

食管癌和贲门癌

Esophageal and cardiac carcinoma

云南省肿瘤医院胸外科

李高峰



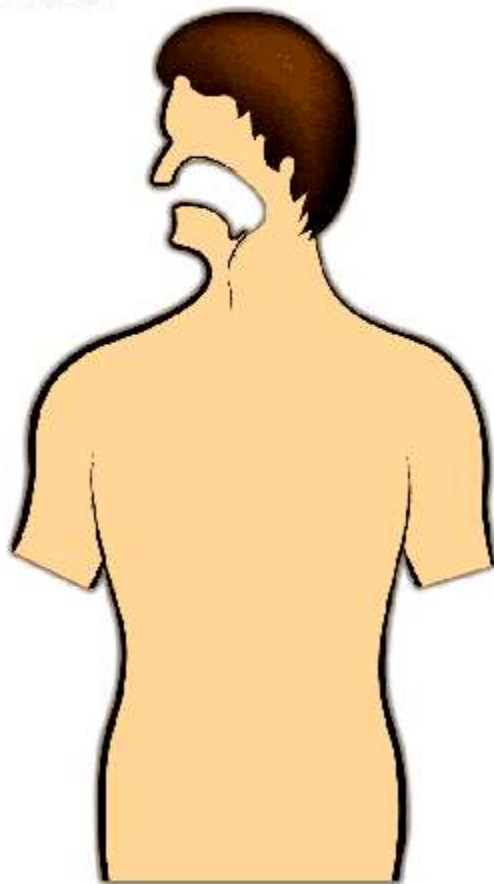
一. 概述

Pathology



人類的消化系統

© 東吳大學 版權所有



流行病学

Epidemiology

- 概况：世界第九大恶性肿瘤，在全球死因中排名第六
- 死亡率：男性 > 女性； > 30岁
- 地理分布差异：中国是食管癌死亡率最高的国家，为中国恶性肿瘤死亡的第二位，占全球食管癌患者总数的46.6%。

食管癌高发区



食管癌高发区

国外:中亚一带,非洲,法国北部和中南美洲,如:

伊朗黑海地区: 男: 165.5/10万

女: 195.3/10万

国内:太行山区,秦岭地区,闽鄂交界区以及湖北、山东、江苏、陕西、内蒙、甘肃、新疆等。

其中河南林县居全国之最: 发病率478.87/10万



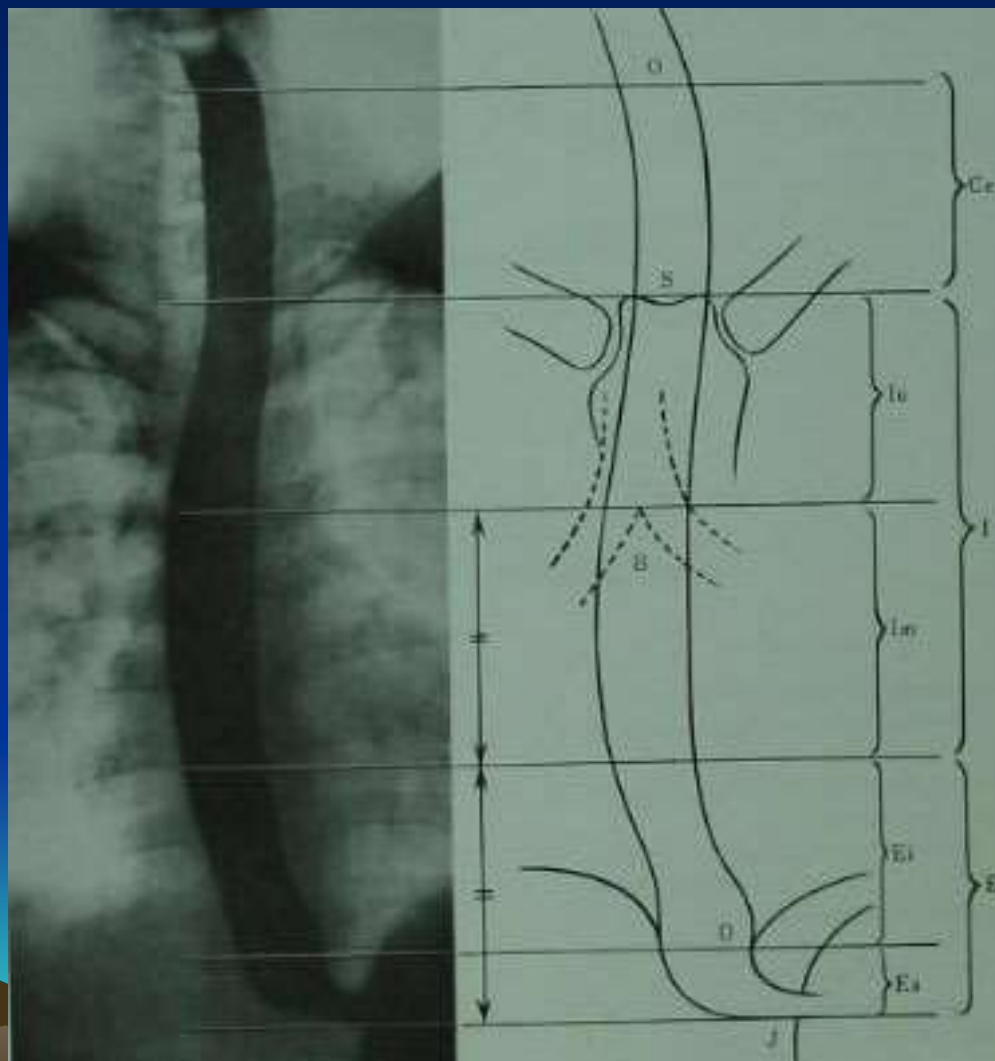
二. 食管解剖

dissection



食管的长度

男性约25—30cm
女性约23—28cm



25cm

食管的分段

自食管人口或环状软骨下缘起至胸骨柄上缘平面，距门齿约18cm。



食管的分段

自胸骨柄上缘平面
至气管分叉平面，
距门齿约24cm。



食管的分段

自气管分叉平面至食管胃交接部(贲门口)全长的上半，其下界约距门齿32cm



食管的分段

自气管分叉平面至食管胃交接部(贲门口)全长的下半，其下界约距门齿40cm。

胸下段也包括食管腹段



食管的生理狭窄

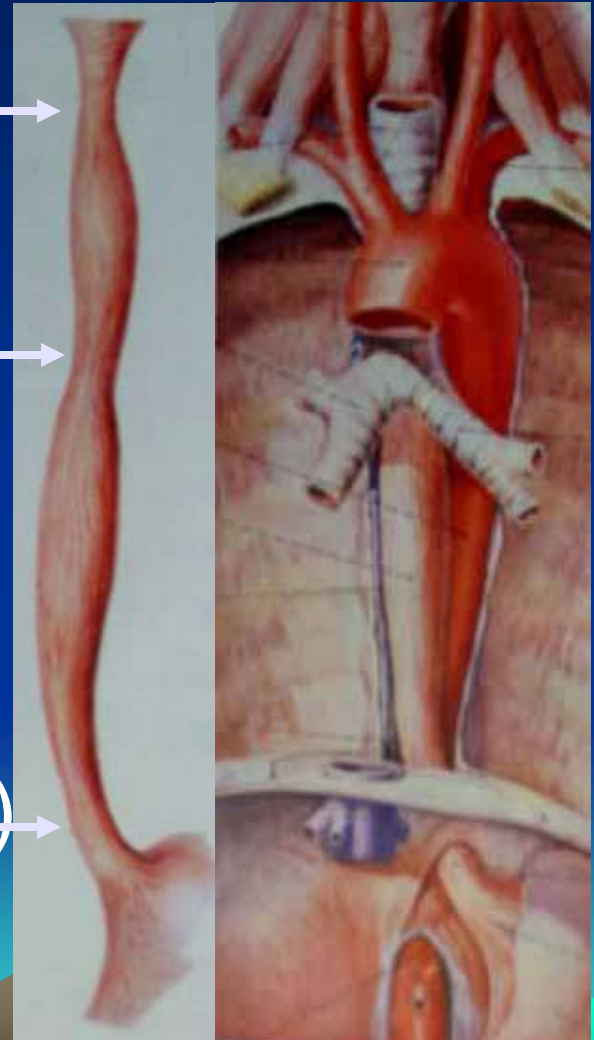
食管入口处(1.4 cm)



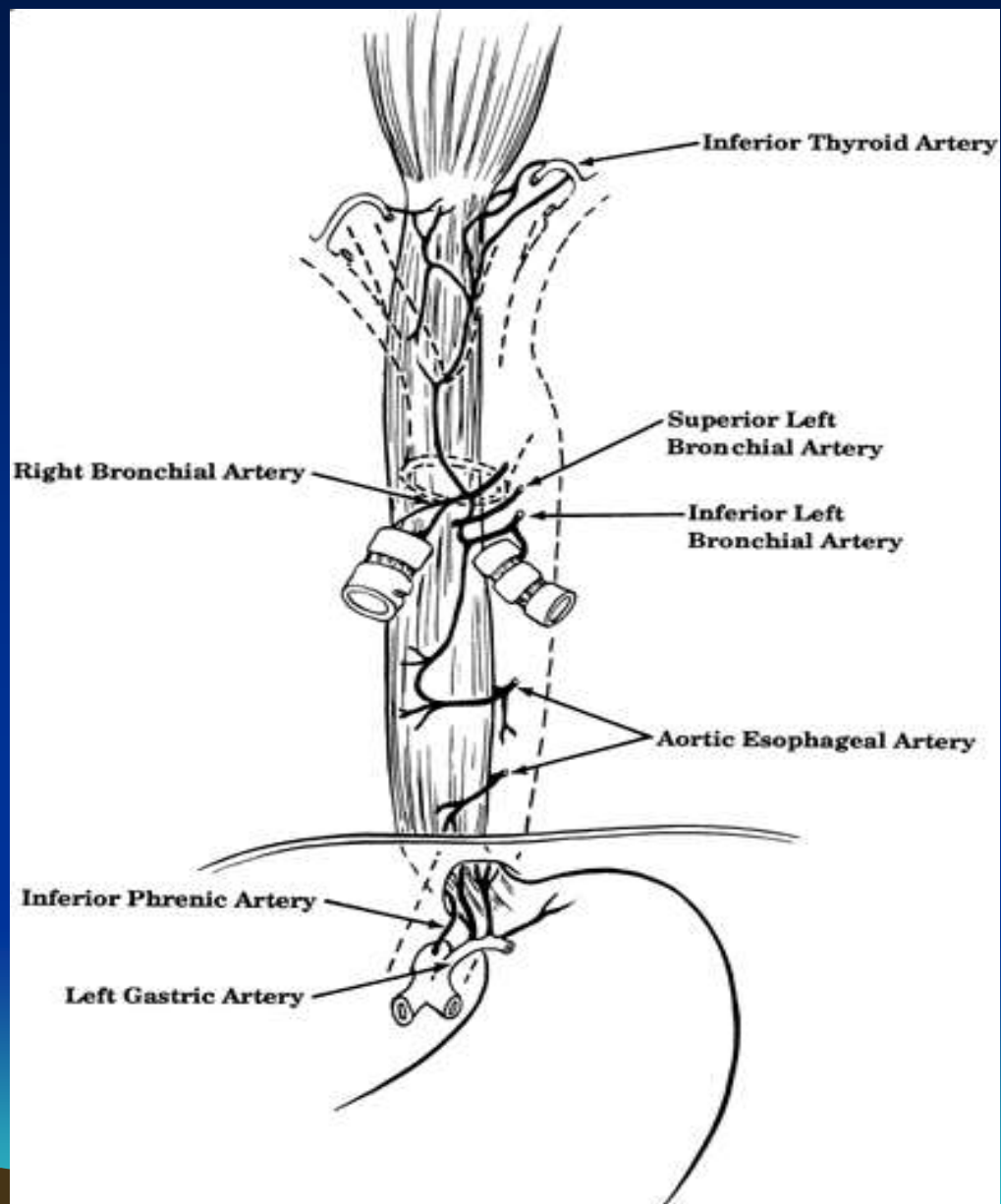
气管分叉处(1.5-1.7cm)



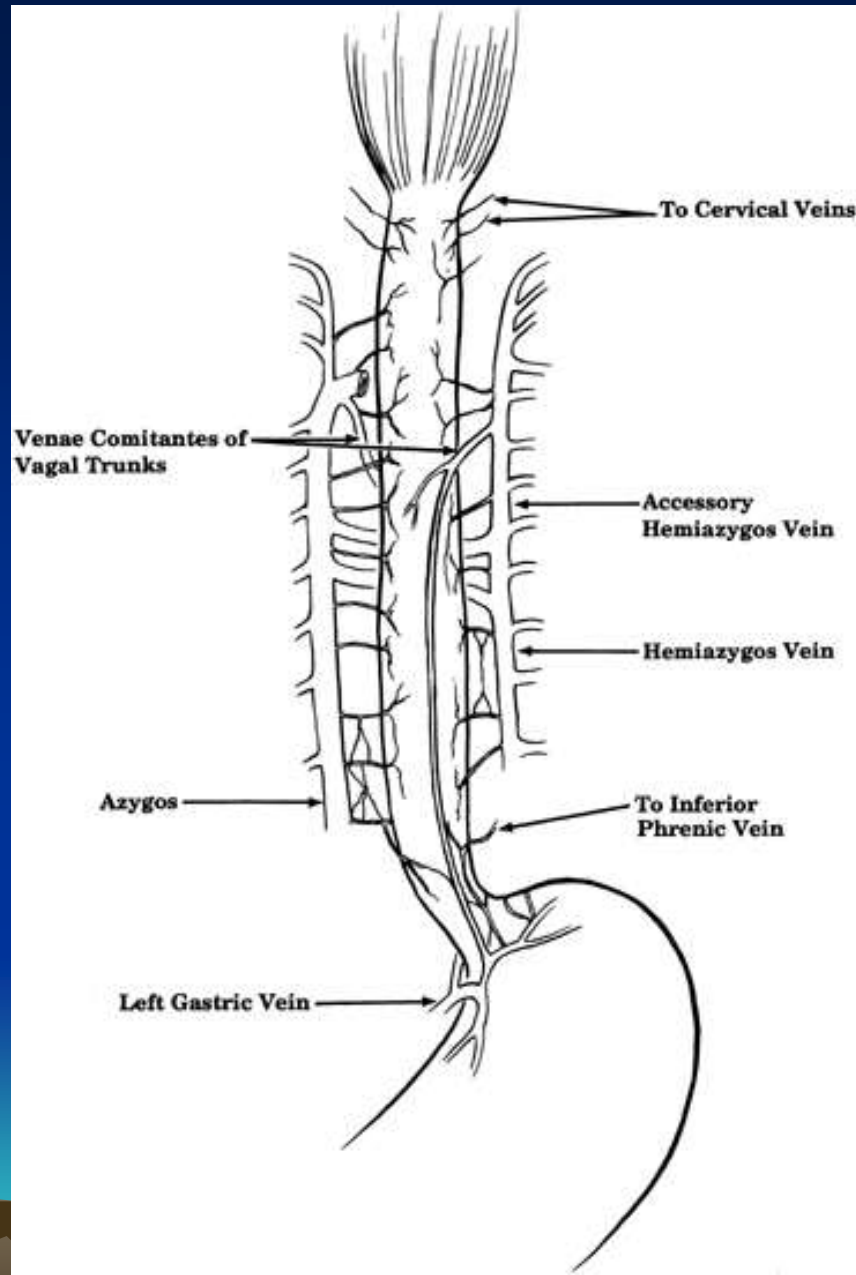
膈食管裂孔处(1.6-1.9cm)



