



执业医师定期考核辅导用书

最新版

消化内科

XIAOHUANEIKE

林三仁◇主编

北京医师协会 组织编写

中国医药科技出版社

执业医师定期考核辅导用书

XIAOHUANEIKE

消化内科

林三仁 主编

北京医师协会 组织编写

中国医药科技出版社

内 容 提 要

根据国家卫生和计划生育委员会《医师定期考核管理办法》的要求,我们组织消化内科专家、学科带头人及中青年业务骨干共同编写本书。全书体例清晰、明确,内容具有基础性、专业性、指导性、可操作性等特点。其既可作为消化内科医师定期考核辅导用书,也可作为消化内科医师临床指导用书。

本书适合广大执业医师、在校师生参考学习。

图书在版编目(CIP)数据

消化内科/林三仁主编. —北京:中国医药科技出版社, 2014. 10

执业医师定期考核辅导用书

ISBN 978 - 7 - 5067 - 6953 - 2

I. ①消… II. ①林… III. ①消化系统疾病 - 医师 - 考核 - 自学参考资料

IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 181280 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 [www. cmstp. cn](http://www.cmstp.cn)

规格 787 × 1092mm $\frac{1}{16}$

印张 8 $\frac{3}{4}$

彩插 6

字数 160 千字

版次 2014 年 10 月第 1 版

印次 2014 年 10 月第 1 次印刷

印刷 航远印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 6953 - 2

定价 56.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

前言

PREFACE

医师定期考核是一项法定工作。《执业医师法》明确规定要对医师实施定期考核。在我国医师执业管理体系的三项制度中，相对资格准入、执业注册的成熟开展，考核制度才刚起步。考核不是考试，也不是选拔，考核对于促进医师在取得执业资格后，不断更新知识、提高业务水平，尤其是不断提高医师的素质和道德修养起到重要的作用。

长期以来，由于我国医师行业只有准入机制，没有执行定期考核制度，给患者的就医安全和行业的信誉都带来了隐患。只有提高医疗技术水平和医务人员的素质才能保障医疗质量和医疗安全。因此，医师定期考核是医师准入后监管的重要机制和有效途径。

医师定期考核的实质就是实行执照管理，通过行业年检，维护和提高医师的执业能力。在深化医药卫生体制改革背景下，这项制度的建立和完善将有助于医师管理体制逐步从单位人过渡到社会人。

各级卫生行政部门对医师定期考核工作高度重视。目前，医师定期考核缺乏规范化的辅导用书，有鉴于此，我们按照国家卫生和计划生育委员会颁布的 18 个普通专科和 16 个亚专科分类，结合临床实际，编写了“执业医师定期考核辅导用书”，供相关机构和人员使用。

各专科分册根据临床学科发展情况，重点讲述各科医师应知应会的基本知识和基本技能，对各专科医师参加定期考核可起到很好的引导作用。

编者
2014 年 10 月

目录

CONTENTS

第一章 贲门失弛缓症	1
第二章 食管裂孔疝	3
第三章 胃食管反流病	5
第四章 贲门黏膜撕裂综合征	8
第五章 食管癌	10
第六章 急性胃炎	13
第七章 慢性胃炎	15
第八章 消化性溃疡	18
第九章 胃癌	21
第十章 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤	24
第十一章 克罗恩病	26
第十二章 溃疡性结肠炎	31
第十三章 嗜酸细胞性胃肠炎	36
第十四章 缺血性肠病	38
第十五章 放射性肠炎	42
第十六章 伪膜性肠炎	46
第十七章 小肠消化与吸收不良综合征	49
第十八章 肠易激综合征	53
第十九章 肠结核	57

