

The background features a large, textured brown circle on the left side. To its right, there are faint, light-colored floral and vine patterns. Several butterflies are scattered across the scene: a large orange and black butterfly in the upper left, a golden butterfly in the lower left, and a purple butterfly in the lower right. The overall color palette is warm, with browns, oranges, yellows, and purples.

# 关于食道癌病人的 护理

# 基本概述

- 食道癌又叫食管癌，是发生在食管上皮组织的恶性肿瘤，占有恶性肿瘤的**2%**。全世界每年约有**22万人**死于食道癌，我国是食道癌高发区，食道癌死亡者仅次于胃癌居**第二位**，发病年龄多在**40岁**以上，男性多于女性，但近年来**40岁**以下发病者有增长趋势。食道癌的发生与亚硝胺慢性刺激、炎症与创伤，遗传因素以及饮水、粮食和蔬菜中的微量元素含量有关。
- 食道癌在我国有明显的地理聚集现象，高发病率及高病死率地区相当集中。其发病率在河北、河南、江苏、山西、陕西、安徽、湖北、**四川**等省在各种肿瘤中高居首位，其中河南省病死率最高，主要的高病死率水平地区分布在：**河南、河北、山西三省交界(太行山)地区**；**四川北部地区**；鄂豫皖交界(大别山)地区；闽南和广东东北部地区；苏北以及新疆哈萨克族聚居地区。在世界范围内同样存在高发区，哈萨克斯坦的古里亚夫、伊朗北部的土库曼、南非的特兰斯开等，其发病率均超过**100/10万**。

# 解剖

- 食管为一管状结构，在咽部由第六颈椎（C6）平面向下延伸至胃，在第十胸椎（T10）平面穿过膈肌与胃相连。成年人食管的长度由门齿至食管胃连接处约35-40cm。
- 食管有3个生理性狭窄：第一狭窄是咽与食管相接处，有环咽肌围绕，是插入内镜的第一道障碍；第二狭窄位于主动脉和气管分叉的后方，是食管内异物易存留处；第三狭窄是食管通过膈肌食管裂孔处。

# 病理

- (一) 食道癌的发病主要因素
- (1) **亚硝胺类**：亚硝胺类化合物是一种很强的致癌物质，研究表明食管癌高发区林县食用酸菜的居民，胃液、尿液中存在有诱发食管癌的甲基苄基亚硝胺、亚硝基吡咯烷、亚硝基胍啶。并发现食用酸菜量和食管癌发病率成正比。
- (2) **食管粘膜的损伤**：长期喜进烫食、粗食，饮浓茶，多食辣椒等刺激性食物可引起食管粘膜损伤、引起食管粘膜增生性变，也可能是致癌因素之一。吸烟、饮烈性酒与食管癌发病有一定关系。各种长期不愈的食管炎可能是食管癌的癌前病变。
- (3) **霉菌致癌因素**：用霉变食品可以诱发小鼠食管和胃的癌前病变或鳞状上皮癌。这类霉菌与亚硝胺促癌有协同作用。
- (4) **微量元素和营养不良**：食道癌高发区人群中血清钼、发钼、尿钼及食管癌组织中的钼都低于正常。林县食管癌高发区水土中缺少钼，钼的抑癌作用被多数学者证实。营养不良摄入动物蛋白不足和维生素A、B<sub>2</sub>、C缺乏是食管癌高区居民饮食的共同特点，但大多营养不良的高发地区食管癌并不高发，故这不可能是一个主导因素。
- (5) **遗传因素**：食管癌具有显著的家族聚集现象，高发区连续三代或三代以上患病家族屡见不鲜，但食管癌绝对不存在遗传，而是于家庭饮食习惯有密不可分的关系。

# 病理

- (二) 病理

- 食管病变分段标准：  
    颈段食管(C15.0)：自食管入口或环状软骨下缘起至胸骨柄上缘平面，其下界距上门齿约18 cm。  
    胸段食管：分上、中、下三段。  
    胸上段食管(C15.3)：自胸骨柄上缘平面至气管分杈平面，其下界距上门齿约24 cm。  
    胸中段食管(C15.4)：自气管分杈平面至食管胃交接部(贲门口)全长的上半，其下界距上门齿约32 cm。  
    胸下段食管(C15.5)：自气管分杈平面至食管胃交接部(贲门口)全长的下半，其下界距上门齿约40 cm。胸下段也包括食管腹段。  
    国内分期食管癌的病变部位，我国各地报告不一，但均以中段最多(52.69%~63.33%)，下段次之(24.95%~38.92%)，上段最少(2.80%~14.10%)。

