

常见病问答丛书

食管癌与贲门癌

主编 杨秉辉
编著

CHANGJIANBING WENDU CONGSHU



上海医科大学出版社

常见病问答丛书

● 主编 杨秉辉

食管癌与贲门癌

● 编著 仇德惠 等

上海医科大学出版社

责任编辑 王琰玫
封面设计 朱仰慈
责任校对 蒋建安

常见病问答丛书
食管癌与贲门癌
编著 仇德惠 等

上海医科大学出版社出版发行

上海市医学院路 138 号

邮政编码 200032

新华书店上海发行所经销

上海新文印刷厂印刷

开本 787×960 1/32 印张 3.375 字数 64 000

1998 年 3 月第 1 版 1998 年 3 月第 1 次印刷

印数: 1 5 000

ISBN 7-5627-0412-0/R · 389

定价: 6.00 元

前 言

随着物质生活的改善和科学技术的进步,人类的疾病谱也在变化之中。一些过去曾经严重危害人类生命健康的传染病和营养不良之类的疾病已经逐步得到控制,而另一些与人们生活方式密切相关的如心血管病和恶性肿瘤等则在增加,在发达国家已成定势。

建国以来,党和政府关心广大人民群众的健康,我国医务工作者积极努力。尽管我国仍是一个发展中国家,但我国的疾病谱却与发达国家相似。心血管病与恶性肿瘤已成为对我国人民群众健康的主要威胁。

恶性肿瘤被称为“20 世纪的瘟疫”。确实,恶性肿瘤的病因至今尚未十分明确,早期诊断困难,治疗效果欠佳,后果严重,无怪乎人们“谈癌色变”。人们在畏惧它的同时也迫切希望了解它。亲友之中一旦有人不幸患了恶性肿瘤,那么为什么会生肿瘤? 怎么治疗? 生活上要注意什么? 几乎是永恒的问题。到处打听或不得要领,或莫衷一是。于是病急乱投医者有之,坐失治疗良机者有之,甚至钱财被骗,人

财两空者亦有之。编者等多年从事肿瘤的临床研究工作,深感肿瘤并非不可防治。事实上多数肿瘤可以预防,不少肿瘤可被治愈。关键是如何将这些知识普及给广大人民群众。

上海医科大学出版社多年来致力于医学科普工作,拟出版常见病丛书,商诸编者。编者乃建议仿效我国古代医学典籍《素问》,以问答之形式编写,分批出版《常见病问答》,而首批 10 本则以常见肿瘤为内容。出版社领导从善如流,慨然允诺。于是编者联络本市各大医院肿瘤专家。尽管各位专家诊务繁忙,教学、科研任务繁重,但旨不以小善而不为,工作之余努力笔耕,未及 1 年已经大多完稿。

各分册作者皆是该项肿瘤的著名专家,其中科学性必无问题。编者在审阅中有所改动之处多系为适于一般群众阅读之故,若有有损于原意者,其责自然在我。

科普作品要求深入浅出,委实不易。编者等经验有限,疏漏之处在所难免,尚望读者诸君不吝指正。

杨秉辉谨识
1997 年 1 月

目 录

1. 哪一段消化道称为食管?	1
2. 食管的功能有哪些?	1
3. 贲门在消化道何处? 它有什么功能?	3
4. 食管的结构有何特征?	3
5. 食管可发生哪几种肿瘤?	5
6. 哪一段食管容易发生食管癌?	6
7. 食管癌的淋巴转移有无规律?	7
8. 食管癌容易浸润什么器官?	7
9. 除食管癌外,还有哪些常见食管疾病?	8
10. 哪些情况可发生食管和贲门功能失调? ...	10
11. 我国有哪些食管癌、贲门癌的高发区?	11
12. 食管癌、贲门癌发病与营养有无关系?	13
13. 食管癌、贲门癌发病与饮食习惯有无关系?	14
14. 饮水与食管癌、贲门癌发病有无关系?	15
15. 食管癌、贲门癌会遗传吗? 会传染吗?	16
16. 食管癌、贲门癌发病的年龄、性别有何特点?	17
17. 哪些食管病变容易诱发食管癌、贲门癌? ...	18

