拉网细胞学检查。

2. 有吞咽不适症状，并伴有上述高危因素者，每 3 个月复查拉网一次。近年来经食管癌高发现场验证，具有肯定价值的早诊方法如隐血珠检查和吞水音图法，均为无创性新技术。

隐血珠检查（秦德兴，1989）是利用早期癌表面多有糜烂、溃破和少量渗出，将系有尼龙线的隐血珠，空腹吞入胃内，该珠内含有试剂，3 分钟后拉出检测，较大便内测定隐血结果更为灵敏、准确。

吞水音图法（陈荔香，1988）能将吞水的声信号转变为电信号，并描记图形、数据，具有现场实时监听和监视功能。检查前受检者只需喝温白开水两口，数分钟即可诊断。贲门癌的检出率更高。此方法已用于高发现场的初筛，部分单位已用作早诊的辅助检查。

3. 若吞咽不适症状持续或隐血珠、吞水音图阳性，应进行

纤维食管镜检查，如仍不能肯定诊断时应紧密观察病情，每1~2个月复查一次。

（二）钡餐阴性、拉网阳性

1. 拍摄高电压胸片，排除上呼吸道的肿瘤。

2. 采用钡餐电视透视，移动体位、多轴观察全食管、贲门、胃底和胃小弯部黏膜有无异常或功能改变。可疑处加摄黏膜像、点片或双重对比造影。

3. 将拉网导管分别送至距门齿25cm、35cm和35cm以下处进行分段拉网，以帮助定位，有利于制定治疗方案。

4. 电子纤维食管镜常能更清晰的显示病变部位，进一步明确其范围、深度、大小和形态。镜下所见的表浅病变如糜烂、粗糙、充血或隆起等，有时界限模糊或与炎性疾患难以辨认时，辅以1.2%~2%的碘液（Lugol）或1%~2%的甲苯胺蓝（toluidine blue）活体染色，以提高癌的检出率。

（三）钡餐阳性、拉网阴性

1. 重复细胞学检查，并在网囊拉至病变处时适当增加囊内充气量，以减少漏诊（假阴性）。

2. 食管镜检查旨在直视下获取细胞学和组织学诊断，肯定病变性质，除外良性疾患，为制定治疗方案提供重要依据。

3. 对少数不典型病例，症状持续，经上述检查仍不能确诊者应及时行开胸探查。

（四）钡餐、拉网或食管镜均阳性

属本范围内的病人，多为中晚期食管癌，症状和钡餐造影均较典型，一般不需做细胞学检查。但为了术前准确的分期和评估预后，根据条件争取做以下检查，以做好术前准备。

1. 即使中、晚期病人，食管镜检查仍属必要，以便了解癌的外侵程度、内镜下分型和组织学类型。特别是近年来食管腺癌发生率增加，食管小细胞癌和多原发癌也屡有报道，上述发现都与术前肿瘤TNM分期和治疗方案有密切关系。

2. 气管分叉是划分肿瘤部位、了解淋巴结转移特点的一个

重要标志。癌位于气管分叉以上者淋巴结转移方向主要向上至颈部和上纵隔区，其转移率各约 30%；反之则主要向下转移（Siewert, 1994）。因而位于气管分叉上的胸段食管癌术前行颈部 B 超检查和上纵隔 CT 扫描，有助于确定手术范围。并根据钡餐片观察有无纵隔增宽、气管移位或气管分叉角度的改变。必要时做支气管镜检查以辨别大气管受累情况。

3. 内镜超声（EUS）可帮助预测肿瘤（T）的浸润深度、周围外侵程度以及区域淋巴结（N）的转移部位和范围，提高肿瘤分期的准确率。

4. 电视胸腔镜（VATS）可直视下更清楚的观察癌肿与邻近脏器的关系，帮助判断肿瘤切除可能性和直视下行淋巴结切除以取得组织学诊断。

5. 下段食管癌淋巴结转移率高达 83.8%（Akiyama, 1994），转移方向主要是下纵隔和腹腔。术前应常规做腹部 B 超检查，了解腹腔转移的部位和范围。

二、贲门癌的诊断

（一）症状

由于早期贲门癌解剖位置（齿线下约 2cm）比较隐蔽，缺乏某些特异症状，较食管癌更加难以早期发现。一般 40 岁以上间断或持续伴有上腹部隐痛不适者需做进一步检查，以免漏诊。

