



中国肿瘤名医临床经验丛书

总主编 谷铎之

食管癌

综合治疗

SHIGUANAI ZONGHE ZHILIAO

主编 王瑞林 张汝刚 殷蔚伯



军事医学科学出版社

【中国肿瘤名医临床经验丛书】

食管癌综合治疗

主 编 王瑞林 张汝刚 殷蔚伯

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

内容提要

本书是《中国肿瘤名医临床经验丛书》中的一个分册,主要根据循证医学原则,依患者的机体状态和不同分期,详细介绍了食管癌的诊断、治疗以及食管癌化疗常见不良反应和并发症的处理。旨在进一步完善、提高食管癌综合治疗的科学性、有效性和安全性,使广大患者受益。

本书适合从事食管癌诊治的临床和科研人员阅读。

图书在版编目(CIP)数据

食管癌综合治疗/王瑞林,张汝刚,殷蔚伯主编.

-北京:军事医学科学出版社,2008.3

(中国肿瘤名医临床经验丛书)

ISBN 978-7-80245-066-0

I. 食… II. ①王… ②张… ③殷… III. 食管肿瘤-治疗
IV. R735.105

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第206569号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路27号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,81858195

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmssp.cn>

印 装:北京冶金大业印刷有限公司

发 行:新华书店

开 本:710mm×1000mm 1/16

印 张:13.125(彩3)

字 数:167千字

版 次:2009年10月第1版

印 次:2009年10月第1次

定 价:40.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

作者简介



王瑞林 1932年生。现任郑州大学(原河南医科大学)第一附属医院肿瘤内科教授、主任医师,中国抗癌协会常务理事,河南抗癌协会副理事长,《癌症进展》杂志、《中华实用医学杂志》、《中华中西医结合杂志》等多种全国性医学杂志的编委和常务编委。从1959年起从事肿瘤临床医疗、教学、科研工作至今,曾先后获国家及省级科学进步奖11项,发表专业论文90余篇,主编与参编《食管癌》、《肿瘤介入治疗学》等专著10余部。1992年获国务院政府特殊津贴。

《中国肿瘤名医临床经验丛书》编委会

总主编 谷铎之

编委 (按姓氏笔画排序)

万 钧	马 丁	于尔辛	王国晨
王瑞林	王肇炎	刘 伽	刘泰福
孙曾一	孙 燕	朴炳奎	余宏迢
吴孟超	张文范	张代钊	张有望
张燮良	李保荣	李树玲	杨天恩
陈 汉	陈竣青	林洪生	郑 树
胡自省	殷慰伯	顾美皎	屠规益
黄国俊	曾逖闻	谭颖波	潘国英
魏宝清			

《食管癌综合治疗》编委会名单

主 编 王瑞林 张汝刚 殷蔚伯
副主编 张云汉 樊青霞 杨观瑞
李天晓 高剑波 王慧娟

编委及其工作单位 (以姓氏笔画为序)

王 峰 (郑州大学第一附属医院)
王 瑞 (郑州大学第一附属医院)
王瑞林 (郑州大学第一附属医院)
王慧娟 (河南省肿瘤医院)
刘 健 (河南省人民医院)
杨观瑞 (河南省医学科学研究所)
李 鑫 (郑州大学第一附属医院)
李天晓 (河南省人民医院)
张 焱 (郑州大学第一附属医院)
张 蕾 (郑州大学第一附属医院)
张云汉 (郑州大学第一附属医院)
张永高 (郑州大学第一附属医院)
张汝刚 (中国医学科学院肿瘤医院)
殷蔚伯 (中国医学科学院肿瘤医院)
高剑波 (郑州大学第一附属医院)
樊青霞 (郑州大学第一附属医院)

丛书序

现代科学技术迅猛发展,有力地推动着包括肿瘤学在内的各学科领域的进步,展望前景无限美好。当此之际,我们是否应该考虑回顾一下以往走过的路,总结和借鉴多年积累的有益经验。

编纂这套丛书的主要目的,一句话,就是要“温故而知新”。从既往的辛勤临床实践中,认真总结经验,汲取教益,从而把目光引向前路,使我们的肿瘤临床医学发展得更快,更顺利。

