

希望之路

面对食道癌



癌友之家

陕西省肿瘤医院患者服务中心

当您得知自己或亲属罹患癌症、心情抑郁时

当您饱受疾病折磨无处倾诉时

当您想脱离痛苦、病情、治疗充斥的环境时……

亲爱的朋友们请来这里

这里有心灵的栖息地

——春语心理工作室

这里有才艺的展示空间

——医患联谊会

这里有脱发尴尬的释怀

——爱心小花帽、假发的租赁

这里还有健康讲堂、技能传授

同伴互助、信息传递、
社会资源的链接与支持

这里是交流、学习和放松的平台

**这里有医护人员、志愿者、社会工作者、
心理咨询师、营养师……**

**这里就是陕西省肿瘤医院患者服务中心、
陕西抗癌俱乐部**

抗癌路上有我们伴您一路同行！

地址：陕肿门诊三楼患者服务中心

电话：85276027 85276359

陕西省肿瘤医院简介

陕西省肿瘤医院成立于1978年，历经近40年的发展，目前已成为陕西省集肿瘤诊疗、科研、防控、教学、康复于一体的三级甲等肿瘤专科医院，承担陕西省肿瘤防治重任。

我院是国家卫计委指定的全国市、县级医院肿瘤规范化诊疗指导医院，陕西省肿瘤医联体的理事长单位，陕西省肿瘤医学质量控制中心。医院学科设置齐全，现开放床位1000张，设立病区21个，医技科室9个，体检中心、康复中心及患者服务中心，满足肿瘤患者诊疗、人文、康复服务。

拥有头颈肿瘤外科、妇瘤科、放射治疗科等多个陕西省优势特色专科；乳腺病诊疗中心、妇科肿瘤诊疗中心、精确放射治疗中心等多个

省级研究、诊疗中心，成为医院建设肿瘤诊疗优势学科群的有力支撑。医院着力打造就医方便、流程合理、宾至如归的花园式人文医院。建立“患者服务中心”、“陕西省抗癌俱乐部”、“春语心理工作室”等患者康复组织。与台湾癌症希望基金会携手在省内开展肿瘤患者全人照护和患者服务个案管理模式，在全院推行与国际接轨的肿瘤康复理念，提高了肿瘤患者生活质量。同时，创建陕西省首家“无痛医院”、“无呕医院”，让更多癌症患者获得更舒适的就医体验。

我院愿以优秀的肿瘤学专业人才、先进的医疗设备、精湛的医疗技术、科学的医院管理、舒适的就医环境和人性化的护理和关怀，为来自全国的患者提供优质服务。



两岸携手 抗击癌症

在中国，每分钟就有 7 人被确诊为癌症，每天有 10410 人成为癌症患者，每分钟有 4 人死于癌症。（数据来源于 2018 年《肿瘤年报》）这一连串冰冷的数字，也激发起公众对癌症了解的欲望更加强烈。而良性的经济发展模式与个人健康生活方式的建立、以及肿瘤医学的进步，都已经证明：癌症可防、可控、可治！陕西省肿瘤医院作为全省唯一一所公立三级甲等肿瘤专科医院，有能力为肿瘤患者提供一流、规范的诊断、治疗、康复服务，也有义务为公众提供癌症预防、诊疗相关方面的知识，以消除公众对癌症认知的误区。

这份薄薄的手册，凝聚着台湾癌症希望基金会同道和我院数十位

医疗、护理专家的智慧和心血，也传递着我们共同的期许：抗癌路上，你我同行。

在此感谢台湾癌症希望基金会近年来给予我们的指导和帮助，感谢我院专家们百忙之中抽出时间投注在该项目上的精力。让我们一起携手，共同抗击癌魔！

陕西省肿瘤医院院长：



知识就是力量 您可以活得更精彩！ 认真抗癌 再现生命光彩！

21 世纪，“癌症”已成为全球人类健康最大的威胁。2014 年中国恶性肿瘤估计新发病例数 380.4 万例，平均每天超过 1 万人被确诊为癌症，每分钟有 7 个人被确诊为癌症。发病率约占世界 22%，发病人数居全球第一。

医学不断进步，只要早期诊断適切治疗，癌症已经不再是绝症。然而，面对癌症许多病患常因信息不足，误信偏方错失治疗黄金期，造成极大遗憾；所以如何协助癌症病患学习掌握疾病信息，及时寻求正确医疗途径，坚持治疗不中断等等行动努力，才能达到活得久、更要活得好的目标。

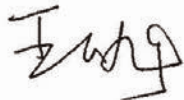
在台湾成立于 2002 年的癌症希望基金会，矢志协助癌症病患及

其家人走过艰辛抗癌路，迈向康复。为此，癌症希望基金会编撰出版系列疾病诊疗、照护指导手册、单张及光盘，同时更为病患精心设计「希望护照」，期带领病患从了解自身疾病、诊疗目的、副作用照护，提升「知」的能力，不让知识缺乏，成为治疗阻力！

参与公益组织活动十余年来，有机会和理念相同的伙伴合作共同对抗癌症，一直是我乐在工作的动力。很高兴癌症希望基金会与陕西省肿瘤医院合作，于2016年首次将本会手册发行简体版，并因应中国情况，由陕肿召集审阅专家团队，将手册内容适度改写，以符合当地的医疗现状及用语，共同携手协助大陆更多罹患癌症的家庭度过身心煎熬的难关，打赢这场抗癌胜仗！迈向更健康的生活！

