

前 言

众所周知，消化系统疾病发病率高，严重威胁着人类的 健康。特别是占肿瘤死亡原因第一、二位的胃癌、食管贲门癌，还有肝、肠、胰腺癌，已引起国内外各界人士的关注。世界各国的医学专家极为重视，近二十年来在消化系统解剖、生理、病理、诊断和治疗等方面的研究日新月异，取得了丰硕成果。例如，B超、CT、数字减影血管造影（DNA）、放射型计算机断层显象（ECT）、磁共振断层显像（MRI—CT）相继问世，纤维胃肠镜、胆镜的应用，介入放射学的发展（如选择性血管造影和核素扫描），酶学的进展，为消化系统疾病的早期诊断提供了新的手段。一系列国际、国内诊断标准、分级标准的陆续制订，使诊断、治疗更加规范化。用电视腹腔镜经皮行胆囊、阑尾切除、胆囊碎石，激光刀切割、止血等高科技用于临床，显微外科、肝脾移植的临床研究，使消化外科登上了一个新台阶。对各类术式的探索不断深入，手术技术不断进步、日趋完善。食管细胞采取器的发明、食管胃吻合器的设计等方面的创新，都是我国独特的新成就。非开胸食管贲门癌拔脱术、胆道再造术、保留肛门的直肠切除术等，标志着手术朝向减少创伤、尽量保留器官功能的方向迅速迈进。联合断流、区域性分流的研究为门脉高压症、消化道出血的治疗积累了相当丰富的经验。麻醉技术的提高、加强围术期治疗护理及营养支持使手术更加安全。各种检查数据法定计量单位的颁布，实现了计量标准统一，有利于学术交流。综合治疗、导向治疗、免疫治疗、局部放疗及中西医结合治疗大大

提高了治愈率和远期疗效。

广大医务工作者常年在临床第一线辛勤劳动，无暇顾及浩如烟海的医学资料和最新成就。为了迅速推广这些新知识、新进展、新技术，我们本着实践第一的观点，吸收近年来国内外成熟经验和科研成果，结合自己的经验教训，编写此书，奉献给广大医务人员，供临床、教学、科研工作中参考。本书共分五篇、十九章，注重实用性、新颖性、科学性，对消化系统外科疾病作了系统介绍。如能让读者在短时间内了解有关最新信息，起到提高诊断和治疗水平的作用，将使我们感到欣慰。

由于作者水平有限，时间仓促，不当之处在所难免，恳请同道和读者不吝赐教批评指正。

本书承蒙泰山医学院附属医院副院长刘来村副教授主审修改和许多老专家审阅指教，并有许多单位领导大力支持，在此表示衷心感谢。

作者

1992年8月于泰山

目 录

第一篇 食管疾病

第一章 食管癌与贲门癌	(1)
第一节 食管癌	(1)
第二节 贲门癌	(25)
第三节 食管癌、贲门癌的三个附带问题	(29)
第二章 食管良性疾病	(38)
第一节 贲门失弛缓症	(38)
第二节 食管破裂与穿孔	(48)
第三节 食管狭窄	(55)
第四节 食管良性肿瘤	(82)
第五节 食管憩室	(86)
第六节 食管裂孔疝	(89)

第二篇 胃肠疾病

第三章 胃疾病	(74)
第一节 胃十二指肠溃疡的外科治疗	(75)
第二节 先天性幽门肥厚	(118)
第三节 胃扭转	(121)
第四节 胃异物	(123)
第五节 胃肿瘤	(126)
第四章 十二指肠疾病	(160)
第一节 十二指肠良性肿瘤	(160)
第二节 十二指肠恶性肿瘤	(162)

第三节	十二指肠憩室·····	(165)
第四节	十二指肠血管压迫综合症·····	(167)
第五章	小肠疾病·····	(171)
第一节	肠梗阻·····	(172)
第二节	肠系膜缺血性疾病·····	(187)
第三节	小肠炎性疾病·····	(191)
第四节	肠痿·····	(203)
第五节	小肠肿瘤·····	(206)
第六章	阑尾疾病·····	(210)
第一节	急性阑尾炎·····	(210)
第二节	阑尾周围脓肿·····	(222)
第三节	几种特殊情况下的急性阑尾炎·····	(224)
第四节	慢性阑尾炎·····	(226)
第五节	阑尾肿瘤·····	(227)
第七章	结肠疾病·····	(230)
第一节	生理与解剖·····	(230)
第二节	先天性巨结肠症·····	(231)
第三节	乙状结肠扭转·····	(236)
第四节	溃疡性结肠炎·····	(238)
第五节	结肠癌·····	(243)
第六节	结肠其它肿瘤·····	(255)
第八章	直肠肛门疾病·····	(259)
第一节	解剖概要·····	(259)
第二节	痔·····	(261)
第三节	肛裂·····	(264)
第四节	肛门直肠周围脓肿·····	(265)
第五节	肛痿·····	(267)
第六节	直肠息肉·····	(269)