随着现代科技的发展,肿瘤临床医学吸纳融汇了各相关学科的进展与成就,不断引进新技术、新设备、新医药,重塑肿瘤临床新理论、新观念、新模式,探索新思路,开拓新局面。此外,新一代的临床中坚力量已经走上肿瘤防治舞台的中央,承担起继往开来的重任。所有这些,都让我们感到欣慰,并寄予愿望。这是一个历史的契机,要求新老肿瘤工作者一起悉心地去体察、把握,共同为发展我国的肿瘤防治事业而努力奋斗。

在这一形势下,借鉴与传承的问题摆在了我们的面前。

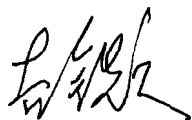
众所周知,科学的发展和进步从来没有坦途,都要走过曲折艰辛的道路;人们对客观事物的认识,也有一个渐进积累逐步提高的过程,这是普遍的基本规律。现代临床医学的发展和提高得力于科技手段推陈出新,诊治方法不断完善,临床思维日臻科学,但离不开借鉴大量的、丰富的临床实践经验。这在提倡“循证医学”方法学的今天依然很重要。那种以为只要掌握了尖端医疗设备和操作技术,就可以解决一切问题的想法是幼稚的,也不符合客观事物发展规律。因为,即使是它们给你提供再明晰、再详尽的数据信息,也需要你去认识、理解和正确运用,而最终也仍然还要经受实践的检验,在不断修正中完善和提高。这就是经验和借鉴它的魅力之所在。

由此,我们可以引伸出,在不同的历史阶段,不同的科学水平和技术条件下,必然要进行新的经验的再积累、再检验、再借鉴,从而持续地促进肿瘤临床医学的与时俱进。人生有期,学海无涯,肿瘤奥秘的探索需要世代人们的艰苦努力。只要我们审其义,究其难,勇于求索,善于总结和借鉴,相信这一严重威胁人民生命健康的顽疾,终将被人类彻底征服的。

近四五十年来,我国的肿瘤防治研究发展迅速,肿瘤诊治技术日新月异,水平不断提高。当年风华正茂的一代肿瘤事业拓荒者,如今都已鬓霜斑驳。他们为我国肿瘤事业倾注了毕生的心血和精力,在数十年的医疗实践中,阅历丰富,积累了大量的临床经验。这些经验有成功的,也有失败的,都是我们医学宝库里的财富,亟需很好地传承下去,作为后人从事临床工作的有益借鉴。基于此,军事医学科学出版社倡议,组织肿瘤学界老一辈临床专家们,总结经验,著述心得,编纂《中国肿瘤名医临床经验丛书》,分题分卷陆续出版。这一倡议立即得到热烈的欢迎和积极的响应。这是一项极其有益、意义深远的建设工程。时间将会证明,这一丛书不仅能给肿瘤临床工作以弥足珍贵的实际教益,而且还能使严肃认真、科学缜密的学风得以传承;它将鼓舞我们走向为进德而修业,为创新而传承的高尚境界。

我们这些先做起来的人不过是为引玉而抛砖,欢迎怀瑾握瑜的学界前辈们都来参与。此外,这项工作不仅是这一代老专家的任务,后继者自有翘楚,新的经验当更珍贵。

由于这也算是摸索,无例可援,无章可循,故先出书的内容固然精采,亦或不免微瑕,未尽人意,我们期待着批评指正。千里之行始于足下。我们相信,随着这一丛书的继续组写出版,当能日臻充实完美,为我国的肿瘤临床医学事业做出贡献!