我们一起加油！

癌症希望基金会董事长：

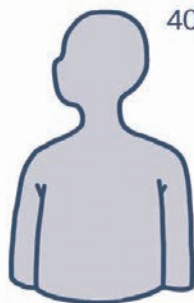


【食管癌小档案】

- ◆ 食管癌发生率具有明显的地域分布性，以津巴布韦最高，瑞典发生率最低。以种族来看，黑人比白人多。
- ◆ 中国食管癌发病率为 13 人 /10 万，40 岁以后逐渐增高，居第 5 位，死亡率居第四位，占有疾病的 13.33%。它是典型的生活方式癌，诱发因素包括不良饮食习惯、吸烟饮酒、营养因素、微量元素、癌前病变等。
- ◆ 食管癌常见的细胞型态为鳞状细胞癌和腺癌。我国绝大部分属鳞状细胞癌，腺癌有逐渐增多。
- ◆ 食管癌不易早期发现，早期症状喉部有异物感，胸骨后疼痛不

适, 进食哽咽感, 滞留感; 腺癌有逐渐增多, 吞咽困难通常是患者最常见的症状。

◆ 远离危险因子, 包括抽烟、喝酒、食辛辣、粗糙食物, 腌制食物, 进食过快, 过烫等, 可以有效减少食管癌的发生。早期治疗 5 年生存率达 90% 以上。



40岁+



5年生存率
达90%以



目录

食管癌小档案	9
食管	
一运送食物的起始公路	12
为什么得食管癌	14
食管癌有什么症状	18
如何确定得了食管癌	22
食管癌如何分期	26
如何治疗食管癌	30
出院指导	53
面对食管癌	57
在食管癌风暴之后	60

主 审：宋张骏

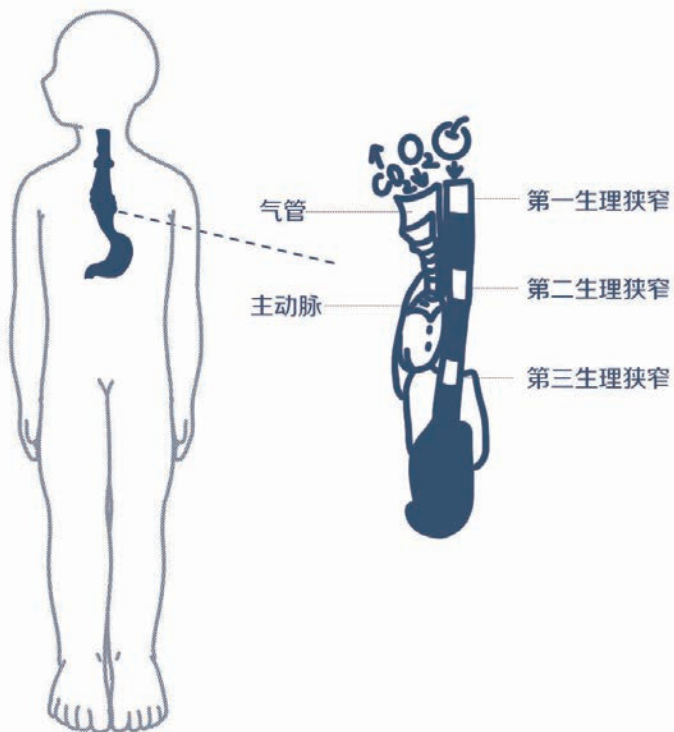
副 主 审：姚俊涛

校 对：孙晓茹

本册审阅：刘逸之

本手册原始内容来自台湾癌症希望基金会《希望之路》卫教手册，并经授权由陕西省肿瘤医院审阅专家编撰改写及印制。

食管—运送食物的起始公路



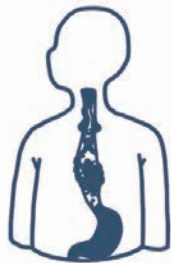
食管位于胸部的纵隔腔之内，在气管和心脏后面，长度 25 厘米左右，上与咽喉相连，经过横膈膜的食管裂孔，下与胃的贲门相连，也是食物由口腔通往胃部的必经之路，为一个中空管状肌性结构。食管有上下两处括约肌，其功能为防止食物由胃部逆流回到口腔中。当吞咽食物时，食管壁的肌肉会收缩与放松，使食物顺利由咽喉通过食管到达胃部。食管壁的腺体可分泌黏液以润滑食管，方便食物通过，并将食物推向胃部。

食管有三个狭窄处，这些狭窄处是异物易停留的地方，同时也是食管癌的好发部位。

食管上端起始处；

食管中段气管分叉处；

食管穿过膈肌裂孔处



为什么会得食管癌

胃食管反流症及其并发症

喝酒、抽烟

食管失弛症

食物及环境方面

曾经有过食管腐蚀性伤害

曾经得过头颈部癌的病人



食管癌发生的原因，目前仍不很清楚，但是可能的风险包括：

年龄：好发于 50 ~ 70 岁的老年人，40 岁以上发病率持续上升。

性别：男性多于女性，男性 8.77% 女性 4.29%。

胃食管反流症及其并发症（巴瑞特氏食管症）：这类疾病由于胃液反复由胃部逆流到食管，长时间的刺激下，在食管下 1/3 段容易导致细胞病变引发食管癌。这类型的食管癌以腺癌占多数，是欧美国家食管癌的主要类型。