第七节	直肠脱垂·····	(271)
第八节	直肠癌·····	(274)
第九节	先天性直肠和肛管畸形·····	(282)
第三篇 肝、胆系疾病		
第九章	肝脏疾病·····	(286)
第一节	肝脓肿·····	(286)
第二节	肝包虫病·····	(290)
第三节	肝囊性疾病的外科治疗·····	(293)
第四节	肝脏良性肿瘤·····	(300)
第五节	肝癌·····	(306)
第六节	肝破裂·····	(317)
第十章	胆系疾病·····	(322)
第一节	胆道损伤·····	(322)
第二节	先天性胆系疾病·····	(323)
第三节	胆系感染·····	(327)
第四节	胆石症·····	(332)
第五节	重症急性胆管炎·····	(340)
第六节	胆道蛔虫病·····	(342)
第七节	胆囊息肉样病变·····	(344)
第八节	胆道肿瘤·····	(346)
第四篇 胰脾疾病		
第十一章	胰腺疾病·····	(351)
第一节	急性胰腺炎·····	(351)
第二节	胰腺损伤·····	(359)
第三节	胰腺囊肿·····	(363)
第四节	胰腺癌·····	(366)
第五节	胰岛素瘤·····	(375)
第六节	胃泌素瘤·····	(378)

第十二章	脾脏疾病	(383)
第一节	解剖和生理.....	(383)
第二节	脾脏的先天性畸形.....	(386)
第三节	脾脏肿瘤.....	(389)
第四节	脾血管性疾病.....	(393)
第五节	脾脏的感染性疾病.....	(395)
第六节	脾破裂.....	(399)
第七节	脾组织植入.....	(406)
第八节	保留性脾手术.....	(407)
第九节	同种异体脾移植术.....	(413)
第十节	脾功能亢进.....	(414)
第十一节	脾切除术.....	(421)
第五篇 其 它		
第十三章	消化道损伤	(429)
第一节	胃损伤.....	(429)
第二节	十二指肠损伤.....	(433)
第三节	小肠损伤.....	(436)
第四节	结肠损伤.....	(440)
第五节	直肠和肛管损伤.....	(442)
第十四章	门脉高压症	(445)
第一节	解剖概要.....	(445)
第二节	病理生理.....	(447)
第三节	临床表现与诊断.....	(449)
第四节	肝内型门脉高压症的外科治疗.....	(451)
第五节	肝外型门脉高压症的外科治疗.....	(459)
第十五章	消化道出血	(466)
第一节	上消化道出血.....	(467)
第二节	下消化道出血.....	(487)

第十六章	肠内、外营养支持·····	(500)
第十七章	胃肠激素与消化外科·····	(507)
第一节	胃肠激素·····	(507)
第二节	胃肠激素与消化外科·····	(510)
第十八章	实用消化外科护理要点·····	(532)
第一节	实用消化外科一般护理要点·····	(532)
第二节	胃肠道及胆道导管的护理·····	(534)
第三节	体腔引流的护理要点·····	(542)
第四节	完全胃肠外营养(T P N)的护理·····	(547)
第十九章	消化外科临床检验正常值及其临床意义··	(551)

第一篇 食管疾病

第一章 食管癌与贲门癌

第一节 食管癌

食管癌为食管最常见疾病，占食管外科疾病总数的 90% 以上。占全身恶性肿瘤死亡率的第二位，仅次于胃癌。

一、解剖概要

食管是一个长管状的肌性器官，上承咽部，起始于环状软骨下缘水平，下行经颈部、胸部的上、后纵隔，穿过膈肌的食管裂孔入腹，于第十一胸椎的左侧终止于胃的贲门部。成人自门齿至食管下端食管胃粘膜移行部的长度平均为 40cm，门齿至食管起始部长度平均 15cm，而食管本身的平均长度为 25cm。躯干长度与食管长度的比例关系，在成人 1:0.26。食管腔的直径为 1.5~2.5cm。在咽食管连接部、主动脉弓在食管左侧壁跨越处、左支气管在食管左侧壁横过的部位及食管穿经食管裂孔处存在食管管腔的生理性狭窄。