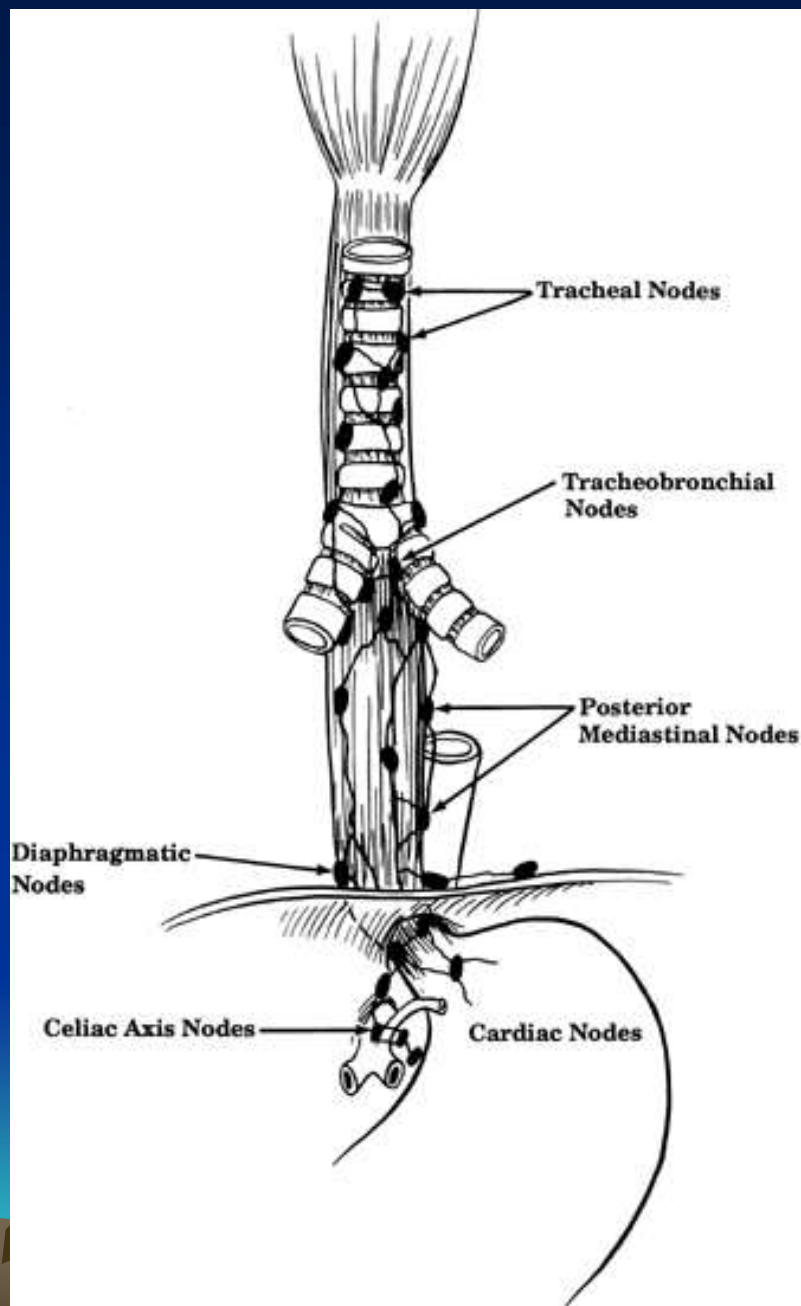
食管的血液供应



食管的静脉回流



食管的淋巴引流

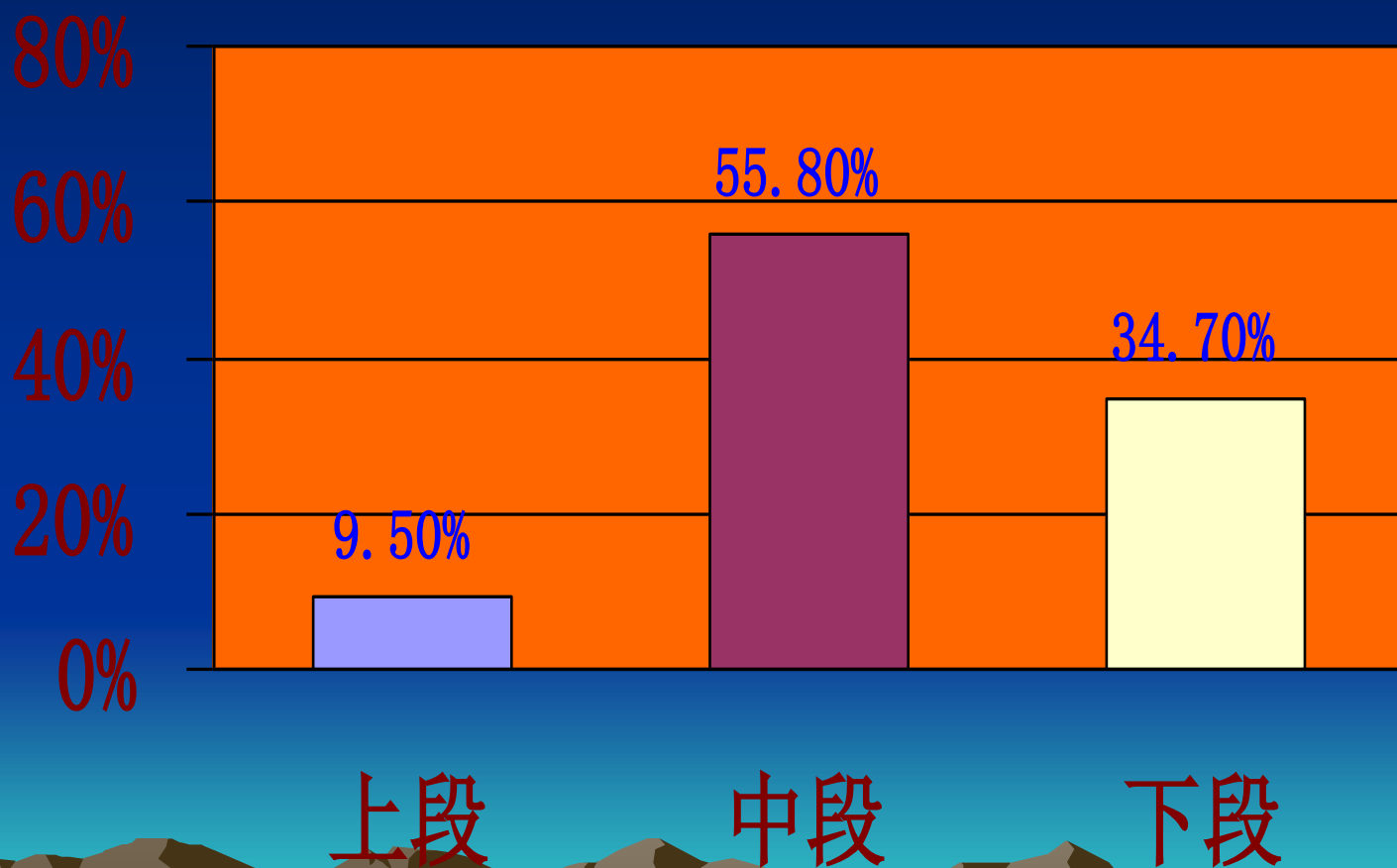


三. 病理

Pathology

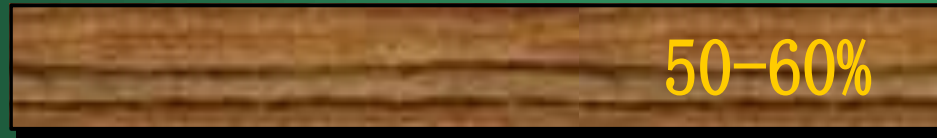


好发部位及发病率



病理分型及发病率

髓质型



蕈伞型



溃疡型



缩窄型



髓质型

癌肿侵犯管壁各层及全周，呈管状肥厚，切面灰白色，食管钡餐：可见肿瘤部位管腔狭窄，粘膜破坏，有不规则充盈缺损，近段食管扩张



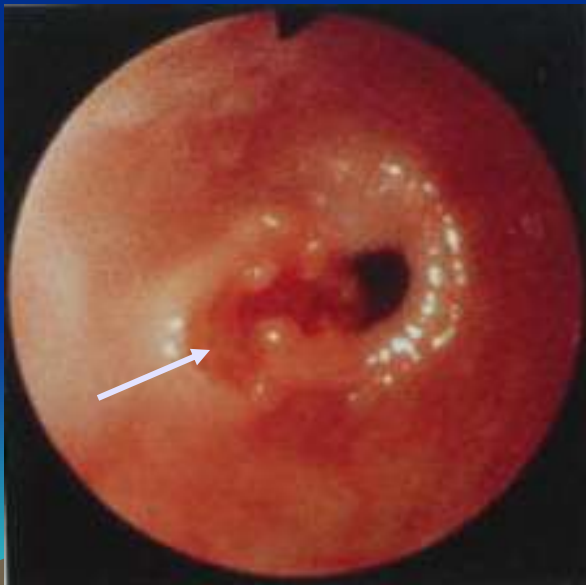
蕈伞型

癌肿向腔内生长，突出如蘑菇。食管钡餐：可见偏心性充盈缺损。胃镜可见突入腔内的新生物。



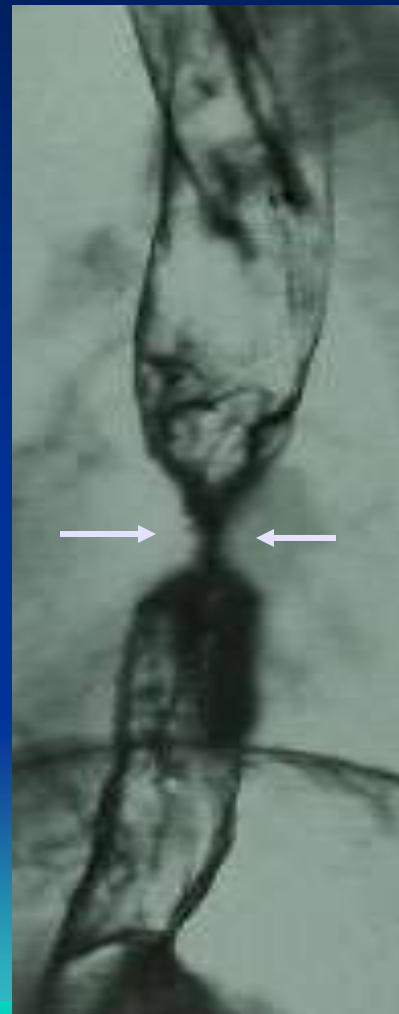
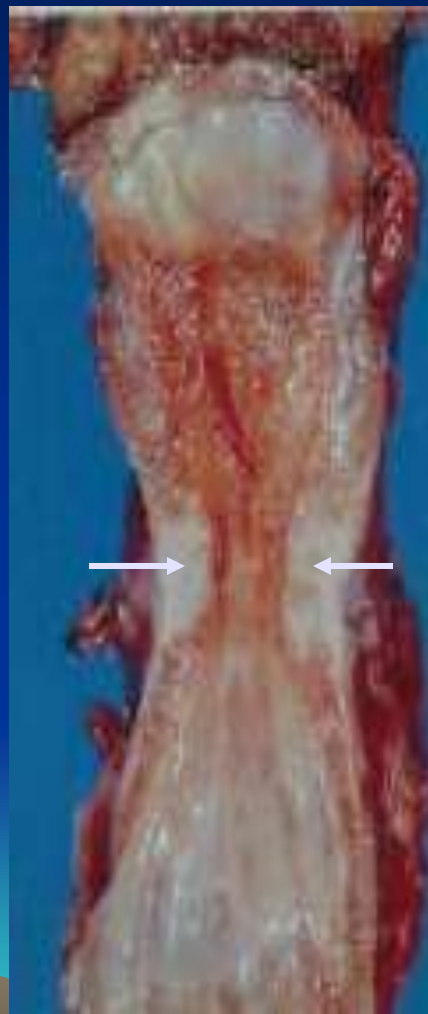
溃疡型

癌肿向管壁外生长形成溃疡，梗阻症状轻。X线钡餐：可见龛影。



缩窄型

癌肿沿管壁环形生长，造成管腔明显狭窄，梗阻症状出现早，程度重，预后差。食管钡餐见管狭窄



细胞学分型

鳞癌：90%

腺癌：5%

其他类型：腺鳞癌、粘液表皮样癌、腺样囊性癌、小细胞癌、未分化癌、类癌、绒毛膜上皮癌、癌肉瘤。

细胞学分型



鳞癌



腺癌

四. 扩散与转移

metastasis

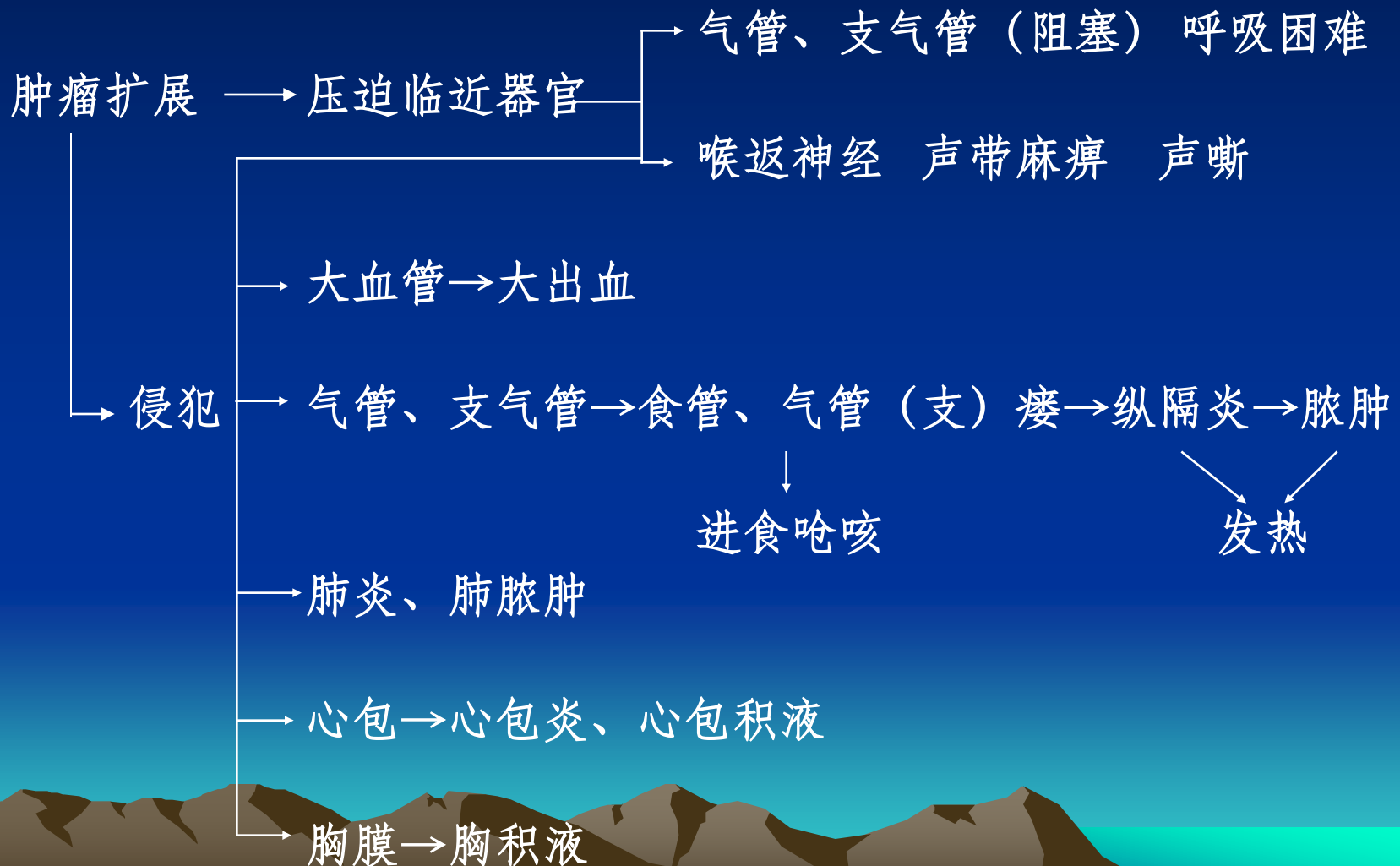


食管癌和贲门癌的扩散与转移

- 食管壁内扩散
- 直接浸润邻近器官
- 淋巴道转移
- 血行转移



食管癌和贲门癌的扩散与转移



五. 临床分期

stage



食管癌TNM分期

T 原发肿瘤分期：

TX: 原发肿瘤不能测定

T0: 无原发肿瘤证据

Tis: 原位癌

T1: 肿瘤只侵及粘膜固有层或粘膜下层

T2: 肿瘤侵及肌层

T3: 肿瘤侵及食管纤维膜

T4: 肿瘤侵及邻近器官

食管癌TNM分期

N

区域淋巴结分期：

NX：区域淋巴结不能测定

N0：无区域淋巴结转移

N1：区域淋巴结转移



食管癌TNM分期

M 远处转移：

MX：远处转移不能测定

M0：无远处转移

M1：有远处转移

胸上段食管癌（**M1a**：颈淋巴结转移 **M1b**：其他的远处转移）

胸中段食管癌（**M1a**：不应用 **M1b**：非区域性淋巴结或其他
的远处转移）

胸下段食管癌（**M1a**：腹腔动脉淋巴结转移 **M1b**：其他的远
处转移）

食管癌TNM分期 (UICC, 1997)

0期	Tis	N0	M0
I期	T1	N0	M0
II A期	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
II B期	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
III期	T3	N1	M0
	T4	任何N	M0
IVa期	任何T	任何N	M1a
IVb期			M1b

六.临床表现

Clinical Situation



食管癌的症状

早期症状

食管表浅癌：胸骨后疼痛，烧灼感，食物磨擦感，停滞或梗噎感，症状时隐时现，持续数月至2~3年，病理为粘膜充血、肿胀、糜烂、表浅溃疡或小斑块。

食管癌的症状

中期症状

进行性
吞咽困难

感染、劳累、不调

吞咽困难
加重

禁食、抗炎、补液

症状好转
但肿瘤发展

(类型相差大, 蕈伞、
溃疡型此症状较轻)

吐大量沫状液

涎液入胃

癌+炎症

致反向性分泌液↑

吐出

溢入呼吸道—呛咳、肺炎

胸骨后不适

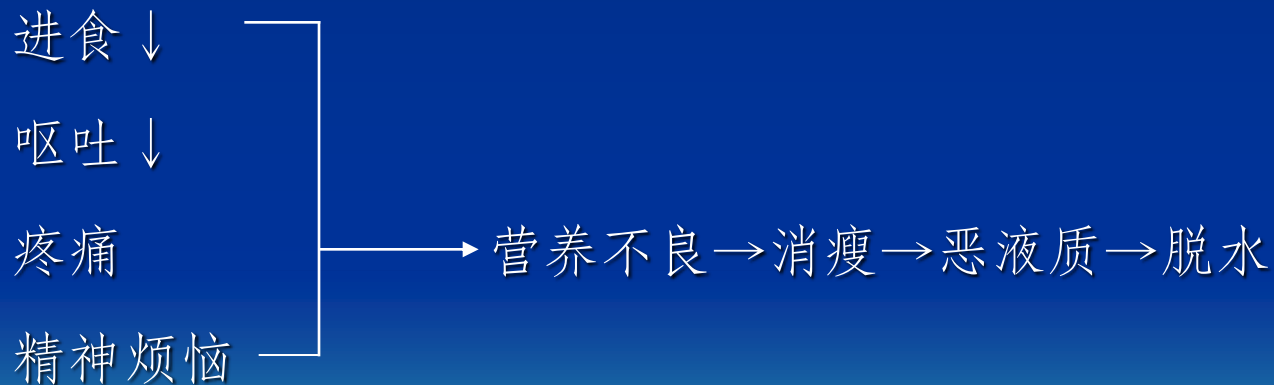
食管癌的症状

晚期症状

胸背痛


食管周围炎→纵隔炎→食管溃疡→外侵→穿孔（剧痛、发炎）

营养不良、脱水、消瘦



贲门癌的症状学

似食管癌，有如下特点：

- 1、间隙性、渐进性上腹部不适，微痛、烧灼感，消化不良，食欲下降
 - 2、进食后呕吐出现时间略迟，有吞咽困难时大多是晚期
 - 3、出血较食管癌常见
 - 4、常引起上腹部、背部和腰部持续性痛
 - 5、可有盆腔接种
 - 6、左上腹部肿块
- 