喝酒、抽烟：是食管鳞癌的高危险因子。统计显示，因喝酒引起食管癌是正常人的 2 倍 ~4 倍，如果喝酒加上抽烟或嚼槟榔，罹患食管癌的危险性更是大为增加。

食管失弛症：因为食管神经功能不良，导致括约肌无法正常松弛，食物因此贮存在食管，造成食管的扩张，此类病人发生食管癌的机会比一般人高出 6~14%。

食物及环境方面：喜欢吃刺激性、腌制类或太烫的食物者；或蔬菜水果及维生素 A、C 摄取不足者，微量元素如锌的缺乏；另外高粱、玉米、及茶叶中的鞣酸 (Tannin)，都曾被报告与食管癌的发生有关；饮水及食物中含有过量的亚硝胺 (Nitrosamine)，则已被证实会增加食管癌发生的危险。

曾经有过食管腐蚀性伤害：也较易引起食管癌的产生，其位置常见于食管中段。

曾经得过头颈部癌的病人：根据统计，这些病人发生

的第二种癌症中，有 1/3 在食管发生，这是因为两者都与吸烟关系密切。

其他：极少数的病人发现可能与某种基因的缺失所导致。家族中有癌症病史或既往癌症史。



男性多于女性，男性 8.77% 女性 4.29%



食管癌有什么症状

吞咽困难

体重减轻

咳嗽

声音嘶哑

胸痛

大出血

其他症状



食管癌在疾病的初期，病人往往毫无症状，部分病人会有：胸骨后疼痛不适、吞咽梗阻感、异物感、滞留感，这时即要早期诊断。多半患者要等到肿瘤长大到妨碍了食管的运送功能引起不适才就医。因此，平时就养成定期每一~二年做包含胃内窥镜的全身健康检查习惯，在癌症还没来敲门前就尽早把它找出来，才有较高的治愈率。不过更重要的是平常就要远离烟、酒等致癌物，同时多注意身体可能出现的任何异常症状，切莫掉以轻心而延误就医。

吞咽困难：绝大多数的病人，第一个症状是在吃肉、馒头及粗糙的食物（如生蔬菜）时会觉得不易下咽，有不顺畅的感觉，有些病人甚至会感到食物卡在胸骨的后方。随着肿瘤愈来愈大，食管的内腔也就渐渐变得狭小，先是不能吃干饭，接着连稀饭也难以下咽，只能食用流质食物，如果一直延误就医，到了后来甚至连牛奶或水也喝不下去。

体重减轻：食管因肿瘤阻塞会造成吞咽困难，吸收的营养自然不足，因此身体衰弱、体重减轻是必然的现象。呼吸有臭味：若食管被肿瘤阻塞，食物会蓄积在肿瘤的上方，使得食物发酵而散发出恶臭。

咳嗽：因口腔所分泌的唾液也会聚积在肿瘤上方的食管内，有时蓄积的唾液或食物会逆流吸入气管而引起咳嗽，这种情形在夜晚平躺时会比较严重，常常使得病人无法入睡。另外，随着肿瘤继续长大并向外侵犯，有可能穿出食管壁而形成食管气管瘘，一旦进食，食物就很容易从瘘管进入气管而引起反复剧烈的咳嗽，并引发吸入性肺炎或窒息，此并发症如无法尽早预防或发现，严重的话有致命危险。

声音嘶哑：肿瘤压迫到声带或喉返神经所造成。

胸痛: 如果肿瘤扩展至胸腔后壁,进而侵犯肋间神经,病人常会有无法忍受的胸痛。

大出血: 若肿瘤侵犯到邻近的大动脉,导致大动脉破裂而出现大出血的危险,这是食管癌另一种严重的致命并发症。

其他症状: 当肿瘤侵犯到胸腔时,有可能造成胸腔积液,导致胸痛、呼吸困难。其它症状有贫血、咳血或解黑便等。



如何确定得了食管癌

上消化道内窥镜

食管造影剂透视

食管超声内镜（EUS）

CT 或 MRI

其他



除了医生会询问病史及做身体检查外，还会安排相关检查，通常癌症的诊断包括两个方面：**定性诊断和分期诊断**

上消化道内窥镜（俗称胃镜）检查：

直观检查病变情况，活检确诊，即定性诊断。检查可以在门诊进行，检查前需要禁食，并会在病人喉部喷麻醉和减少胃肠痉挛的药物，以减少不适及呕吐的感觉。然后医生会将内窥镜从口腔放入食管内观察，并透过内镜活检取下食管肿瘤的部分组织做病理切片检查。为减轻不适症状，也可行无痛胃镜检查。