18. 食管癌、贲门癌好发部位与常见病理类型 有哪些?	20
19. 食管癌的部位与预后关系如何?	22
20. 不同组织类型的食管癌与预后有无关系?	23
21. 早期食管癌有哪些组织病理特征?	25
22. 中晚期食管癌有哪些组织病理特征?	26
23. 食管癌可否多发?	29
24. 怎样划分食管癌的病理分期?	29
25. 食管癌的转移途径有哪些?	30
26. 早期食管癌、贲门癌有哪些症状?	32
27. 最简便的食管癌、贲门癌诊断方法有哪些?	32
28. 食管癌、贲门癌吞钡检查有哪些特征性表 现?	34
29. 怎样进行“拉网”检查?	35
30. 出现吞咽不适与不畅症状是否一定是食管 癌、贲门癌?	36
31. CT 检查在食管癌、贲门癌诊断、治疗中有 什么作用?	37
32. 食管癌、贲门癌首选的治疗方法是什么?	38
33. 食管癌、贲门癌手术治疗适合于哪些病人?	39
34. 为什么食管癌、贲门癌病人应尽早治疗?	39
35. 食管癌、贲门癌手术前准备有哪些? 应该	

如何配合?	40
36. 手术治疗前还应做什么检查?	42
37. 食管癌、贲门癌病人为什么手术前一定要 放置胃肠引流管?	43
38. 食管癌手术是否要去除肋骨?	43
39. 食管癌、贲门癌手术方法有哪几种?	44
40. 食管癌、贲门癌病人的减症手术有哪些方 法?	47
41. 食管癌手术切除可以不进胸吗?	49
42. 哪些病人不合作手术治疗?	50
43. 食管癌、贲门癌手术并发症有哪些? 如 何预防?	50
44. 如何发挥胃肠引流管的作用?	53
45. 为什么剖胸病人手术后一定要放置胸腔 引流管?	54
46. 如何发挥胸腔引流管的作用?	54
47. 手术后什么时候可以拔除胸腔引流管? ...	55
48. 手术后哪些情况是正常手术反应?	56
49. 剖胸手术后为什么有的病人要放置导尿管?	58
50. 食管癌、贲门癌病人手术后如何逐渐进食?	58
51. 有的病人食管癌切除术后有吐酸水、易饱 胀等不适,如何处理?	59
52. 手术后又出现吞咽不畅,应如何处理?	60
53. 手术后吻合口狭窄可否再次手术治疗? ...	61
54. 什么是食管癌切除后“胃肠功能失调”,如	

何处理?	62
55. 什么是胸腔镜食管切除术?	63
56. 什么是纵隔镜食管切除术?	63
57. 上段食管癌能够手术治疗吗?	64
58. 食管癌手术后复发能够再次手术治疗吗?	64
59. 食管癌手术方法有哪些进展?	65
60. 食管癌切除术后反流性食管炎及手术预防 方法有哪些进展?	66
61. 手术后出现胃、食管反流有什么内科治 疗方法?	67
62. 食管、胃机械吻合与手工吻合各有什么特 点?	68
63. 手术后病人应如何定期检查?	69
64. 糖尿病患者患食管癌可否手术治疗?	69
65. 食管癌、贲门癌患者同时有肺部块影,怎 么办?	71
66. 食管癌、贲门癌病人同时有肝转移可否手 术治疗?	71
67. 食管癌、贲门癌手术后病人饮食方面有哪 些注意事项?	72
68. 食管癌、贲门癌手术后病人能否恢复工作? 能否结婚、生育?	73
69. 为什么有的食管癌、贲门癌患者需手术后 放射治疗?	73
70. 哪些食管癌患者需先放射治疗再手术或只 能放射治疗?	74

71. 食管癌进行放射治疗有无并发症, 如何防治?	75
72. 哪些食管癌、贲门癌病人只能用化学治疗?	76
73. 食管癌、贲门癌患者手术前、后进行化学治疗有何意义?	77
74. 常用化学治疗药物有哪些副作用?	78
75. 食管癌、贲门癌通常有哪些化学治疗方法?	79
76. 为什么进行化学治疗前要验血?	79
77. 如何提高化学治疗的效果?	80
78. 病人作化学治疗通常要注意什么?	81
79. 哪些病人适宜中药治疗?	82
80. 食管癌、贲门癌手术后中药治疗有什么作用?	83
81. 为什么食管癌、贲门癌的治疗应采用综合治疗?	83
82. 什么是食管癌、贲门癌的生物治疗?	84
83. 常用的生物治疗方法有哪些?	85
84. 食管癌、贲门癌能够预防吗?	86
85. 什么叫病因学预防? 方法有哪些?	87
86. 戒烟、戒酒对预防食管癌有用吗?	89
87. 哪些人是容易患食管癌的高危人群?	90
88. 食管癌高危人群中应进行哪些预防性检查?	91
89. 哪些食管病变应积极治疗, 以防癌变?	92
90. 怎样才能提高食管癌的治愈率?	93

91. 食管癌预防工作的前景如何?	94
-------------------------	----

1. 哪一段消化道称为食管?