从解剖上一般将食管分为颈部、胸部和腹部三个部分。临床上将食管分为上、中、下三段。传统的分法为从食管入口至主动脉弓上缘，相当于第四胸椎下缘处为上段；从主动脉弓上缘至肺下静脉水平，相当于第七胸椎平面为中段；从肺下静脉至贲门为下段。新近有人主张从食管入口至气管分叉处，即主动脉弓下缘为上段。因肺下静脉 X 光片无法显示，故将气管分叉以下至贲门部

平均分为中段和下段。

食管由粘膜、粘膜下层、肌层和外膜构成。粘膜的上皮为复层扁平鳞状上皮，粘膜层有食管腺，分为食管固有腺和贲门腺两类。粘膜下层为疏松结缔组织，有血管、淋巴管和粘膜下神经丛。肌层分内外两层，内层呈环形排列，外层呈纵行排列。外膜没有浆膜层覆盖，而由疏松结缔组织所构成。

食管颈段的血液供应主要来源于甲状腺下动脉，有的来源于锁骨下动脉。胸部上段来源于左、右支气管动脉，胸部下段主要来源于食管固有动脉及第2~6肋间动脉的食管支。腹段食管主要来源于胃左动脉和左膈下动脉。食管上半部的静脉分别流入甲状腺下静脉、半奇静脉、奇静脉，均汇入上腔静脉，食管下半部的静脉经胃冠状静脉汇入门静脉。食管的淋巴颈段入颈深淋巴结，胸段上半部入气管旁淋巴结、气管支气管淋巴结、纵隔后淋巴结，胸段下半部的淋巴管经食管裂孔入腹腔的贲门旁、胃上和胃胰淋巴结，胸段还有输出管不经淋巴结而直接入胸导管。食管前横纹肌由喉返神经分支支配。食管的平滑肌由迷走神经和交感神经支配。

二、病因病理

病因 食管癌的真正原因不清，与以下因素有关：①长期饮酒、进过热的食物、霉变食物、咀嚼不细、食物粗糙、吞咽过快、反复刺激损伤；②慢性感染：如食管炎症等；③饮水中含过高亚硝胺类化合物及钼缺乏；④家族遗传倾向；⑤地理环境及某些因素：如经济落后、营养缺乏，特别是动物性蛋白、维生素A、B₂和C缺乏，空气污染，食物中含潜在致癌物质等。

病理 就全世界而言，50%发生在食管中段，30%发生在食管下段，20%发生在食管上段。而在西方国家下段多于中段。我国4957例分析，上、中、下段分别为14.1%、52.7%、33.2%。

绝大多数食管癌为鳞状细胞癌，少数为腺癌。偶有鳞癌与腺癌同时存在，由于主次不同，分别称之为鳞腺癌或腺鳞癌。鳞腺癌的来源：①如果食管鳞癌与贲门腺癌分别发生又互相融合及合并，称相撞癌；②腺鳞癌的另一学说是食管粘膜下腺体发生、发展成鳞状及腺状成分或食管的鳞状及腺状上皮同时发生恶变而成。食管未分化癌很少见，又分为大细胞癌和小细胞癌。另有一种特殊未分化癌，称燕麦细胞癌。可能来自食管腺体，含有神经分泌颗粒，有报道分泌降钙素及ACTH。该瘤发展迅速，预后不良。

临床上食管癌早期分为四型：隐状型、糜烂型、斑块型和乳头型。中晚期分为五型：髓质型、蕈伞型、溃疡型、缩窄型和腔内型。

癌肿可直接扩散，沿淋巴道转移（有时由于淋巴管被癌细胞堵塞，发生逆行转移）以及血行转移。在食管癌的各种转移方式中，以淋巴转移最为重要。食管粘膜下淋巴管网近端向咽部，远端向胃部引流。原发肿瘤沿固有膜或粘膜下淋巴管浸润，形成粘膜表面隆起的结节，有时距原发灶约5~6cm之多，在其周围形成卫星灶或跳跃式转移灶，或多中心癌，与原发灶之间无癌组织连接。易与同期第二个原发癌，即多发癌相混。