食管显影剂透视（俗称钡餐造影）：

病人喝下显影剂，因显影剂可附着在食管表面，透过 X 线观察显影剂流经食管的情形，使病灶显现出来。另外可以评估食管癌所侵犯的长度范围以及食管癌和其他临近组织

的关系，癌症侵犯段的食管黏膜可见不规则、边缘缺陷或管腔狭窄，同时在阻塞处上方会有食管扩张的现象。也是判断是否有食管气管瘘管存在的重要检查，不过当临床症状已高度怀疑有瘘管的存在时，不宜使用钡剂显影剂，改为水溶性显影剂做检查比较安全。

食管超声内镜（EUS）：

评价临床分期的重要手段。在内视镜的前端加装超声波探头，以内视镜检查方式将超声波探头带到病灶附近进行扫描。除了可观察食管内部外，也可利用超声波观察黏膜下的组织结构，可对病灶侵犯的深度和与邻近器官的关系以及周围淋巴结做较佳的了解。



胸部计算机断层摄影（CT）或核磁共振造影（MRI）：

检查可得知肿瘤的厚度、长度、周围组织的侵犯程度，以及局部淋巴结有无受侵或是有无器官转移，CT 检查可用于颈、胸腹部，可做切除性判断、临床分期、手术路径选择。

其他：

腹部 B 超；pet-CT 在判断有无远处转移、评价放化疗效果，发现早期癌方面优于 CT ，但费用昂贵；骨骼扫描检查等评估食管癌是否已经转移。



食管癌如何分期



根据美国 NCCN 和 UICC 所推荐的 TNM 分期法，即原发肿瘤（T），区域淋巴结（N），远处转移（M）的不同程度进行组合而分期。鳞状细胞癌和腺癌的分期稍有不同，但大体上都将食管癌分为零期到四期，以下为鳞状细胞癌的分期，除依据肿瘤侵犯深度外，还与肿瘤所在位置（上、中、下段食管）和癌细胞分化度（较佳或较差）相关：

第 0 期：即原位癌。

第一期：

IA：食管癌的肿瘤只侵犯黏膜及黏膜下层，癌细胞分化度较佳且高分化无淋巴结侵犯。

IB：食管癌的肿瘤只侵犯黏膜及黏膜下层，癌细胞分化度较

差中、低分化且无淋巴结侵犯；或肿瘤侵犯至肌肉层或食管外纤维膜，且位于食管下 1/3 段但癌细胞分化度较佳。

第二期：

IIA：肿瘤侵犯至肌肉层或食管外层，位于上、中段食管且癌细胞分化度较佳；或位于下 1/3 段食管但癌细胞分化度较差，无邻近淋巴结侵犯。

IIB：肿瘤侵犯至肌肉层或食管外层，位于上、中段且癌细胞分化度较差；或肿瘤侵犯到黏膜、黏膜下层，且已有 1-2 枚邻近淋巴结转移。

第三期：

III A： 肿瘤侵犯黏膜、黏膜下层、肌层且 1-2 枚或 3-6 枚邻近淋巴结转移；或有邻近器官、组织（肋膜、心包膜，横膈膜等）的侵犯，但可切除，无邻近淋巴结侵犯或 1-2 个转移。

III B： 肿瘤侵犯至食管外层，且有 1-6 枚淋巴结转移或肌层 2-6 枚淋巴结

第IV期：

IV a： 有邻近器官、组织的侵犯，但无法切除；或可切除，但 3-6 枚或已有淋巴结转移 ≥ 7 枚。

IV b： 肿瘤已有远处器官的转移。

如何治疗食管癌

手术治疗

放射线治疗

化学药物治疗

靶向治疗



由于食管癌通常不易早期发现，所以当食管癌被确诊时，疾病多半已发展到中晚期，不易做根除性治疗。因此当确诊以及做完癌症分期的检查之后，面临的即是选择适当的治疗方式。在选择治疗时，必须考虑的因素包括：病人的健康状况、癌症的分期以及病人与家属的接受与配合度。食管癌的治疗，主要有外科手术、放射线治疗与化学治疗等三种方式，另外常见的对症治疗还包括食管扩张术及空肠造瘘术。外科、放疗属于局部治疗，化疗属于全身治疗。通常会根据病情，身体状况等二联或三联方法，治疗食管癌。靶向、免疫治疗目前处于研究阶段，中医中药可运用于辅助治疗。

手术治疗

外科手术切除是食管癌首选的治疗方式，切除的方式将病变区域切除，淋巴结清扫及食管功能重建，手术方式根据癌症的位置、

以何种器官进行食管重建及在哪个位置进行吻合来决定，医生会根据经验及病人状况来决定手术方式，常见手术做法有：1. 根治性切除术，经右胸、左胸、颈胸腹三切口、胸腹二切口，开放或微创。二野、三野淋巴结清扫等术式。手术过程先实施食管及淋巴结切除术，然后做食管重建，在胸内或颈部吻合，做小肠造瘘以利早期肠道营养，最常用替代器官是胃，其次是空肠、结肠。2. 近年来，挽救性食管癌切除术提高到一定程度。适应于根治性放化疗后病变仍存在或复发，可切除的病人。手术风险较首次手术治疗更高。3. 孤立转移灶的切除术，适应于局部淋巴结的复发转移，肺外周转移灶。以前两种术式已被证明可提高生存期和生存率。重建手术的路径有三种：