吞咽障碍的出现常提示癌已累及食管下段，部分患者因癌灶侵及邻近血管导致呕血、黑便，甚至大出血，但这并不意味着病变都是晚期。

（二）X 线检查

食管、贲门、胃的上消化道钡餐造影应列为诊断贲门癌的首选方法。对可疑病变区要采取不同体位和不同浓度的钡剂，必要时结合双重对比造影，仔细观察该区黏膜皱襞的形态和功能的异常改变。对中、晚期患者要注意胃小弯、胃底和食管下段受累程度。为了术前估计癌切除的可能性，也可酌情应用人工气腹对比观察癌外侵情况。

（三）细胞学检查

拉网细胞学检查诊断早期贲门癌的阳性率虽较食管癌为低，由于目前尚缺少更为简便准确的检查方法，故仍有其实用价值。为提高早期诊断率，可用葫芦状大网囊导管，充气 60ml，进行多次重复拉网常可提高检出率。亦可与吞水音图或隐血珠检查联合应用。

（四）内镜检查

早期贲门癌胃镜（或食管镜）所见大体与食管癌类同，但由于其部位隐匿，常不能窥视病变全貌，难以做到与病灶垂直咬检，由于取材过小或过少容易出现假阴性结果。早期癌周围常伴有炎症反应，当病理结果为慢性炎症时要重复内镜检查，辅以活体染色，有助于鉴别真伪。

中、晚期贲门癌应注意检测食管下端受侵程度和长度，同时应仔细观察食管其它部位有无微小病变，以防疏漏第二个原发病灶。

（五）B 超和 CT 扫描

贲门癌的扩展和转移重点在腹腔，术前腹部 B 超能够显示癌的外侵状况，有无肝或腹腔淋巴结转移，帮助判断肿瘤切除的可能性，为治疗计划提供依据。腹部 CT 常用于 B 超检查证据不够充分时做进一步验证和补充，若与 EUS 结合可使分期更加准确可靠。

（六）腹腔镜和腹腔镜超声检查

腹腔镜检查可直接窥视肿瘤局部和肝脏病变以及腹腔内肿大淋巴结，并能采取活检或对腹水进行细胞学检查。腹腔镜超声则用于发现较深在的肝内微小转移灶，以弥补腹腔镜检查的不足。

（张毓德 杜喜群）

第二节 食管癌影像学诊断

一、X线检查

(一) 食管癌 X线检查方法及步骤

1. 食管钡餐检查，一般在造影前 2 小时禁食水。
2. 在吞钡前应询问病人进食情况，若病人有明显吞咽困难时，应给予稀钡，以免发生梗阻，影响诊断。疑为食管瘘时，应采用碘油或 76% 的泛影葡胺进行检查。
3. 服钡餐以前，首先作胸部及上腹部常规透视检查，了解心脏及肺部情况，并仔细观察食管周围的脏器，如纵隔、肺门以及胃底是否有软组织肿块阴影，以便鉴别病灶是食管内或食管外疾患。
4. 食管双重造影，采用 2kg/L 双重造影硫酸钡，与透光造影剂即气体（病人服产气粉或呃气法）混合在一起检查。对于食管早期病变可采用低张双重造影（即注射 654-2 10mg，6~8 分钟后，再进行气钡双重造影）。
5. 食管造影时，一般采用站立位、左右前斜位透视观察，从食管起始部一直观察到胃底部。透视时注意观察食管的位置、舒张度、黏膜、食管充盈和排空情况，常规作食管双重造影像。
6. 病人无明显吞咽困难，而自觉有早期食管癌症状，或临床可疑早期食管癌者，应采用小口多次吞钡，或一次大口吞钡的方法，进行反复观察。如果病变显示不满意，应照多轴位低张双重造影像，有利于发现早期病变。
7. 对于颈段食管癌的检查，最好采用头低脚高位（15°~20°），可以降低食管钡餐流速，使食管充盈满意，有利于提高诊断率。

(二) 食管癌病变部位分段

食管癌所在部位分颈段及胸段

1. 颈段 自食管入口或环状软骨下缘至胸骨柄上缘平面，

距上门齿约 18cm。

2. 胸段 分上、中、下三段，胸上段自胸骨柄上缘平面至气管分叉平面，距上门齿约 24cm；胸中段自气管分叉平面至食管胃交接部（贲门口部）全长的上半，其下界约距上门齿 32cm；胸下段自气管分叉平面至食管胃交接部（贲门口部）全长的下半，其下界约距上门齿 40cm。胸下段也包括食管腹段。

跨段病变应以病变中点归段，如上下长度均等，则归上面一段。

（三）食管癌的 X 线分型

1. 早期食管癌 X 线征象 病变区黏膜皱襞增粗、迂曲、紊乱和中断，在中断的黏膜皱襞病灶中，出现 0.2~0.4cm 的小龛影，或出现小充盈缺损，直径 0.5cm，最大直径不超过 2cm。食管壁局限柔软度或舒张度减低，钡剂通过减慢或出现痉挛现象。