食管是前后扁窄的长管状器官(图 1)。平时,其两端借括约肌封闭。食管上方起于环状软骨,平对于第 6 颈椎下缘,上接咽,向下经上纵隔、后纵隔,通过膈的食管裂孔入腹腔。在第 11 胸椎水平,食管终于胃的贲门。成人的食管一般长 25~30 厘米,但随各人胸部的长度不同而有差异。男性比女性稍长(平均长 1.6 厘米)。由门齿到食管开口部,在成人 为 15 厘米,自门齿至食管末端为 40~45 厘米,自上而下逐渐变粗。平时管腔皱缩,当食物团块通过时,依次扩张。食管正常有 3 个狭窄,第 1 个狭窄位于咽与食管的交接处;由环咽肌和环状软骨所围成的第 2 个狭窄在食管入口以下约 7 厘米,由主动脉弓从其左壁越过和从食管前方越过而形成;第 3 个狭窄位于食管穿过膈肌的食管裂孔处,该裂孔由右向左呈向上斜位。食管进入腹腔后,向左斜向胃贲门时,与胸部食管形成一明显的角。3 个狭窄处常为食管癌的好发部位。

2. 食管的功能有哪些?

食管的主要功能是能主动地将吞咽下去的食团

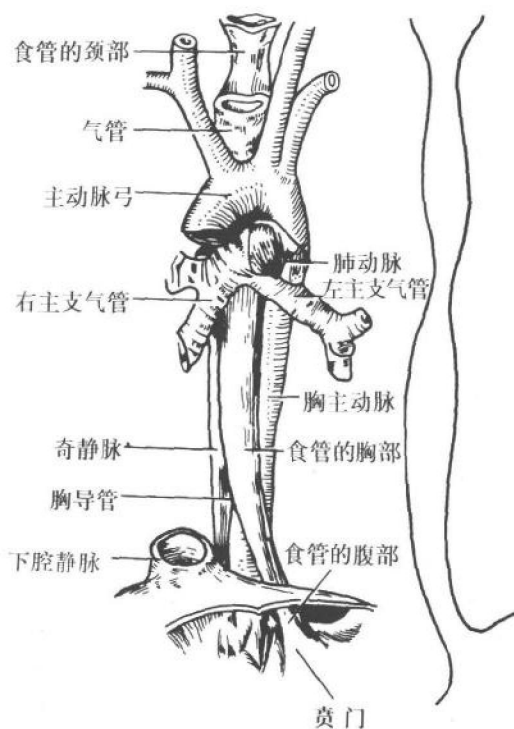


图1 食管的解剖示意图

和喝进去的流质运送到胃，它是口腔到胃的通道。食管粘膜没有吸收功能。食管的上下端存在括约肌，在静息情况下，括约肌使食管分别与咽、胃隔开，使食管内压略低于大气压而呈负压。除吞咽时外，括约肌永远关闭着，既阻碍空气由咽进入，也避免了胃内容物的反流。食管的运动形式主要是蠕动。蠕

动是由食管顺序收缩来完成。人的食管不存在逆蠕动,只有反刍动物才有逆蠕动。在正常食管通过的食物或饮料在数秒钟后就可以进入胃中,若大量食物停滞在食管中则是病理现象。

3. 贲门在消化道何处? 它有什么功能?

贲门为食管通向胃的开口部分,其范围约在食管和胃交界线以下 3 厘米一带的区域。组织结构分为粘膜层、粘膜下层、肌层和浆膜层 4 层。粘膜层约 0.5 毫米厚,与食管的分界呈锯齿状,称为食管贲门交界线。粘膜上皮均为单层高柱状上皮细胞。腺体为贲门腺,腺细胞由单层立方或柱状上皮构成。细胞内含有丰富的粘液。粘膜肌层由内环肌和外纵肌组成,常可见贲门腺散在其间。粘膜下层内可见食管腺,多为粘液腺。食管的纵肌向下延续为胃的外纵肌层,从膈上 2 厘米处至贲门的一段肌层较厚,称食管胃前庭,下界有贲门收缩装置,它起着生理性括约肌作用。它不同于解剖学上的贲门括约肌,也不同于食管裂孔。食管胃前庭在静止状态是封闭的,内腔压力高,此肌的收缩足以阻止胃内容物向食管内反流,以避免胃酸刺激食管的下段。该肌当吞咽物通过时可松开。

4. 食管的结构有何特征?