七. 诊断

Diagnosis



食管癌和贲门癌的诊断

对年龄40岁以上，有吞咽不适和(或)异物感，尤其是进行性吞咽困难者，应想到本病之可能，必须作食管造影检查及食管镜或胃镜检查。

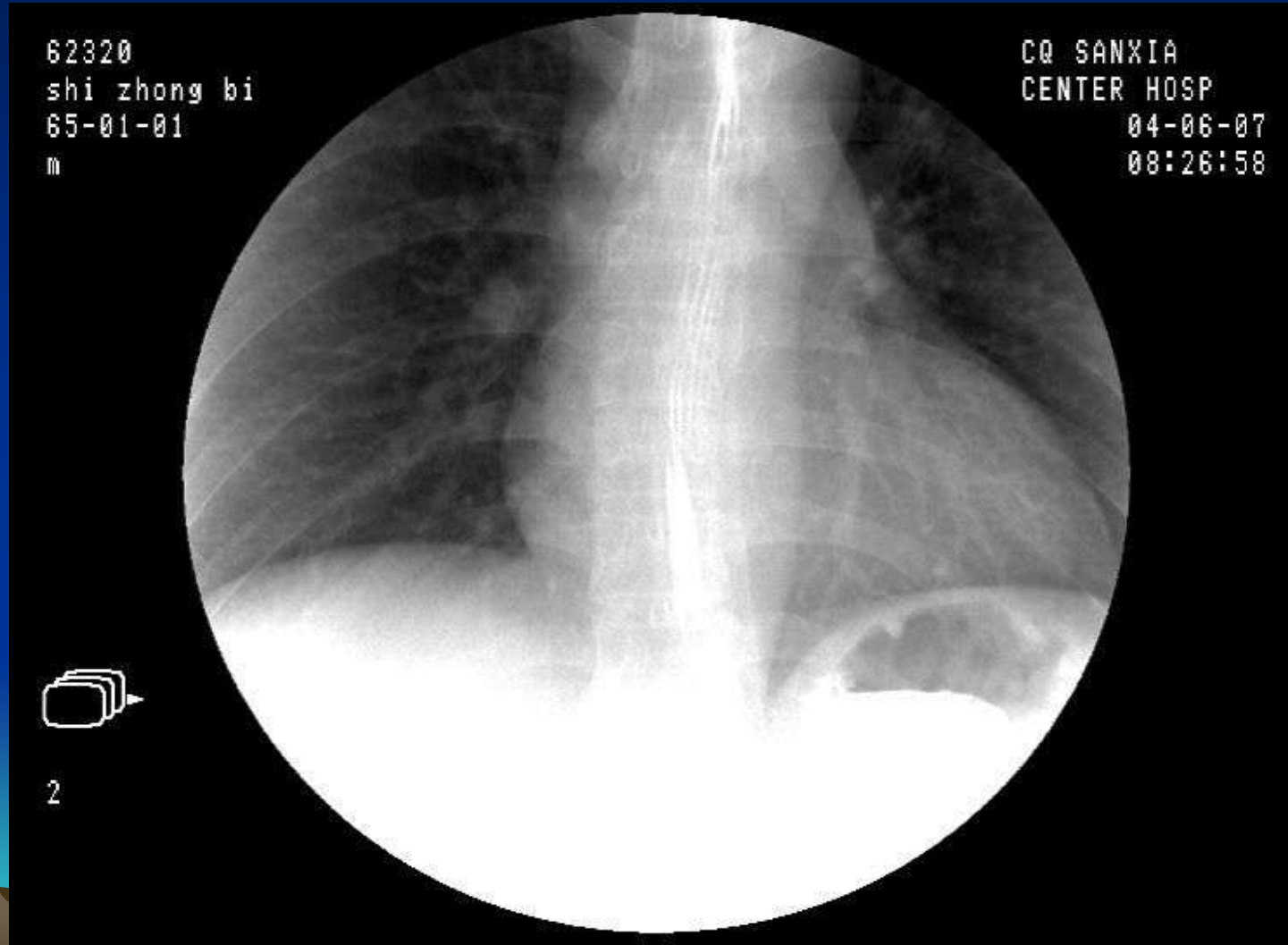


食管癌和贲门癌的诊断

- 体格检查
- 实验室检查
- X射线检查



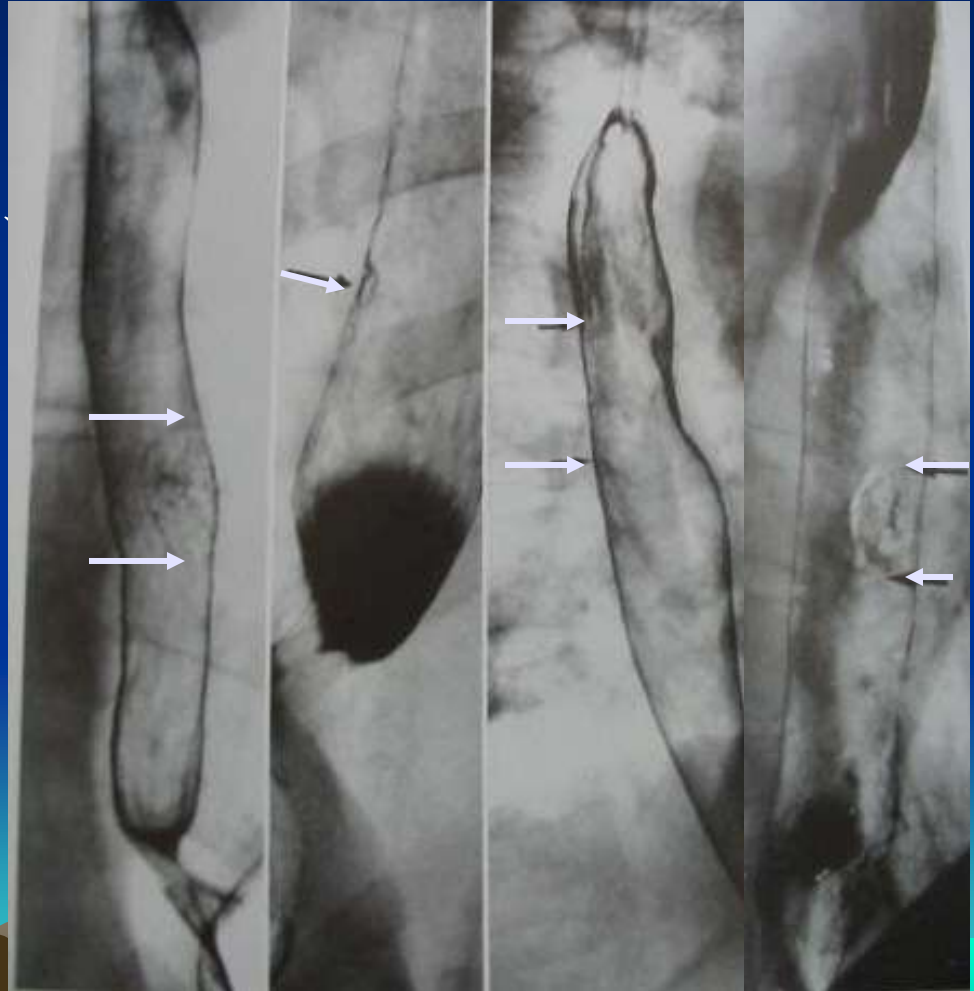
正常食管黏膜像



食管癌和贲门癌的诊断

早期X线表现

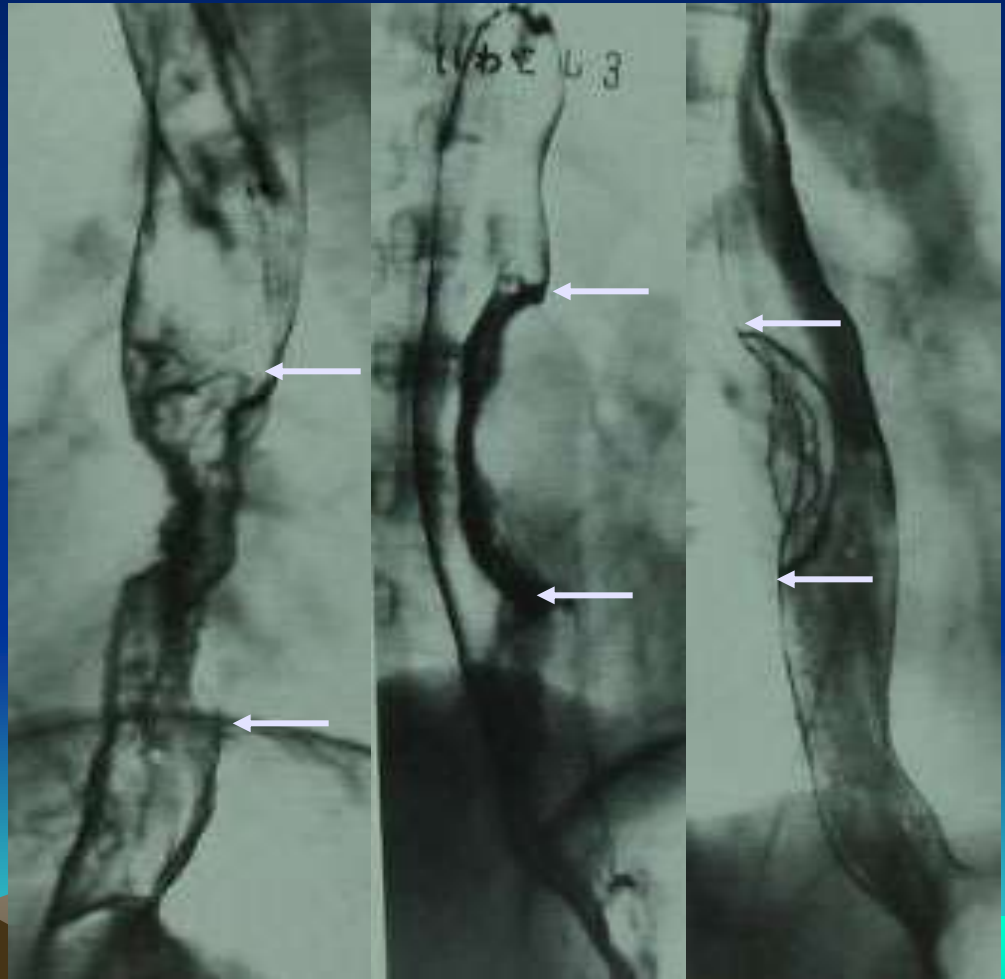
1. 局限性粘膜皱襞增粗、
断裂
2. 局限性管壁僵硬。
3. 小的充盈缺损
4. 小的龛影