- (三) 临床病理分期及分型
- 1. 临床病理分期 食管癌的临床病理分期：分期病变长度、病变范围、转移情况。
- 0期：不规定限于粘膜层，无转移；
- 1期： $< 3$  cm侵入粘膜下层，无转移；
- 2期： $3 \sim 5$  cm侵入部分肌层，无转移；
- 3期： $> 5$  cm侵透肌层或外层，局部淋巴结转移；
- 4期： $> 5$  cm有明显外侵，远处淋巴结或器官转移。
- 2. 病理形态分型
- (1) 早期食管癌的病理形态分型：早期食管癌按其形态可分为隐伏型、糜烂型、斑块型和乳头型。
- 斑块型为最多见，占早期食管癌的  $1/2$  左右，此型癌细胞分化较好。
- 糜烂型占  $1/3$  左右，癌细胞的分化较差。
- 隐伏型病变最早，均为原位癌，但仅占早期食管癌的  $1/10$  左右。
- 乳头型病变较晚，虽癌细胞分化一般较好，但手术所见属原位癌者较少见。

# 病理

- (2) 中、晚期食管癌的病理形态分型：可分为髓质型、蕈伞型、溃疡型、缩窄型、腔内型和未定型。
- **髓质型**恶性程度最高，并占中、晚期食管癌的 1 / 2 以上。此型癌肿可侵犯食管壁的各层，并向腔内外扩展，食管周径的全部或大部，以及食管周围结缔组织均可受累，癌细胞分化程度不一。
- **蕈伞型**约占中、晚期食管癌的 1 / 6 ~ 1 / 5，癌瘤多呈圆形或卵圆形肿块，向食管腔内呈蕈伞状突起，可累及食管壁的大部。
- **溃疡型**及缩窄型各占中、晚期食管癌的 1 / 10 左右。溃疡型表面多有较深的溃疡，出血及转移较早，而发生梗阻较晚。
- **缩窄型**呈环形生长，且多累及食管全周，食管粘膜呈向心性收缩，故出现梗阻较早，而出血及转移发生较晚。
- **腔内型**比较少见，癌瘤突向食管腔内，呈圆形或卵圆形隆起，有蒂与食管壁相连，其表面常有糜烂或溃疡。肿瘤可侵入肌层，但较上述各型为浅。
- 少数中、晚期食管癌不能归入上述各型者，称为**未定型**。

- 3. 组织学分型
- (1) 鳞状细胞癌：最多见。
- (2) 腺癌：较少见，又可分为单纯腺癌、腺鳞癌、粘液表皮样癌和腺样囊性癌。
- (3) 未分化癌：较少见，但恶性程度高。食管上、中段癌肿绝大多数为鳞状细胞癌，食管下段癌肿则多为腺癌。

# 转移

- **1. 直接播散与浸润：**食管壁内直接扩散。因食管无浆膜层，很容易穿过疏松结缔组织直接浸润相邻器官。根据部位不同，它所累及的器官也不同。上段食管癌可浸润支气管形成食管气管瘘，也可侵及胸导管、奇静脉、肺门，少数病例癌组织侵及主动脉弓形成主动脉瘘，导致大出血死亡；下段食管癌可侵及心包、膈肌、贲门及肝脏左叶。主动脉弹力膜与椎体粘膜浸润有一定抵御作用。一般认为直接扩散在上段癌最多，下段癌最少。
- **2. 淋巴结转移：**食管的淋巴道转移较常见，上段食管癌可侵犯食管旁、喉后、颈深和锁骨上淋巴结，如出现声嘶，多由于转移淋巴结压迫喉返神经。中段食管癌常发生食管旁或肺门淋巴结转移，也可向上或向下转移。下段心包旁及腹腔淋巴结，偶可向上转移至上纵隔或颈部锁骨上淋巴结，淋巴结呈现淋巴转移，"跳跃转移"现象。
- **3. 血行转移：**多发生于晚期食管癌患者。常见转移部位有胃、肝、肺、肾、胸膜、腹膜、肾上腺及胰腺等。

# 临床表现

- 一、食道癌的早期症状
- 1.咽下梗噎感最多见，可自行消失和复发，不影响进食。常在病人情绪波动时发生，故易被误认为功能性症状。
- 2.胸骨后和剑突下疼痛较多见。咽下食物时有胸骨后或剑突下痛，其性质可呈烧灼样、针刺样或牵拉样，以咽下粗糙、灼热或有刺激性食物为著。初时呈间歇性，当癌肿侵及附近组织或有穿透时，就可有剧烈而持续的疼痛。疼痛部位常不完全与食管内病变部位一致。疼痛多可被解痉剂暂时缓解。
- 3.食物滞留感和异物感，咽下食物或饮水时，有食物下行缓慢并滞留的感觉，以及胸骨后紧缩感或食物粘附于食管壁等感觉，食毕消失。症状发生的部位多与食管内病变部位一致。
- 4.咽喉部干燥和紧缩感，咽下干燥粗糙食物尤为明显，此症状的发生也常与病人的情绪波动有关。
- 5.其他症状，少数病人可有胸骨后闷胀不适、疼痛和暖气等症状。