第二十章 胃肠道间质瘤	59
第二十一章 大肠癌	61
第二十二章 结核性腹膜炎	64
第二十三章 自身免疫性肝炎	66
第二十四章 脂肪性肝病	68
第二十五章 酒精性肝病	71
第二十六章 肝硬化	74
第二十七章 原发性胆汁性肝硬化	77
第二十八章 肝性脑病	80
第二十九章 肝肾综合征	82
第三十章 原发性肝癌	85
第三十一章 药物性肝损害	88
第三十二章 肝脓肿	91
第一节 细菌性肝脓肿	91
第二节 阿米巴肝脓肿	93
第三十三章 急性胆囊炎	95
第三十四章 慢性胆囊炎	98
第三十五章 原发性硬化性胆管炎	100
第三十六章 急性胰腺炎	104
附：自身免疫性胰腺炎	106
第三十七章 慢性胰腺炎	108
第三十八章 胰腺癌	111
第三十九章 胰腺神经内分泌肿瘤	114
第四十章 消化道出血	118
第一节 上消化道出血	118
第二节 急性静脉曲张性上消化道出血	122
第三节 下消化道出血	124
附：小肠出血	126
第四十一章 肝功能衰竭	129

贲门失弛缓症

贲门失弛缓症（achalasia），病因迄今尚不明了。目前认为是由于食管贲门部的神经肌肉功能障碍所致的一种原发性食管动力障碍疾病。其主要特征是食管缺乏蠕动，下食管括约肌（LES）高压和对吞咽动作的松弛反应减弱。本病为一种少见病，目前发病率约（0.5~1）/10万，欧洲和北美较多见。本病可发生于任何年龄，但最常见于20~39岁的年龄组。男女发病大致相等。

诊断标准

1. 临床表现

（1）吞咽困难 无痛性吞咽困难是本病最常见，最早出现的症状。起病多较缓慢，但亦可较急。初起可轻微，仅在餐后有饱胀感觉。吞咽困难多呈间歇性发作，常因情绪波动如发怒、忧虑、惊骇，或进食生冷和辛辣等刺激性食物而诱发。更易受到固体食物的影响。

（2）胸骨后疼痛 在疾病的早期更为常见。多发生在摄食时，往往描述为胸骨后疼痛，易与心绞痛混淆。

（3）食物反流 尤其是餐后与平卧时，反流物吸入也是本病的特征。

（4）夜间咳嗽 因食物反流误吸入气管所致咳嗽，甚至导致肺部感染和哮喘等。

（5）体重下降 可能表明存在与肿瘤共存的迹象（可能，但少见）。

2. 辅助检查

（1）食管钡餐X线检查 见食管扩张，食管蠕动减弱，食管末端狭窄呈鸟嘴状，狭窄部黏膜光滑，是贲门失弛缓症患者的典型表现（彩插图1-1）。Henderson等将食管扩张分为三级：Ⅰ级（轻度），食管直径小于4cm；Ⅱ级（中度），直径4~6cm；Ⅲ级（重度），直径大于6cm，甚至弯曲呈S形。

（2）食管动力学检测 下食管括约肌静息压通常高于正常，吞咽时下括约肌不松弛（或松弛不完全），食管蠕动波缺失。

（3）胃镜检查 在内镜下贲门失弛缓症表现特点如下。

①大部分患者食管内见残留有大量的积食，多呈半流质状态覆盖管壁，且黏膜水肿增厚致使失去正常食管黏膜色泽。

②食管体部见扩张，并有不同程度扭曲变形。

③管壁可呈节段性收缩环，似憩室膨出。

④贲门狭窄程度不等，甚至完全闭锁不能通过。应注意的是，有时检查镜身通过贲门感知阻力不甚明显时易忽视该病。内镜还可排除器质性狭窄或肿瘤所致的“假性贲门失弛缓症”。

治疗原则

贲门失弛缓症治疗的目的是降低下食管括约肌压力，松弛 LES，从而解除功能性梗阻，使食物顺利进入胃内。

1. 改变生活方式

对轻度患者应解释病情，安定情绪，少食多餐，细嚼慢咽，服用镇静药也可有缓解症状的作用。为防止睡眠时食物溢流入呼吸道，可取高枕或垫高床头。

2. 药物治疗

钙通道阻滞剂和硝酸酯类药物可缓解症状。如硝苯地平、钙拮抗剂和硝酸甘油类可降低下食管括约肌压力。注射 A 型肉毒杆菌毒素（内镜下注射使用）也可降低过高的下食管括约肌压力。

3. 气囊扩张

治疗是经内镜下插入一个前端带气囊的导管，通过一定的充气使下食管括约肌部分撕裂，而保持食管浆膜完好。但穿孔是较常见的并发症，如果穿孔发生时，需要紧急手术。

4. 内镜治疗

内镜治疗手段主要可包括内镜下球囊扩张和支架植入治疗、镜下注射 A 型肉毒杆菌毒素以及内镜下微创切开治疗等。内镜下贲门环形肌层切开，可最大限度地恢复食管的生理功能并减少手术的并发症。