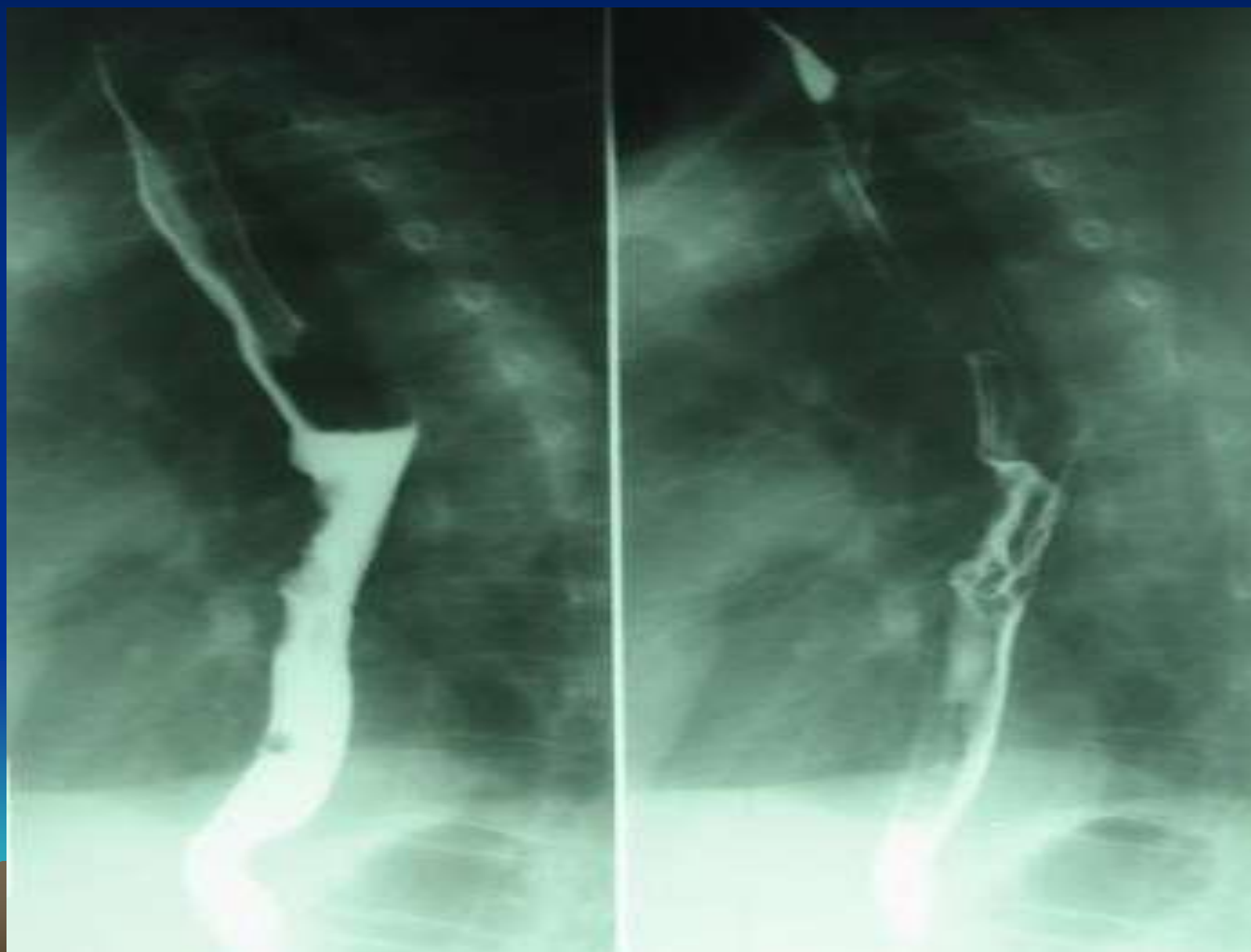
食管癌和贲门癌的诊断

进展期X线表现

- 1.管腔明显狭窄，粘膜中断、破坏
- 2.管壁僵硬，蠕动波消失
- 3.较大的充盈缺损
- 4.较大的龛影



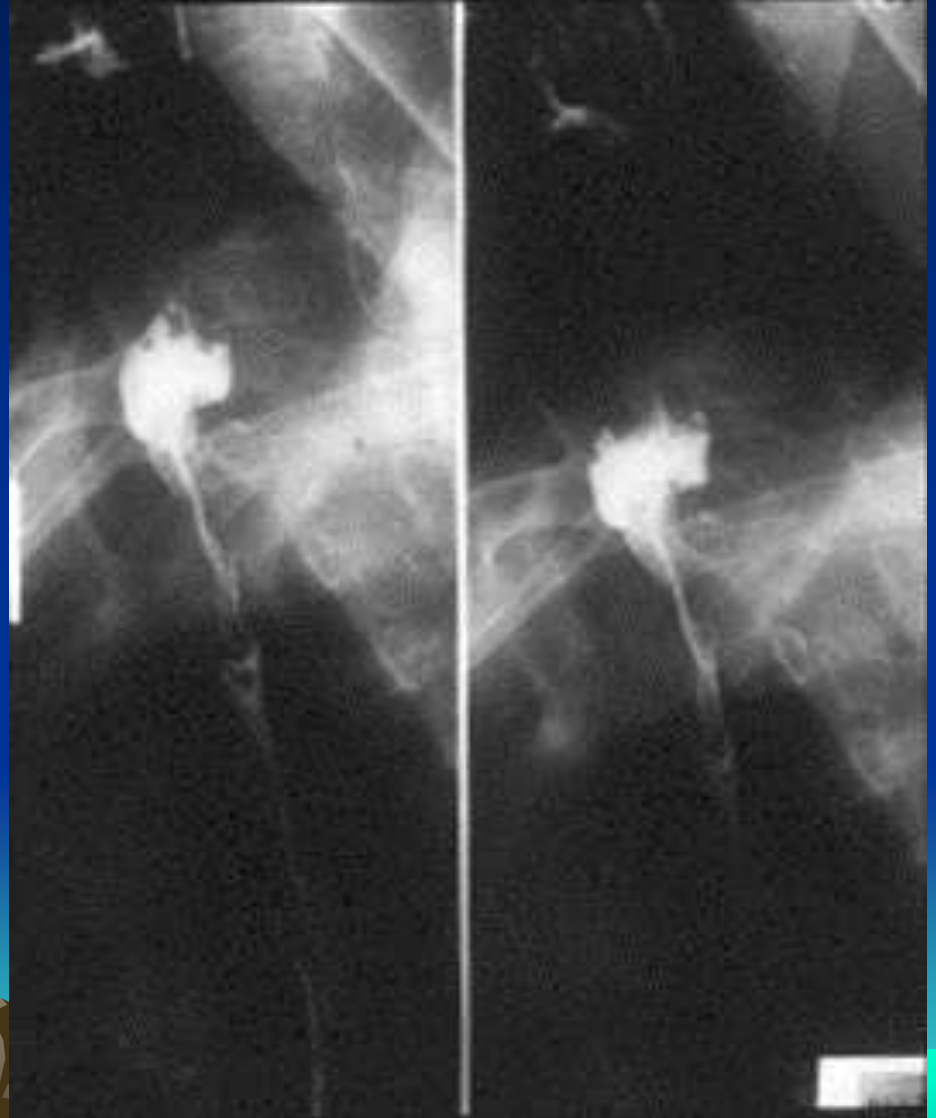
髓质型食管癌



食管癌髓质型



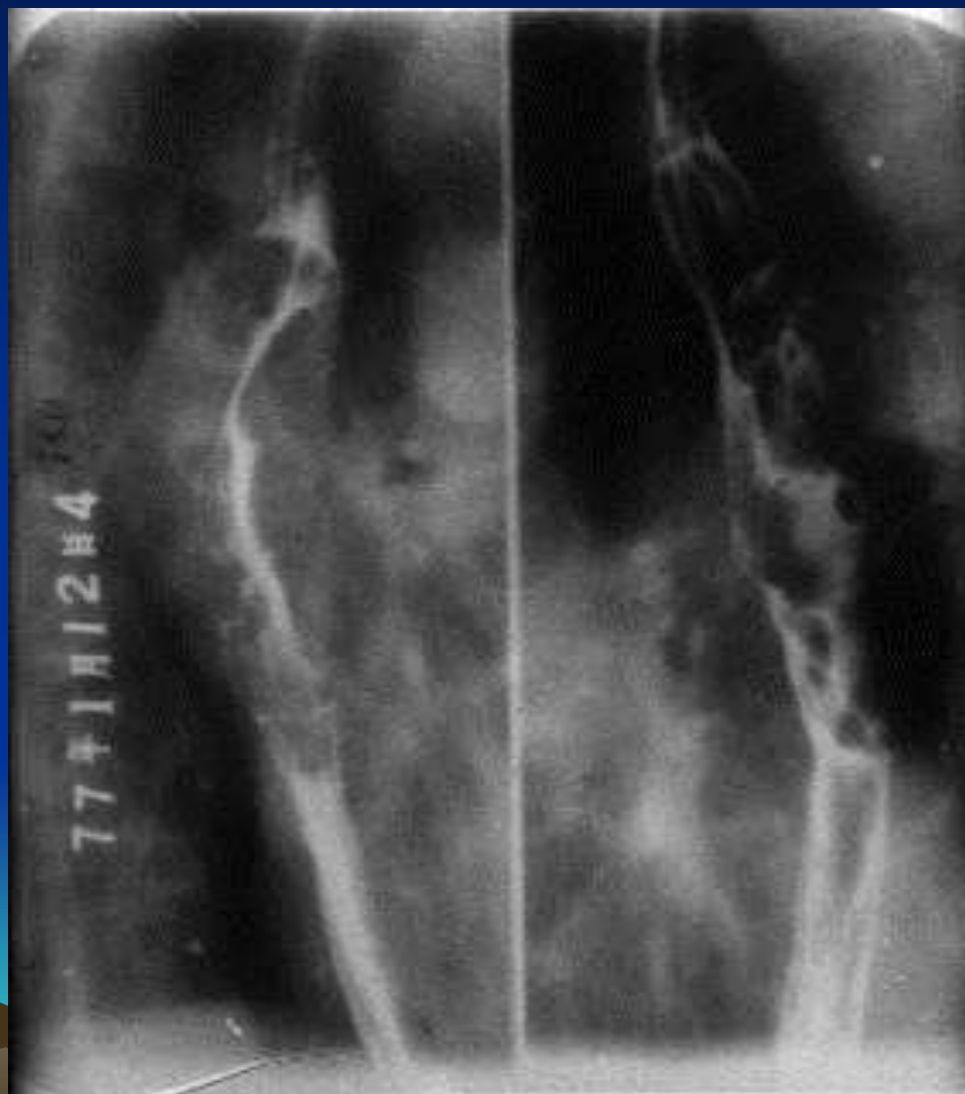
食管癌髓质型和狭窄型



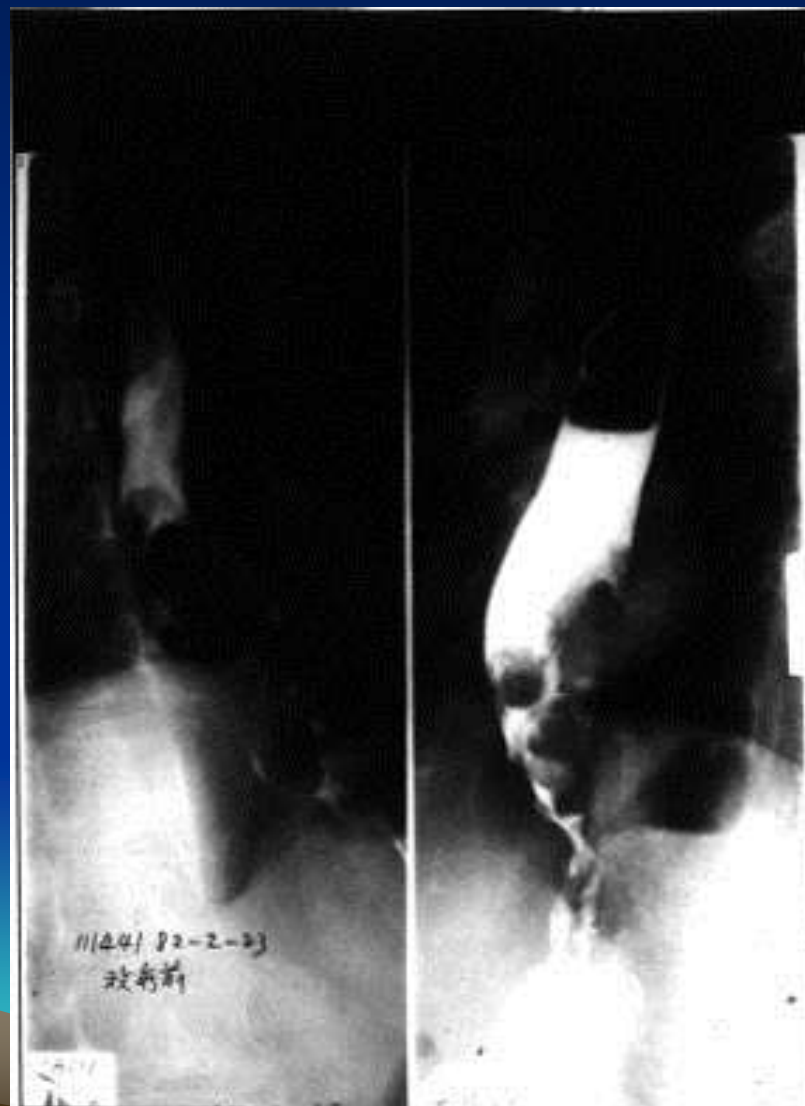
溃疡性食管癌



食管癌蕈伞型



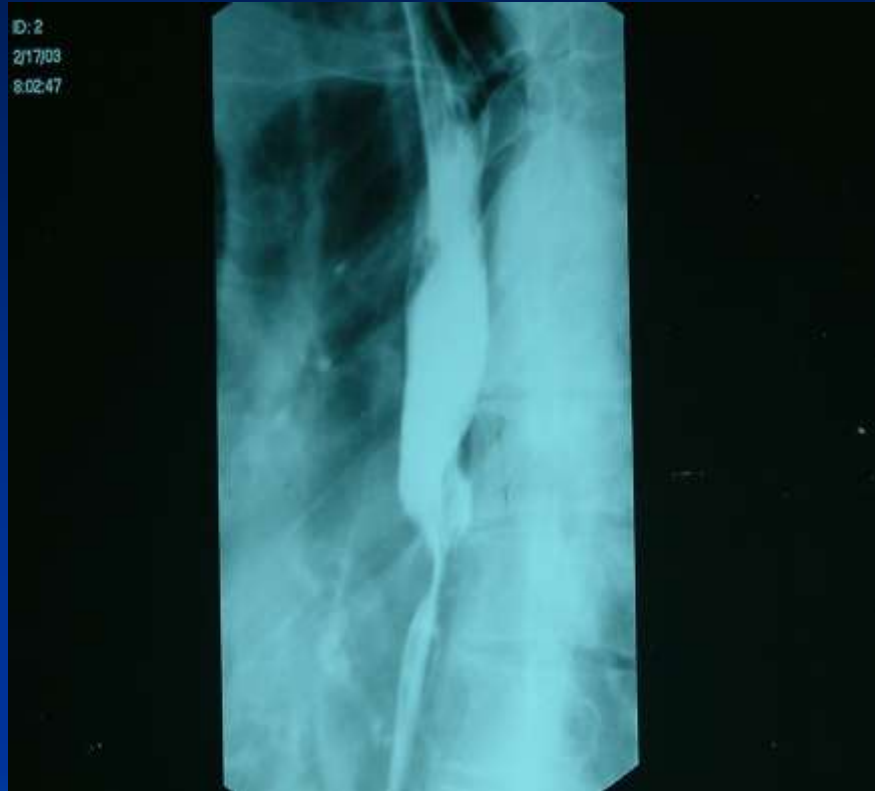
食管癌蕈伞型



食管癌腔内型



食管癌钡餐造影的典型X线表现



(1) 食管癌所在部位的食管壁不规则，而且局部僵硬而狭窄。

食管癌钡餐造影的典型X线表现

(2) 病变局部正常的食管粘膜相被破坏。



(3) 不规则的充盈缺损。

食管癌钡餐造影的典型X线表现

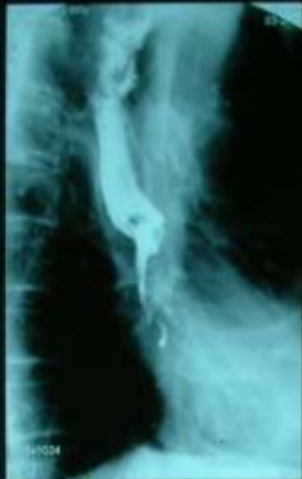


(4) 病变上段食管腔明显扩张。

食管癌钡餐造影的典型X线表现



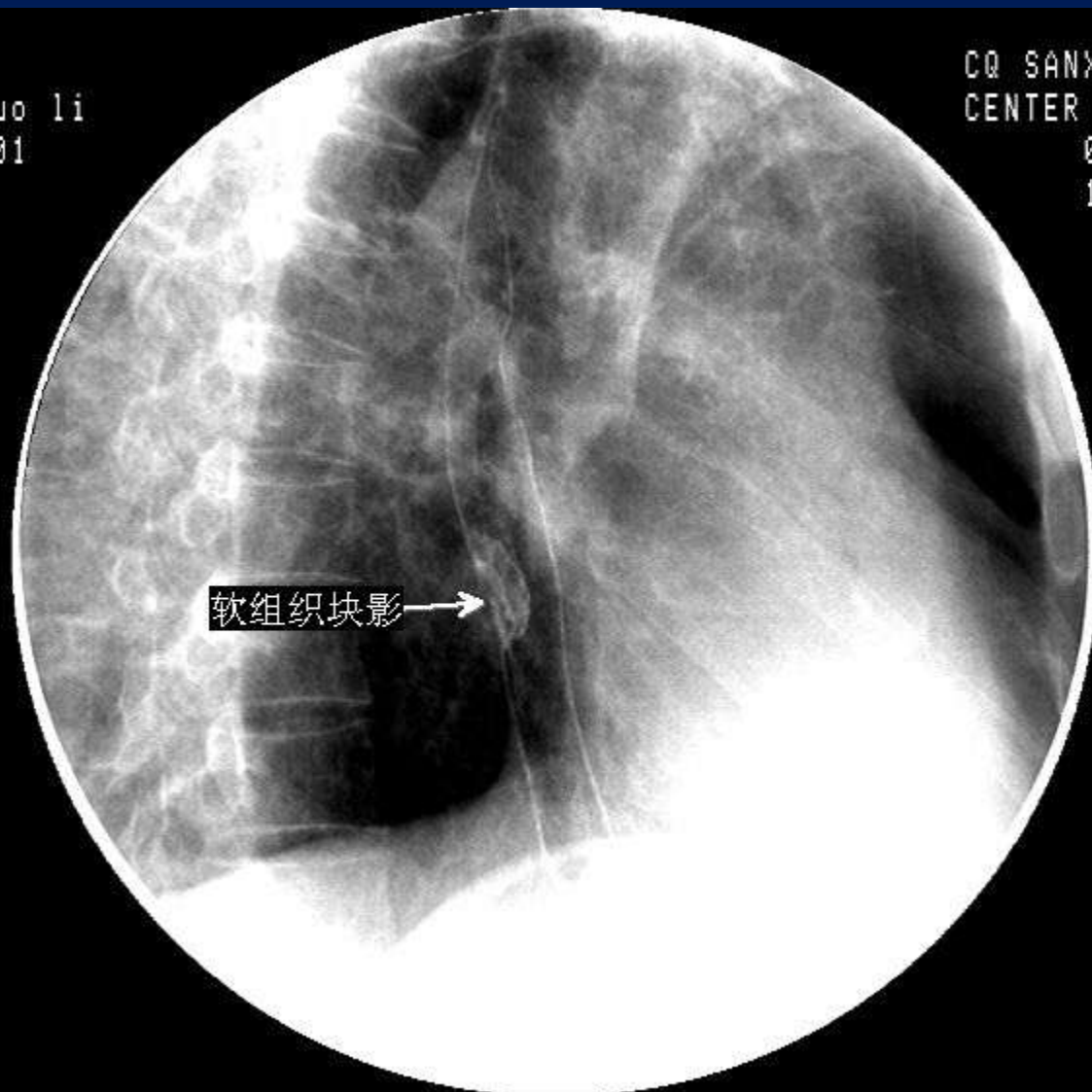
(5) 有时局部有软组织块影。



食管癌典型征象

64766
liu zhuo li
47-01-01
m

CQ SANXIA
CENTER HOSP
04-08-23
15:34:07



软组织块影 →



3

早期食管肿瘤

64653
huang guo shu
60-01-01
m



CQ SANXIA
CENTER HOSP
04-08-19
09:27:19

4653
Jiang guo shu
3-01-01



CQ SANXIA
CENTER HOSP
04-08-19
08:58:26



54



4

食管癌和贲门癌的诊断

- 体格检查
- 实验室检查
- X射线检查
- 细胞学诊断

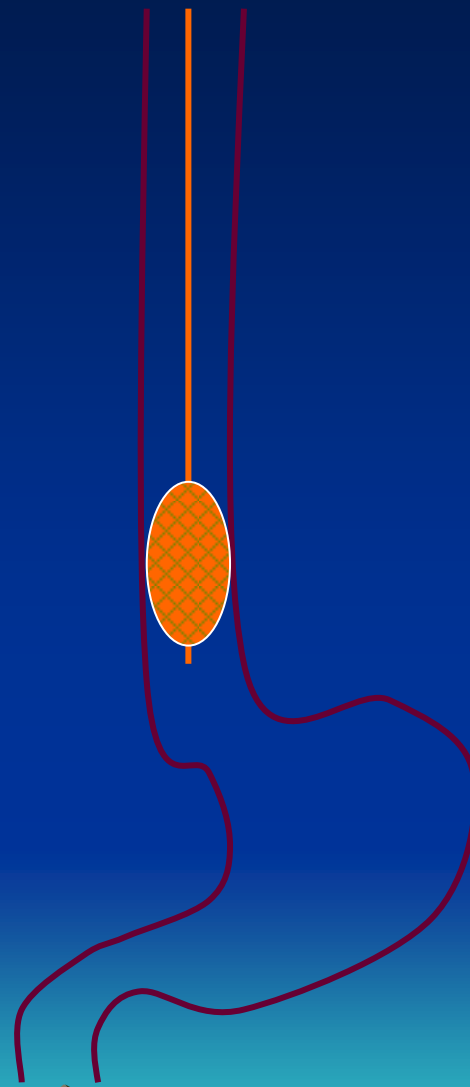


食管拉网

特点：

- a. 简便（可用于普查）
- b. 早期癌阳性率高90%
- c. 分段拉网

- 上段（23-25cm）
- 中段（31-35）
- 下段（40-45cm）



食管癌和贲门癌的诊断

- 体格检查
- 实验室检查
- X射线检查
- 细胞学诊断
- 食管镜检查

食管镜检查

目的：

了解有无粘膜红肿、糜烂、隆起、凹陷、斑块及新生物

特点：

a. 直观

b. 可以活检

c. 早期癌阳性率高80%



食管癌和贲门癌的诊断

- 体格检查
- 实验室检查
- X射线检查
- 细胞学诊断
- 食管镜检查
- 其他辅助检查手段

其他辅助检查手段

- CT扫描和MRI检查
- 食管内镜超声
- B超
- 纵隔镜

不同方法分期的准确率 (%) 对比

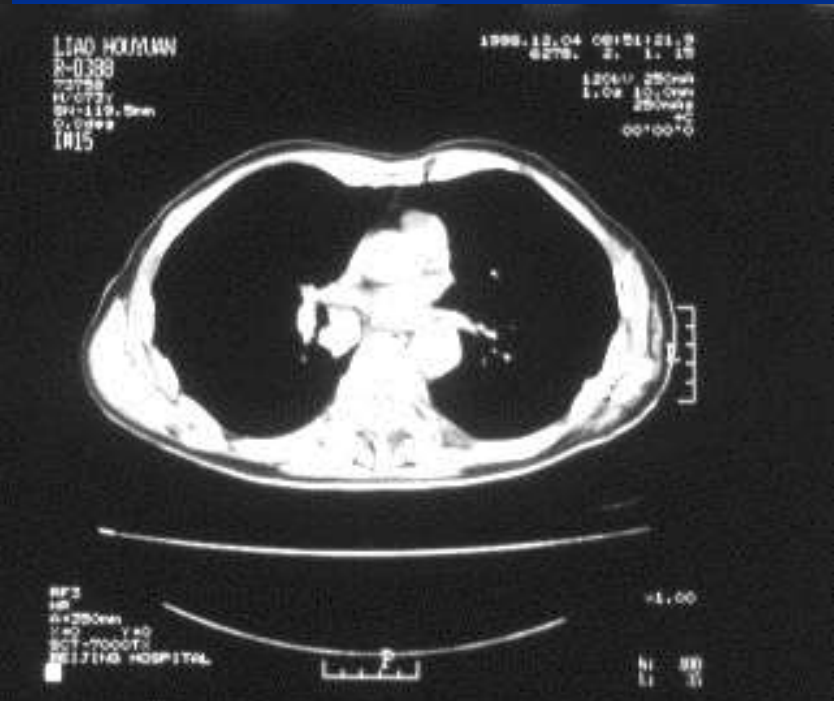
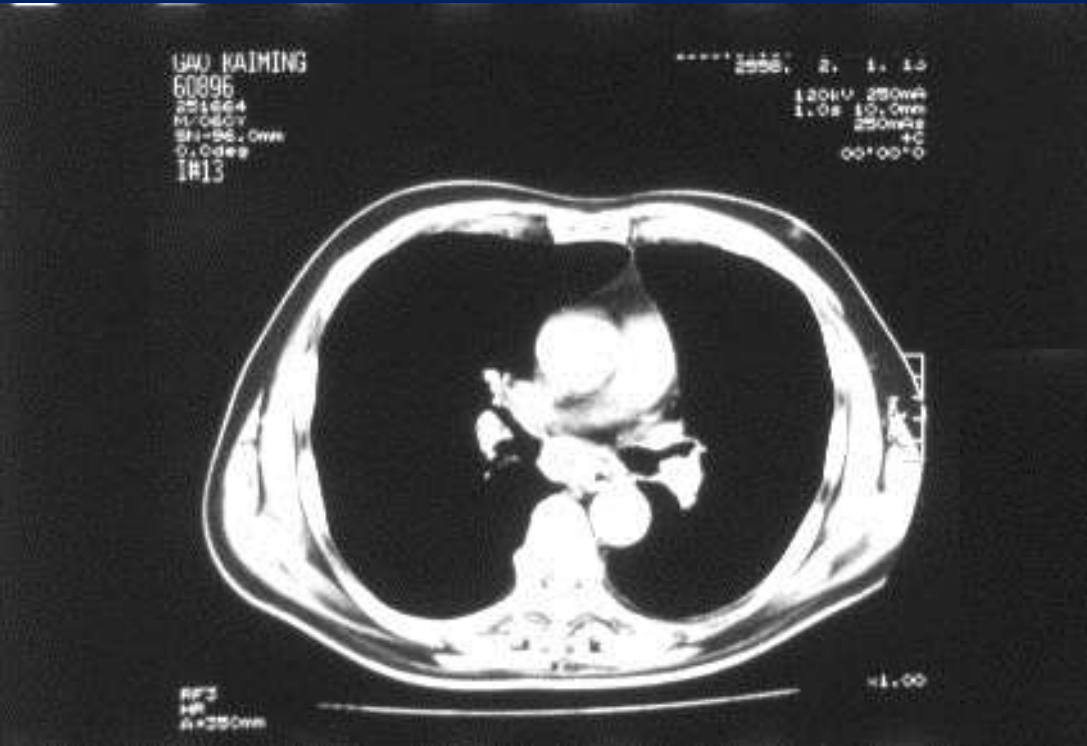
T分期	N分期	
CT	54.0	73~89
MRI	40.2	56.4
EUS	92.5	44.6
EUS下穿刺	95.0	—

*引自Chin Thorac Cardiovasc.Surg.June.1999,15(3):135

CT在食管癌诊断中的价值

部位	灵敏度
主动脉受侵	88%
气管支气管受侵	98%
食管周围淋巴结转移	60%
腹腔淋巴结转移	76%

食管癌CT



食管内镜超声的价值

是近几年比较推荐的检查方法。

判断食管癌侵犯深度的准确率高（89%~100%）。

对食管旁淋巴结肿大阳性率大于CT和MRI。



BUS的价值

部位

灵敏度

T诊断

50-90%

食管周围淋巴结转移

67-100%

腹腔淋巴结转移

70-80%



八.鉴别诊断

Differential Diagnosis



鉴别诊断

早期(无吞咽困难者)

1. 食管炎
2. 食管憩室
3. 食管静脉曲张



鉴别诊断

进展期(有吞咽困难者)