2. 中晚期食管癌分型

（1）髓质型：钡餐造影显示不规则充盈缺损，管腔呈不同程度狭窄，病灶上下缘与食管正常交界处呈斜坡形表现，病变部位食管黏膜破坏，管壁不规则，常有大小不等的龛影，局部往往可见软组织肿块影，钡剂通过明显受阻。狭窄上部食管呈不同程度扩张。

（2）蕈伞型：钡餐造影可见不规则充盈缺损，上下缘呈弧形隆起，界限清楚，常伴有表浅溃疡，病变部位黏膜中断，局部无明显软组织肿块，钡剂通过轻度至中度受阻。病变以上食管轻度或中度扩张。

（3）溃疡型：常在不规则的充盈缺损区内，可见大小不等和形状不同的龛影。切线位可见龛影深入食管壁内或突出于食管正常轮廓外，溃疡边缘隆凸者，X 线表现为半月征。钡餐造影无明显阻塞，或管腔仅有轻度狭窄。

（4）缩窄型：病变呈典型的环形狭窄或漏斗状梗阻，狭窄范围多数为 2~3cm，局部黏膜消失或纵行皱襞呈束状。边缘光滑，管壁僵硬，与正常食管分界清楚。钡剂通过受阻，狭窄上段食管

明显扩张。

(5) 腔内型：肿瘤呈息肉状向腔内生长，基底部或大或小，病变所在食管腔显著增宽，其上下缘可见锐利的弧形边缘，呈梭形扩张。黏膜皱襞增粗或被展平，钡剂分布比较稀薄或不均匀，常表现不规则充盈缺损和龛影，钡剂通过无严重受阻现象。

食管钡餐检查，是诊断食管癌简便、实用而有效的方法，在检查中必须详细记录病灶的部位、长度、外侵情况、分型及其它部位有否转移，以采取不同方法治疗。

二、电子计算机体层(简称 CT)和 B 型超声(简称 USG)检查

CT 及 USG 用于食管癌的诊断，其目的不在于查出肿瘤，而是了解肿瘤有无向外侵犯及其程度，同周围脏器与组织间的关系，有无淋巴结转移或远处脏器转移等。有助于肿瘤的分期，为制定治疗方案和估计预后提供重要依据。也用于恶性肿瘤手术后放射治疗和药物治疗的随诊观察。

(一) CT 检查方法

常规空腹检查，一般不服造影剂，有时可口服 1~2 口 10% 泛影葡胺，于吞咽中或吞咽后立即曝光。必要时注射造影剂，以增强纵隔血管。食管癌病人，CT 扫描应包括腹部至脐的水平，以显示肝及腹腔淋巴结转移情况。

(二) 食管癌 CT 所见

1. 肿瘤部位食管壁不规则增厚，肿块突向腔内或腔外、管腔小而不规则，偏于一侧或完全闭塞。

2. 食管癌与纵隔器官分界模糊，食管外肿块与主动脉、奇静脉、食管隐窝以及与隆突和左右支气管壁界限不清时，提示手术将无法彻底切除。

3. 可显示气管旁、肺门、隆突下及腹部淋巴结有无转移。

对于早期食管癌，也可发现局部食管壁增厚，采用综合检查，可提高诊断率。对于颈段食管癌，因其周围脂肪组织较少，在扫描时必须口服少量造影剂或吞咽气体尚能获得较好的效果。

第三节 贲门癌影像学诊断

一、贲门癌的X线诊断

(一) 检查前准备

被检者于检查日清晨禁食禁水。如在下午检查，则早餐后禁食禁水。向病人说明检查方法及注意事项，以得到病人的密切配合。了解病人吞咽情况，以便选择合适的钡剂。一般采用1kg/L以上浓度的、双重造影硫酸钡混悬液。

(二) 检查方法

1. 胸腹常规透视 除观察肺部、心脏等情况外，重点观察胃泡的大小形态，有无空腹滞留液等情况。转动病人，观察贲门区有无软组织肿块影。

2. 双重对比造影方法 此方法在显示贲门部早期癌瘤及其范围等方面，明显优于常规钡餐造影法。肌肉注射645-2 20mg，然后服产气粉3g，于注射低张药物后6~8分钟开始检查。