前 言

食管癌是一种慢性难治性消化道肿瘤,在全球具有广泛分布和区域性高发的流行病学特征。我国经过近50年的病因学预防研究,虽发病率已逐年下降,但死亡率并无明显降低,仍居我国重点防治的恶性肿瘤之列。

食管癌从早期到晚期病程发展缓慢,早期症状不典型,50%以上的患者诊断时已为晚期,癌组织已侵及邻近器官并有转移,加之食管癌部位特殊,手术难以彻底切除,放疗难以完全控制,故单一手术或放疗的长期疗效多年来进展迟缓。化疗虽属全身性疗法,但与手术、放疗相比,起步较晚,缓解期短,长期疗效欠佳。到目前为止,食管癌特别是晚期食管癌仍属于预后较差的实体瘤之一。

在目前对食管癌尚无根治方法的现实情况下,根据循证医学原则,依患者的机体状态和不同分期,采取手术、放疗、化疗、介入治疗、生物治疗和中医药治疗等多学科相联合的综合治疗方法,有所侧重地恰当选择适合每位患者的治疗模式,是提高食管癌完全缓解率和长期生存率的重要发展方向。因此,我们几位曾经长期从事食管癌临床诊断治疗研究工作的老教授和多位参与食管癌

有关研究领域的年轻教授、博士,总结自己多年的临床经验和体会,参考国内外的最新进展,编写出版《食管癌综合治疗》一书。欲从某些侧面为读者提供一些初步临床综合治疗的方法和思路,以抛砖引玉之功,期盼更多的同道能从综合治疗观点出发,多学科团结协作,组织多中心、大样本、随机对照研究,进一步完善、提高食管癌综合治疗的科学性、有效性和安全性,使广大患者受益。

本书的编写,承蒙李保荣教授热忱关心推动,军事医学科学出版社总编辑孙宇博士的支持鼓励,特致以衷心感谢。

限于我们的知识和经验,错误、遗漏和不足之处一定不少,敬请读者赐教指正。

王瑞林 张汝刚 殷蔚伯

2007年3月26日

目 录

第一章 食管癌诊断	(1)
第一节 影像学诊断	(1)
一、影像检查方法	(2)
二、正常影像学表现	(5)
三、食管癌的影像学诊断	(10)
四、食管癌的分期	(20)
五、贲门癌的影像学诊断	(22)
第二节 早期食管癌的内镜诊断	(29)
一、内镜检查辅以黏膜染色及活检病理检查	(29)
二、内镜检查对食管表浅癌浸润深度的判断	(31)
第三节 病理学诊断	(34)
一、食管癌的病理诊断方法	(34)
二、食管癌的组织学发生	(41)
三、食管癌的大体类型及其形态	(42)
四、食管癌的组织学及其类型	(46)
五、食管癌病理学研究进展	(51)
第四节 主要临床表现与分期	(60)
一、临床表现	(60)
二、TNM 分期	(62)
第二章 食管癌治疗	(65)
第一节 早期食管癌的内镜治疗	(65)
一、内镜食管黏膜切除术(EEMR)	(65)
二、内镜激光治疗食管早期表浅癌	(67)

三、食管早期表浅癌的光动力学治疗·····	(68)
四、内镜局部注射抗癌药物治疗食管早期表浅癌·····	(72)
五、内镜微波治疗食管早期表浅癌·····	(72)
六、展望·····	(73)
第二节 放射治疗及以放疗为主的综合治疗·····	(74)
一、单纯放射治疗·····	(75)
二、放射治疗合并化疗治疗食管癌·····	(76)
三、放射治疗与手术综合治疗·····	(78)
第三节 化学治疗及以化疗联合放疗和(或)手术为主的 综合治疗·····	(86)
一、治疗原则·····	(88)
二、晚期、复发转移食管癌的治疗·····	(89)
三、局部晚期食管癌的新辅助治疗和辅助治疗·····	(120)
第四节 食管癌的介入治疗·····	(143)
一、食管癌动脉灌注化疗·····	(143)
二、食管癌的非血管介入治疗·····	(146)
三、非血管介入手段在食管癌治疗中的临床应用·····	(149)
四、食管癌介入治疗的并发症·····	(152)
五、食管癌介入治疗在综合治疗中的地位与展望·····	(154)
第五节 食管癌的生物治疗·····	(157)
一、细胞因子和细胞免疫治疗·····	(157)
二、肿瘤疫苗免疫治疗·····	(159)
三、分子靶向治疗·····	(163)
四、基因治疗·····	(169)
第六节 食管癌的中医药治疗·····	(178)
一、单味中药治疗·····	(178)
二、专方治疗·····	(181)

