

新编消化系统 疾病诊疗手册

金盾出版社

R57-62

L H

Y 73/27

新 编 消化系统疾病诊疗手册

主 编

梁 浩

副主编

(以姓氏笔画为序)

丁秀婷	王瑞平	刘 凡	李丰雪
李敬玲	陈玲玲	贾朝京	裘进富

编 者

(以姓氏笔画为序)

丁秀婷	王瑞平	刘 凡	牟善坤
苏 琳	李丰雪	李刚红	李敬玲
吴 富	张启杰	陈玲玲	殷少先
贾朝京	梁 浩	裘进富	



A0280027

金 盾 出 版 社

(京)新登字 129 号

内 容 提 要

本书根据当代消化科医学的新发展,并结合作者多年的临床经验,对消化系统各类疾病的诊断、治疗作了全面系统的介绍。全书内容丰富,立论科学,叙述简明,便于检索,可供消化科医师及消化病患者阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

新编消化系统疾病诊疗手册/梁浩主编. —北京:金盾出版社,1995. 2

ISBN 7-80022-921-1

I. 消… II. 梁… III. 消化系统疾病-诊疗 IV. R57-62

金盾出版社出版、总发行

北京太平路 5 号(地铁万寿路站往南)

邮政编码:100036 电话:8214039 8218137

传真:8214032 电挂:0234

国防大学印刷厂印刷

各地新华书店经销

开本:787×1092 1/16 印张:24 彩页:4 页 字数:592 千字

1995 年 2 月第 1 版 1995 年 2 月第 1 次印刷

印数:1-11000 册 定价:29.00 元

(凡购买金盾出版社的图书,如有缺页、
倒页、脱页者,本社发行部负责调换)

目 录

第一章 食管疾病

食管贲门失弛缓症	(1)
原发性弥漫性食管痉挛	(2)
其它原因引起的食管运动障碍	(3)
食管癌	(4)
食管肉瘤	(7)
Hodgkin 病	(7)
食管平滑肌瘤	(8)
返流性食管炎	(8)
Barrett 食管	(9)
食管狭窄	(10)
腐蚀性食管炎	(11)
食管裂孔疝	(12)
Plummer-Vinson 综合征	(13)
食管克隆(Crohn)病	(14)
食管自发性破裂(Boerhaave 综合征)	(14)

第二章 胃、十二指肠疾病

急性单纯性胃炎	(16)
慢性浅表性胃炎	(17)
巨大胃粘膜肥厚症	(19)
腐蚀性胃炎	(20)
化脓性胃炎	(20)
胆汁返流性胃炎	(21)
残胃炎	(22)
胃糜烂	(22)
胃溃疡	(23)
十二指肠球部溃疡	(26)
溃疡病出血	(29)
溃疡穿孔	(32)
幽门梗阻	(34)
溃疡癌变	(36)
难治性溃疡	(37)
应激性溃疡	(39)
类固醇性溃疡	(41)
胃泌素瘤(卓-艾综合征 Zollinger-Ellison Syndrome)	(41)
其它脏器疾病引起的消化性溃疡	(44)
幽门螺旋杆菌感染	(46)
胃癌	(48)

转移性胃癌	(51)
胃恶性淋巴瘤	(51)
胃平滑肌瘤	(53)
胃平滑肌肉瘤	(53)
胃假性淋巴瘤(胃淋巴样增生)	(54)
胃血吸虫病	(55)
胃结核	(56)
胃组织胞浆菌病	(57)
胃梅毒	(57)
胃嗜酸细胞性肉芽肿	(58)
胃粘膜脱垂症	(58)
胃下垂	(60)
胃内异物	(61)
胃石症	(63)
急性胃扩张	(64)
瀑布胃	(66)
胃扭转	(66)
成人肥厚性幽门狭窄	(67)
胃隔膜	(68)
新生儿胃穿孔	(68)
先天性十二指肠梗阻	(69)
胃和十二指肠重复畸形	(70)
十二指肠扩张和壅积症	(70)
十二指肠炎	(72)
十二指肠肿瘤	(72)

第三章 小肠疾病

小肠结核	(74)
急性出血性坏死性小肠炎	(75)
小肠肿瘤	(77)
小肠淋巴瘤	(80)
小肠扭转	(81)
小肠先天性畸形	(82)
小肠吸收不良综合征	(85)
乳糜泻	(89)
盲袢综合征	(91)
短肠综合征	(92)
热带性口炎性腹泻	(94)
Whipple 病(肠道脂代谢障碍病)	(95)
选择性吸收不良	(96)
药物所致的吸收不良	(98)
小肠克隆病	(98)