3. 立位右前斜位 将病人转成右前斜位，在透视下开始吞咽钡剂，仔细观察食管下端及贲门扩张开放情况，有无黏膜破坏，管腔有无狭窄和梗阻，轮廓是否光整等情况。

4. 侧卧位（左侧向上） 为贲门区的正面观，应作为诊断贲门癌的必照位置。此位置使胃底贲门部充分展开，形成良好双重对比，黏膜表面结构显示清晰，跟踪钡剂流动情况，透视下仔细观察，对发现早期微小病变十分有益。对于瀑布型胃，平卧转动体位，胃底钡剂不能流动而掩盖贲门部位时，病人应转体至俯卧位，头侧床面抬高15°~30°，同样可清楚显示贲门正面观的双对比像。

5. 俯卧左后斜位 床置水平位，病人服钡后转体2~3周，转至俯卧左后斜位，重点观察贲门区黏膜皱襞形态及胃底轮廓、扩张情况及柔软度。此外还应观察胃小弯及附近前后壁轮廓、柔软度及蠕动。

6. 半立左前斜位 近似贲门的正面观，可显示贲门及周围情况。在贲门癌可显示癌瘤的全貌，胃小弯受侵征象常在此位置显示。

7. 立位前后位 显示贲门胃底双重对比影像。让病人大口吞钡，观察贲门通过情况，明确胃体小弯侧及附近前后壁的侵及范围。同时观察胃的其它部位是否受侵。

(三) 早期贲门癌的 X 线征象 贲门区黏膜皱襞增粗、扭曲、紊乱、中断或消失，在紊乱中断的黏膜皱襞中出现小的龛影或异常积钡区，如尖刺状或斑点状，形态不规则，边缘不清楚。因肿瘤突出黏膜表面，在紊乱的黏膜皱襞中，出现小的充盈缺损，可见单发或多发。贲门痉挛性狭窄也是早期癌的一种征象，常表现为贲门管僵硬、舒张受限，但若吞咽大口浓稠钡则仍能开放。

(四) 中晚期贲门癌的 X 线征象

1. 贲门区软组织块影 可呈结节状、分叶状或长带状软组织影，向胃腔突出。双重对比造影检查，肿块表面涂布钡剂，与胃泡中的空气对比可勾画出贲门肿块的全貌。

2. 贲门区龛影 贲门区龛影大小不一，形态不规则，境界清楚。龛影周围有黏膜破坏及充盈缺损。

3. 贲门狭窄、梗阻 癌浸润涉及贲门时引起贲门狭窄和僵硬，钡剂通过呈喷射状进入胃内。由于贲门癌的肿块常突入贲门下方，钡剂通过时常出现分流及绕流现象。

4. 食管下段受侵 贲门癌常累及食管下端，表现食管下端黏膜破坏，管壁狭窄僵硬或充盈缺损，钡剂通过受阻。

5. 胃底受侵 胃底不规则增厚，使胃底与左膈肌之间距离加大。充气扩张时，胃泡缩小变形，失去其完整的半圆形轮廓。

6. 胃体小弯侧受侵 贲门癌累及胃小弯侧时，表现胃小弯轮廓不规则、僵硬，或出现充盈缺损、龛影、黏膜破坏、消失等改变。

二、贲门癌的 CT 扫描

CT 扫描可显示贲门区管壁是否增厚，管腔是否有肿块，肿块向胃底侵犯范围，以及腹腔脏器是否转移。对临床医生制定治疗计划，有一定帮助。但不能单纯依靠 CT 检查，决定食管或贲门癌手术的适应证。

（一）扫描方法

扫描部位从食管中段至脐水平，病人取仰卧位，必要时加做左侧位或俯卧位。病人常规空腹，扫描前口服 1% Gastrografin 或 1.2% 泛影葡胺 800 ~ 1000ml，使胃肠道显影，扫描前静脉注射 Busopan 20mg 或 654-2 10mg，以抑制胃肠蠕动。扫描时嘱病人屏气。

（二）贲门癌 CT 所见

胃底贲门部边缘不整，左侧卧位时胃腔中可见不规则软组织肿块影。CT 扫描除显示癌瘤大小外，可清楚显示贲门旁、胰腺、腹腔肠系膜淋巴结有无增大，以及肝脏有无转移。应用胃双重造影和 CT、USG 等综合方法检查，对确定治疗方案，尽量避免不必要的手术探查，有重要应用价值。

（赵俊京）

第四节 纤维食管镜检查

一、适应证

（一）细胞学阳性，钡餐阴性或可疑，需定位诊断和组织学定性诊断者。

（二）钡餐病变位置肯定，但良、恶性鉴别困难者。

（三）局限于黏膜的早期癌需做镜下切除、电凝或激光等治疗者。

（四）中、晚期病人可了解癌的外侵程度、肉眼分型、组织学分类和肿瘤分期，以利制定术前治疗计划。

（五）内镜下对癌性狭窄的姑息治疗，如置入镍钛合金支架、