► 胸骨前路径

优点：对呼吸功能影响较小，即使发生吻合口漏，其影响也较小。

▶ 胸骨前路径

优点：对呼吸功能影响较小，即使发生吻合口漏，其影响也较小。

缺点：路径较长，外观影响也较大。目前已少用。

▶ 胸骨下路径

优点：发生吻合口漏时，对纵膈腔及胸膜腔的影响较小。

缺点：空间较狭小，易影响血液循环。目前已少用。

▶ 后纵膈腔路径——最常用路径

优点：由食管原来的位置放置重建器官，省时且容易施行。

缺点：如遇上食管癌复发，易再引起吞咽困难，增加治疗难度。



手术前注意事项

病人术前进行心肺功能锻炼，方法：爬楼、步行、深呼吸、吹气球、简易呼吸锻炼器等咳嗽训练，防止术后肺部感染，恢复肺部功能。

如果需要使用大肠为重建器官，则手术前三天开始，进行肠道准备（如禁食、灌肠以及口服抗生素，使肠道清空，清除肠道内细菌）。

术前加强营养支持，但术晨需禁止饮食，除非用少量水口服降压药等特殊用药。通常禁食 12 小时，禁水 6 小时即可。

心理准备：要正确对待，手术仅是治疗手段之一，若紧张、害怕等会导致血压上升，可暂停手术。

手术后的注意事项

术后呼吸道管理是最为关键的，保持呼吸道通畅，保持肺膨胀状态，有利于减少术后并发症的发生。“无空腔，则无问题”。因此术后咳嗽、咳痰极为关键，深呼吸，必要时吹气球等呼吸功能训练器协助呼吸。

- ▶ 手术后病人有可能发生的合并症有：肺不张、肺炎、败血症、声音沙哑、返喉神经麻痹、颈部食管胃吻合口漏或愈合不良、吻合口狭窄及胃排空迟缓等。
- ▶ 病人手术后通常会先进入 ICU 密切观察。

- ▶ 手术后需要用止疼药物，给药途径有口服、静脉或肌肉注射包括止疼泵。
- ▶ 手术后禁食约需 1 周左右，待确定无吻合口瘘时开始进食，这期间营养的补充主要以胃肠外营养为主。进食需少量多次原则，从进水到进流食需逐步进行，防止因饮食导致吻合口瘘发生。由于手术有时会伤及喉返神经，影响到吞咽动作，因此进食要小心防止吸入性肺炎的发生。
- ▶ 病人会有胸腔引流管留置，护理人员会观察引流液的颜色、量及性质，并记录引流量。引流管的存在多少会影响到病人的翻身等动作，但不要因此不敢活动。需要注意不要折叠、脱落，保持管道通畅。
- ▶ 手术后尽快的恢复活动，包括翻身、深呼吸、咳嗽训练等有助于肺部扩张，避免肺部的并发症。防止静脉血栓形成。

食管扩张术

食管手术后的病人若发生食管狭窄，吻合口会越来越窄而无法进食，通常是手术疤痕挛缩所致，常发生在术后短期内。若术后进食正常，治疗结束后再次出现要考虑复发可能。为了减轻症状与维持经由胃肠摄取营养的功能，有时医生会在内镜下食管狭窄处置入支架，或行扩张术撑开食管以维持通道顺畅，解决吞咽困难的问题。食管扩张术的合并症包括胸痛、异物感、出血等。

胃 / 肠造瘘口术

通常用于晚期梗阻、反复扩张、支架植入后狭窄者，属于减症手术。

以外科手术或内镜方式在上腹部，做永久性或暂时性的通道，管子一端直接进入胃或空肠中，另一端在腹壁外，其目的是用来

进行胃肠道营养饮食，供给充分的营养。通常可由以下任何一种方法来进行：

▶ **在手术室进行**

在局部或全身麻醉下，上腹部正中打开约 3 至 6 厘米的切口，在胃或空肠上找到放置造口的地方，以细线缝出一个小口，再于腹壁相对应位置划开一小伤口，即可将造瘘管经腹壁放入胃或空肠中，再将事先缝好的细线固定好瘘管并将伤口关闭。

▶ **经皮内镜胃造瘘术 (PEG)**

经皮内镜胃造瘘术则是通过内镜的辅助，经皮肤将营养管放到胃中。一般而言，在置放造瘘管后，必须禁食 12~24 小时，在医生或护士检查确定胃造瘘伤口干净且有适当肠鸣音（表示无腹膜炎且胃肠道功能已恢复）后，便可开始第一次灌注食物了。

▶ 经 X 线导引之胃造瘘术 (PFG)

在 X 线导引下，经局部麻醉后，将内导丝软质细管经左上腹皮肤放入胃中。此种胃造瘘术不必做内镜，也不需住院开刀，一般只需 30 分钟即可完成，大部分的病人在胃造瘘术完成后一至三天内，在医生或护士检查确定后，即可开始由此灌食。