第四章 大肠疾病

结肠血吸虫病	(102)
大肠结核	(105)
结肠息肉	(107)

结肠癌	(109)
类癌与类癌综合征	(111)
特发性溃疡性结肠炎	(114)
其它类型的结肠炎	(119)
巨结肠	(122)
软化斑	(124)
结肠色素沉着	(124)
结肠克隆病	(124)

第五章 消化道的其它疾病

非溃疡性消化不良	(129)
食物中毒	(131)
沙门菌感染	(132)
细菌性痢疾	(133)
消化道霉菌病	(137)
病毒性胃肠炎	(139)
耶氏菌感染	(139)
应用抗菌药物后的金黄色葡萄球菌肠道感染	(140)
伪膜性小肠结肠炎	(141)
小肠非特异性多发性溃疡	(143)
原发性非特异性小肠溃疡	(143)
慢性溃疡性(非肉芽肿性)空肠回肠炎	(144)
Cronkhite-Canada 综合征	(144)
非特异性小肠和肠系膜肉芽肿病	(145)
肠道寄生虫病	(145)
阿米巴肠病	(153)
嗜酸细胞性胃肠炎	(154)
婴幼儿过敏性胃肠炎	(155)
伴有系统过敏反应的胃肠食物不耐受症	(158)
放射性肠炎	(159)
消化道憩室病	(160)
家族性结肠多发性息肉病	(164)
Gardner 综合征	(165)
Peutz-Jeghers 综合征	(166)
少年型结肠息肉病	(167)
其它家族性多发性息肉病	(167)
非家族性多发性息肉症	(168)
肠道气囊肿病	(170)
肠梗阻	(171)
胃肠道淀粉样变性	(178)
蛋白质丢失性胃肠病	(179)
原发性小肠淋巴管扩张症	(180)
肠道血管闭塞	(181)
急性肠道缺血综合征	(183)
慢性肠道缺血综合征	(184)
胃肠道的血管畸形	(184)
腹主动脉瘤	(186)

肝动脉瘤	(187)
脾动脉瘤	(188)
小肠壁内出血	(189)
肠道小血管炎	(189)
肠道易激综合征(IRS)	(189)
胃肠道的伴癌综合征	(191)
肠道子宫内膜异位症	(195)
胃肠道神经官能症	(196)
其它系统疾病对胃肠道的累及	(197)

第六章 胰腺疾病

急性胰腺炎	(203)
慢性胰腺炎	(205)
复发性胰腺炎	(206)
与胰腺炎有关的某些问题	(207)
急性胰腺炎的特殊综合征	(209)
血清淀粉酶升高过久	(210)
胰腺脓肿	(210)
胰腺的良性肿瘤	(210)
胰腺癌	(211)
胰岛细胞瘤	(213)
胰腺的先天性疾病	(216)
逆行胰胆管造影对胰腺疾病的诊断意义	(217)
B超、CT及核磁共振对胰腺疾病的诊断意义	(217)

第七章 腹腔、腹膜后疾病

腹水的诊断与鉴别	(220)
腹腔镜检查的应用	(223)
结核性腹膜炎	(224)
化脓性腹膜炎	(226)
腹膜肿瘤	(228)
腹膜假性粘液瘤	(229)
肠系膜淋巴结炎	(229)
肠系膜乳糜囊肿	(230)
肠系膜脂膜炎(肠系膜 Weber-Christian 病)	(230)
肠系膜肿瘤	(231)
网膜疾病	(232)
呃逆	(233)
横膈膨出和麻痹	(235)
横膈扑动	(236)
外伤性膈疝	(236)
横膈炎	(237)
膈下脓肿	(238)
腹膜后疝	(239)
腹膜后脓肿	(239)
腹膜后淋巴结结核	(240)
腹膜后原发性肿瘤	(241)

原发性腹膜后纤维化	(242)
腹膜后腔内液体渗漏	(243)
腹膜后腔出血	(243)