贲门失弛缓症



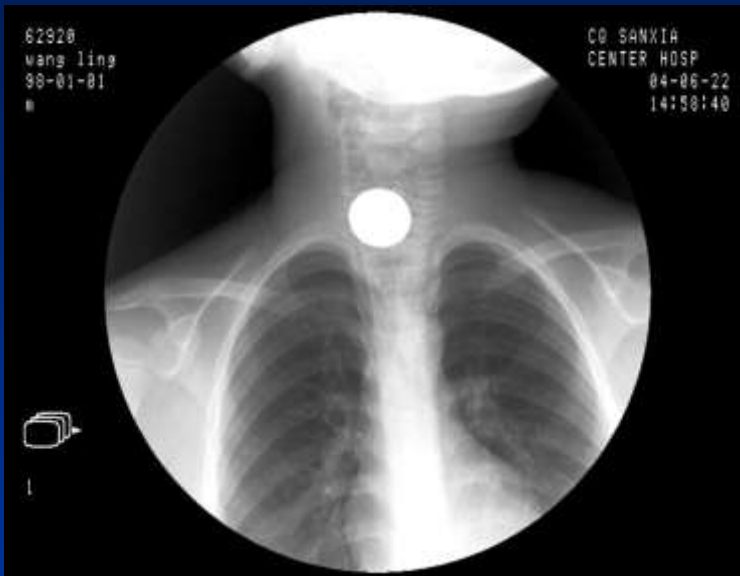
食管良性狭窄



食管良性肿瘤

鉴别诊断

食管异物



鉴别诊断

贲门失弛缓症

67574
zhen hai jun
87-01-01
m

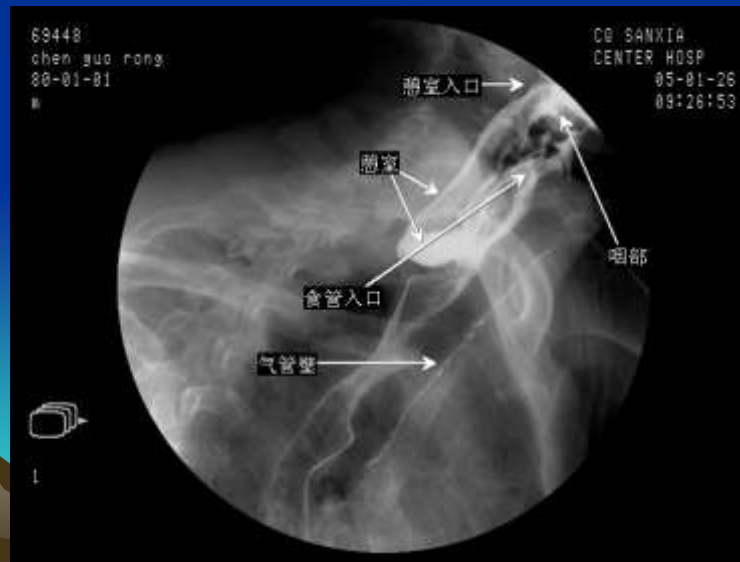


CQ SANXIA 64059
CENTER HOSP han zhong hu
04-11-2 23-01-01
08:41:4 m



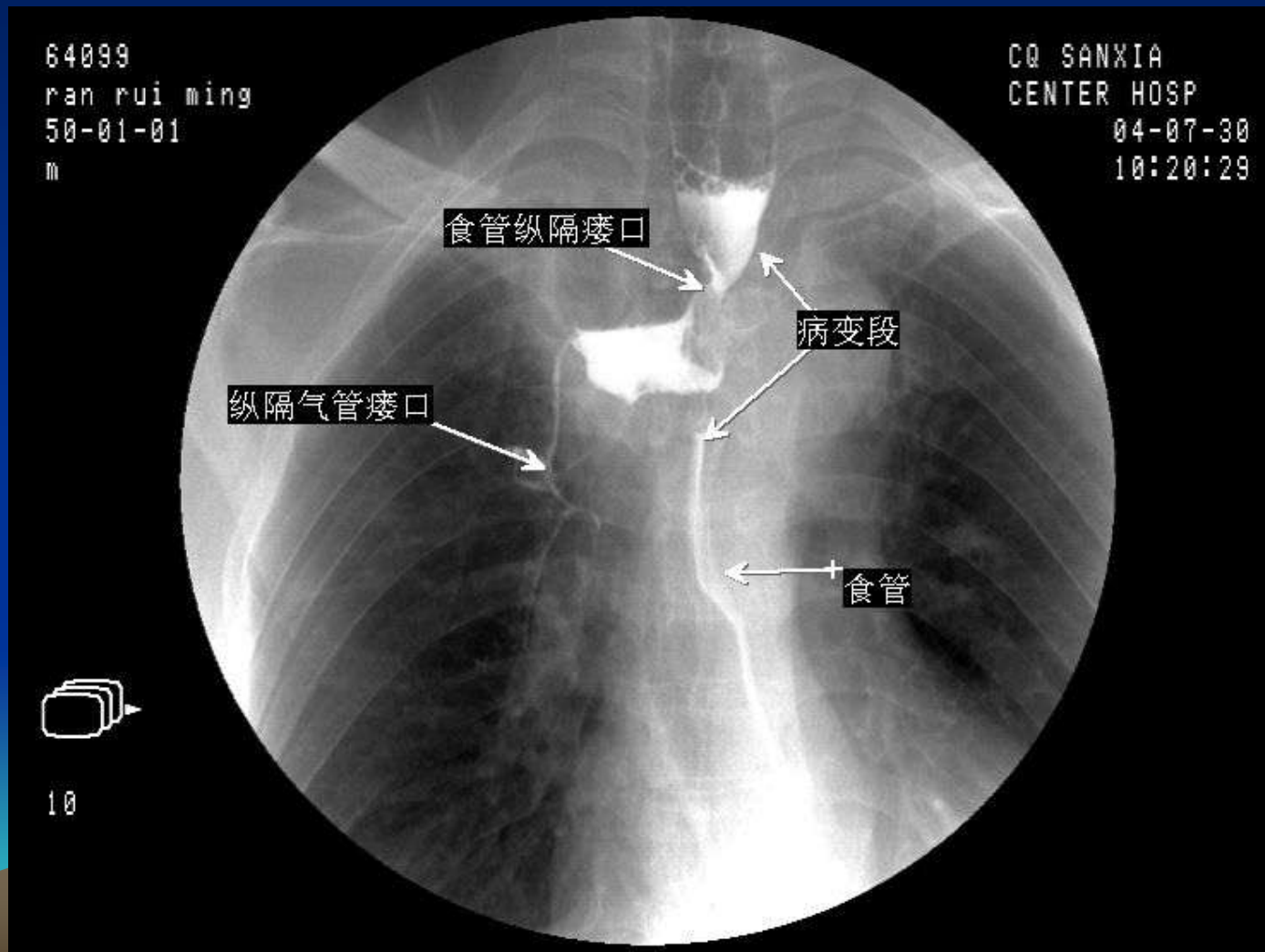
鉴别诊断

咽食管憩室



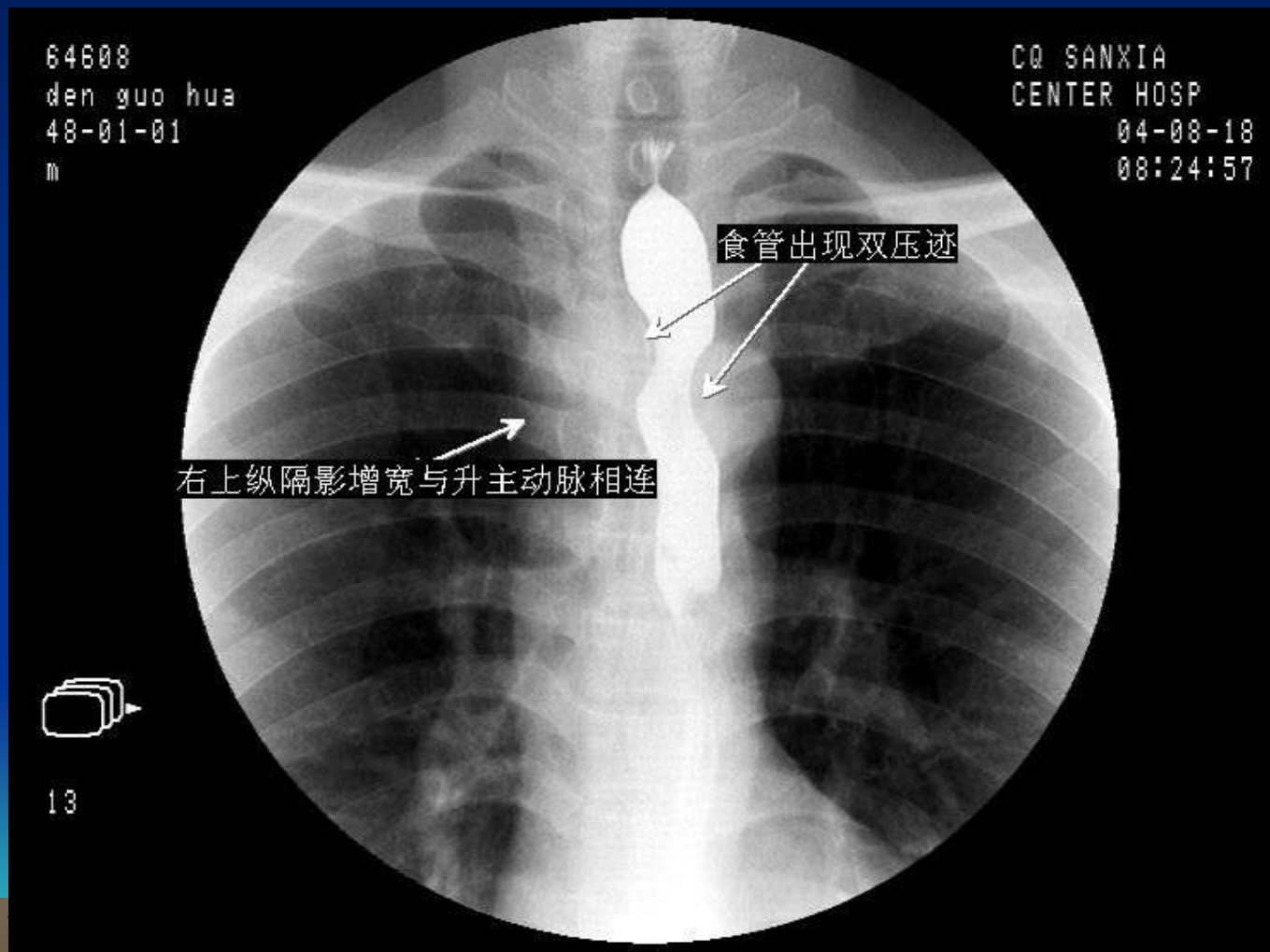
鉴别诊断

食管纵隔气管瘘



鉴别诊断

双主动脉弓



鉴别诊断

其他

- 功能性吞咽困难
- 外压性食管梗阻

九. 治疗

Treatment



治疗方法

手术治疗 Operative therapy

放射治疗 Radiotherapy

化学治疗 Chemotherapy

其他 Others



外科治疗的原则

- 1、在病变比较局限的情况下，一般胸中、下段食管癌应行主动脉弓上、胸顶部或必要时颈部吻合术，胸上段食管癌应行颈部吻合术。
- 2、在病变已有广泛转移或有明显外侵(T4)并经探查判断不可能行根治性切除的情况下，则仍应争取姑息性切除以达到改善生活质量和延长生命的目的。术后再进行可能的放射或药物治疗。
- 3、在肿瘤已明显侵入周围器官形成冻结状态确定不能切除时，则应根据病人吞咽困难的程度、全身和术时情况等考虑是否进行减状手术(如食管胃分流吻合术、胃空肠造瘘、腔内置管术等)或中止手术。

手术适应证

经确诊为较早期的食管或贲门癌，及部分三期食管下段癌，病变长在5cm之内，一般情况尚好，无远处转移，并无心、肺、肝、肾功能严重损害或其他的手术禁忌症者，应积极争取手术治疗，对70岁以上高龄者则更应严格选择。

术前准备

原则上和其他胸部手术的术前准备一样，但应着重注意以下问题：

- 1.对早期食管癌，如X线钡剂食管检查不能肯定或阴性者，应做食管镜检查以明确诊断。
- 2.作心电图检查和心、肺、肝、肾功能检查。
- 3.高血压患者，应给降压药短期准备，使血压尽可能正常。
- 4.如有液体与电解质失调，应于术前纠正。
- 5.显著贫血或营养不良者，应少量多次输血。
- 6.对食管梗阻较重者，术前3日，应每晚将胃管插入食管，用温开水冲洗；梗阻不重者，每晚饮温开水2杯即可。
- 7.术前1~2日给抗生素。

手术方法

一、经左胸食管癌切除及食管胃吻合术

单纯食管胃端侧吻合

胃腔内食管-胃吻合术

食管置入吻合法

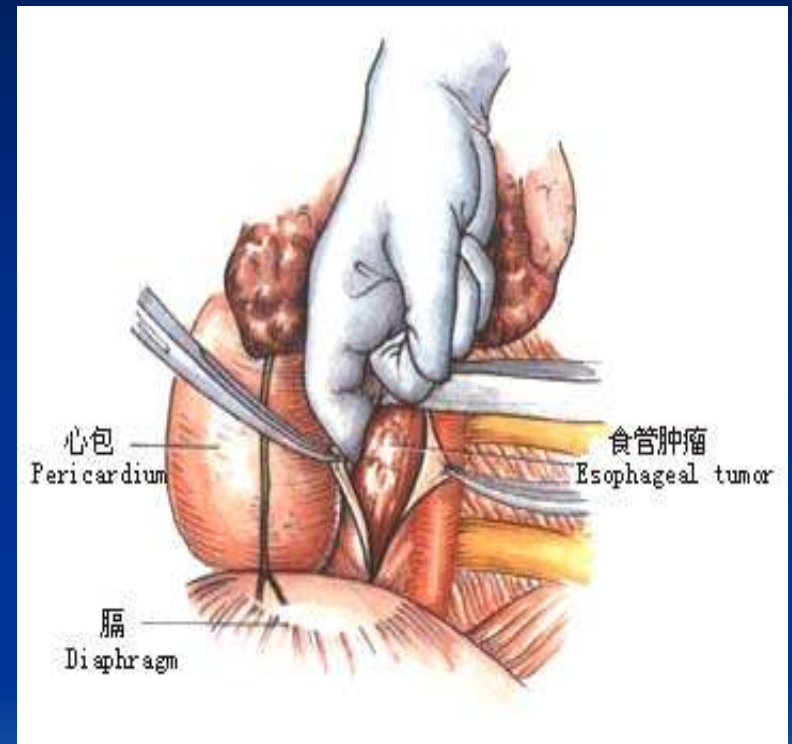
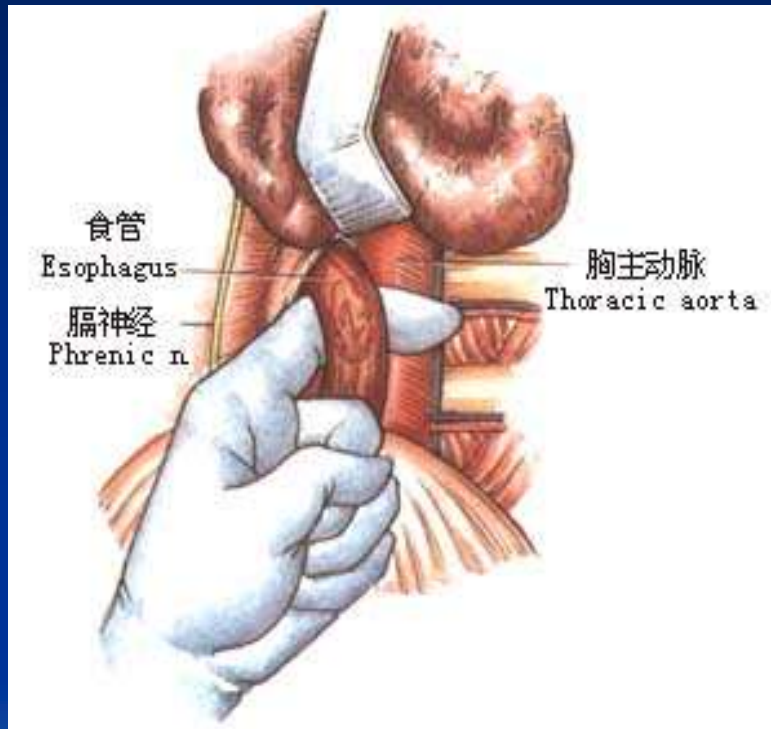
“隧道”式食管-胃左胸内吻合术

套入式食管-胃端侧吻合术

食管-胃管吻合术

食管-胃机械吻合术

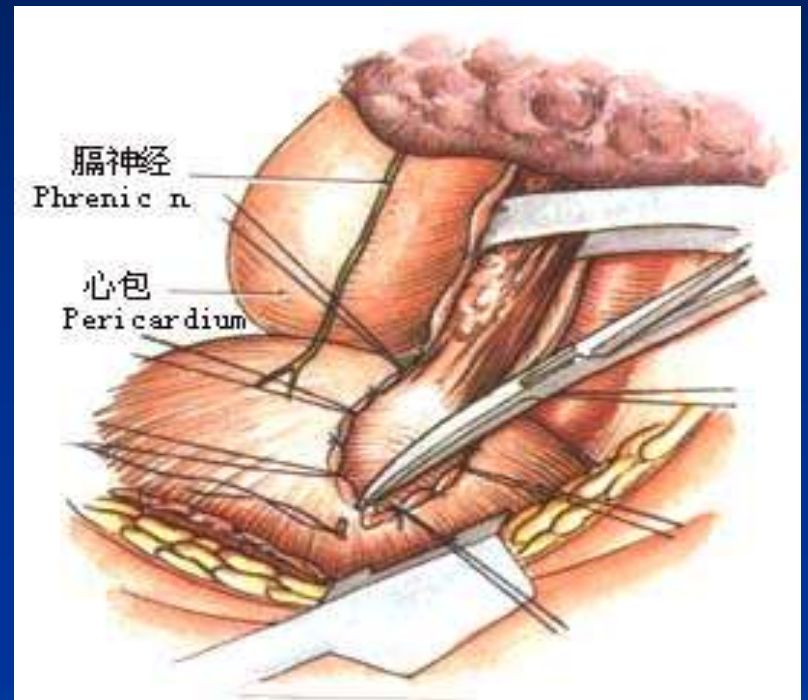
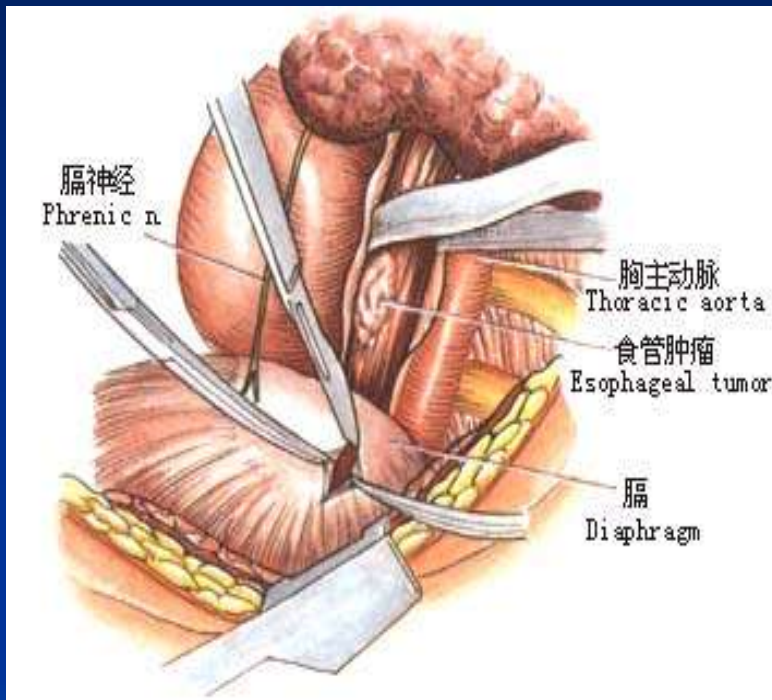
食管下段癌及贲门癌切除术



用手指掏出食管下段，套以纱布条牵引

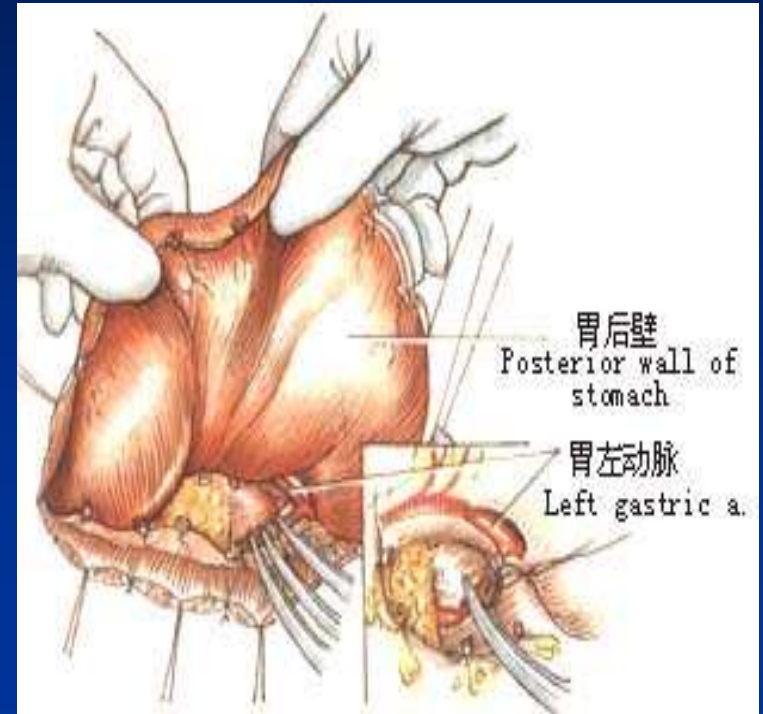
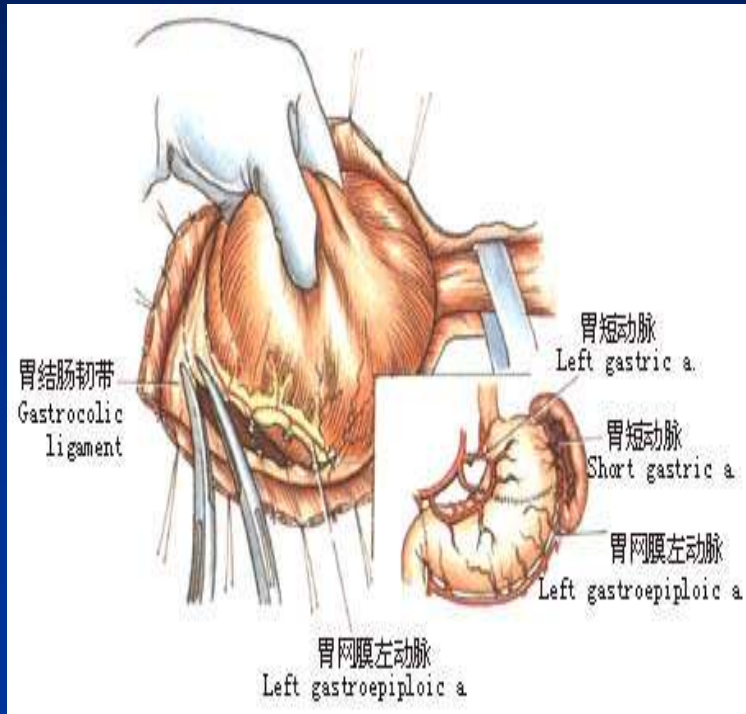
探查肿瘤的部位、大小；与前方有无浸润；纵隔内有无淋巴结的转移等

