



中国医师协会

全国专科医师培训规划教材（供专科医师培训使用）

消化内科学

主 编 刘新光



人民卫生出版社



中国医药出版社

中国医药出版社地址：北京市东城区东直门内大街165号 邮编：100027

消化内科学

主编：王澍

人民卫生出版社



中国医师协会

全国专科医师培训规划教材（供专科医师培训使用）

消化内科学

主 编 刘新光

副主编 张澍田

编 者（以姓氏笔画为序）

王化虹	北京大学第一医院	姒健敏	浙江大学医学院邵逸夫医院
王蔚虹	北京大学第一医院	罗金燕	西安交通大学附属第二医院
白文元	河北医科大学附属第二医院	周丽雅	北京大学第三医院
令狐恩强	中国人民解放军总医院	郑家驹	苏州市立医院
吕农华	江西医科大学附属第一医院	房殿春	第三军医大学西南医院
吕愈敏	北京大学第三医院	房静远	上海交通大学附属仁济医院
刘玉兰	北京大学人民医院	郝建宇	首都医科大学附属朝阳医院
刘新光	北京大学第一医院	柯美云	北京协和医学院
许建明	安徽医科大学附属第一医院	侯晓华	华中科技大学协和医院
李延青	山东大学齐鲁医院	袁耀宗	上海交通大学附属瑞金医院

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

消化内科学/刘新光主编. —北京:人民卫生出版社,
2009. 8

ISBN 978-7-117-11446-2

I. 消… II. 刘… III. 消化系统疾病-诊疗
IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 117080 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.hrhexam.com	执业护士、执业医师、 卫生资格考试培训

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

消化内科学

主 编: 刘新光

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 中国农业出版社印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 24.5

字 数: 579 千字

版 次: 2009 年 8 月第 1 版 2009 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-11446-2/R·11447

定 价: 40.00 元

版权所有,侵权必究,打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

全国专科医师培训规划教材

编辑委员会

主任委员 殷大奎

副主任委员 杨 镜 胡国臣 刘海林 陆 君 曹金铎

委 员 (排名不分先后)

丛玉隆	王茂斌	刘新光	郭晓蕙	梁万年	王天佑
顾 江	李世荣	张尔永	胡大一	李仲智	于学忠
屈婉莹	唐 杰	党耕町	黄宇光	高润霖	马明信
黄晓军	王 辰	祝学光	陈孝平	孙永华	冷希圣
张奉春	栾文民	李学旺	贾建平	朱宗涵	张永信
黄魏宁	于 欣	赵家良	郭应禄	戴建平	郑志忠
廖秦平	王忠诚				

序

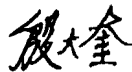
在卫生部毕业后医学教育委员会的领导下,“建立我国专科医师培训和准入制度”的研究,正向纵深发展,取得了卓有成效的硕果;现已进入专科医师培训试点实施阶段,经卫生部批准的试点基地已陆续启动,面向全国高等医学院校毕业生(包括研究生)招收培训人员。为推动规范化专科医师培训工作的进程,贯彻落实“专科医师培训标准”的要求,确保高质量、高水平培训效果,中国医师协会、卫生部教材办公室共同策划组织国内知名专家、学者,撰写了首套“全国专科医师培训规划教材”,涵盖了18个普通专科和16个亚专科,由人民卫生出版社出版发行,编制分册与读者见面。

本套教材,结合国情和地区特点,紧紧围绕“专科医师培训标准”,以提高实践技能和临床思维能力为主线;内容新颖与实用结合,突出实用性;编写体例链接学校教育教材,又凸显区别;编著队伍由资深专家、中青年医师组成,颇具活力;加之严格审稿制度,保证了编写质量。

相信本套教材问世,无论对指导教师还是对参加专科医师培训人员都具有较大的参考价值,实为不可多得的良好益友。同时也充分体现了行业协会配合卫生部工作,忠实履行行业职责,为培养与国际接轨的专科医师作出应有的贡献。谨此,衷心感谢为本套教材付出辛勤工作的专家、学者,出版社和编辑人员。