第八章 肝胆疾病

肝病的免疫发病机理	(245)
肝病的免疫学诊断	(246)
肝病的免疫疗法	(247)
遗传因素与肝病	(249)
肝病与血液学	(250)
肝脏的蛋白代谢	(250)
肝脏的糖类代谢	(252)
肝脏的脂类代谢	(253)
肝脏的酶类代谢	(254)
肝脏的激素代谢	(256)
肝脏的维生素代谢	(257)
肝脏的电解质代谢	(258)
肝脏的胆汁代谢	(259)
肝脏对色素的排泄功能	(260)
肝脏的药物转化功能	(260)
内毒素与肝脏	(261)
超声波检查对肝病的诊断意义	(262)
CT 检查对肝病的诊断意义	(265)
核磁共振对肝病诊断的意义	(266)
肝脏穿刺活组织检查	(267)
胆红素代谢紊乱	(269)
黄疸的分析	(271)
胆汁淤积症	(274)
门静脉高压症	(277)
食管静脉曲张破裂大出血的救治	(278)
TIPSS 治疗门静脉高压症	(280)
食管静脉曲张硬化剂治疗	(281)
肝硬化腹水	(282)
胆道出血	(285)
肝性脑病	(286)
暴发型肝衰竭	(288)
中医中药对肝病的治疗	(290)
甲型病毒性肝炎	(292)
乙型病毒性肝炎	(294)
丙型病毒性肝炎	(298)
丁型病毒性肝炎	(299)
药物性肝病	(301)
酒精性肝病	(307)
慢性肝炎	(310)
门脉性肝硬变	(315)
坏死后性肝硬变	(318)
胆汁性肝硬变	(320)

心源性肝硬化	(321)
色素性肝硬化	(322)
肝肾综合征	(323)
原发性肝癌	(325)
继发性肝癌	(328)
肝脏其它恶性肿瘤	(330)
肝脏的良性肿瘤	(331)
肝囊肿	(332)
肝脏肉芽肿	(333)
胆道良性肿瘤	(334)
胆道恶性肿瘤	(335)
阿米巴肝脓肿	(336)
细菌性肝脓肿	(337)
肝结核	(338)
肝包虫病	(340)
血吸虫病	(342)
华支睾吸虫病	(344)
胆道蛔虫病	(345)
胆道感染	(347)
脂肪肝	(350)
Reye 氏综合征	(352)
肝豆状核变性	(353)
糖原储积病	(355)
半乳糖血症	(357)
肝淀粉样变性	(357)
类脂质沉积病	(358)
肝性血卟啉病	(361)
克—鲍氏综合征	(362)
门静脉血栓形成	(363)
化脓性门静脉炎	(364)
肝动脉闭塞	(365)
肝动脉瘤	(365)
柏—查二氏综合征	(366)
胆石症	(368)
先天性胆囊畸形	(371)
先天性胆管异常	(371)
胆道闭锁	(372)
先天性胆囊动脉异常	(373)
胆道镜的应用原则	(373)
体外碎石的原则	(374)

第一章 食管疾病

食管贲门失弛缓症

食管贲门失弛缓症是食管神经功能障碍所致的食管运动障碍性疾病。其主要特征是食管缺乏蠕动,食管下端括约肌(LES)高压和在吞咽时 LES 不能正常松弛,以致食物不能顺利地进入胃。

【诊断】

(一)临床表现:咽下困难,无痛性咽下困难是本病最常见最早出现的症状,常因情绪激动、发怒、忧虑、惊骇或进食过冷、过热及辛辣食物诱发。早期咽下困难可间歇发作,时轻时重;后期则变为持续性,长期咽下困难可导致体重减轻和消瘦。本病往往是无痛的过程,但有一些病人可以在餐后出现胸骨后疼痛,持续数分钟。可能是食管痉挛所致。疼痛常发生于疾病的早期,只有 LES 受累,晚期当食管继续扩张时,疼痛可减轻甚至消失。

食物返流是第二个常见症状,常随吞咽困难的加重及食管的逐渐扩张而发生。返流的食物为潴留于食管内的食物,因未与胃酸接触,故不呈酸性反应。随着疾病的进展,食管内返流的食物若被吸入肺内,可导致吸入性肺炎、肺脓肿、肺不张的发生。

典型病例的病程可分为三期,早期以吞咽困难、返流和胸骨后疼痛为其特征。症状常与情绪变化有关。代偿期的症状系由食管膨胀所致。一般而言,吞咽困难和疼痛的症状有所改善,运动障碍却未见进步。代偿失调期食管极度扩张,无足够能力将食物推移入胃内,体重减轻,恶液质,胸部由于巨大食管引起持续性压迫感。

本病体征很少,偶测吞咽时间有助于诊断。

(二)X 线检查:典型晚期患者的食道在胸平片上可表现为纵隔旁阴影,食管内有时可见液平;吞钡剂检查可见食管高度扩张,最宽处直径大于 6 厘米,延长、迂曲,其下端呈锥形狭窄,边缘光滑而对称,与延长狭窄的括约肌相连,钡剂至此通过困难。疾病早期,即使食管扩张不明显,直径小于 4 厘米,于平卧位吞钡时,即可发现一级蠕动波仅达主动脉弓水平。在这以下完全被一种非推进性收缩所取代。舌下含服硝酸甘油或吸入亚硝酸异戊酯可见食管末端弛缓。