5. 外科治疗

对中、重度及传统内镜下治疗效果不佳的患者应行手术治疗。贲门肌层切开术（Heller 手术）仍是目前最常用的术式。可经胸或经腹手术，也可在胸腔镜或者腹腔镜下完成。

食管裂孔疝

食管裂孔疝（hiatal hernia, HH）是指腹腔内脏器（主要是胃）通过膈食管裂孔进入胸腔所致的疾病，是膈疝中最常见一种疝。膈肌食管裂孔的发育不良，先天性短食管，肥胖，腹内压长期增高是重要的发病因素。食管裂孔疝多发生于中老年，女性（尤其是肥胖的经产妇）多于男性。

根据食管裂孔发育缺损的程度，突入胸腔的内容物多寡，病理及临床改变，一般将食管裂孔疝的解剖分型分为滑动型疝、食管旁疝和混合疝三型。Ⅰ型：滑动型食管裂孔疝，最常见。由于食管裂孔膈肌纤维菲薄，使食管裂孔扩大，对贲门起固定作用的膈食管韧带和膈胃韧带松弛，当平卧或腹压增高时，食管下段、贲门和部分胃底部经扩大的食管裂孔进入纵隔，易导致胃内容物反流。腹压降低或直立时，疝入胸内的贲门和胃底可自行回纳至腹腔；Ⅱ型：食管旁型裂孔疝，较少见。表现为部分胃体或胃窦在食管左前方通过增宽松弛的裂孔多进入右侧胸腔（左侧少见）。有时甚至还可伴有胃-结肠、大网膜的疝入。如疝入部分很多（称巨大裂孔疝），包括胃底和胃体上部则胃轴扭曲并翻转。Ⅲ型：混合型食管裂孔疝，此型最少见，是指滑动型食管裂孔疝与食管旁疝共同存在，常为膈食管裂孔过大的结果。

诊断标准

1. 临床表现

（1）胃食管反流症状 表现胸骨后或剑突部烧灼感和反胃。疼痛性质多为烧灼感、闷痛或针刺样痛，可放射至背部、肩部、颈部等处。平卧、进食甜食、酸性食物等均可能诱发或可加重症状。

（2）并发症相关症状

①出血 裂孔疝有时可出血，主要是食管炎和疝囊炎所致。

②反流性食管狭窄 少数发生器质性狭窄，可出现吞咽困难，食后呕吐等症状。

③疝囊嵌顿 一般见于食管旁疝。裂孔疝患者如突然剧烈上腹痛伴呕吐，完全不能进食或发生大出血，提示发生急性嵌顿。

④疝囊压迫症状 当疝囊较大压迫心肺、纵隔，可以产生呼吸困难（气促）、心悸、咳嗽、发绀等症状。压迫食管时可感觉到胸骨后有食管停滞或吞咽困难。

2. 辅助检查

(1) X线平片胃泡气影变小或缺失。

(2) 上消化道双重对比造影具有相对高的诊断准确性，可明确地观察到疝囊的存在与否、疝囊的类型、大小、程度、累积部位及疝囊口大小等（彩插图2-1）。

(3) 超声及CT扫描，尤其是增强扫描可以清楚显示食管裂孔的宽度、疝囊的大小以及是否并发肿瘤等。

(4) 内镜检查 胃镜下的食管裂孔疝表现为，齿状线上移、食管短缩、贲门松弛，在胃底翻转胃镜观察时可见到疝囊（彩插图2-2）。

(5) 食管测压检查 在食管裂孔疝时可见下食管括约肌高压带呈双峰。新近的高分辨率食管测压技术为食管裂孔疝的压力检测提供了更为有效的方法。

治疗原则

(1) 无症状或症状很轻的食管裂孔疝，通常不需要治疗。

(2) 大部分患者内科保守治疗即可，无需手术治疗。由于食管裂孔疝的症状主要是因胃酸反流刺激食管所引起，因此内科治疗基本上与反流性食管炎相似（见第三章胃食管反流病）。