本套教材编写人员多,时间紧迫,误漏之处在所难免,恳请批评、指正。

中国医师协会会长



2008年12月30日

全国专科医师培训规划教材 编写说明

2003年11月,卫生部启动了“建立我国专科医师培养和准入制度”研究课题,中国医师协会和相关的专家组借鉴国外经验,结合我国医师培养的现状作了大量的探讨和研究,本着“先易后难、先粗后细、争议搁置”的原则,制订了我国第一阶段临床专科设置,共设置34个专科,其中普通专科18个,亚专科16个;制订了“专科医师培训标准”和“专科医师培训基地标准”。卫生部毕业后医学教育委员会、中国医师协会、卫生部教材办公室于2006年年底共同启动了与之配套的全国专科医师培训规划教材的编写工作,每种教材均由国内各专科知名专家主编。这是我国首套专科医师培训规划教材。

毕业后医学教育是临床医学人才培养过程中极为重要的阶段。对住院医师进行以提高临床技能为核心的规范化培训是专科医师培训的核心,紧扣这个核心,按照“专科医师培训标准”中各个专科的具体要求,对疾病种类和临床技能操作进行详细的、十分贴近临床的介绍,是本套教材的特色。该套教材共有18个普通专科和16个亚专科,每种约为50~100万字,其中将影像一分为三,共有教材36种。

本套教材的编写取材于临床,内容服务于临床,除主要供专科医师培训使用外,也可兼顾其他医生参考使用。

尽管该套教材在多方的共同努力之下终于顺利出版,但由于系国内首创,不足之处在所难免,需要在临床实际应用过程中进行检验、进一步补充、修订与完善,恳请读者给予批评指正。

卫生部教材办公室

中国医师协会

2008年12月

前 言

为配合卫生部专科医师培养基地的建设,推进专科医师培养和准入制度的建设,为逐步建立消化系统疾病诊治标准和规范,提高医师的专业技术水平,中国医师协会消化医师分会组织撰写了《消化内科学》,作为消化专科医师培养基地对消化医师培训的指导教材。

为使本教材具有科学性、先进性和实用性,结合国内外的最新学术进展,我们对消化系统常见疾病的概念、发病机制、病理生理学基础、诊断标准及其规范化治疗进行了较全面的论述,对目前消化疾病的诊治指南和共识意见进行了必要的解读,使消化专科医师能够基本了解消化疾病领域的主要学术进展及研究方向,掌握常见消化系统疾病的诊断标准及其治疗原则,逐步培养并提高消化专科医师的临床思维能力。同时,亦规范了部分消化系统疾病的相关诊断检查及介入治疗技术的操作规程,为消化专科医师诊治技术的规范化培训提供依据。

我们在编写过程中越来越体会到强调专科医师培训的必要性和重要性,尤其在当前深化医疗改革的新形势下,提高医师的医疗服务水平,做好医疗的保障是具有特殊意义的重要举措。为此更坚定了我们编好本书的信心和决心,激励我们为中国的医疗改革大业做出应有的贡献。

本教材的编写力求概念准确,层次清楚,重点突出,旨在培养消化医师的临床思维和实践能力,能对消化医师的临床工作有一定的帮助。在编写过程中邀请了国内具有较大影响的专家撰写相关章节,他们工作在医、教、研的第一线,有着丰富的临床经验,对本次编写工作给予了热忱的支持和帮助,使本教材更具有权威性,在此一并表示衷心的感谢。

由于消化疾病领域的学术发展迅速,加之编者水平有限,书中必有不当之处,诚盼广大读者给予指正。

刘新光

2009年4月

目 录

第一章 食管疾病	1
第一节 急性糜烂性食管炎	1
第二节 食管癌	3
第二章 胃十二指肠疾病	8
第一节 慢性胃炎	8
慢性非萎缩性胃炎	8
慢性萎缩性胃炎	10
附 中国慢性胃炎共识意见	15
第二节 消化性溃疡	24
附 消化性溃疡病诊断与治疗规范建议	31
第三节 幽门螺杆菌感染	36
附 第三次全国幽门螺杆菌感染若干问题共识报告	43
第四节 佐林格-埃利森综合征	48
第五节 胃癌	52
第三章 肠道疾病	59
第一节 吸收不良综合征	59
第二节 炎症性肠病	65
炎症性肠病概述	65
溃疡性结肠炎	68
克罗恩病	74
附 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见	82
第三节 缺血性结肠炎	93
第四节 肠系膜静脉血栓形成	98
第五节 胃肠道间质瘤	101
第六节 胃肠道血管畸形	106
第七节 抗生素相关性肠炎	111
第八节 嗜酸细胞性胃肠炎	113
第九节 急性坏死性小肠炎	116