胃 / 肠造瘘口术注意事项

术后应注意事项

- ▶ 无论以任何方式形成胃造瘘口，在新造口完成后均必须经由医生或护士确认：伤口干净且胃肠道已恢复适当蠕动后，才可进行第一次管注食物。

- ▶ 术后一般会在 24 小时后才开始进行管注，第一次开始灌注食物时一般会先采用少量温开水，确认管子没有问题后，再少量慢慢增加，以免胃内压力太大造成伤口渗漏而导致腹膜炎。食物不可太热或过冷，一般维持 37~40℃ 左右，并由医护人员依病人状况协助调整灌注食物。每次灌食后，应用温水拭净造口周围皮肤，必要时可涂上氧化锌软膏。
- ▶ 术后伤口每天要换药，约一周伤口可愈合，之后只要保持伤口干净即可。刚开始病人的清洁以擦澡为宜，约一个月后可以淋浴，泡澡则不适宜，洗完澡应立即将伤口及造口处擦干。



确定造口管路的固定深度

患者在恢复期过后，一般的活动包括复健都可以进行，只要不将管子拔掉就好了。这种造瘘管最重要是管外用胶布固定以免滑脱，但用力拉扯时仍会拔出来。每日检查外露于腹壁外的管路长度，如造瘘管不小心滑出或怀疑有向外移动等固定物松脱情形，应立即携带原造瘘管返院急诊处理。

观察造口周围皮肤

注意造口处是否一直扩大、严重的组织增生；是否有皮肤红肿、发热、腐臭或异常分泌物。若有，应向医护人员反应。

放射线治疗

外科手术切除是早期（一、二期及部分三期）食管癌的主要根治性治疗方法，放疗适应于不能耐受手术或不愿意手术者。局部晚期以上的肿瘤，此时由于远处转移之比率很高，施行手术可以完全切除的机会相对也就较小，这时需要放化疗。放射线治疗便成为辅助性的局部治疗方式。放射线治疗主要是利用高能量的放射线来破坏癌细胞，并阻止其继续生长。食管癌的放射线治疗方向可分为下列数种：

新辅助放射治疗

随着对癌的认识、上消化道癌筛查项目的实施等，会有越来越多的早期病例被发现。

用于手术前，主要目的是先缩小肿瘤，以利后续手术

治疗的进行。近年来已有几个大型研究报告指出，对中晚期临床上尚无远处转移的食管癌采取新辅助放射治疗可以增加手术切除的成功率及控制率，使部分原本无法完全切除的食管癌，可以用外科手术完全切除。但是，整体的存活期没有明显延长。因此多数专家并不建议做手术前放射线治疗，除非同时加上化学药物治疗。

手术前放射治疗方式为每日一次，每周五日，为期五~六周给予体外放射线治疗，以4500~5000CGY剂量照射食管肿瘤及邻近可能侵犯的淋巴区域。等疗程结束后，间隔五~八周的复原期及达到肿瘤缩小的效果后，再行外科手术切除病灶。然而这样的治疗模式，需要靠各科医生间的密切配合，才能度过漫长的疗程，因此必须在有丰富经验的医疗机构施行才好。

新辅助放射治疗与化学药物治疗

在手术前给予为了提高 OS（生存期），即化疗加放射治疗，用来缩小肿瘤，提高根治性切除率。只不过同时放射线治疗与化学药物治疗，疗效确实是比单用放射线治疗好，当然得承受较多的副作用，也增加了后续手术的难度与并发症。

术后辅助放射治疗

指手术后病人的放疗，其治疗目的是为了防止手术周围仍有残存的少许癌细胞复发。部分病人在接受外科手术切除后，若病理检查报告有下列情况者，可考虑采取辅助放疗：

- ▶ 肿瘤已穿透食管壁并进入食管旁的软组织。
- ▶ 肿瘤边缘部分有残存的癌细胞。
- ▶ 摘除的肿瘤附近淋巴结有癌细胞转移时。

以上状况，虽然表示外科手术切除了肿瘤，但癌细胞残留原区域的风险仍高，所以施予手术后的辅助放射线治疗，以减低日后局部复发的风险。此疗法多在手术后六~八周后开始进行，每日一次，每周五日，为期五~七周的体外放射治疗，总剂量在 4500~6000CGY 之间。

以放射治疗为主要的治疗模式（最好同步化学药物治疗）、根治性放疗

若诊断时肿瘤已侵犯超过整个食管壁，或纵膈腔淋巴结已有转移时，多半已不适合接受外科手术切除。此时可考虑给与放射线治疗作为主要治疗的模式，不过单单给予放射线治疗疗效并不理想，通常必须合并同步的化学治疗才有比较好的疗效。治疗方式主要针对食管肿瘤、邻近淋巴结

以及有扩散风险的纵膈腔淋巴区先做大范围的照射，然后再缩小范围，针对病灶部位做加强照射。照法同样是每日一次，每周五日，范围照射 4500 至 5000CGY，缩小范围的加量照射至 6000 至 7000CGY 剂量。目前认为对于局部晚期的食管癌，选择同步放射线治疗与化学治疗，可以达到和接受手术一样的局部肿瘤控制率、恢复食管进食率与存活率，不失为一种不错的疗法，尤其对于无法承受手术风险的病人而言，可能是较佳的治疗方式。可是，此治疗模式虽然免除了手术的风险与伤口疼痛，却仍得忍受放射线治疗与化学治疗副作用所造成的不适。