(3) 手术治疗 当内科治疗无效时，可以考虑手术治疗。手术治疗主要的目的是回纳疝内容物，修复扩大的食管裂孔，防止疝的形成和纠正胃食管反流。手术治疗可选择经胸、经腹手术或腹腔镜微创手术。微创外科技术现已成为食管裂孔疝的首选手术方式。腹腔镜微创手术包括：回纳疝内容物、修补食道旁裂孔和胃底折叠抗反流。腹腔镜食管裂孔疝修补术关闭或修补扩大的食管裂孔有两种方法，合成补片修补食管裂孔缺损，或单纯缝线关闭缺损，如果食管裂孔大，亦可先缝线关闭缺损后再应用合成补片修补，生物补片应用于食管裂孔疝的修补逐渐受到人们的重视，可以显著降低食管裂孔疝的术后复发率。至于选择何种术式，仍需根据患者的病因及临床症状，由专科医生综合判断决定。

(4) 手术治疗适应证

① 并发严重食管炎，内科治疗效果不明显者。

② 出现顽固性消化道出血、食管狭窄等反流性食管炎的并发症。

③ 疝囊较大，有压迫症状或经常嵌顿。

④ 急性嵌顿，甚至绞窄等急症者。

⑤ 对食管旁裂孔疝多主张首选手术治疗。

胃食管反流病

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 是指胃内容物 (包括胃液和十二指肠液) 反流入食管引起不适症状和 (或) 并发症的一种疾病。GERD 包括食管黏膜有破损表现和无破损表现。其中, 前者通常称为反流性食管炎 (reflux esophagitis, RE), 而后者通常称为非糜烂性或内镜阴性胃食管反流病 (non erosive reflux disease, NERD)。Barrett 食管是指食管远段的鳞状上皮被柱状上皮所取代, 可以伴有或不伴有肠上皮化生, 也属于 GERD 的范畴。

GERD 的发病机制是防御机制削弱及食管清除酸能力下降, 主要变化为下食管括约肌压力 (LES) 降低和一过性食管下括约肌松弛 (TLESR) 过度等。主要损伤因素为过多的胃内容物主要是胃酸反流入食管引起食管黏膜损伤, 胆汁和消化酶也损伤食管黏膜。

诊断标准

1. 临床表现

典型和常见症状是烧心和反流, 其他少见或不典型的相关症状包括以下一种或多种: 上腹痛、胸痛、嗝气、腹胀、上腹不适、咽部异物感、吞咽痛、吞咽困难等, 还有食管外症状如慢性咳嗽、咽喉炎、哮喘、龋齿等。

2. 辅助检查

(1) 内镜及活检 有助于确定有无反流性食管炎及有无合并症和并发症, 如食管裂孔疝、食管炎性狭窄以及食管癌等。

1994 年洛杉矶会议提出明确的分级标准, 根据内镜下食管病变严重程度分为 A ~ D 级。

A 级: 食管可见一个或一个以上黏膜破损, 长度 $< 5\text{mm}$ (局限于一个黏膜皱襞内)。

B 级: 食管可见一个或一个以上黏膜破损, 长度 $> 5\text{mm}$ (局限于一个黏膜皱襞内), 且病变没有融合。

C 级: 食管黏膜破损病变有融合, 但是小于食管管周的 75%。

D 级: 食管黏膜破损病变有融合, 且大于食管管周的 75%。

(2) 食管 X 线钡透 有助于鉴别相关疾病, 观察食管和胃的解剖以及食管裂孔疝的大小和位置, 还可在一定程度上研究食管的推进情况。

(3) 24 小时食管 pH 监测 24 小时食管 pH 监测的意义在于证实反流的存在与否。24 小时食管 pH 监测能详细显示酸反流、昼夜酸反流规律、酸反流和症状的关系及对治疗的反应,使治疗个体化。对碱反流可用 24 小时胆汁监测仪。

(4) 食管测压 食管压力测定可提供病理生理方面的指标,为诊断该病的参考指标。可测定 LES 压力、位置和长度,食管体部蠕动类型等。正常人食管静息压为 15 ~ 30mmHg (2.0 ~ 4.0kPa),如 LES 压力小于 10mmHg (1.33kPa) 则提示 LES 功能不全。