第十节 肠结核	118
第四章 胃肠动力性疾病	123
第一节 胃肠动力性疾病概论	123
第二节 贲门失弛缓症	124
第三节 弥漫性食管痉挛	128
第四节 胡桃夹食管	132
第五节 胃食管反流病	134
胃食管反流病概述	134
反流性食管炎	136
非糜烂性反流病	142
胃食管反流病肠外表现	149
Barrett 食管	154
附 Barrett 食管诊治共识	161
食管腺癌	163
附 胃食管反流病治疗共识意见	166
第六节 反流性胃炎	169
第七节 胃排空异常	177
第八节 假性肠梗阻	186
第五章 功能性胃肠病	192
第一节 功能性消化不良	192
附 功能性消化不良罗马Ⅲ诊断标准	197
附 中国消化不良诊治指南	198
第二节 肠易激综合征	202
肠易激综合征概述	202
肠易激综合征	208
肠易激综合征与炎症性肠病	217
附 肠易激综合征诊断和治疗的共识意见	221
第三节 功能性腹泻	225
第四节 功能性便秘	228
附 中国慢性便秘的诊治指南	231
第五节 功能性腹痛	236
第六节 精神心理与功能性胃肠病	239
第六章 消化道出血	246
第一节 上消化道出血	246
第二节 下消化道出血	255
第三节 不明原因消化道出血诊治推荐流程	263

第七章 结核性腹膜炎	266
第八章 肝胆疾病	270
第一节 肝脓肿	270
第二节 肝炎后肝硬化	276
第三节 肝性脑病	280
第四节 肝肾综合征	284
第五节 肝肺综合征	288
第六节 酒精性肝病	291
第七节 自身免疫性肝炎	297
第八节 原发性胆汁性肝硬化	304
第九节 布-加综合征	310
第九章 胰腺疾病	315
第一节 急性胰腺炎	315
第二节 慢性胰腺炎	322
第三节 胰腺癌	328
第十章 肠屏障功能障碍临床诊治建议	336
第十一章 结肠动力功能检测	338
第十二章 消化内镜介入治疗技术	343
第一节 胃肠道息肉切除术	343
第二节 胃内异物钳取术	346
第三节 内镜下胃黏膜切除术	350
第四节 胃食管反流病内镜下腔内折叠术	353
第五节 食管狭窄扩张术	356
第六节 食管狭窄支架放置术	359
第七节 贲门失弛缓症扩张术	363
第八节 鼻胆管、鼻胰管引流术	366
第九节 乳头括约肌切开取石术	370
第十节 胆管、胰管支架放置术	373
第十一节 腹腔镜检查技术	376



第一章

食管疾病

第一节 急性糜烂性食管炎

急性糜烂性食管炎是由于各种理化因素造成的食管黏膜损伤,其中以反流性食管炎最为常见,其他如真菌、异物损伤、腐蚀性化学物质、消毒液、放射治疗等也比较多见。

【流行病学】

近年研究发现,欧美国家人群中糜烂性食管炎的发病率超过 10%,Voutinlainen 等对芬兰 1128 例有消化不良和反流症状的患者进行胃镜检查,发现糜烂性食管炎的发生率为 28%,而仅有反流主诉的患者,发生率为 38%。Chang 等对 2 044 例有症状的中国人进行胃镜检查发现,糜烂性食管炎的发生率为 5%,远低于西方国家。糜烂性食管炎有明显的性别差别,男女之比为(2~3):1,病变严重程度随着年龄的增加而增加。

【发病机制】

研究发现正常人食管下端括约肌(LES)、膈肌、食管廓清机制和食管黏膜屏障等均可以抵制胃反流中的 H^+ 、消化酶、胆盐等损伤因子,其中任何环节出现异常,均可以导致食管黏膜屏障功能减退,引起黏膜损伤。