# 临床表现

- 二、食道癌的中期症状

- 除了食道癌的早期症状外，中期食道癌的典型症状:进行性吞咽困难.可有吞咽时胸骨后疼痛和吐黏液样痰。

- 三、食道癌的晚期症状

- 1.咽下困难，进行性咽下困难是绝大多数患者就诊时的主要症状，但却是本病的较晚期表现。因为食管壁富有弹性和扩张能力，只有当约2/3的食管周径被癌肿浸润时，才出现咽下困难。因此，在上述早期症状出现后，在数月内病情逐渐加重，由不能咽下固体食物发展至液体食物亦不能咽下。如癌肿伴有食管壁炎症、水肿、痉挛等，可加重咽下困难。阻塞感的位置往往符合癌肿部位。
- 2.食物反流，常在咽下困难加重时出现，反流量不大，内含食物与粘液，也可含血液与脓液。
- 3.其他症状，当癌肿压迫喉返神经可致声音嘶哑；侵犯膈神经可引起呃逆或膈神经麻痹；压迫气管或支气管可出现气急和干咳；侵蚀主动脉则可产生致命性出血。并发食管-气管或食管-支气管瘘或癌肿位于食管上段时，吞咽液体时常可产生颈交感神经麻痹征群。

# 临床表现

- 四、体征

- 早期体征缺如。晚期可出现打呃、吞咽困难。并且由于患者进食困难可导致营养不良而出现消瘦、贫血、失水或恶病质等体征。当癌肿转移时，可触及肿大而坚硬的浅表淋巴结，或肿大而有结节的肝脏。还可出现黄疸、腹水等。其他少见的体征尚有皮肤、腹白线处结节，腹股沟淋巴结肿大。

# 诊断

- **（一）X线钡餐检查** 食管X线钡餐检查可显示钡剂在癌肿点停滞，病变段钡流细窄；食管壁僵硬，蠕动减弱，粘膜纹变粗而紊乱，边缘毛糙；食管腔狭窄而不规则，梗阻上段轻度扩张，并可有溃疡壁龛及充盈缺损等改变。常规X线钡餐检查常不易发现浅表和小癌肿。应用甲基纤维素钠和钡剂作双重对比造影，可更清楚地显示食管粘膜，提高食管癌的发现率。
- **（二）纤维食管胃镜检查** 可直接观察癌肿的形态，并可在直视下作活组织病理学检查，以确定诊断。
- **（三）食管粘膜脱落细胞学检查** 应用线网气囊双腔管细胞采集器吞入食管内，通过病变段后充气膨胀气囊，然后缓缓将气囊拉出。取网套擦取涂片作细胞学检查，阳性率可达90%以上，常以发现一些早期病倒，为食管癌大规模普查的重要方法。
- **（四）食管CT扫描检查** CT扫描可以清晰显示食管与邻近纵隔器官的关系。正常食管与邻近器官分界清楚，食管壁厚度不超过5mm，如食管壁厚度增加，与周围器官分界模糊，则表示食管病变存在。
- **（五）其他检查方法** 应用甲苯胺蓝或碘体内染色内镜检查法对食管癌的早期诊断有一定的价值。此法具有简便易行，定位和确定癌肿范围准确等优点。

# 治疗

- 食管癌早期的治疗应该是应该采用手术、放化疗、中医药治疗相结合的综合治疗方式，中晚期就要采用中医保守治疗。
- 一、手术治疗
- **1.大型手术治疗:**外科手术是治疗早期食管癌的首选方法。食管癌患者一经确诊，身体条件允许即应采取手术治疗。根据病情可分姑息手术和根治手术两种。姑息手术主要对晚期不能根治或放疗后的病人，为解决进食困难而采用食管胃转流术、胃造瘘术、食管腔内置管术等。根治性手术根据病变部位和病人具体情况而定。原则上应切除食管大部分，食管切除范围至少应距肿瘤**5cm**以上。下段癌肿手术切除率在**90%**，中段癌在**50%**，上段癌手术切除率平均在**56.3%~92.9%**。
- **手术的禁忌症为:** ①临床x线等检查证实食管病变广泛并累及邻近器官，如气管、肺、纵隔、主动脉等。②有严重心肺或肝肾功能不全或恶病质不能耐受手术者。
- **2.小型手术治疗:** 一般临床建议晚期患者（几乎不能下咽的患者）进行放支架，这是一个小型手术，把一个很小的支架放入病灶部位，撑开，扩充食管（**ps: 瞬间撑开会很疼**），以达到能让病人可以进食，不过这个只能短期的延续生命，适合已经不能做手术切除的患者，如果家里经济条件允许，这种方法能延长一定的生命期。
- 二、放射治疗
- 食管癌放射治疗的适应症较宽，除了食管穿孔形成食管瘘，远处转移，明显恶液质，严重的心、肺、肝等疾病外，均可行放射治疗。
- 三、食道癌的中医药治疗

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/697013145010006060>