(5) 食管酸灌注试验 向食管内灌注 0.1mmol/L 的盐酸,如出现胸骨后灼痛则为阳性。

(6) 质子泵抑制剂 (PPI) 试验 如奥美拉唑 20mg,每日 2 次,治疗 7 天若患者的症状消失或显著好转,提示为明显的酸相关疾病,在除外消化性溃疡等疾病后,可考虑 GERD 诊断。

(7) 其他 食管黏膜超微结构研究可以了解反流存在的病理生理学基础;无线食管 pH 测定可以提供更长时间的酸反流检测;腔内阻抗技术应用可监测出所有的反流事件,明确反流物的性质 (气体、液体或气体液体混合物),与食管 pH 监测联合应用可以明确反流物为酸性或非酸性,明确反流物与反流症状的关系。

治疗原则

治疗目标是治愈食管炎、缓解症状、提高生活质量、预防并发症。

1. 一般治疗

抬高患者床头,戒烟酒,低脂低糖饮食,避免饱餐,不可于餐后立刻平卧。肥胖者应减体重。

2. 药物

(1) 质子泵抑制剂 (proton pump inhibitor, PPI) 如奥美拉唑 20mg,每日 1 ~ 2 次,疗程 4 ~ 8 周。目前临床上常用的此类药物有奥美拉唑、埃索美拉唑、雷贝拉唑、兰索拉唑和泮托拉唑等。

(2) H_2 受体阻滞剂 (H_2RA) 如西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁等。

(3) 促动力药 多潘立酮 10 ~ 20mg,每日 3 次。莫沙必利 5mg,每日 3 次。促动力药可作为抑酸药物治疗的辅助用药。

由于 GERD 是一种慢性疾病,从控制症状、预防并发症的角度来说,GERD 需要维持治疗。以 PPI 标准剂量维持治疗,半年后随访 80% 以上患者仍可维持正常。按需治疗是间歇治疗的一种,即只在症状出现时用药,持续使用至症状缓解。

3. 外科治疗

凡长期服药无效者、需终身服药者、食管狭窄不能耐受扩张者、需反复扩张者都可考虑行外科手术。对已证实有癌变的巴雷特食管 (Barrett esophagus, BE) 患者,原则上应手术治疗。可选用腹腔镜或开胸腹手术。

4. 内镜治疗

训练有素的内镜医生可谨慎开展内镜治疗。内镜操作总体上可分为缝补、植入或注射合成药物，以及射频能量传递到胃食管交界处。短期单纯性食管狭窄可行内镜扩张治疗，必要时可行支架置入术。伴有异型增生和黏膜内癌的 BE 患者，超声内镜检查排除淋巴结转移后，可考虑内镜切除术。

总之，大多数 GERD 患者的症状和食管黏膜损伤可以通过药物治疗得到控制。当患者对药物治疗无效时，应当重新考虑诊断是否正确。适时调整药物及剂量是提高治疗 GERD 疗效的重要措施之一。手术治疗和内镜下治疗应综合考虑后再慎重做出决定。

贲门黏膜撕裂综合征

贲门黏膜撕裂综合征 (Mallory - Weiss syndrome), 是食管下端和胃连接处的黏膜纵形裂伤, 并发上消化道出血, 一般出血有自限性, 如累及小动脉可引起严重出血。1929 年 Mallory 与 Weiss 首先从尸体解剖中认识本病, 因而又称为 Mallory - Weiss 综合征。

发病主要是因为腹内压力或胃内压力骤然升高, 导致黏膜撕裂。恶心或呕吐是胃内压升高的主要因素, 包括妊娠呕吐、急性胃炎、放置胃管、内镜检查、糖尿病酮症酸中毒或尿毒症、急性胰腺炎、心绞痛或急性心肌梗死均可引起剧烈呕吐。其他能引起胃内压升高的情况, 如酗酒、剧烈咳嗽、用力排便、举重、分娩、胸外按压、喘息状态、癫痫发作、腹部顿挫伤等均可引起食管贲门黏膜撕裂症。有食管裂孔疝的患者更容易发生食管贲门黏膜的撕裂。