1. LES 功能障碍与一过性下食管括约肌松弛 LES 功能降低及一过性下食管括约肌松弛(TLESR)频率增加可导致食管抗反流的屏障功能及对反流物廓清功能的减弱。饮酒、吸烟、饮食过饱、滥用药物及腹内压、胃内压增加等,均可以导致胃食管反流。胃酸和胃蛋白酶是重要的损害因子,高酸可使 LES 压力下降。幽门梗阻时,胃内容物过多且潴留物的酸度升高,使 LES 进一步松弛,加重了胃食管反流。妊娠中期体内雌激素与孕激素明显升高,使 LES 基础压力降低;妊娠晚期,子宫增大致腹压相应增高,更有利于胃食管反流。反流物中的胆盐、胰酶等也可单独或者协同胃酸和胃蛋白酶的破坏作用。

2. 食管黏膜屏障功能的损害 异物及腐蚀性化学物质等的刺激可以破坏食管上皮屏障。体弱、经常服用抗生素的患者,当机体免疫功能下降或各种理化因素破坏了食管黏膜屏障时,人体菌群生物平衡破坏,真菌过度生长,增加了食管对真菌的易感性,进而导致真菌性糜烂性食管炎。

3. 其他 情绪波动、应激状态可以通过精神、内分泌途径影响食管和胃的动力而成

为内源性因素。

【病理】

肉眼可见食管黏膜充血、水肿、出血。急性期黏膜上皮层坏死脱落,形成糜烂和浅表溃疡。食管黏膜糜烂、溃疡和纤维化形成,则导致食管瘢痕性狭窄。镜下可见鳞状上皮的基底细胞增生,乳头可延伸至上皮的表层,并伴有血管的增生,固有层中有中性粒细胞浸润。

【预后】

预后良好,严重病例可出现食管出血、穿孔、狭窄和 Barrett 食管等。

【临床表现】

临床表现多样,可分为典型、非典型和消化道外症状。典型症状有烧心、反胃等;非典型症状为上腹部疼痛、饱胀不适、恶心和多涎;消化道外症状包括非心源性胸痛,耳鼻部、口腔、咽喉部、呼吸道等症状。

(一) **典型症状** 酸及碱性反流物对食管上皮下感觉神经末梢刺激可引起烧心。早期可因食管痉挛引起吞咽困难,呈间歇性,形成瘢痕狭窄后则进行性加重。包括胃酸、胆汁、胰液的反流及腹压增大可引起反胃,平卧时加重。

(二) 消化道外症状

1. 非心源性胸痛 疼痛持续超过 1 小时,多于餐后出现,可伴有胃肠症状,应用抑酸剂后症状可缓解。

2. 呼吸道症状 最常见的是哮喘和慢性咳嗽,长期反流可引起慢性支气管炎、支气管扩张及特发性肺纤维化等疾病。

3. 慢性咽炎、鼻窦炎、龋齿 可能与胃食管反流有关。

【实验室及辅助检查】

(一) **X 线检查** 食管钡餐检查是一种简便、无创的方法,可有效发现食管轻度狭窄和动力障碍。食管钡餐检查对严重的食管炎诊断不困难,但对轻症病例容易漏诊。

(二) **内镜检查** 胃镜检查是对本病最有价值的诊断手段。反流性食管炎可按照洛杉矶分级标准分为 A、B、C、D 四级。真菌性食管炎表现为食管全周附着纵行、带状、密集的白色小隆起,冲洗不易脱落。强酸、碱等腐蚀性化学物质可导致广泛的食管黏膜全层受损,表现为食管黏膜全部变成黑褐色,黏膜有脱落,口腔也可见腐蚀性病变。放射治疗和异物损伤后,在食管可见纵行的血痂,食管下段糜烂,数周后出现狭窄。急性期内镜检查易导致穿孔。

(三) **24 小时食管内 pH 监测** 将 pH 探头置于食管下括约肌上方 5cm 处,若干秒记录一次 pH 变化,连续 24 小时。检测总酸暴露时间、酸暴露频率和酸暴露持续时间。该检查对胃食管反流的敏感性约 60%,特异性达 85%~90%。目前美国已经生产出食管 pH 胶囊,可行食管多部位及更长时间检测。经内镜将其置于齿状线上 6cm 处,pH 被患者携带的无线接受装置记录并通过生物遥测传出。

【诊断】

(一) **诊断标准** 根据患者的病史、临床表现和辅助检查结果不难做出诊断。胃镜检查诊断的特异性是 90%~95%。胃镜下能直接看到食管损伤程度及范围,尚可对食管炎症的严重程度进行分级,同时活检可帮助明确病因。反流性食管炎常常发生在食管下段,真菌