三、辨证治疗	(183)
四、中医药在晚期食管癌治疗中的作用	(185)
第三章 食管癌化放疗常见不良反应及并发症的处理	(188)
第一节 食管癌化放疗常见不良反应的处理	(188)
一、骨髓抑制	(188)
二、恶心呕吐	(188)
三、放射性食管炎	(189)
四、食管癌化放疗的主要长期毒性	(190)
第二节 食管癌主要并发症的处理	(190)
一、食管梗阻	(190)
二、食管破裂与穿孔	(192)
三、癌性恶病质	(193)
四、癌性乏力	(194)

第一章 食管癌诊断

第一节 影像学诊断

食管癌是常见的恶性肿瘤,在我国发病率较高,大约占有所有恶性肿瘤死亡率的 23.5%,仅次于胃癌;在美国相对少些,但每年也发现约 10 000 人,占美国所有恶性肿瘤死亡率的 1.8%。

目前,食管癌的治疗主要包括外科手术治疗、放射治疗、化疗、综合治疗等,外科手术治疗仍是主要的治疗方法之一,但手术切除分为根治性切除及姑息性切除手术,还有一些患者仅能做开胸探查术。食管癌能否做根治性切除取决于病变的局部外侵、病变的部位以及远处转移等情况。

早期食管癌为癌浸润至食管黏膜、黏膜下层,无论有无淋巴结转移。进展期食管癌可分为:①髓质型;②蕈伞型;③溃疡型;④缩窄型。有的则分为:①浸润型;②增生型;③溃疡型三种。浸润型为管壁环状增厚,管腔狭窄;增生型为肿瘤向腔内生长,形成肿块;溃疡型为肿块形成一个局限性之较大溃疡,可以深达肌层。以上几型还可以混合出现。

食管癌以鳞癌较多,约占 90%,少数为腺癌,而食管贲门癌则以腺癌为主。

贲门癌常累及胃底及食管下段,细胞学分类多为鳞状上皮癌及腺癌两类。由于胃贲门区的解剖及生理较为复杂,正常变异较多,早期症状也不十分明显,所以早期诊断不易。癌肿的形态上分为浸润型、肿块型及溃疡型三类。





一、影像检查方法

(一) 食管的 X 线检查

食管钡餐造影检查,是诊断食管肿瘤最为简便、实用而有效的方法。通过 X 线检查,可以得到定性、定位及定型的诊断,同时还可以了解病灶侵犯周围脏器的程度,有助于制定临床治疗计划。食管 X 线钡餐检查,应密切与食管细胞学、食管内镜及 B 超等结合,才能提高诊断的准确率。

1. 检查前准备

患者在检查前 2~4 小时,禁止一切饮食,避免食物的残渣残留食管,影响诊断。其次可以减少食管黏液的分泌,使食管黏膜面钡浆的附着良好,食管黏膜造影清楚。对于早期食管癌的检查极为重要。

2. 检查方法

进行食管造影前必须进行胸部及上腹部透视,了解食管通路器官是否有正常变异或肿块致密阴影,以免误诊。采用食管多轴透视,立位或卧位观察,摄取左右斜位点片,颈段食管病变最好采用正位摄片。造影剂的使用,一般可采用较黏稠钡剂,效果较佳;若患者吞咽困难,应使用稀钡剂;若临床怀疑有食管瘘形成,应采用碘造影剂。常规食管钡餐造影,必须摄取全食管黏膜相及充盈相,也可以采用腹部加压法造影。

由于钡剂在食管管腔流速过快,不利于详细观察,往往容易漏诊。腹部加压法可以减低造影剂流速,使造影剂在食管停留时间较长,有利于详细观察,特别对于上段食管肿瘤,检查较为满意。双重对比造影为最简便的方法,即患者吞钡后立刻吞咽气体。常使用双重对比造影剂,或在进行双重对比造影前,肌内注射 654-2,使食管蠕动消失,成为低张力造影,对于食管管壁舒张度、食管黏膜皱襞观察较为满意,有利于小肿瘤的发现。