本病病理表现为食管远端黏膜和黏膜下层的纵形撕裂, 多为单发, 也有多发。裂伤长 0.3 ~ 4cm, 基底部为血凝块和黄色坏死组织覆盖, 边缘清楚, 黏膜轻度水肿。

诊断标准

1. 临床表现

大多数患者常于干呕或呕吐后发生呕血或呕出带血丝的胃内容物, 通常先呕吐胃内容物, 然后呕吐鲜血, 有时伴有轻微上腹部疼痛。出血量可大可小, 部分患者于呕吐后一至数日出现黑便, 少数患者于呕吐后随之出现大量呕血及休克表现。多数患者查体无明显阳性体征。严重病例可出现食管破裂, 并发胸腔感染或积液。

2. 辅助检查

(1) 胃镜检查 是诊断贲门黏膜撕裂综合征的最有效方法, 可以准确发现出血部位, 并可除外其他出血原因。只要没有绝对的禁忌证, 都应进行急诊胃镜检查来确诊, 为避免胃镜检查时引起剧烈呕吐加重黏膜撕裂宜申请无痛内镜。撕裂处早期可见线状裂口, 有新鲜血液渗出 (彩插图 4-1), 后期呈线状溃疡, 表面附有线状白苔 (彩插图 4-2)。

(2) 选择性腹腔动脉或胃左动脉造影有助于确定出血部位。常在出血量较大、出血速度较快、内镜检查有禁忌或难以发现出血原因时选用。

(3) 其他检查 如钡餐 X 线、腹部 CT、腹部核磁和核素检查在本病诊断方面价

值有限。

治疗原则

1. 一般治疗

卧床休息，尽量去除引起腹压增高的因素，治疗原发疾病，严密监测生命体征，保持呼吸道通畅，必要时吸氧。观察呕血和黑便情况。定期复查血常规、尿素氮等，对老年患者实施心电监护。大量出血者应禁食，少量出血者可适当进流食。

2. 补充血容量

必要时输血，补充和维持血容量，改善周围循环，防止微循环障碍引起的脏器功能损伤。

3. 药物治疗

(1) 止吐 剧烈呕吐或恶心不断时，可给予止吐剂，如肌内注射胃复安 5~10mg，或中枢性止吐药物，如昂丹司琼。

(2) 抑制胃酸分泌 静脉给予质子泵抑制剂，如奥美拉唑 40mg，每日 1~2 次，静脉注射，临床上常用的此类药物还有埃索美拉唑、兰索拉唑和泮托拉唑等。出血稳定后可改为口服质子泵抑制剂继续治疗 4~6 周。

(3) 黏膜保护药物 如硫糖铝混悬液 1.0g，3~4 次/日。

(4) 口服止血剂 云南白药、去甲肾上腺素冰盐水分次口服等。

4. 内镜治疗

包括内镜直视下钛夹夹闭出血创面或撕裂的黏膜，或出血部位局部喷洒凝血酶、电凝止血、激光止血等，均可起到较好的止血效果。

5. 血管介入栓塞治疗

如经上述处理，仍有活动出血，可考虑动脉栓塞治疗，一般选择性栓塞胃左动脉。

6. 急诊外科手术治疗

对于经保守治疗或内镜及介入治疗均不成功的患者，应考虑急诊外科手术治疗。

食管癌

食管癌 (carcinoma of the esophagus) 系发生于食管上皮的恶性肿瘤, 90% 为鳞状上皮癌, 10% 为腺癌。

食管癌的确切病因尚不清楚。目前认为食管癌的发生与以下因素有关: ①过度吸烟、饮酒; ②长期粗糙、过热食物; 亚硝酸盐和霉菌污染的食物; 因新鲜水果、蔬菜、蛋白质摄入不足导致营养物质如维生素、微量元素、蛋白质的缺乏; ③食管原有疾病如食管炎、贲门失弛缓、食管黏膜白斑、普 - 文二氏综合征 (缺铁性咽下困难)、食管化学烧伤等; ④人乳头状病毒感染: 人乳头状病毒感染引起食管乳头状瘤, 而后者与食管上皮增生有关从而演变为食管癌, 但两者之间确切的关系有待进一步探讨; ⑤ Barrett's 食管 (BE) 是指食管下段鳞状上皮被化生的柱状上皮替代的病理现象。是食管癌的癌前病变之一。近年来, 源自 Barrett's 食管的腺癌有增加的趋势; ⑥遗传因素: 食管癌有家族聚集现象, 除饮食、环境因素外, 患者家族成员的外周淋巴细胞染色体畸变率较高。可能是决定食管癌易感性的遗传因素。