食管下段癌及贲门癌切除术



于肝左叶和脾之间切开膈肌，切开时应妥善止血，同时避免损伤膈神经

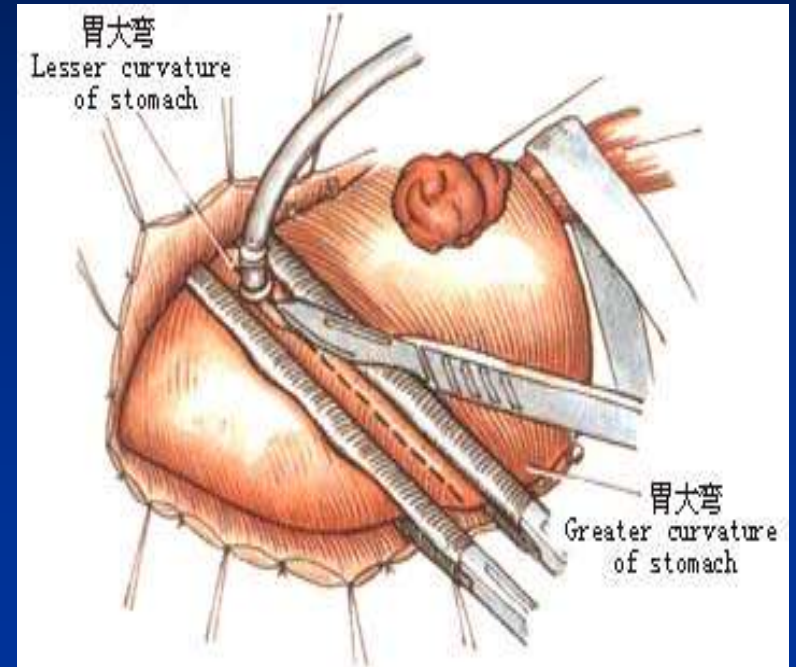
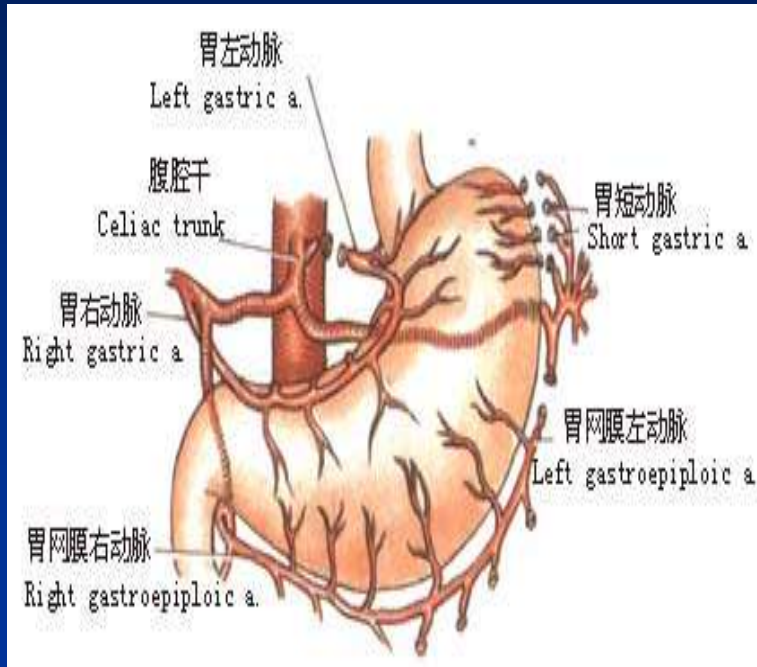
食管下段癌及贲门癌切除术



打开胃结肠韧带，逐一钳夹、切断、结扎胃网膜左动脉及胃短动脉

游离胃小弯，分离出胃左动脉，钳夹后切断，近心端结扎并缝扎

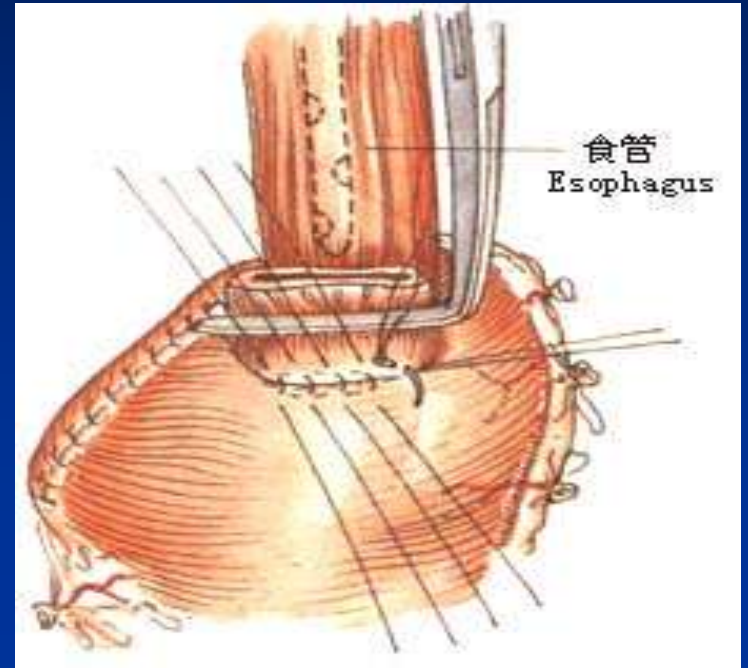
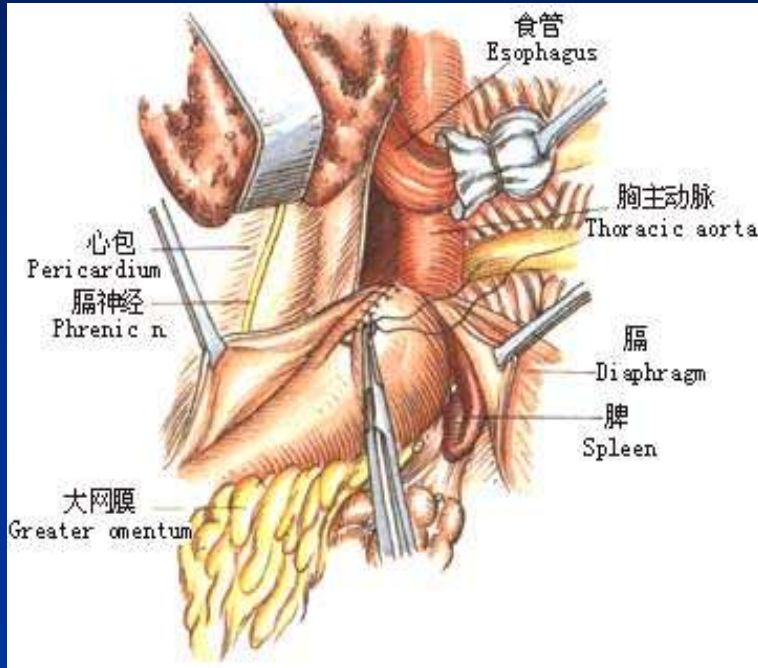
食管下段癌及贲门癌切除术



其周围淋巴结均应清除。处理以上胃血管时，随时注意避免损伤胃大小弯侧的边缘血管弓

距离肿瘤边缘5cm以远切断胃。切面呈斜形，多保留胃大弯

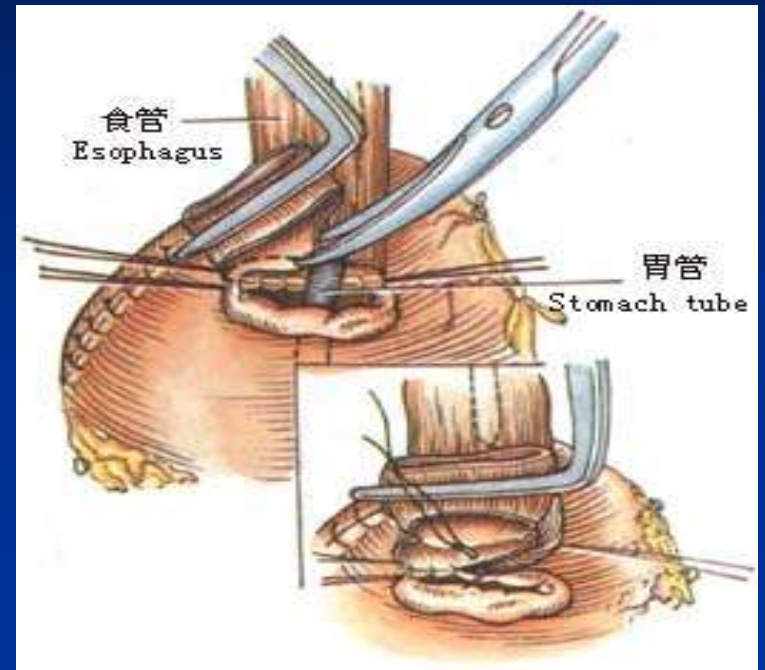
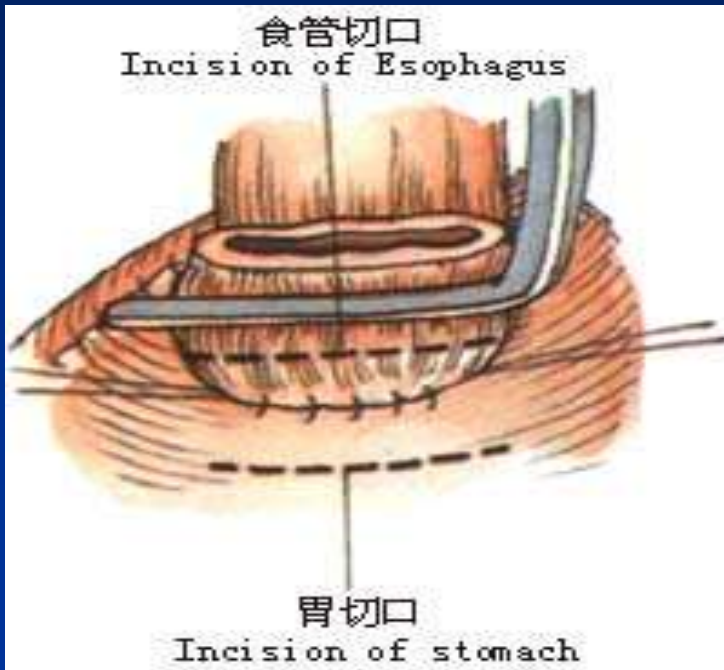
食管下段癌及贲门癌切除术



胃远侧端先用连续（或间断）全层缝合，然后间断浆肌层缝合

食管胃端侧吻合

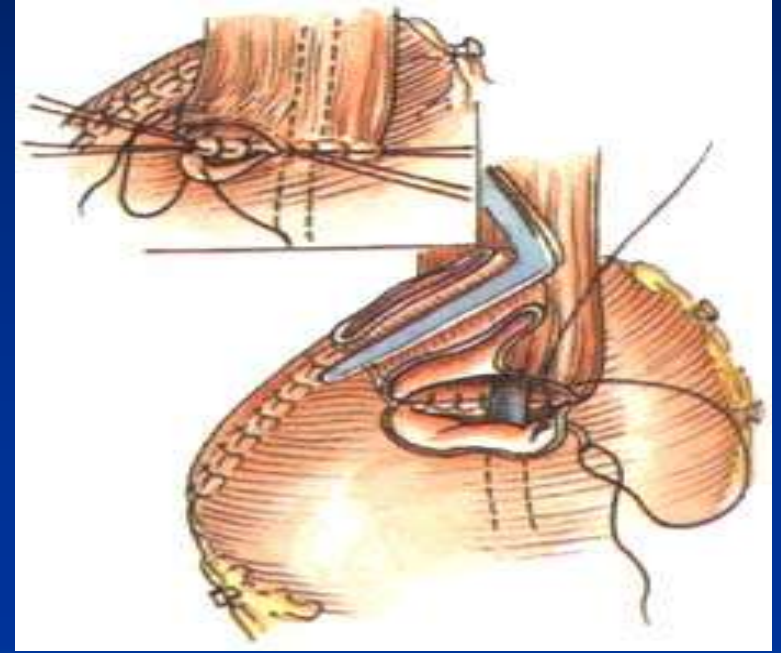
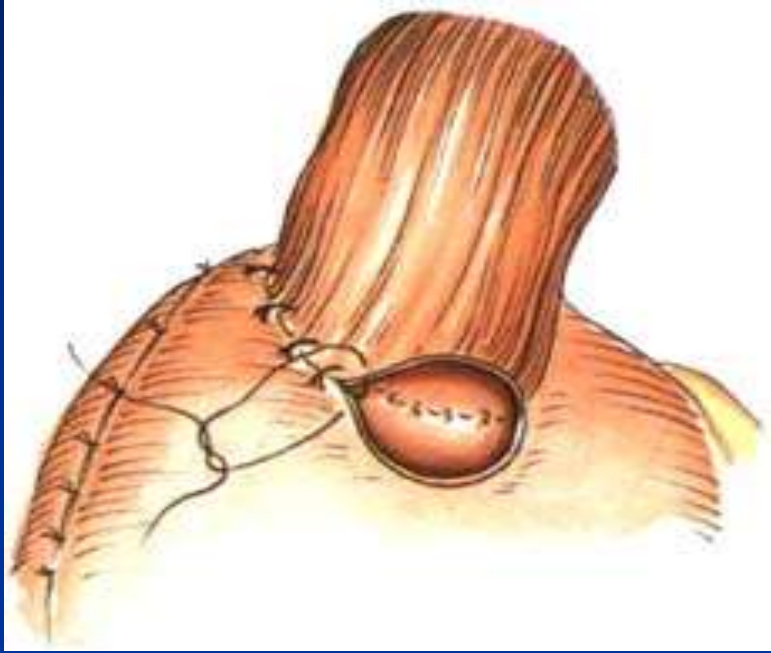
食管下段癌及贲门癌切除术



距此排缝线1cm处，对应于食管的宽度切开胃壁浆肌层，缝扎粘膜下血管

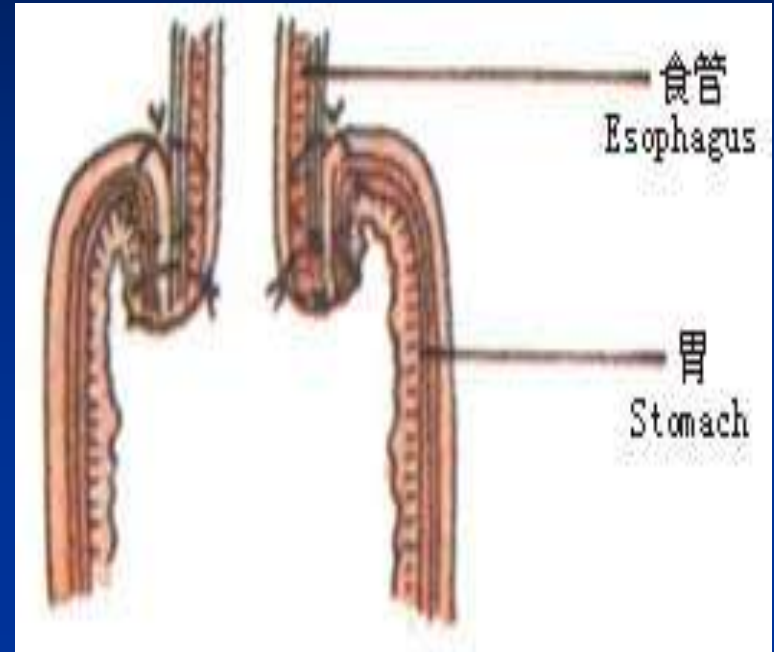
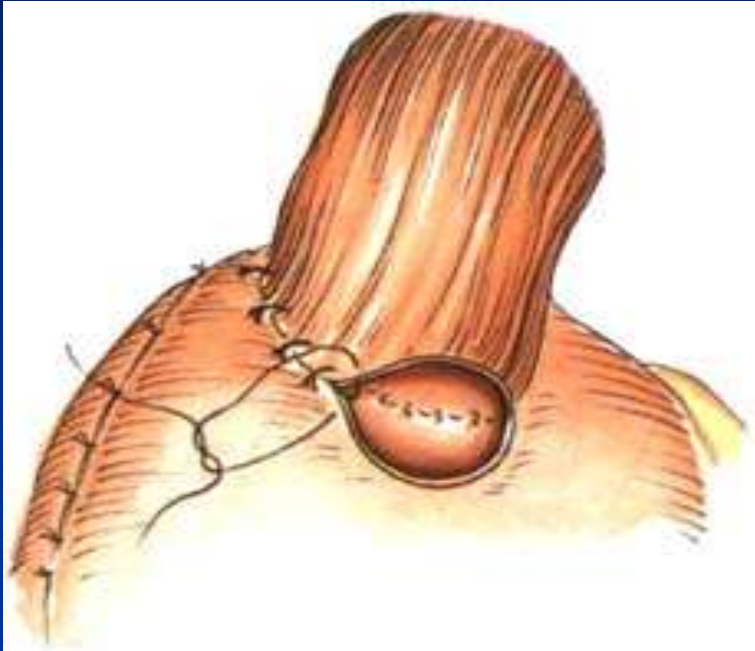
第2排行间断全层缝合。一般8~10针，针间距0.3cm，边距0.5cm

食管下段癌及贲门癌切除术



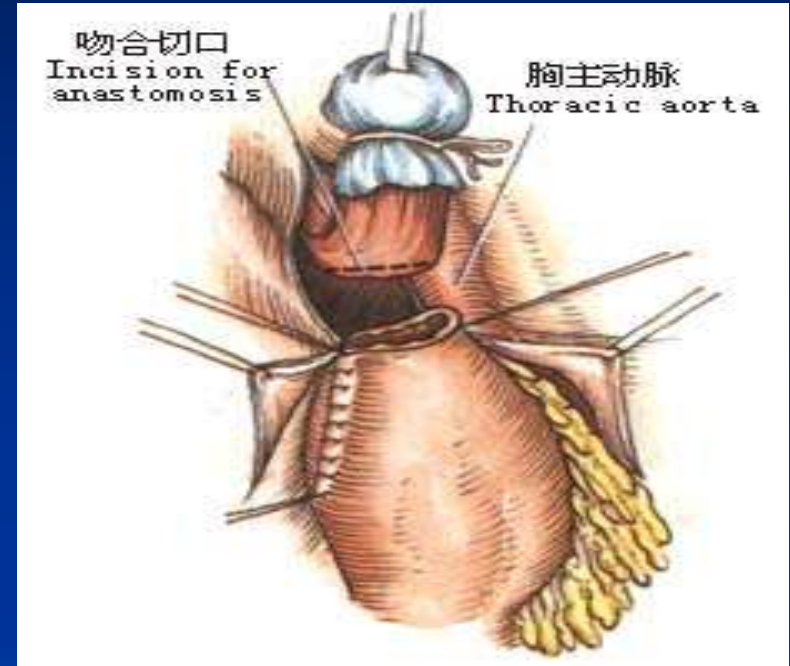
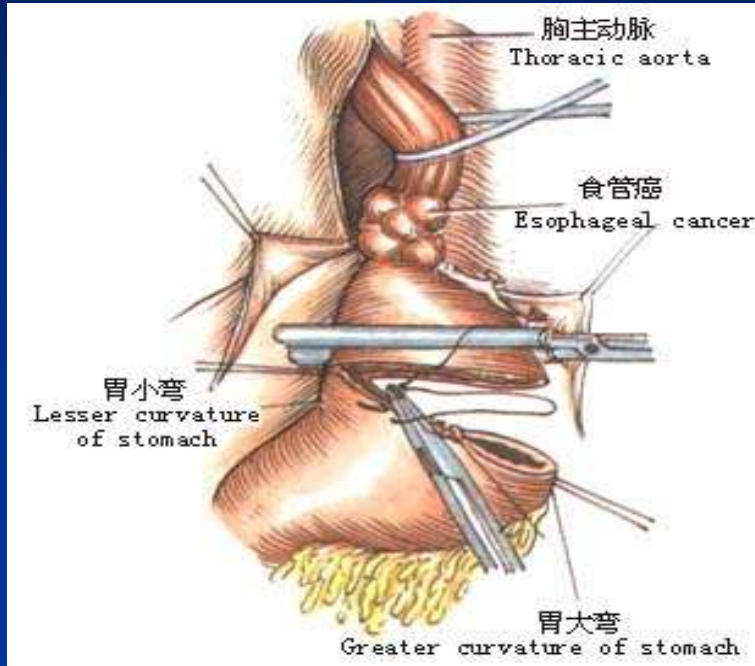
第3排缝线自吻合两端向中间边剪除食管前壁边行间断全层内翻或外翻缝合