性食管炎则以上段食管为主,腐蚀性食管炎导致全食管受累,以上段黏膜损伤更为明显。

(二) 鉴别诊断

1. 食管癌 进行性吞咽困难,内镜下活检和细胞刷检查可以确诊。
2. 心绞痛 疼痛持续较短,可放射至心前区和肩背,伴有心电图和心肌酶谱异常,扩血管药物可缓解疼痛。
3. 内镜检查阴性的胃食管反流病 有典型的胃食管反流症状,而内镜下食管黏膜无明显改变。24 小时 pH 监测诊断的敏感性和特异性分别为 74.1% 和 100%。质子泵抑制剂(PPI)治疗可缓解症状,但疗效低于反流性食管炎。

【治疗】

(一) 治疗原则 治疗目的是减轻或消除症状,预防和治疗重要的并发症,防止复发。

(二) 治疗方法

1. 内科治疗

(1) 非药物治疗:改变生活方式,包括改变体位、停止吸烟、减少酒精摄入、减轻体重,慎重使用降低 LES 压力的药物等。

(2) 药物治疗:包括抑酸、促动力、保护黏膜及联合治疗。抑酸是治疗的主要手段。 H_2 受体拮抗剂(H_2RA)和 PPI 均能控制症状,PPI 对改善生活质量、减少睡眠障碍和增加体力则更有效。研究发现 80% 的患者停药 6~12 个月后复发,其中 H_2RA 组复发率为 58%,PPI 组为 22%,PPI 组复发率显著低于 H_2RA 组。半量 PPI 治疗停药后 24~52 周 40% 患者复发, H_2RA 组 66% 复发,提示 PPI 低剂量组治疗效果仍优于 H_2RA 组,但是不如足量 PPI 治疗效果好,因此需要长期药物治疗。真菌性食管炎的治疗应给予抗真菌治疗和提高患者的免疫力。严重的糜烂性食管炎需进流食或禁食,给予静脉高营养。

2. 内镜介入治疗 包括内镜下缝合术、LES 区域射频术和 LES 区域注射技术。

3. 手术治疗 内科正规治疗有效但不愿终身服药、内科治疗无效且并发症严重者可选择外科抗反流手术或腹腔镜下胃底折叠术治疗。

(吴开春)

第二节 食管癌

食管癌通常是指起源于食管鳞状上皮的恶性肿瘤,即食管鳞状细胞癌,约占食管恶性肿瘤的 95%。食管其他恶性肿瘤包括食管腺癌、癌肉瘤及淋巴瘤等。

【流行病学】

1. 发病率和死亡率 食管癌是全球第 9 大恶性疾病,在全球多个地区流行,是发病率差异最大的疾病之一,高发地区与低发地区的发病率相差可达 100 倍。食管癌是死亡率较高的肿瘤,全球居第 10 位。我国是食管癌的高发地区,年发病率约 13/10 万,年死亡率约 15.15/10 万。食管癌在美国少见,仅仅占有恶性疾病的 1.5% 和所有消化道肿瘤的 7%,年发病率为 3.5/10 万。近 20 年来食管鳞癌的发病率呈下降趋势,而食管腺癌在迅速增加。

2. 性别和年龄 食管癌对男性的影响高于女性,风险值分别为 0.75% 和 0.26%,在

我国食管癌发病率男女之比约为(1.3~2.7):1,但在食管癌高发区则无显著的性别差异。食管癌发病率随年龄的增长而增加,高发区食管癌发生年龄可提前10年左右。

3. 地区和种族 食管癌在全球的高发地区包括哈萨克斯坦的古力亚夫、伊朗北部的土库曼和南非的特兰斯开等,年发病率超过100/10万。中国也属高发区,尤以河北、河南、江苏、山西、陕西、安徽、湖北及四川等省的发病率为高。

【发病机制】

病因尚不十分清楚,硝酸盐等理化因素、食物中致癌物质的长期刺激、真菌感染、维生素及微量元素的缺乏等可能是食管癌发生的重要原因,吸烟和酒精摄取也可能是食管鳞癌的重要发病因素。胃食管反流、Barrett食管及食管裂孔疝等食管疾病与食管腺癌的发生密切相关,硬皮病及Zollinger-Ellison综合征是食管腺癌的危险因素。