诊断标准

1. 临床表现

(1) 症状

①早期症状 胸骨后不适、轻微哽噎感或刺痛, 食管内异物感或滞留感。上述症状以进干硬、刺激性食物时为著。可偶发、间断, 进而可持续出现。

②中晚期症状 以进行性吞咽困难为主要表现。开始由于食管的狭窄, 进干硬食物有哽噎感, 随着食管狭窄加重进流食也吞咽困难, 伴有呕吐食物、黏液甚至呕血。一般认为当食管的狭窄超过 50% 时出现吞咽困难。食管内潴留的内容物如果反流到气管可引起咳嗽、胸骨后、剑突下或上腹部疼痛。由于吞咽困难, 可引起营养摄入不足导致消瘦, 此外肿瘤转移或局部压迫引起喉返神经麻痹可表现为声音嘶哑、顽固性呃逆、呛咳等。

(2) 体征 早期可无任何体征。中晚期可表现为消瘦、贫血、恶病质。锁骨上淋巴结肿大。肿瘤压迫颈交感神经节时, 表现为一侧上眼睑下垂、瞳孔缩小及面部无汗, 在暗条件下瞳孔散大变慢, 为 Horner's 征。还可有远处器官转移的体征。

2. 辅助检查

(1) 食管脱落细胞学检查 吞入带有乳胶气囊和网套的塑料管, 气囊充气后缓慢拉出, 对网套上的刮擦物做图片细胞学检查, 阳性率可达 90%, 对心肺功能不全、食管静脉曲张的患者不宜使用。随着胃镜的普及此法目前已基本不用。

(2) X 线检查 上胃肠双重对比造影。观察食管黏膜的形态、食管壁的张力。早期食管癌可出现食管黏膜结构紊乱、中断。局部管壁僵硬或小的充盈缺损或龛影。中晚期时多有食管病变处不规则狭窄、充盈缺损或龛影。狭窄段以上食管扩张。

(3) CT 检查可显示病变处食管不规则增厚、管腔狭窄等, 了解食管与邻近器官的关系、肿瘤浸润的范围, 对确定放疗靶区、制定手术方案具有指导意义。但对早期食管癌的诊断帮助不大。

(4) 核磁共振检查 意义与 CT 相同, 但比 CT 更清楚地显示肿瘤的解剖位置及范围。

(5) PET-CT (正电子发射型计算机断层显像检查) PET-CT 是功能性显像, 诊断敏感性与准确性均高于 CT。使食管肿瘤的原发灶及远处转移灶、隐匿型淋巴结的检出率明显提高, 能根据肿瘤组织代谢变化来评价其对放化疗的敏感程度; 对术后复发病灶的诊断优势更明显。

(6) 内镜检查

①内镜检查 普通内镜可直观了解肿瘤的部位、范围和形态, 以及管壁的僵硬程度、扩张度狭窄和蠕动情况。内镜下活检或大块黏膜切除可进行病理检查以确诊。但无法了解病变浸润的深度及与周围组织的关系。

②超声内镜 有助于了解病变浸润的深度、范围及其与周围组织的关系, 有助于病情的分期、手术方案的确定、放疗及化疗前后疗效的评价。

③共聚焦内镜 (confocal laser endomicroscopy) 可用于 Barrett's 食管基础上的上皮瘤变和相关腺癌的诊断。

④窄带成像内镜 (narrow-band imaging, NBI) 结合放大内镜 (magnification endoscopy) 有助于食管早癌的诊断。

治疗原则

1. 外科治疗

手术切除是治疗食管癌的主要方法。早期病变, 或病变局限无远处转移、各系统功能良好、可耐受手术者首选手术治疗。对有明显外侵和远处转移的患者也应尽可能姑息性切除, 解除局部症状。对放疗后复发、食管癌切缘残留也应再次手术。

2. 放射治疗

无手术适应证者可行放射治疗。也可作为手术前后的辅助治疗。分为根治性与姑息性放疗两类。