(三)内镜检查:内镜检查不但可以做出诊断,还可以排除其它疾病,特别是癌。镜下见食管腔口径增大,且可见食管腔内有大量食物和液体残留,食管粘膜可以正常。但有时可见糜烂、溃疡和充血。虽然食物不易自食管进入胃,然而内镜往往能够较容易地通过胃食管交界处进入胃腔,而没有明显的压力,从而可排除器质性狭窄。

(四)测压检查:测压检查可用以观察食管的运动,从而有助于肯定食管贲门失弛缓症的诊断。此项检查对于 X 线检查阴性的患者尤为重要。测压检查时可以显示食管上端括约肌的功能正常,食管的上部蠕动正常。大部分失弛缓症的患者食管的下 2/3 推进性运动消失,LES 不能完全松弛和对乙酰甲胆碱呈阳性反应。在正常人,如果皮下注射乙酰甲胆碱 5~10

毫克后,食管的蠕动收缩略微增加,食管内静止压轻度升高,而在患本病的患者则反应极为显著。食管内静止压急骤上升,可达 1.96 千帕(20 厘米水柱),并出现多数强大的收缩波,此时患者可出现剧烈的胸骨后疼痛,还可出现呕吐。进行这一试验时,如果患者疼痛难忍,可注射阿托品缓解。

(五)细胞学检查:由于食管贲门失弛缓症的患者癌发病率远较一般人高,故食管细胞学检查对于发现浸润性癌特别重要。

【治疗】

(一)一般首先采用内科保守治疗,有不少患者当消除情绪紧张和刺激后可维持正常进食。饮食宜进软食,避免食用刺激性较强的食物及过冷过热饮食。

(二)常用的药物有镇静剂,抗胆碱能药物,如阿托品和普鲁苯辛,可以预防或解除食管的痉挛性疼痛。但不能使 LES 松弛。吸入亚硝酸异戊酯或舌下含服三硝酸甘油酯可使括约肌弛缓,但效果短暂。近年来有人报道钙离子拮抗剂,胍苯达嗪等药物可暂时缓解症状。

(三)当前较好的治疗办法是扩张治疗,即应用外力施行扩张不能松弛的括约肌,使其部分肌纤维断裂。现多采用流体静力扩张器、气囊及可塑性塑料扩张器。虽然这种扩张器可产生疼痛,并有引起食管破裂的危险,但其效果较为显著,约有 60%~80%的患者于 1~2 次扩张后,咽下困难可得到持久的缓解。因此,对于任何一个失弛缓症的患者,如果其食管有明显的潴留和扩张,均宜应用这种治疗。目前也有人开展了经内镜行括约肌切开术、微波及激光治疗,以缓解咽下困难。而且由于降低了括约肌的收缩力,使食管借助于重力得到排空。但切开和扩张均不能使食管的运动恢复正常。

(四)如果食管极度扩张、迂曲,呈现所谓的“乙状结肠”外形时,则应进行手术治疗。但应指出:括约肌破坏的越彻底,就越容易发生返流性食管炎,尤其是在食管贲门失弛缓症的患者,由于食管的蠕动有缺陷,返流内容物的清除受到影响,发生返流性食管炎往往更为严重。现多推荐 Heller 手术,即将狭窄食管下端的肌层纵行切开,使括约肌收缩力减小,而粘膜不予切开,并保持完整,术后约有 80%的患者咽下困难消失,体重增加,且不发生返流性食管炎。

不论是应用扩张疗法还是手术疗法的患者,饭后 1~2 小时内不宜采取卧位,并尽力避免用力咳嗽,以防止返流性食管炎的发生。

原发性弥漫性食管痉挛

原发性弥漫性食管痉挛是一种食管运动性失调。其特征为食管特别是食管下 1/3~1/2 缺乏正常推进性蠕动,而成为一种异常强烈的,非推进性的持续性收缩所取代,致使食管呈螺旋状、串珠状。

【诊断】

(一)临床表现:胸痛是最具有特征性的症状之一,特别是在年青人,疼痛位于胸骨后并向背及肩胛区放散,因而有时酷似心绞痛。疼痛可相当剧烈,有时需用麻醉剂才能使之缓解。疼痛可因进食过热或过冷的液体所诱发。也可以因情绪紧张时自发地发生,与心绞痛的区别在于发作时间长,可持续 1 小时左右,且发作时无心电图的改变。