【病理】

1. 分期和分型

(1) 分期:按照2002年美国抗癌联合会和国际抗癌协会的TNM分期系统可将食管癌分为0、I、II、III和IV期(表1-1),表中T代表原发肿瘤,T_x代表原发肿瘤不能评估,T₀代表无原发肿瘤证据,T_{is}代表原位癌,T₁代表肿瘤浸润食管黏膜固有层和黏膜下层,T₂代表肿瘤侵犯食管浸润肌层,T₃代表肿瘤浸润食管外膜,T₄代表肿瘤侵犯食管邻近组织结构;N代表有无淋巴结转移及转移程度,N_x代表区域淋巴结不能评估,N₀代表区域淋巴结无转移,N₁代表区域淋巴结有转移;M代表有无远处转移,M_x代表远处转移情况不详,M₀代表无远处转移,M₁代表远处转移。胸下段食管癌M_{1a}代表腹腔动脉旁淋巴结转移,M_{1b}代表其他的远处转移;胸中段食管癌M_{1b}代表非区域淋巴结或其他的远处转移;胸上段食管癌M_{1a}代表颈淋巴结转移,M_{1b}代表其他的远处转移。

表 1-1 食管癌 TNM 分期

分期	T	N	M
0	T _{is}	N ₀	M ₀
I	T ₁	N ₀	M ₀
II a	T ₂	N ₀	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
II b	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
III	T ₃	N ₁	M ₀
	T ₄	任何 N	M ₀
IV	任何 T	任何 N	M ₁
IV a	任何 T	任何 N	M _{1a}
IV b	任何 T	任何 N	M _{1b}

(2) 分型:组织学分为鳞癌、腺癌、未分化癌、癌肉瘤和小细胞癌。

2. 扩散和转移方式 可以通过食管壁内扩散、直接浸润邻近器官、淋巴转移及血行转移,其中浸润转移方式较为重要。

【预后】

生存几率与分期密切相关, I 期 5 年生存率约为 40%~85%, II a 期为 22%~65%, II b 期为 29%~45%, III 期为 10%~25%, IV 期为 3%~10%。

【临床表现】

(一) **临床症状** 食管癌主要临床表现为吞咽困难(74%)、体重减轻(57.3%)、呕吐黏液(20.5%)、吞咽时疼痛(16.6%)。

1. 早期症状 早期通常无症状,偶尔出现吞咽时不适、胸骨后轻度痛、滞留感或哽噎感。常可能通过内镜检查偶然发现。

2. 晚期症状

(1) 吞咽困难:是食管癌的典型症状,呈持续性存在,进行性加重。初为进硬食不适,之后发展为吞咽液体或唾液困难,吞咽困难的程度与食管癌的大小及病理类型有关。

(2) 呕吐黏液:由于咽下不畅,反射性引起食管及唾液腺黏液分泌增加所致。

(3) 胸部不适或疼痛:胸骨后或背部肩胛区持续性疼痛,常提示食管癌已导致局部深层溃疡或向外浸润。

(4) 其他:缺铁性贫血、消化道出血、声音嘶哑、干咳、吞咽呛咳等。

(二) **体征** 早期体格检查缺乏阳性体征,常因发现转移灶,随后才发现食管原发肿瘤。晚期患者可出现消瘦、贫血、营养不良等。进展期食管癌锁骨上和腋窝淋巴结肿大,广泛的肝转移癌可导致肝大。

【实验室及辅助检查】

(一) **内镜检查** 可在直视下观察肿瘤大小、形态、部位及其范围,并可做活组织及细胞刷检查,内镜检查是食管癌最可靠的诊断方法,敏感度达 94%~99%。超声内镜(EUS)检查可用于食管癌的早期诊断和分期。EUS 对 T 和 N 分期准确度高达 85%和 80%。

(二) **影像学检查**

1. 食管气钡双重造影检查 适合于固体和液体同等吞咽困难的患者。对疑有恶性肿瘤者,则需以内镜和活检做最后确诊。

2. CT 检查 扫描胸部、腹部和骨盆寻找转移的证据。CT 对 T 和 N 分期的准确率仅为 50%。可疑淋巴结的细针穿刺可将 N 分期的准确率提高到 93%。

3. 正电子发射成像(PET) PET 检查对 CT 不能证实的远处转移尤为重要,可以避免不必要的手术。PET 对诊断远处转移的敏感度、特异性和准确度分别是 88%、93%和 91%,在 CT 漏诊的转移病例中阳性检出率达 20%,诊断 IV 期肿瘤 PET 和 CT 的敏感率分别为 74%和 41%。