食管下段癌及贲门癌切除术



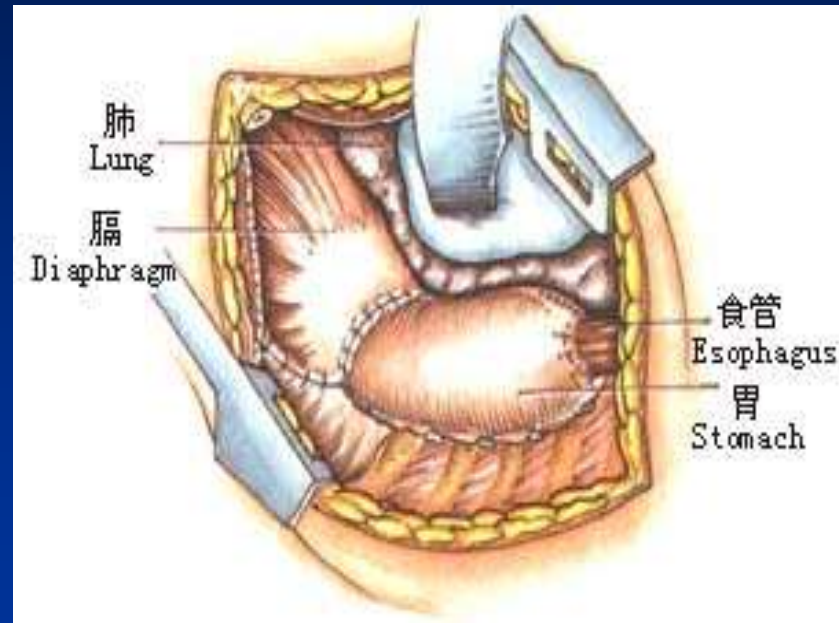
最后间断缝合食管肌层与胃浆肌层。一般5~7针，距上排缝线1cm；吻合口形成一套叠样人工瓣膜，可减少术后的食物返流

食管下段癌及贲门癌切除术



- 食管胃端端吻合：因胃大弯延展性极大，断胃后，保留胃远端大弯侧切口3~4cm暂不缝合，作为胃侧的吻合口。小弯侧缝合后，残胃自然呈管状。食管与胃大弯行端端吻合

食管下段癌及贲门癌切除术



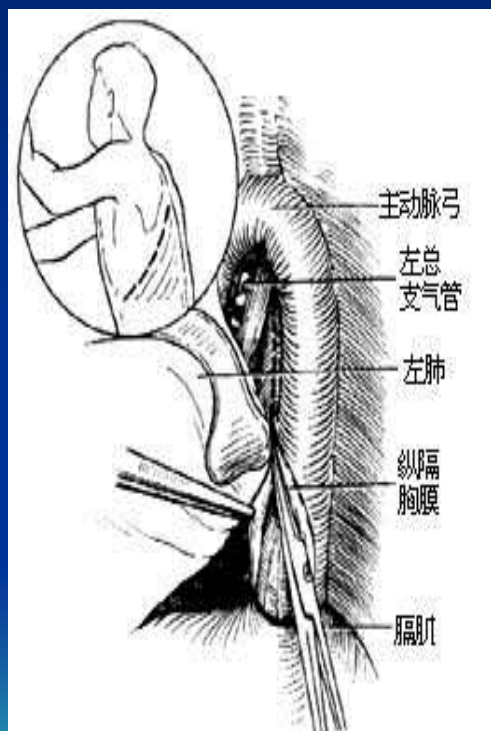
粗丝线缝合膈肌，胃壁与膈肌切缘用细丝线间断缝合固定，针距1cm。应注意勿损伤或压迫胃壁血管弓

冲洗胸腔，安置闭式引流管，放置抗生素，缝合切口

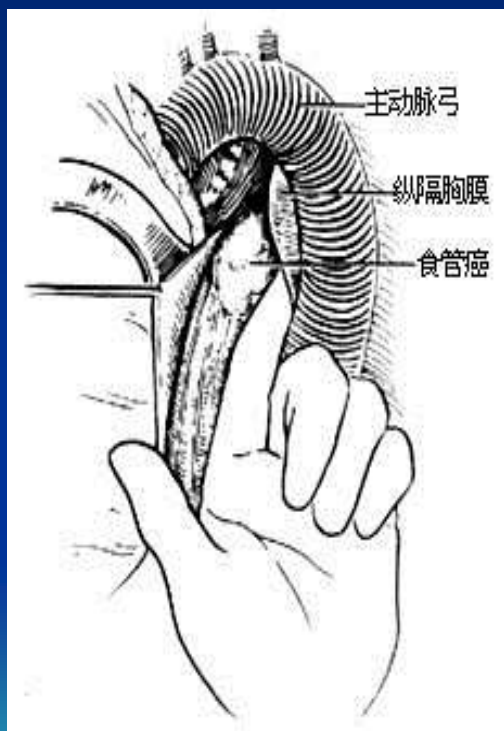
经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管胃吻合术

胃吻合术

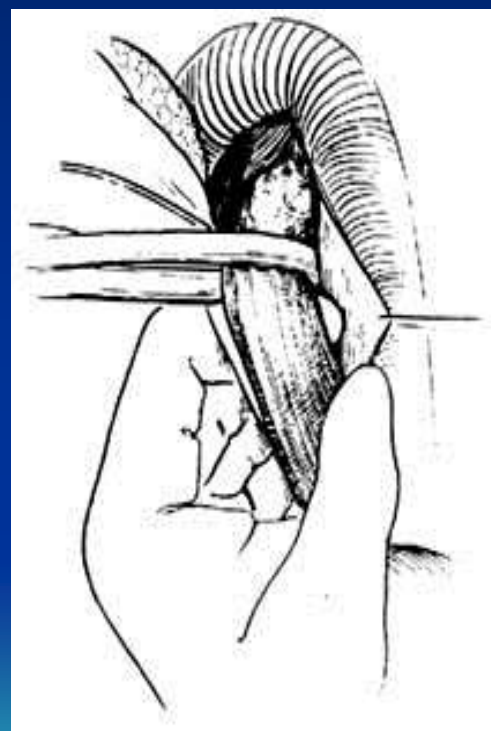
探查肿瘤



切开纵隔胸膜



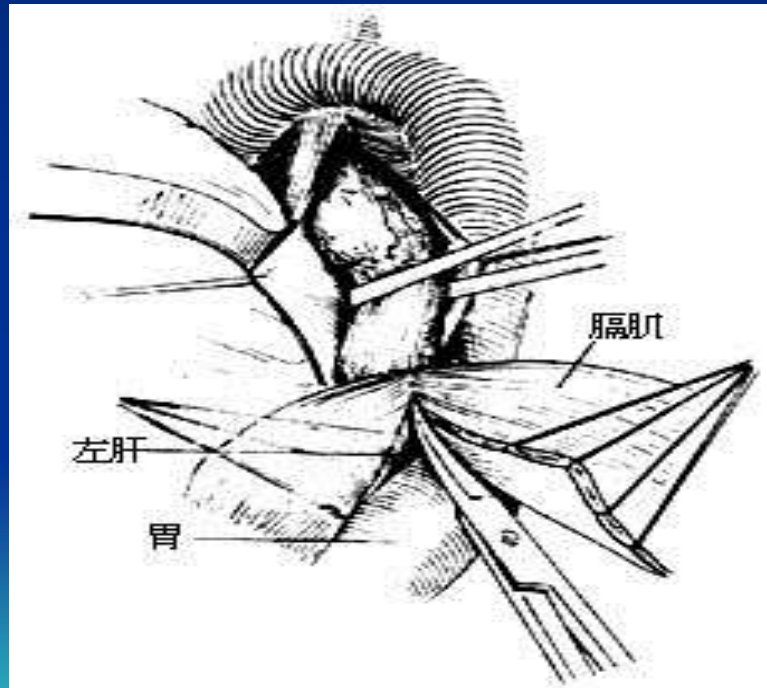
探查食管周围



绕细软胶管牵引

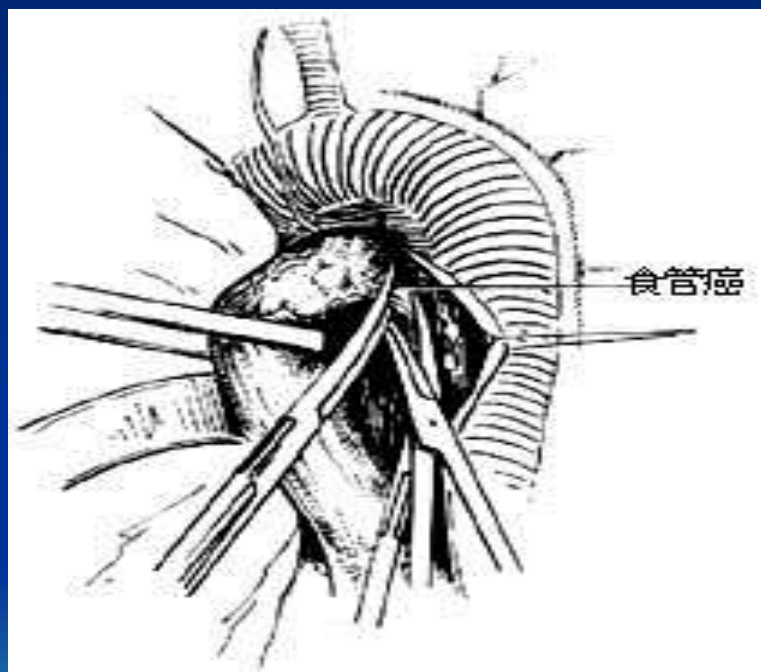
经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管 胃吻合术

切开膈肌、缝扎膈肌下血管



经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管胃吻合术

分离肿瘤周围组织



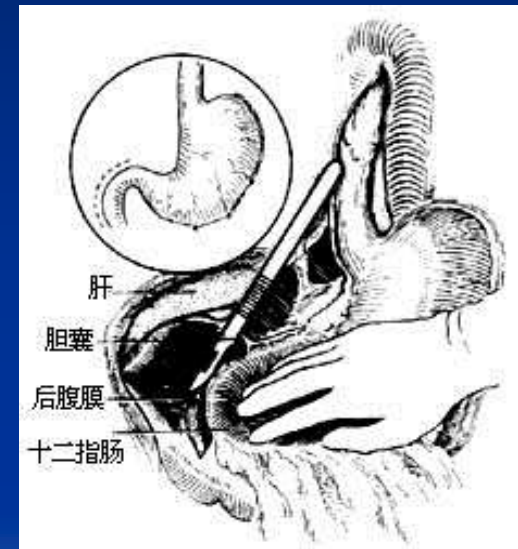
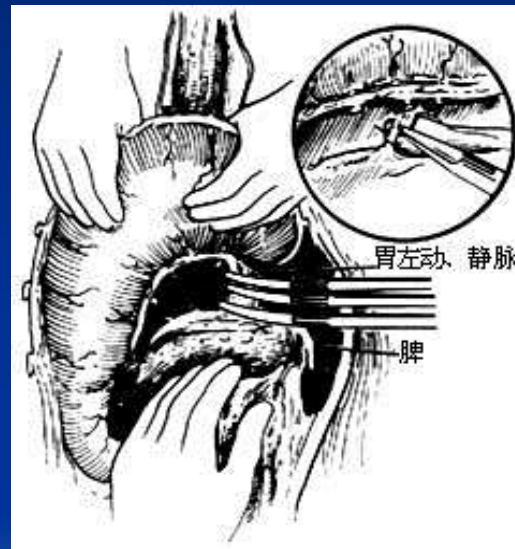
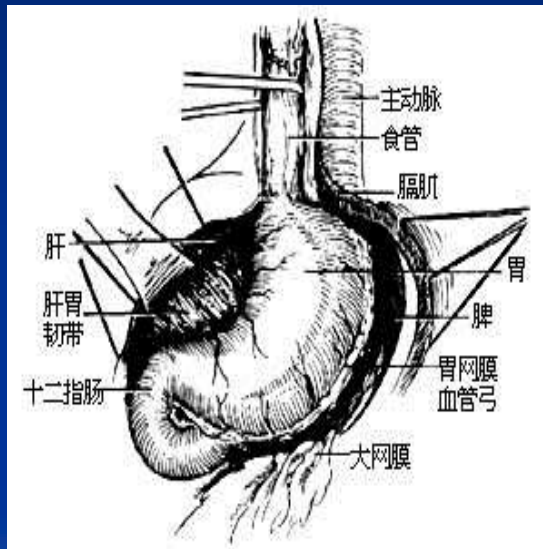
分离主动脉弓下部分



从上、下缘分离主动脉弓后食管

经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管胃吻合术

分离胃底

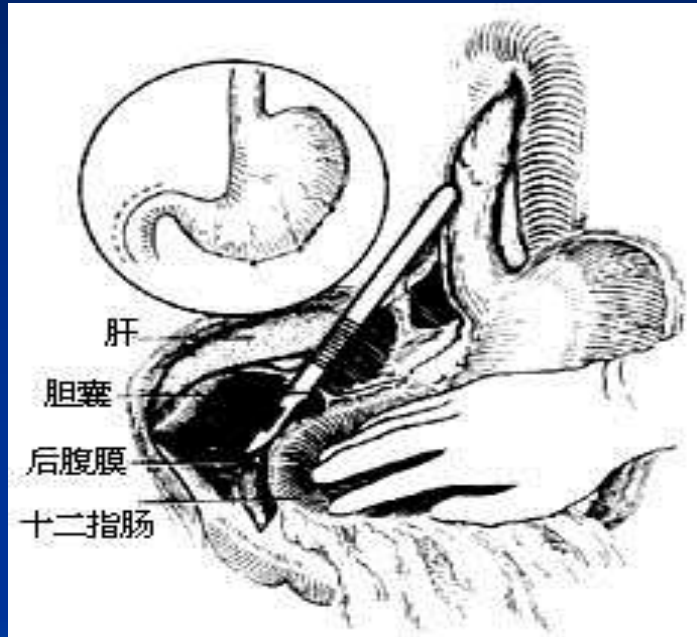


分离大网膜及胃脾韧带，
保留胃网膜动脉弓

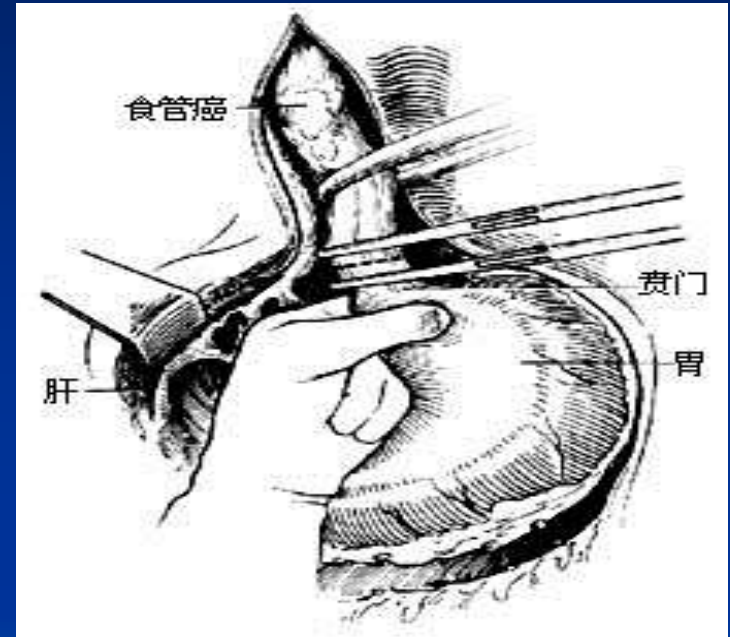
钳夹、切断、缝
扎胃左动、静脉

分离大、小弯后，
胃的血液供应

经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管 胃吻合术



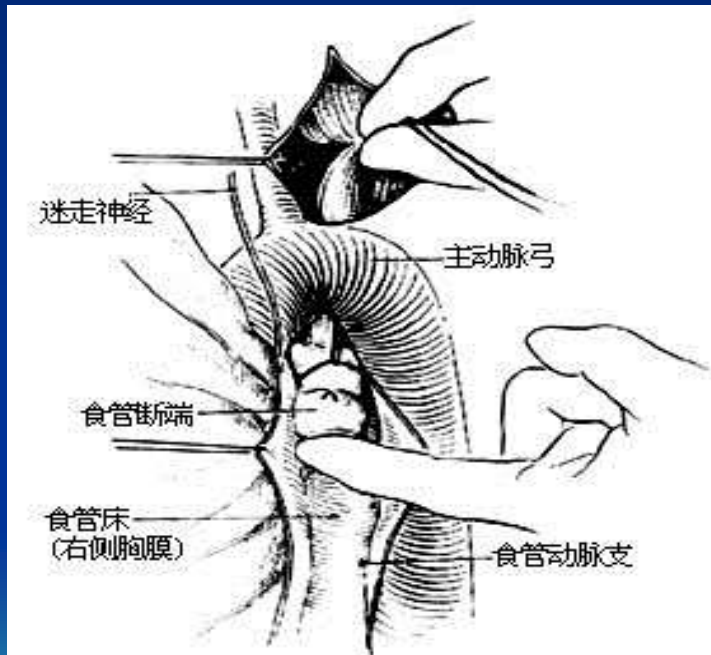
切开十二指肠降
部外侧腹膜



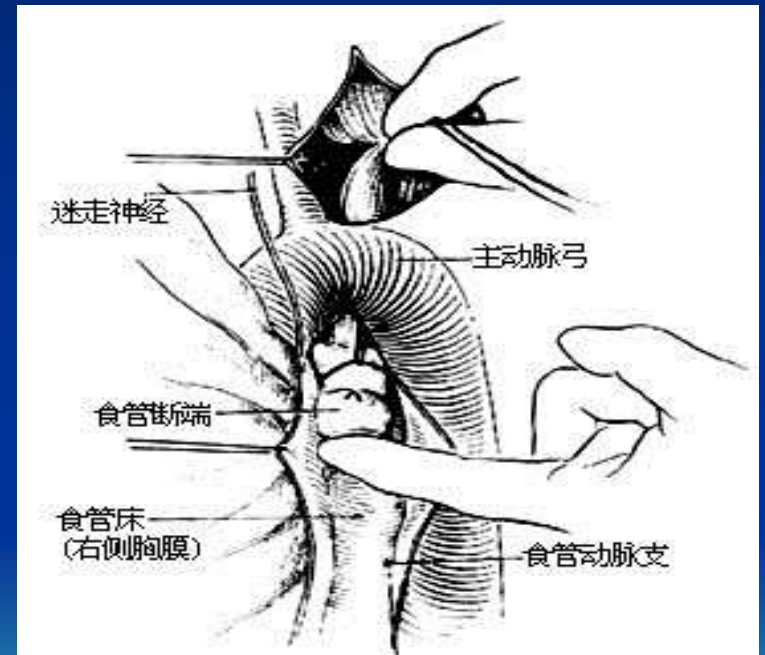
钳间切断贲门

经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管胃吻合术

断端缝合



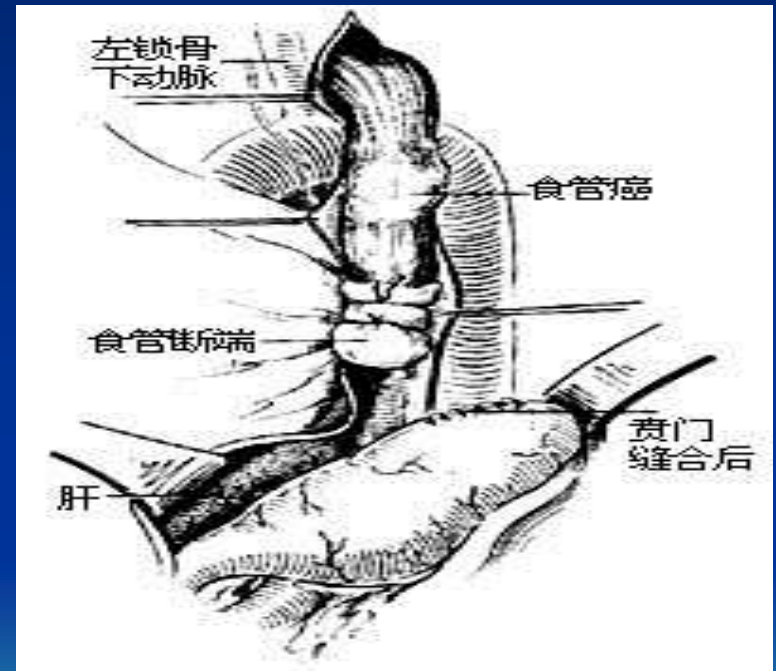
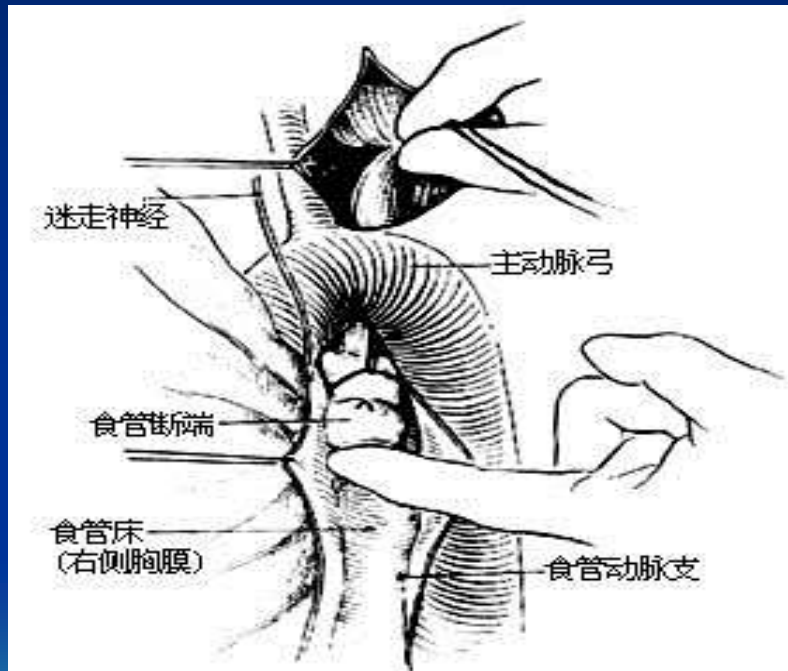
断端作褥式缝合