姑息减症的放射治疗

若病人于诊断之时，肿瘤已随血液或淋巴系统播散至肝、肺或骨骼等部位，此时要治愈癌症十分困难，但是仍可考虑以放疗化疗来减轻症状，包括原发食管部位肿瘤引起的阻塞、压迫与疼痛，以及骨转移造成的疼痛、神经的压迫或脑部转移等。此类放射线治疗主要是以减轻不适为目的，因此疗程较短，剂量也较低。

腔内放射治疗

此放射线治疗是经由内镜引导下，将传送放射线的特殊管道带至食管肿瘤部位，再接通管道于近接放射线治疗的放射源贮存机，经由机器指定位置释放足够剂量，以便完成治疗。这样的治疗方式是应用在特定的情况下，通常采用每周一次至二次的方式进行。

放射治疗的副作用

放射治疗的副作用，可分为急性、亚急性与慢性副作用：

- ▶ **急性副作用：**通常在疗程中的第三至第四周左右出现，包括吞咽疼痛、照射部位疼痛、咳嗽与痰液增加，主要是来自于放射线治疗所产生的气管及食管黏膜炎反应，一般大约要持续到疗程结束后两周左右才能缓解。这段时间，进食要以软质或流质饮食为主，以减轻对食管黏膜的刺激，并可配合服用消炎止痛药物。部分病人因副作用太过严重，以致无法进食足够热量，故需要暂时依赖鼻饲管，或由腹部胃造瘘灌食，或暂时依赖静脉点滴营养，以维持足够营养，辛苦撑过整个治疗时期。
- ▶ **亚急性副作用：**包括放射性肺炎或放射性心包膜炎，通常

在放射疗程结束后半个月至三个月间发生于少数病人，其原因是被照射的肺组织或心包膜组织出现炎性反应。放射性肺炎的症状为没有异常分泌物的「非感染性」干咳；放射性心包膜炎则因心包膜积水而限制心脏的自由搏动，产生如心衰竭般的气喘、下肢浮肿等症状。处理原则：必须先排除其他感染性原因，才能进一步确定诊断，并给与短期类固醇来控制炎性反应，有时也需要引流出心包膜的积液。这些症状经过医生处治后多半可以顺利缓解。

- ▶ **慢性副作用：**包括放射线照射后的肺部组织产生肺纤维化，使得肺活量降低，因而出现气短症状；或是食管产生纤维化狭窄，可能在疾病治疗后的几个月或几年内逐渐出现，引起类似发病之初吞咽困难的现象，在诊断排除癌病复发的可能性后，其处理方式多以食管镜扩张术或置入人工管道于食管狭窄段来扩张食管以改善此症状。

化学药物治疗

食管癌的化学治疗（简称化疗）在综合治疗中占据重要地位，包括术前新辅助化疗、术后辅助化疗、姑息性化疗等。术前新辅助化疗的目的在于降低肿瘤期别或缩小原发肿瘤以确保手术切除的完整性和尽早消灭微小的远处转移灶。术后辅助化疗主要目的是消灭可能存在的微小远处转移灶，以提高患者生存率。姑息性化疗主要针对局部晚期食管癌而失去手术机会或术后出现转移的患者，主要目的是为缓解临床症状、改善生活质量、延长生存时间。常用药物包括顺铂（Cisplatin）、氟尿嘧啶（Fluorouracil）、紫杉醇（Paclitaxel）、阿霉素（Doxorubicin）、奥沙利铂（Oxaliplatin）、依立替康（Irinotecan）等，另外位于下段食管，组织型态属于腺癌的病人，有 HER 2 基因的过度表现，也可使用针对 HER 2 基因的靶向药物 - 赫赛汀（Herceptin），合并化学治疗药物使用，有较佳的疗效。

食管癌同步、放化疗可以控制疾病，甚至达到与外科手术同样疗效，同步放化疗时，化疗可以加强放射治疗效果，并可作用于全身。对于一般状况欠佳或有心肺疾患及局部较晚的患者是一个很好的选择。



靶向治疗

正在尝试分子靶向药物治疗食管癌，其选择性高，与常规化疗、放疗合用有更好的效果，联合分子靶向药物的综合治疗是食管癌综合治疗的新方向。目前关于食管癌靶向治疗的研究较少，主要集中在 EGFR（表皮生长因子受体）、HER-2 和一些抗血管生成药物方面。临床上也取得不错的疗效。如西妥单抗、厄洛替尼、曲妥珠单抗。

食管癌的靶向治疗的临床研究尚处于萌芽阶段，初步的临床研究提示，酪氨酸激酶抑制剂存在一定的疗效，西妥昔单抗有增敏化放疗的作用，贝伐单抗联合化疗可能提高食管腺癌的疾病控制率。如何多靶点联合应用靶向药物特别是单抗类药物联合新型细胞毒药物以及联合放疗才能达到最佳疗效，是将来研究的重点，有望把食管癌的治疗推向新的阶段，从而延长食管癌患者的生存期和提高其生存质量。

出院指导



一：按时服用医生开的出院带药（硬质的药片可碾碎后服用，胶囊拆开服用）



二：坚持戒烟，禁饮酒。

三：出院后注意饮食的合理性，多食高热量、高蛋白、易消化的食物，饮食要清淡、新鲜、富于营养。少食多餐每天5-6餐，每次不要吃得过饱，流食少于300mL/次。进食时要细嚼慢咽，不可暴饮暴食，进食后饮水，冲洗食管。