咽下困难是弥漫性食管痉挛的另一种常见的表现,但不一定伴有胸痛。吞咽固体或液体

食物时均感困难,过冷过热的食物更易诱发,有时食团停留在食管的痉挛节段,吐出后方可缓解。咽下困难不持续存在,也不进行性加重。可多年间歇性发作。体格检查无阳性发现。

(二)X线检查:食管X线钡剂检查可见蠕动波仅达主动脉弓水平,食管下2/3为一种异常强烈的、不协调的、非推动性收缩所取代,因而食管腔出现一系列同轴性狭窄,致使食管呈螺旋状或串珠状。但患者症状的严重程度与X线异常的程度和范围没有平行关系。如用电影荧光屏观察痉挛食管的动态,可见下列类型:

1. 正常蠕动波伴有第三种收缩。
2. 下食管有第三种收缩,但与整体同时收缩。
3. 第三种收缩使钡剂分成节段,停滞不前。
4. 第三种收缩很强,使钡剂逆行向上。

(三)食管测压检查

1. 食管出现异常的、非蠕动性收缩,常为同步性重复性收缩。
2. 蠕动性收缩间期延长(<7.5 秒)。
3. 可出现食管自发性运动肌收缩。
4. 收缩振幅增加(<18.7 千帕)。
5. 1/3患者有LES功能异常。

【治疗】

首先是使患者充分了解弥漫性食管痉挛是一种良性病变,从而解除思想顾虑。当精神紧张因素占优势时,可应用镇静剂,特别是在饭前应用。使患者的心情放松,进食应细嚼慢咽,避免冷食和过于粘稠的饮食。个别患者在就餐前应用硝酸甘油,可使症状得到满意的控制。此外,钙通道拮抗剂,平滑肌松弛剂,也可缓解症状。抗胆碱能药物往往无效。症状严重而顽固,且有括约肌功能异常的患者,可应用扩张疗法。如上述治疗仍不能缓解,最后的治疗手段就是整个食管远端的纵行肌切开术。因为这是一个相当大的手术,一般不采用。

其它原因引起的食管运动障碍

(一)老年性食管:特点:在食管的下段同时发生很多无推进力的收缩波。老年性食管就是指老年人所出现的这种食管运动的异常,患者一般无症状,偶有胸痛和吞咽困难。

(二)刺激剂诱致的食管痉挛:吞食腐蚀剂后可致食管痉挛,根据病史可以诊断。胃-食管返流也可致返流性食管炎和下食管痉挛。诊断以pH返流试验最为可靠灵敏。

(三)胃-食管接头处器质性梗阻:可引起下食管扩张和痉挛。引起梗阻的病因中,以癌为较常见。食管下端癌必须与贲门失弛缓症相鉴别,贲门癌也可致下食管扩张和痉挛。尤其是当贲门癌经淋巴管浸润食管下端使之成光滑的狭窄。有时很难与贲门失弛缓症相鉴别。主要的鉴别是内镜和活组织检查。

(四)高压性LES:是一种少见病,其静止压可高达6千帕(45毫米汞柱),而且高压带有延长,约半数有弥漫性食管痉挛,进餐时有胸痛和吞咽困难。但是LES的其它功能正常,咽食后能完全放松,此可与贲门失弛缓症相区别。本病可能是弥漫性食管痉挛的一个变种,其特点在于LES的静止压高,用解痉剂可使症状缓解,必要时需作食管肌切开术。

(五)神经肌肉疾病:神经性疾病伴有弥漫性食管痉挛可能是一个巧合,或者是提早出现

的老年性食管。同样,糖尿病性周围神经炎,有时似乎是老年性神经病变的过早出现。虽然食管痉挛和神经肌肉疾病之间的关系尚有疑问,但食管运动的减弱则是肯定的。

1. 累及横纹肌时:咽肌、环状软骨、咽括约肌和上食管肌受累时,则发生上食管吞咽困难。患者感觉口中食物向下推送有困难或食物阻塞在咽喉部不下行,严重时患者饮水发生呛咳,水自口鼻中溢出。X线吞钡显示:钡剂滞留在会厌和梨状窝,严重者钡剂可直接流入气管。吞咽肌衰弱和吞咽动作困难易发生吸入性肺炎。因为主要累及横纹肌,所以吞咽困难也可发生在整个上半段食管,X线检查见钡剂滞留在上食管,无蠕动波。压力仪测定见收缩波很弱,无推进作用。常见的病因有:①多发性肌炎和皮炎。②重症肌无力。③营养不良性肌强直。④眼、咽肌营养不良综合征。⑤肌萎缩性侧索硬化症。⑥脑干病变。