三、临床表现

食管癌的早期诊断，是决定预后的关键。所以必须重视食管癌的早期症状，提高对早期症状的认识，并进行必要的检查。

1. 早期症状 主要有胸骨后或剑突下不适、刺痛、烧灼感，吞咽食物时的异物感、磨擦感及食物停滞感、梗噎感。这易与慢性咽炎、食管损伤、食管炎、食管痉挛及胃炎相混。遇此情况，一定要仔细检查，明确诊断，不要放过早期食管癌患者。

2. 典型症状 即进行性吞咽困难。多数伴有胸骨后闷胀不

适或疼痛。吞咽困难先是进干食物，然后是半流质，最后连水或唾液也难以咽下。致使病人吐出粘条样物。随梗阻严重程度的增加，伴有食后呕吐，致脱水、消瘦和体重减轻。有时由于癌组织坏死脱落，梗阻症状可暂时减轻。

3. 晚期症状如表 1—1 所示。

表 1—1 食管癌晚期症状及可能原因

食管本身的病变		食管外组织器官受累	
症 状	可 能 原 因	症 状	可 能 原 因
口 臭	食管内残留食物 发酵	声音嘶哑	喉返神经受累
体重减轻	进食减少等	呛 咳	食管支气管受侵 或食管、气管、支 气管瘘
贫 血	肿瘤表面慢性失 血等	肺内感染	食管气管支气管 瘘或返流性呕吐误 吸
		Horner氏 综合征	颈交感神经受累
		胸 背 痛	肿瘤已侵及至食 管壁外
		高血钙症状 如肌无力、昏 睡及恶心	可疑肿瘤骨转移
		大 出 血	肿瘤腐蚀，穿透 主动脉或肺血管

四、诊断

根据病人的年龄、典型病史不难诊断。可进行以下检查。

1. X线检查 早期主要有食管粘膜的连接性中断，迂曲或纹理紊乱或增粗，以及斑点状充盈缺损。随病情的加重，出现粘膜纹理消失，充盈残缺，管壁僵硬，管腔狭窄，近端食管扩张等改变。

2. 食管镜检查 可见充血、水肿、糜烂、溃疡及隆起的肿物，触之易出血，取活检可证实诊断。

3. 脱落细胞学检查 各地用不同的方法采集标本，伊朗和意大利利用内窥镜毛刷经鼻胃管插入获取标本；日本用可溶性包裹的可膨胀性毛刷获取细胞；在南非用研磨吸引管，我国用食管拉网获取脱落细胞。在我国林县自1959年至1979年用拉网法普查50万人，证明准确率达80%，查出早期食管癌575人。此法阳性率可达90%以上。适用于普查，早期发现高发人群的食管癌，而且可以分段取样确定癌肿部位。

4. CT检查 可了解肿瘤大小及纵隔淋巴结转移情况。

5. 淋巴结活检 可作锁骨上淋巴结及颈斜角肌淋巴结活检。也可用纵隔镜行纵隔淋巴结活检。

五、鉴别诊断

在食管癌的诊断中，应注意与食管良性肿瘤（特别是平滑肌瘤）、食管良性狭窄、食管良性溃疡、消化性食管炎、食管结核、食管癌肉瘤、食管外纵隔淋巴结肿大压迫性改变、食管静脉曲张等鉴别。

食管良性肿瘤常为平滑肌瘤，一般病史较长。钡餐X线检查示食管腔外压迫，粘膜常光滑完整。个别肿瘤表现有炎性改变，应行食管镜活检。

贲门失弛症，一般病人年龄较轻，病程长，症状时轻时重。X线检查示食管下端呈光滑鸟嘴状狭窄，其近端明显扩张，管壁柔软。

食管良性狭窄常有两种：（1）疤痕性狭窄：多有化学药物灼伤史。X线检查示不规则细线状狭窄（图1—1）；（2）返流性食管炎狭窄：有较长返流性食管炎病史，位于食管下段，粘膜表面完整，有时稍有粘膜粗乱。食管镜活检可确诊。

吞咽困难为食管癌最突出的症状。为了加深认识，开阔鉴别诊断视野，将其分度和常见原因述后：

1. 吞咽困难的分度 I度—饮食正常；II度—进食需用水冲；III度—能进半流质，但不能进固体食物；IV度—仅能进流质，不能进半流质；V度—不能进流质，但唾液可咽下；VI度—唾液也不能咽下。