食管是由咽部到胃的略呈弯曲,又可变形的肌

性管道,其管壁与其他消化系统管状一样具有 4 层结构,即粘膜、粘膜下层、肌层与外膜。

粘膜:食管粘膜呈浅红或茶红色,管壁富有弹性,收缩状态下常形成 4~6 条纵形皱壁。食管空虚时,粘膜皱襞凸向管腔,横切面呈星形裂隙。食管粘膜通常由上皮、固有膜及粘膜肌层构成。上皮为复层扁平上皮,其厚度随年龄而异,通常由 20~25 层细胞所组成,上皮最底层细胞常为立方形或短柱形,它具有分裂增殖的能力;分化成多角形的上皮细胞或角化的扁平细胞,在胃贲门处的食管粘膜与贲门粘膜有截然的分界。

粘膜下层:主要由疏松结缔组织所构成,含大量弹性纤维和网状纤维,交织成网状,含有丰富的淋巴管、血管、神经丛,并有食管腺及其导管。

肌层:由内环层和外纵层两层肌组织构成,厚约 2 毫米,其内有较多弹性纤维及疏松网状纤维构成肌间隔。在肌间隔内有较大的血管与肌间神经丛,食管上 1/3 肌层为横纹肌,其上与环状软骨和咽相延续;下 1/3 由平滑肌组成;中 1/3 段则两种肌纤维混合存在。环形肌层在环状软骨处增厚形成食管上括约肌,下端在食管、胃连接处形成食管下括约肌。

外膜:食管无浆膜覆盖,外膜仅为疏松结缔组织所构成。在胃上方,外膜含大量弹性纤维,将食管固定于横膈上,在其他部分,外膜仅与周围组织附着,无固定作用。

食管壁内有两种腺体:一种是食管腺,一种是

贲门腺。食管腺多位于粘膜下层,为粘液腺,其导管开口于上皮表面。贲门腺主要位于粘膜的固有膜内,常有两种。一种位于食管上端,另一种位于食管下端、贲门附近,两者均为管状腺,腺细胞由单层立方或柱状上皮细胞构成,细胞内含丰富的粘液。有时在腺细胞之间会有胃的壁细胞和胃酶细胞。

5. 食管可发生哪几种肿瘤?

食管肿瘤分为良性肿瘤和恶性肿瘤两大类。食管良性肿瘤较为少见,其中约 50% 以上是平滑肌瘤,其他如食管囊肿、息肉、乳头状瘤、纤维瘤、腺瘤及血管瘤等更为罕见。食管良性肿瘤按其组织发生来源可分为粘膜型、粘膜外型两大类。

(1) 粘膜型肿瘤: 包括粘膜息肉、乳头状瘤、纤维瘤及脂肪瘤等,均发生于粘膜层或粘膜下层,向食管腔内生长。由于食管的蠕动及食物的推送,肿块可被逐渐拉长而形成带蒂状。部分蒂长的肿瘤有时会被患者呕至口中或口外,但不能完全吐出。此类肿瘤一般无显著症状,有的会引起轻度吞咽梗阻感。肿瘤表面可能发生溃疡,引起疼痛或出血。诊断主要依靠 X 线钡剂造影及食管镜检查,造影可见光滑的充盈缺损,轮廓清楚,并造成肿瘤所在部位的食管腔扩大。食管镜可见肿块突入腔内或可被推移,其表面粘膜往往光滑正常。

(2) 粘膜外型肿瘤: 此类肿瘤发生于食管粘膜之外、肌层中,最常见的是平滑肌瘤,其次为食管囊

肿。食管平滑肌瘤 80% 以上位于主动脉弓水平以下的胸段食管,多为单发,少数为多发。食管囊肿大小不一,常位于食管中下段的食管壁内,多数病例内含有粘液物质。

食管恶性肿瘤包括食管原发性恶性肿瘤和食管转移癌。

(1) 食管原发恶性肿瘤: 根据其组织学特点可分为: 鳞状细胞癌、腺癌、腺棘癌、未分化癌。其他少见的恶性肿瘤有食管肉瘤、原发性食管黑色素瘤、原发性食管恶性淋巴瘤、食管平滑肌肉瘤。其中以鳞状细胞癌最常见,占 90% 以上,其次为腺癌。

(2) 食管转移癌: 食管转移癌很少见。

6. 哪一段食管容易发生食管癌?

食管的分段通常有两种方法: 一种为解剖学分段,另一种为临床分段。在解剖学中,通常将食管分为颈段、胸段和腹段。颈段: 自起始端,即从环状软骨下缘开始至相当于胸骨切迹平面的一段食管,长 4.5~5 厘米。胸段: 长约 18 厘米,上接颈段食管,下至膈肌的食管裂孔。腹段: 最短,长 2~4 厘米,从食管裂孔到贲门。

另一种分法为临床分段,即将食管分为上、中、下 3 段。上段: 通常以食管入口处至主动脉弓上缘平面为界;中段: 以主动脉弓上缘至肺下静脉下缘,即相当于肺门下缘为界;下段: 由肺下静脉下缘至胃贲门处。病变跨食管分段时,按病变中点所在位