3. 食管钡餐造影检查,应注意观察下列诸事项

(1) 食管黏膜皱襞:食管黏膜皱襞是否改变,早期食管癌多为局部改变,常出现黏膜中断、紊乱及消失。因此,食管癌早期诊断,必须重视食管黏膜皱襞的观察。

(2) 食管管壁舒张度:使用双重造影或大口吞钡,可以观察食管皱襞舒张度。早期食管癌舒张度降低,晚期食管癌舒张度消失。

(3) 食管管腔内是否有充盈缺损:边缘不规则充盈缺损常见于恶性肿瘤,良性肿瘤常表现充盈缺损、边缘光滑。

(4) 食管管壁:正常食管管壁光滑,应注意管壁是否有溃疡形成,当溃疡穿孔时则形成瘘管。

(5) 软组织肿块:当食管癌向外浸润时形成软组织肿块,检查时应注意肿块与周围器官关系。

(6) 食管管腔狭窄及梗死:由于肿瘤发展而引起管腔不同程度狭窄改变及梗死,恶性肿瘤常引起食管管腔狭窄梗死。

(二) 贲门区的 X 线检查

贲门区的 X 线检查十分困难。贲门区毗邻解剖复杂,局部黏膜皱襞经常多变,兼之钡剂流速过快,因此对该区病变,不易检出,常发生误诊或漏诊。对于该区的检查,必须注意检查方法,应采用双重造影或腹部加压法,以弥补单纯食管钡餐造影检查的不足。正常贲门的形态可以有不同的表现:A 星芒状;B 头巾状;C 链条状。以星芒状的表现最多见。

检查贲门区,首先应注意食管贲门端是否痉挛狭窄,局部黏膜皱襞是否有增粗改变或龛影发现。胃泡应注意充盈气体,了解胃底部是否有软组织肿块。采用仰卧位观察胃底充盈情况,采用俯卧位观察胃底及贲门端黏膜情况,站立位采用多轴透视并摄取点片一组,结合食管细胞学、内镜及 B 超等,进行综合性分析,以提高贲门癌的早期发现。

(三) 食管及贲门区的 CT 检查

1. 食管 CT 检查

扫描检查前患者须禁饮食 12 小时,扫描体位多采用仰卧位,扫描应常规扫描胸部及上腹部、下段食管癌向下加扫至肾下极。上段食管癌加扫颈部或部分颈部,层厚及层间距一般应为 1 cm。可以采用 1% ~ 2% 复方泛影葡胺水溶液或 1% 硫酸钡混悬液充盈食管,在每次扫描前咽下立即扫描。在扫描前应口服 400 ~ 800 ml 的清水,以充盈胃。为了 CT 扫描显示食管更为清楚,在扫描前 10 分钟,肌内注射 654-2 针剂 10 mg,达到低张力 CT 扫描作用。值得注意的是:使用螺旋 CT 为食管癌患者做检查时,不应只简单地做胸部 CT 平扫或食管癌病变部位的 CT 平扫,至少还应加上上腹部 CT 扫描,增强扫描十分必要,层厚、层间距、纵隔图像处理、放大以及患者扫描前的准备、食管腔的良好充盈等一系列情况均应加以注意,才能取得满意效果。

增强扫描:CT 平扫后常规增强扫描十分必要,以区别肿大的淋巴结与血管,螺旋 CT 或者多层螺旋 CT 的动态增强效果更佳。

由于食管周围有脂肪层,可以显示食管壁与周围器官的关系。局部模糊不清楚,提示有病变存在。CT 可以测量食管壁厚度,正常食管壁厚度 3.0 mm,若超过 5.0 mm,则提示局部有病变。可以引导内镜局部采集标本,提高早期食管癌的检出率。为了 CT 扫描显示食管更为清楚,在扫描前 10 分钟肌内注射 654-2 针剂 10 mg,达到低张力 CT 扫描作用。CT 可以显示食管肿瘤大小、长度、侵犯食管周径程度、外侵周围器官情况、纵隔是否有肿大淋巴结、远隔器官是否转移等。CT 扫描可以进行食管癌分期。螺旋 CT 多期增强扫描时,在动脉期可以在肿瘤表面出现异常不均匀强化,门脉期及平衡期的强化更为明显,可以均匀或不均匀。

CTVE(CT 仿真内镜)技术还可以较为清晰地显示出食管黏膜面的改变,有利于早期食管癌的检出率。