- ♥ 禁食辛辣有刺激的食物，如辣椒、生葱、姜、蒜等。
- ♥ 禁食粗糙、过硬、过烫的食物。

- ♥ 禁食霉变、腐烂变质的食物，少食熏烤及腌制的食物。
- ♥ 吃瘦肉、鸡肉、鸭肉、牛肉时应小块、嚼碎后慢咽，防止大块肉类卡在吻合口位置，避免进食花生、豆类等，以免吻合口瘘。

四：饭后半小时内勿平卧休息，睡前两小时不能进食，以防胃内容物反流至口腔，进而进入气管、肺内，造成反流性食管炎或肺部感染。

五：保证充足的睡眠、劳逸结合，逐渐增加活动量。活动时应注意掌握活动量，术后早期不宜蹲便，以免引起体位性低血压或发生意外。

六：加强自我观察意识，若出现吞咽困难、憋气、伤口感染、伤

口有渗出液等情况，应及时来院就诊，预防感冒，注意口腔卫生，做深呼吸和有效咳嗽，预防肺部感染。

八：复诊时间、指证、方法：治疗结束后，三个月后定期复查。复诊时请携带 X 线光片及相关检查化验单，如出现上腹部疼痛加重或者吞咽梗阻，频繁呕吐或上消化道大出血等应立即就诊。



面对食管癌



诊断为食管癌时，将会是一连串的难题及挑战的开始。对于您及家属而言，难免会觉得震惊、生气甚至于沮丧，这是一个很自然的反应。等到您及家属慢慢能接受得病的事实之后，首先就得积极思考，在困境之中如何面对生病对个人身体功能与家庭生活所造成的影响，并详细了解医疗专业人员对您所做的治疗建议。这时候，一定会有不少亲朋好友推荐您服用各式各样的偏方。原则上，谢谢他们的好意即可，不必花心思也不必花钱在这些不是医生开立或建议的另类治疗上，因为坊间说得出口的这些产品，几乎都只能列为食品，而非药物，因此不管宣传单上说得多有效，基本上都是违法的广告行为，并不具备公认的疗效。如果真有实效，应循正规途径申请药物上市，而非靠华丽的宣传贩卖所谓「抗癌圣品」。

也许您会感到无助、失望或沮丧，也许您不知道该如何表达自己心里的感觉，这时候您可以先从调适自己开始，学习如何与疾

病所带来的不适和平相处、学习适应进食型态的改变、戒掉抽烟喝酒的习惯、重新学习安排与家人的相处，并开始更积极的学习改变自己的生活型态。这些生活上的巨大改变，可能是您从来没有经历过，甚至想都不曾想过的，它所带给您和家人的冲击可想而知。假如这些压力超出您所能承受的范围，或是您觉得彷徨无助的时候，记得善用您周围许多关心您的亲友与其他病友支持团体，他们会尽力协助您度过难关。因此，试着建立自己的支持网络，往往可以有效地在抗癌之路上助您一臂之力。



在食管癌风暴之后



不论是癌症本身或抗癌治疗（手术、放射线或化学治疗等），所产生的副作用造成身体功能与生活型态的重大改变，您及家属需要时间来慢慢适应，共同学习重建得癌后的新生活。如果有这方面的任何问题，可咨询曾经的病友或加入病友团体，应该可以帮助你答疑解惑。

另外，在身体上要尽量保持最佳的体力状况。不管之前你是否有做运动的习惯，从现在起请抽出一些时间跟家人一起散步，除了可借此增加情感外，亦可训练自己的体能状况。但若是感到身体很疲倦的话，也要记得适时把握机会多多休息。



特别鸣谢各手册审阅专家

《面对胃癌》	丁海斌	《如何与孩子谈癌》	谢娟
《面对大肠癌》	刘伟	《面对食管癌》	刘逸之
《面对膀胱癌》	李强	《面对皮肤癌》	李勤
《面对前列腺癌》	李强	《面对鼻咽癌》	李勤
《面对肝癌》	张琴阳	《面对口腔癌》	赵华
《面对淋巴癌》	孙海凤	《面对喉癌》	赵华
《面对卵巢癌》	邹红艳	《面对甲状腺癌》	梁秦龙
《面对宫颈癌》	田小飞	《面对乳腺癌》	杨晓民
《面对脑瘤》	梁秦龙	《面对肺癌》	姚俊涛
《饮食满分 抗癌加分》	丁娟		

按姓氏笔画多少排序

小 记



相关资源

陕西省肿瘤医院 患者服务中心

网址：www.sxcahosp.com/fwzx.aspx?sid=235

陕西抗癌俱乐部

电话：029-85254081 029-85276359

中国癌症基金会

网址：www.cfchina.org.cn/

中国抗癌协会

网址：www.caca.org.cn/

陕西抗癌协会

网址：www.sxaca.org.cn/



財團法人癌症希望基金會
HOPE FOUNDATION for CANCER CARE

癌症希望基金會
是台灣服務癌友及其家屬的機構
提供癌友家庭及時適合的信息、資源及支持

癌症希望基金會
陪伴所有正在治療的癌友走過抗癌路

如果，有人需要幫助
請告訴他們希望在這裡

如果，您能提供幫助
他們的希望就是您



微博



官网