根据各自疾病的特点,可以做出诊断,治疗的主要措施还是原发病的治疗。

2. 累及平滑肌

(1)结缔组织疾病:如硬皮病、红斑狼疮、类风湿性关节炎及结节性多动脉炎。开始可没有症状,只觉食团在剑突附近稍有梗噎,这是因为食物总是坐着吃的,食团在下食管可以通过重力作用经LES进入胃,但如有返流性食管炎形成狭窄时,则吞咽困难的症状可逐渐加重。X线检查及食管动力测定有助于诊断,后者更可靠。主要表现为下食管和LES压力低,吞咽后收缩波幅度低而时间短暂,有第三期波,LES对吞咽无反应,Mechoeye试验阴性。

(2)糖尿病性神经炎:糖尿病患者伴有神经病变时,X线及测压检查可发现多种食管运动功能的缺陷,包括收缩波幅度减小,吞咽后蠕动波数减少,第三种收缩和LES压力降低等。一般不伴有临床症状。

(3)孤立性 Raynaud 综合征。

(4)酒精中毒性神经病变:慢性酒精中毒时,不但可引起肝脏及中枢神经的改变,也可以引起周围神经病变。并产生食管运动的障碍。这一缺陷一般不引起临床症状,故不必治疗。

食管癌

食管癌在我国是一种较为常见的胃肠道疾病,其病因尚未完全明确,环境和致癌物质是重要因素,在我国的研究,污染酸菜的亚硝酸胺和霉菌可能起一定作用,而在欧美则认为与饮酒及吸烟有关。由于病人诊断时多为局部进展型,故治愈率较低,因而应早期发现,及早治疗。

【病理分期及分型】

根据1976年食管癌工作会议制定的标准,食管癌的病理分期如表1。

病理形态分型:

早期可分为隐伏型、糜烂型、斑块型和乳头型。其中隐伏型病变最早,限于粘膜上皮层,乳头型最晚,多数浸润粘膜下层。

中晚期分为髓质型、蕈伞型、溃疡型、缩窄型、未定型。

食管癌的组织学分型:①鳞状上皮细胞癌;②腺癌;③未分化癌;④肉瘤。

食管癌的好发部位:以中段为多,约占55%~60%,其次为下段,约占25%~35%,上段最少见,约10%~15%。

表 1

1975 年全国食管癌防治会议制订的病理分期标准

分 期	病变长度	病 变 范 围	临 床 症 状
0	不 定	病变限于上皮或粘膜内。无淋巴结转移	无明显症状或只有吞咽疼痛, 吞咽缓慢, 轻度梗阻感
1	不 定	病变限于粘膜或粘膜下层, 未侵及肌层。无淋巴结转移	症状同“0”期, 有时吞咽梗阻感更明显些
2	3~5 厘米	局限于食管本身, 无外侵, 无淋巴结转移	症状较显著, 吞咽不适感或梗阻感, 呈持续性
3	5 厘米以上	癌已外侵, 且有局部淋巴结转移	进行性吞咽困难或有显著持续的胸背不适或疼痛
4	5 厘米以上	有明显外侵和远处转移	症状严重, 有显著恶液质

【食管癌的转移途径】

(一)食管壁内扩散:食管癌原发于食管粘膜下层或粘膜下腺组织,癌形成后常沿食管粘膜或粘膜下层淋巴管扩散,形成表面隆起的结节,酷似第二个原发瘤,距原发灶可 5~6 厘米。

(二)局部直接浸润邻近器官:这是食管癌主要扩散方式之一,根据癌的部位不同,侵犯的器官也不同,上段可累及喉部、气管和颈深部软组织,甚至侵入甲状腺组织,中段癌可侵及支气管、胸导管、肺门、肺组织和主动脉,下段常累及贲门、膈肌和心包。晚期癌几乎有半数侵犯邻近器官。

(三)淋巴转移:食管癌的淋巴转移比较常见,转移的部位与淋巴引流方向有关。

(四)血行转移:最常见的远处转移为肝和肺,其次为肾、骨、肾上腺和胸膜。

【诊断】

(一)食管癌的早期症状

1. 咽下食物梗塞感:反复出现进食时食管内似有物阻挡感,吞咽时呃气,自觉有食物滞留不下等,食后即消失,不影响进食。

2. 胸骨后疼痛,呈烧灼样或针刺样极轻微隐痛或不适,食后可自行消失或减轻,进食粗食、热食或刺激性食物时明显,温食及流质饮食时较轻。疼痛的部位与食管内病变的部位不完全一致。