2. 食管性吞咽困难和非食管性吞咽困难 食管性吞咽困难的原因有食管癌、食管良性狭窄、食管良性肿瘤、食管憩室、贲门失弛症和隔肿瘤等（见表1—2）。非食管性吞咽困难一是全身性原因，如癌病、脊髓灰质炎、狂犬病和破伤风等。二是口腔及咽部疾患，如腭裂、舌炎、扁桃体炎、咽炎、咽后壁脓肿、咽部憩室、咽癌和异物等。

表1—2 食管性吞咽困难的原因及发生频率（45岁以上）

机 械 性		运 动 性
较常见	癌瘤	失弛缓症
	食管癌最常见 转移癌 非食管肿瘤的浸润（胸腺瘤、支气管肿瘤、食管旁淋巴结）消化性狭窄	

较少见	P—V综合征*	弥漫性食管痉挛
	Zenker憩室	硬皮病
	食管周围疝	
	良性肿瘤	皮炎
	食管外肿块	
	纵隔肿瘤	重症肌无力
	胸主动脉瘤	

* Plummer—Vinson综合征

六、治疗

食管癌的治疗有很多选择。决定选用那种治疗方法应根据病理类型、病程、病变部位、肿瘤扩散的范围及病人全身情况而定。腺癌对放疗不敏感，倾向于手术治疗。鳞癌对放疗反应较好，选择放疗时指征应稍放宽。病程早期，中、下段食管癌，全身情况较好者倾向于手术治疗，否则施行放疗或化疗。患者重度营养不良、严重心、肺、肝、肾疾病以及肿瘤晚期，宜行减状治疗如食管腔内置管术等，必要时配合化疗、放疗或中药治疗。

（一）手术治疗

1. 手术适应症 ①凡确诊为食管癌，病变小于6cm，无锁骨上淋巴结转移或远处转移，即可考虑手术治疗。对中、下段食管癌手术更应积极；对上段食管癌，由于放疗效果较好，手术应从严掌握。②年龄令在75岁以上，应严格选择，心肺肝肾功能尚好，病变小于5cm者可以施行手术治疗。

2. 术前准备 （1）反复核对各项检查，诊断确实无误；（2）查心、肺、肝、肾功能；（3）矫正低蛋白血症、脱水和电解质紊乱；（4）戒烟，刷牙漱口，注意口腔卫生。有严重食管梗阻者，应做食管分泌物培养及药敏并行食管冲洗（用生理盐

水和灭滴灵液)；(5)术前两天开始给抗生素；(6)术前常规驱虫；(7)手术晨肌注术前药、插胃管及塑料管；(8)计划用结肠代食管者，术前应准备好结肠。

3. 手术方法 目前食管癌的手术治疗方法没有标准的模式。其原因：(1)对于不同部位的食管癌，必须采取不同的术式；(2)手术者的技术熟练程度和经验不同；(3)当病变切除后，用何器官代替的意见不同。

为了便于叙述食管癌手术治疗方法，将食管分为三段，自食管入口至动脉弓上缘为上段；再向下至下肺静脉下缘为中段，下肺静脉下缘至贲门为下段。

(1)下段食管癌只要无远处转移，全身情况允许，即应手术治疗。手术一般经左胸入路。切除肿瘤后，行食管胃吻合。根据情况，吻合口可在主动脉弓上或弓下。

(2)中段食管癌手术指征与下段相似。但在掌握时应稍严。因为该段毗邻关系复杂，手术难度较大。手术入路各家报告不一。方立德认为右胸后外切口暴露最佳，切除率最高，并发症最少，死亡率最低和生存率最好。笔者认为，以三切口为宜。即先作右胸后外侧肋间切口，充分游离肿瘤及胸段食管，置引流后关胸。若无胸膜粘连，手术顺利，约1小时即可完成开胸、游离食管及关胸手术。然后改平卧位，开腹游离胃(若胃已切除或不能用可用结肠)。保留胃网膜右血管，切断贲门，闭合胃侧端，结扎食管端。作颈部切口，游离颈段食管。将胸段食管向上提至颈部切口外，随后，将胃用牵胃器，经原食管床，徐徐牵至颈部切口，行食管胃吻合。我们用此法已作35例，均获成功。因为开胸时间短，手术暴露好，各项操作打击小，术后恢复快。又因胃经原食管床，符合正常解剖，路径短，胃的牵拉轻，胃血运好，术后颈部吻合口瘘少。本组35例，无发生吻合口瘘。即使发生了吻合口瘘，处理也方便，预后也较好。赵崇伟总结介绍的颈部食