(三) **脱落细胞学检查** 简便、安全、依从性好,是食管癌普查的重要方式。

【诊断与鉴别诊断】

(一) **诊断** 根据临床表现和辅助检查,典型的食管癌诊断并无困难。对于吞咽不适的人群首先采用气钡双重造影(包括固体和液体钡剂)对其进行全面评估,如发现充盈缺损和食管狭窄者,则进行内镜和细胞刷检查。如果出现可疑症状而检查结果正常,可选择内镜和细胞刷对可疑的部位进行多部位和多次活检。一旦肿瘤及其组织类型被确定,需评估其侵犯的程度,以便治疗方式的选择。但是,早期食管癌因缺乏明显的症状,诊断往

往被延误,因此,对食管癌高危人群的筛查尤为重要。

(二) 鉴别诊断

1. 贲门失弛缓症 吞咽困难持续存在,但无进行性加重。食管钡餐检查有鸟嘴或漏斗样特征性改变。
2. 食管良性狭窄 内镜活检可提示为炎症改变,无肿瘤细胞。
3. 食管良性肿瘤 症状轻,病程长,EUS有助于明确诊断。
4. 瘰疬症 女性多见,发病多与精神因素有关,食管的相关检查除外器质性病变。

【治疗】

包括手术治疗及化疗、放疗等非手术治疗,这些方法可以单独应用,也可以综合应用以提高治疗效果。

(一) 手术 手术适于 TNM 分期 0、I、II a、II b 及 III 期中 $T_3N_1M_0$ 的患者。非手术治疗无效或复发病例若无明显局部浸润和远处转移也可手术治疗。I 和 II a 期 5 年的生存率分别是 85% 和 65%。进展期肿瘤手术效果较差,多以姑息治疗为主。 T_4 或 IV 期患者手术切除的中位生存时间为 15~18 个月,5 年生存率为 20%~29%。

(二) 放疗 鳞癌对放疗较敏感。放疗能够改善吞咽困难,然而不降低病死率。3 年生存率小于 10%。放疗可增加食管炎、气管炎、狭窄和穿孔的发生率。

(三) 化疗 通常用于失去手术机会的患者,不能提高 5 年的生存率。联合化疗效果优于单药化疗,有效率分别是 10%~86% 和 6%~37%。常用的化疗药物有顺铂、氟尿嘧啶、博来霉素、丝裂霉素等。

(四) 综合治疗

1. 手术和新辅助化疗 研究显示,术前单一放疗没有明确的效果,术前化疗对于提高腺癌的生存率有一定的作用。

2. 手术和术后辅助治疗 术后放疗主要用于术后仍有纵隔残留的患者,以减少局部进展和气管支气管堵塞的发生,化疗联合放疗对提高生存时间无效。

(五) 内镜介入性治疗 内镜介入性治疗适用于不能或不愿手术者。内镜下黏膜切除用于 T_{is} 和 T_1 期患者。 T_1 期肿瘤内镜和手术切除 5 年的生存率分别是 77.4% 和 84.5%。尽管光动力治疗用于早期食管腺癌缺乏长期随访的资料,但现有资料显示,成功率为 50%~90%。内镜下球囊扩张和记忆合金支架置入能使 90% 患者吞咽困难明显缓解。食管支架置入的并发症包括移位、出血、穿孔、食物嵌塞和胃食管反流等。带膜支架可用于气管食管瘘,缺点是有移位的倾向。内镜下治疗还包括酒精注射、氩离子凝结和激光消融等。

(吴开春)

参 考 文 献

1. Voutilainen M, Sipponen P, Mecklin JP, et al. Gastroesophageal reflux disease: prevalence, clinical, endoscopic and histopathological findings in 1,128 consecutive patients referred for endoscopy due to dyspeptic and reflux symptoms. *Digestion*, 2000, 61: 6-13.
2. Chang CS, Poon SK, Lien HC, et al. The incidence of reflux esophagitis among the Chinese. *Am J Gastroenterol*, 1997, 92: 668-671.