3. 食物通过缓慢感:咽喉部发紧干燥,下咽不利。

4. 其它:有时食管癌的吞咽困难不明显而却以持续性胸痛为突出表现,这常表示癌已向食管外局部蔓延,如压迫喉返神经,可出现声音嘶哑,肺部症状可引起肺炎、肺不张,这是癌转移至气管、支气管分叉处淋巴结的结果,最后常导致气管-食管瘘,更有少数病例食管本身的症状不显著,而却出现远处的转移如甲状腺、骨骼或其它脏器的转移,此外,患者可有高钙血症。患者常有食欲减退和体重减轻。体征一般很少。

中晚期患者才出现进行性吞咽困难的典型症状,由进固体食物至只能进流食,进而不能进食。

（二）细胞学检查

食道拉网细胞学检查是普查食管癌的主要方法，阳性率可达 90% 以上，简便而无痛苦，易为患者接受，反复检查可提高阳性率。

（三）X 线检查

1. 早期病变的特征

（1）食管粘膜皱襞增粗、中断及迂曲。

（2）食管粘膜小的溃疡。

（3）食管局限性小的充盈缺损。

2. 中晚期食管癌 X 线征象典型，表现为充盈缺损、狭窄、僵硬、梗阻，病变食管上方往往有不同程度的扩张，狭窄部附近可见到软组织阴影。

（四）食管镜检查

食管镜检查对中晚期病例的诊断可达 100%，早期的诊断率仍在 50%~60%，应用甲苯胺蓝染色，可提高诊断的阳性率。

【治疗】

食管癌的治疗方法有手术、放疗、中西医药物治疗等，早期病例手术治疗的 5 年存活率可达 90%，但中晚期患者由于癌的转移和邻近器官的侵及，手术效果差。有些患者需综合治疗，其中手术治疗仍属首选。

（一）手术治疗

食管癌的手术包括食管切除和重建两个方面：

1. 切除术：根治手术包括切除比较局限的食管癌和区域淋巴结，中段应包括气管和支气管两旁淋巴结，下段则应包括贲门旁、腹腔动脉和胃左动脉旁淋巴结在内。

2. 重建术：食管癌切除后食管重建是极为复杂的步骤，利用全胃代食管已为普遍采用。在胃残缺时考虑结肠或空肠代食管术。

3. 减状手术：有胃造瘘、转流和置管等，主要是解决晚期患者的进食和改善营养情况，均属姑息治疗。

（二）内镜治疗：近年来，在治疗中晚期由于癌引起的重度食管狭窄中，还有应用微波治疗，激光及人工食管插管术等治疗，也可达到缓解症状，延长患者生命的效果。

1. 微波治疗：在内镜直视下将探头接触粘膜面，选择适当的功率及时间，在微波的热效应作用下，组织发白、脱水，发生凝固性坏死，用以治疗癌肿引起的狭窄，一般选用 50~80 毫安的功率，通电 5~10 秒，将探头辐射状灼烧狭窄部 3~5 处，1~2 周重复 1 次，可起到缓解症状的作用。

2. 激光治疗：主要选用（Nd-YAG）掺钕钇铝石榴石激光，经内镜活检孔插入导光纤，选择合适的功率及时间，将光纤直接接触狭窄部或距离 1.0 厘米，治疗后组织炭化、液化，组织坏死脱落。

3. 人工食管插管术：1887 年 Symonds 首先将人工食管插入狭窄部位，达到治疗目的，以后不断地改善插管和技术，近期有报道在内镜介导下，将人工插管插入经扩张治疗的狭窄部位，以保持食管通畅。特别是对支气管痿者更适宜插管。

通过以上各种治疗，患者能够改善饮食，促进营养，为进一步综合治疗创造了条件，但总的治疗效果不佳。

(三)放射治疗

食管癌多为鳞状上皮细胞癌,对放射线有一定的敏感性,放疗可取得较好的疗效。目前采用的有 ^{60}Co 、电子直线加速器、电子感应加速器和电子回旋加速器等都较为普遍被使用。对有深溃疡和明显外侵的溃疡型和缩窄型相对禁忌。

放射治疗以中段最佳,上段次之,下段最差。

(四)化学治疗

化疗可使晚期患者症状缓解,部分瘤体缩小,并常与手术、放疗综合应用,提高疗效。鳞癌常用的药物有:环磷酰胺、平阳霉素、阿霉素、顺铂,腺癌常用的药物有丝裂霉素、5-氟尿嘧啶等,近年来有人应用内镜下局部注射抗癌药,即在内镜直视下,经活检孔插入注射针,刺入肿瘤实体,注入抗癌药,对于食管癌晚期患者可获得近期效果。