管胃单层吻合合法值得推荐应用。

(3) 上段食管癌由于放疗效果较好,多数学者主张放疗。但有些学者建议行不开胸食管剥脱术。我们也认为,非开胸食管剥脱术,手术打击小,并发症少,死亡率低,手术指征可适当放宽。周国祯认为手术指征是:①较局限的贲门癌及早期(0—Ⅰ期)食管癌;②颈部食管癌及下咽癌;③高龄及全身情况不良不能承受开胸手术的中、晚期贲门癌;④有严重肺部疾病,肺功能不良,不能承受开胸手术的中、晚期贲门癌;⑤广泛转移的晚期颈部食管癌及贲门癌,可作为姑息性手术。手术方法有用手指钝性食管剥脱(食管内翻剥脱)术和食管外翻拔脱术。我们认为,前者污染轻,较符合无菌原则。拔脱食管后,用牵胃器经原食管床将胃牵至颈部,行食管胃吻合。只要手术操作轻巧,术者心中有数,小心谨慎,并发症极少。笔者施术11例,仅发生轻度乳糜胸1例,经保守治疗治愈。但有报道发生声嘶、气胸、乳糜胸、气管撕裂伤、大出血及吻合口瘘等。周国祯等报道25例,并发症有纵隔感染、喉返神经麻痹、左侧血气胸等。Orringer报告一组病人54%发生了气胸;33%因损伤喉返神经发生暂时性声嘶;11%发生了吻合瘘,但无死亡;2.5%发生了乳糜胸和1%的造成气管撕裂伤。虽然手术仅是姑息性措施,但有些病人能长期生存。

食管癌内翻拔脱术时,为预防或减少并发症应做到:(1)自食管裂孔以下切断迷走神经干,沿食管外膜向上分离,与颈部向下分离之手指相遇,颈部各项操作注意保护喉返神经。这样,很少损伤该神经,预防术后声嘶;(2)注意肿瘤在食管的位置,如上段(主动脉弓上)食管癌,癌肿位于食管前壁,应特别小心避免撕破气管膜部;若癌肿位于食管左侧壁,应小心避免撕破左侧胸膜,造成血气胸等;(3)纵隔感染多因食管被撕破,食管内容物污染所致。除小心剥脱避免食管剥破之外,一旦剥破,应以大量抗生素液冲洗;(4)术中如发现有淋巴液外溢,可疑有胸导

管损伤，应在食管裂孔处结扎胸导管。

4. 十个常见的手术技术问题

(1) 食管癌近端切除长度问题 一般认为食管癌段以上切除正常食管3~5cm为宜。但残留癌达17~28%，我院达25%。国外有人建议全食管切除，或至少切除癌肿近端食管12cm。邵令方在分析了6123例食管癌和贲门癌的外科治疗后指出：“切线有癌残留者占14.8%。传统规定距癌瘤边缘5cm作为切除范围是不够的。其主要原因是食管癌多为多点起源。原则上对食管癌作全长食管切除”。为了既能彻底切除肿瘤，又尽可能地多保留正常食管，我们对此问题进行了认真研究。通过对50例食管癌切除标本，切除前、切除后及固定后的测量和连续病理切片观察，得出近端切除7cm正常食管为最适宜的结论。

(2) 警惕食管多灶癌问题 指同时存在两个或更多癌灶，这些癌灶可能均为原发，或一个为原发，另外一个或几个为继发，或者原癌细胞经食管粘膜下淋巴管蔓延，或因癌细胞在食管腔内种植。孙绍谦等在100例食管癌标本中，发现癌旁有互不相连的底层细胞癌或原发癌占94%。河南医学院报告25例早期鳞癌的连续组织学切片检查中，最多癌灶达8个，96%的癌灶不相连。吴遐报告在460例食管标本中，肉眼见有两个以上癌瘤7例，但组织学检查确定双原发癌只有3例。刘复习报告526例食管标本中，多发癌57例(10.8%)。

在临床上，由于有两个癌瘤者多不适于手术治疗，且常由于近端癌瘤的梗阻，不可能对远端的癌瘤作食管镜检查或活检。术前发现另一癌瘤的手段只有X线和CT检查。当X线检查发现一个癌瘤后，常可认为已确诊，而忽略是否存在第二个癌瘤，CT检查目前又不普及，所以，食管多灶癌术前很少诊断。王祖煌报5例食管癌并存贲门癌，无1例术前作出重复癌的诊断。北京告坛医院在10例食管多发癌中，术前只确诊1例。周海鹏报告5