(五)中医中药治疗

祖国医学认为食管癌属“噎膈”,其发病与七情内伤,气滞血瘀有关,根据辨证结合辨病,常采用扶正培本,活血化瘀,清热解毒等法则处方,并随症加减。常配合手术、放疗及化疗综合应用。

食管肉瘤

与食管癌相比,食管肉瘤是极其罕见的,仅占食管恶性肿瘤的1%~2%。

从组织学角度,食管肉瘤有梭形细胞肉瘤,球形细胞肉瘤和大圆细胞肉瘤,此外,还有黑色素肉瘤和粘液肉瘤。

【诊断】

(一)临床表现:与食管癌相似,其中有两点特殊征象应予注意。

1. 胸骨后疼痛常较轻微,但也可以剧痛或锐痛,夜间痛呈阵发性,影响睡眠,且疼痛往往比吞咽困难先出现。
2. 全身情况恶化明显,食欲完全丧失。

(二)X线检查:见腔内肉瘤的阴影呈边缘清晰的充盈缺损,其上的钡头呈光滑的拱顶状,犹如良性肿瘤,腔外生长的肉瘤可见后纵隔有边缘清楚、均质而不透光的阴影。

(三)食管镜活组织细胞学检查或外科手术切片病理检查,可作出诊断。

【治疗】

食管肉瘤的恶性程度较高,一经诊断应尽早手术,如晚期不能手术可考虑放射疗法。

Hodgkin 病

本病比较罕见,最常见的为继发性,原发性的很少见。主要表现为吞咽困难,X线检查见有充盈缺损或伴有规则或不规则边缘的狭窄,蠕动波可通过病损水平。内镜检查见狭窄上方有囊状扩张或有假性新生物状的圆形肿块,活体组织检查为唯一的诊断方法。

治疗主要依靠放射治疗的方法。

食管平滑肌瘤

食管平滑肌瘤约占食管良性肿瘤的 2/3,常见于中年人,男性多于女性。

肿瘤起源于食管壁的肌肉,多数位于食管下 1/3,肿瘤的大小不等,可为圆形、椭圆形、马蹄形等,病变一般单发,瘤体坚硬,表面光滑,亦可呈分叶状,肿瘤边界清楚,与周围组织易分离,切片所见为平滑肌组织。

【诊断】

(一)临床表现:症状依肿瘤的大小而定,据认为直径小于 5 厘米者很少引起症状,当发生症状时,主要为咽下困难,其次为胸骨后或上腹不适或压迫感,食后反呃,症状时间一般较长,而无明显消瘦。

(二)X 线检查:钡剂造影可见瘤体部位局限性充盈缺损,呈新月状或半月状,但边缘光滑,食管无僵硬现象,钡剂无阻或轻度受阻,肿瘤以上的食管很少有扩张。多数经仔细检查可以作出诊断。

(三)食管拉网作脱落细胞检查:主要用作排除癌性病变,方法安全、简便易行,一方面对不典型的病例可排除癌,一方面又可能发现与其并存的癌。

(四)食管镜检查:可见肿瘤呈圆形在粘膜下突出于食管腔内,粘膜完整,此时不应做活组织检查,因为损伤了肿瘤表面的粘膜,可造成粘膜与肿瘤组织的粘连,影响以后行粘膜外肿瘤切除术。

【治疗】

食管平滑肌瘤一经确诊,应行手术切除,位于食管上或中段者可经右侧开胸,必要时可结扎奇静脉,下段者可经左侧开胸。大多数病例采用粘膜下肿瘤摘除术。肿瘤切除应仔细检查粘膜有无破损漏气,并应将肌层缝合加固。少数病例则需行食管部分切除和食管胃吻合术。

返流性食管炎

返流性食管炎系指由于食管下段括约肌功能失调,胃和十二指肠内容物返流入食管引起食管粘膜的炎症。

【诊断】

(一)临床表现:上腹部或胸骨后烧灼感或疼痛,常在餐后 1 小时左右发生,于平卧、运动及腹压增加时加重,直立和服制酸剂可缓解,返流液吸入肺部可引起吸入性肺炎,甚至窒息。可有反复小量出血,偶有大出血,长期返流性食管炎可引起食管狭窄而出现吞咽困难和呕吐。

(二)X 线检查:可见食管蠕动变弱,粘膜皱襞粗乱,增加腹内压可见返流现象,阳性率约 50%。

(三)食管镜检查与活检:可见食管粘膜充血、水肿、糜烂、出血、浅溃疡,有时可见狭窄。病理检查有基底层细胞增生,乳突延长至上皮表层,血管增生及非特异性炎症等。

(四)其它检查