加内翻缝合

经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管胃吻合术

食管转移

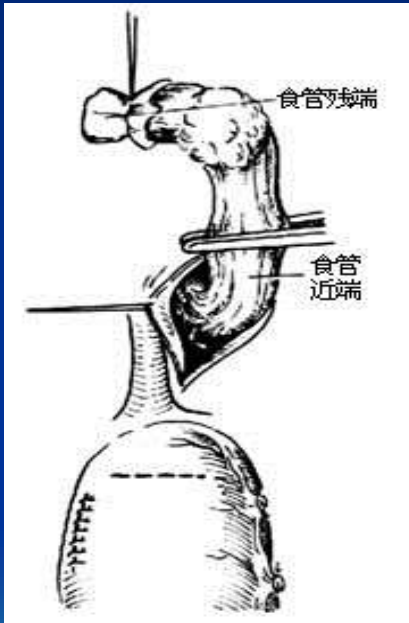


将食管断端经主动脉弓后方上提

食管断端移到主动脉弓前

经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管胃吻合术

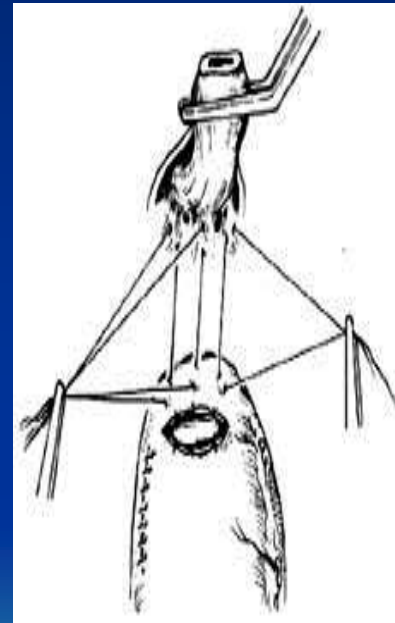
食管胃吻合、包埋缝缩术



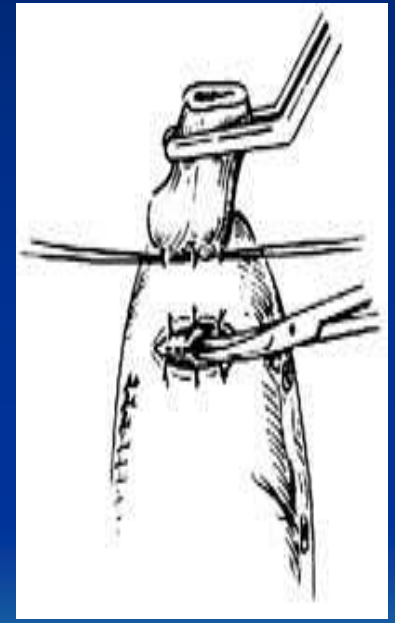
准备食管胃吻合



切开胃底浆肌层，缝扎粘膜下血管

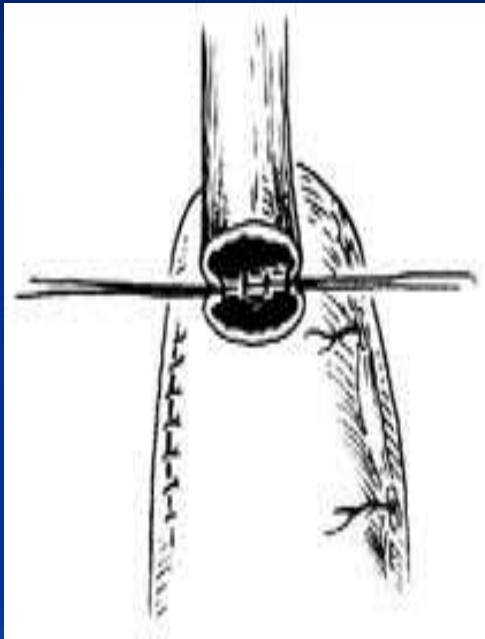


后壁外层褥式缝两端留线牵引

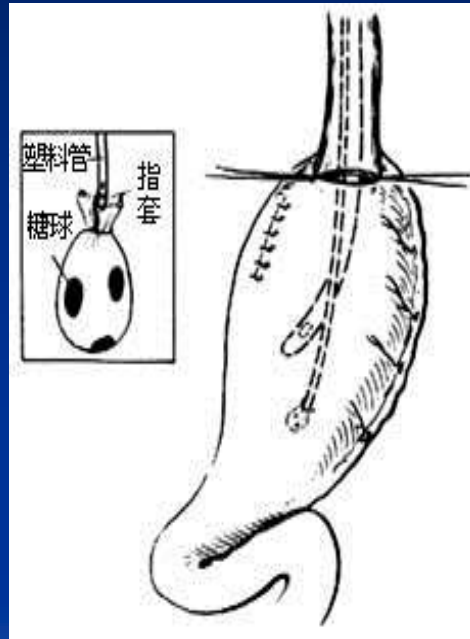


剪开胃底切口的粘膜

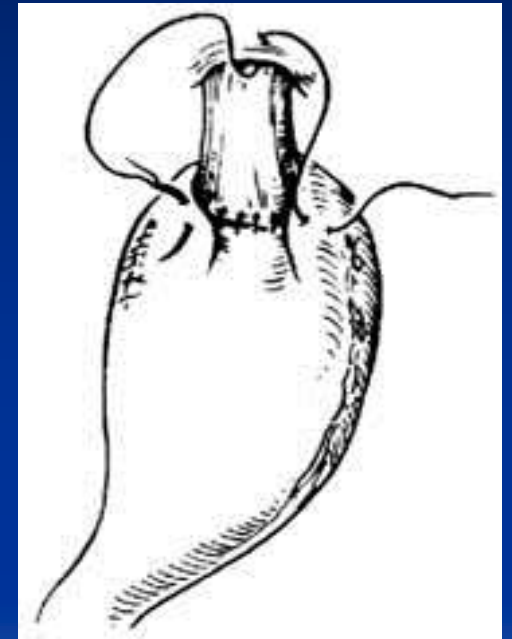
经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管胃吻合术



后壁内层全层间断缝合

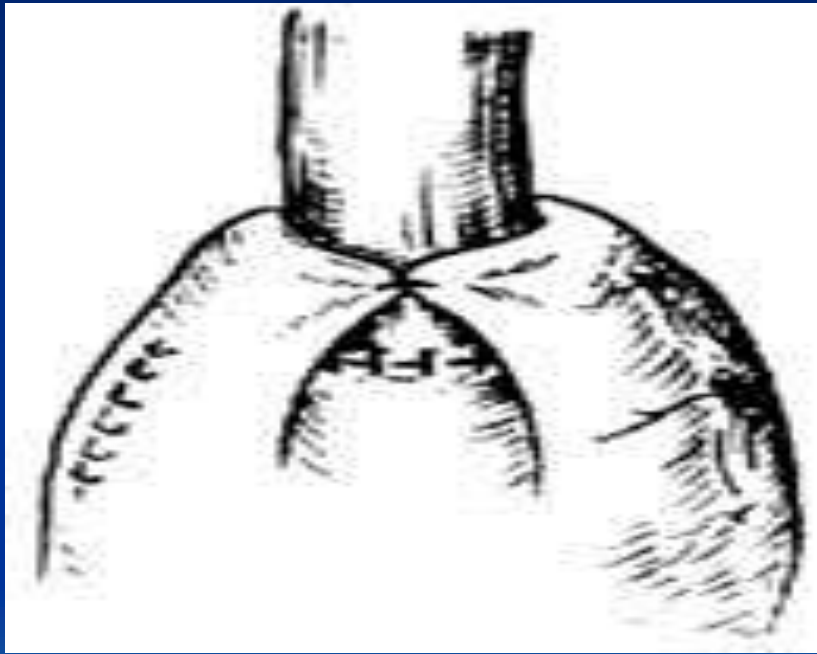


将胃管及十二指肠管送进胃内

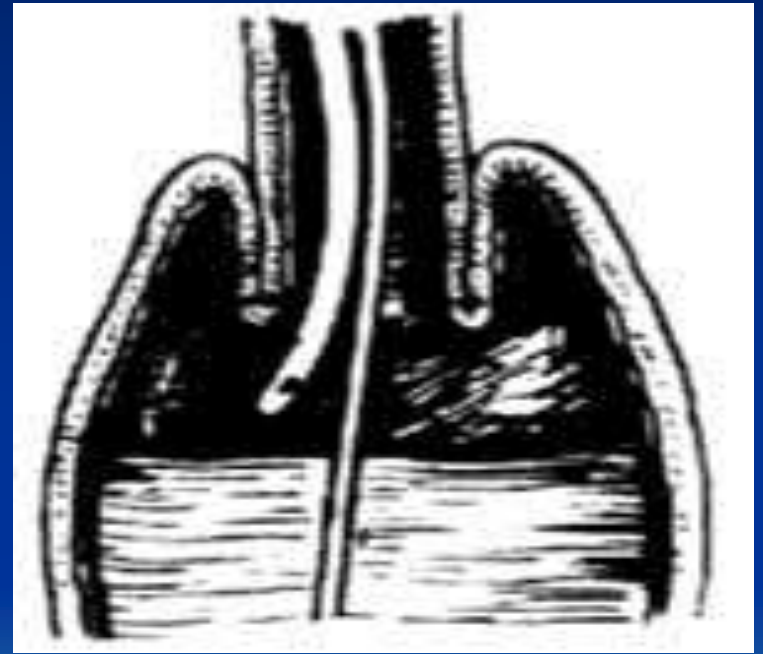


前壁内层全层间断缝合

经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管胃吻合术



胃体沿小弯折叠缝缩成管形

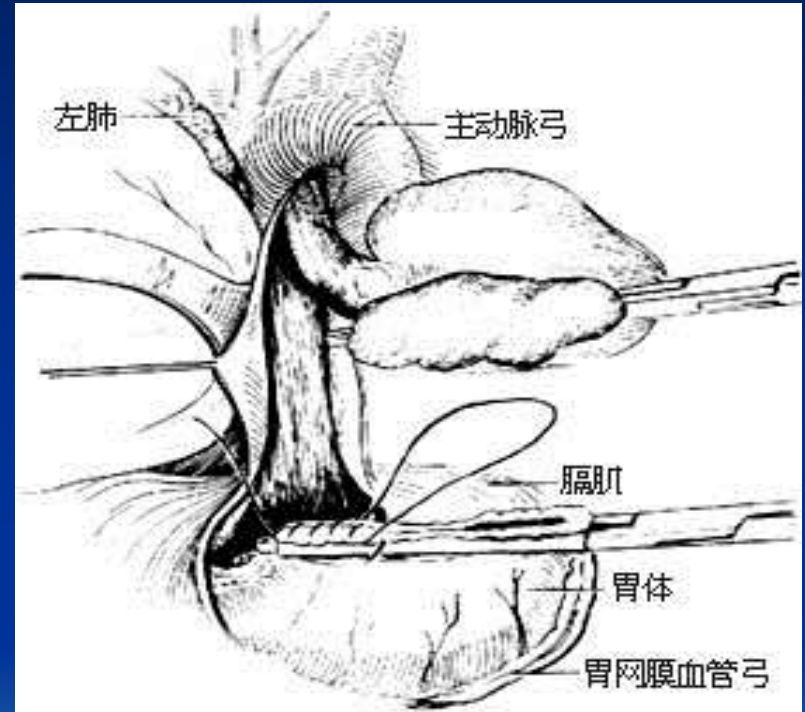


吻合口纵切面示吻合部的食管胃壁有防止返流的瓣膜作用

经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管胃吻合术

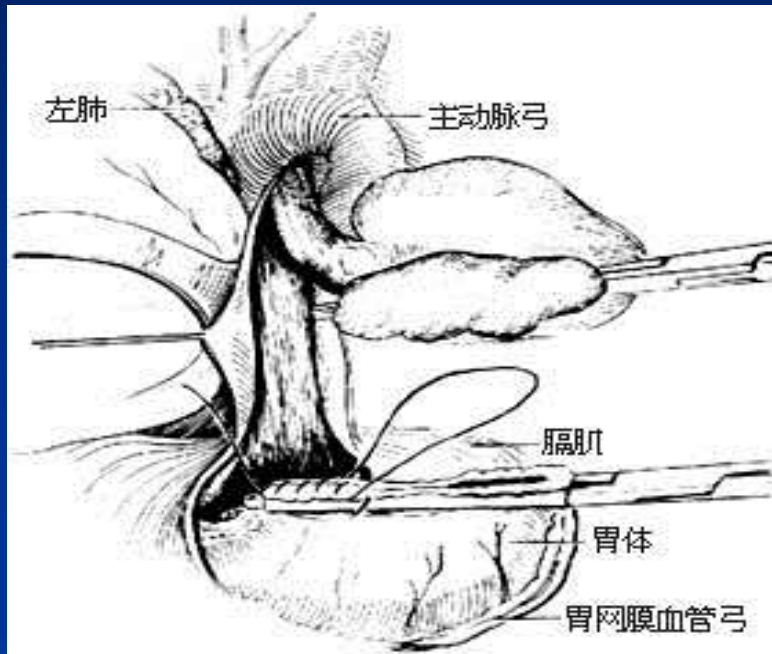


贲门癌切除范围

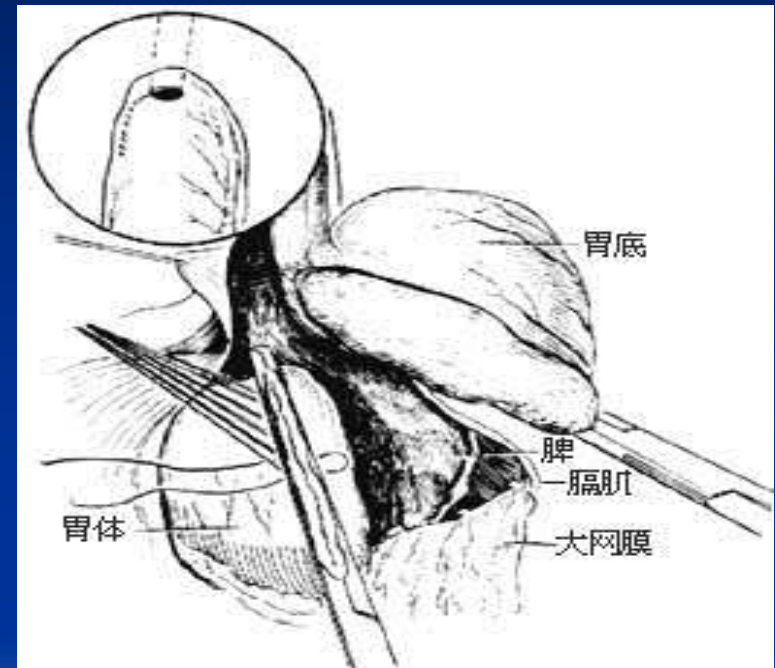


在肿瘤下5cm处切断胃体

经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管胃吻合术



留大弯侧3cm外，在肠钳上
两层连续缝合胃断面全层

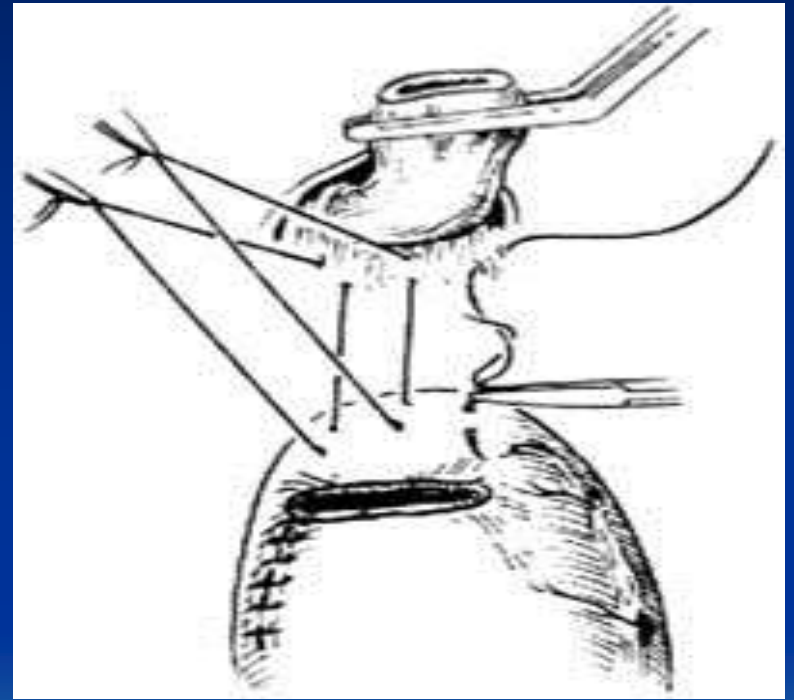


如用胃钳，则在钳下作间断
褥式缝合，留大弯3cm以备
吻合

经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管胃吻合术

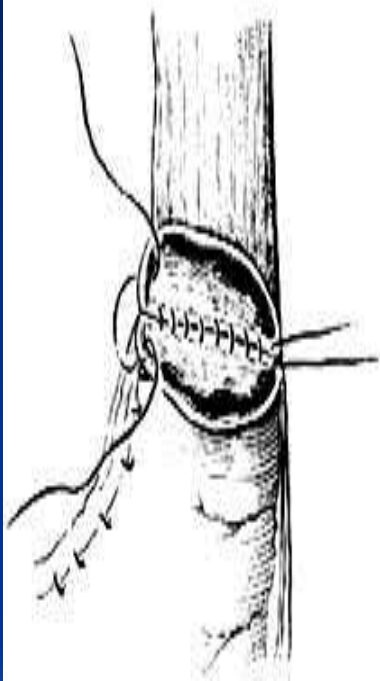


褥式缝合上加浆肌层间断缝合，残胃呈管形

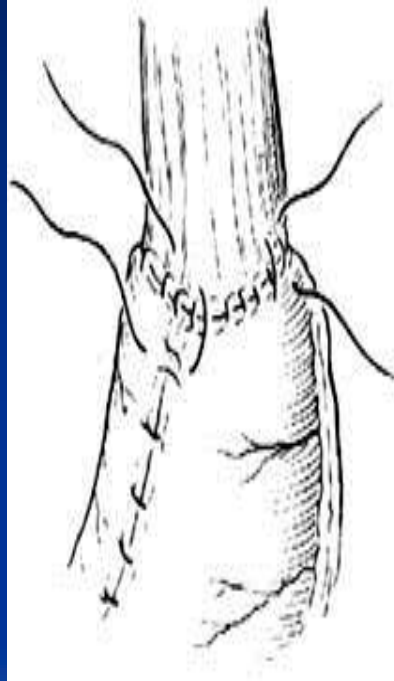


食管残端与胃切口作后壁第1排缝线

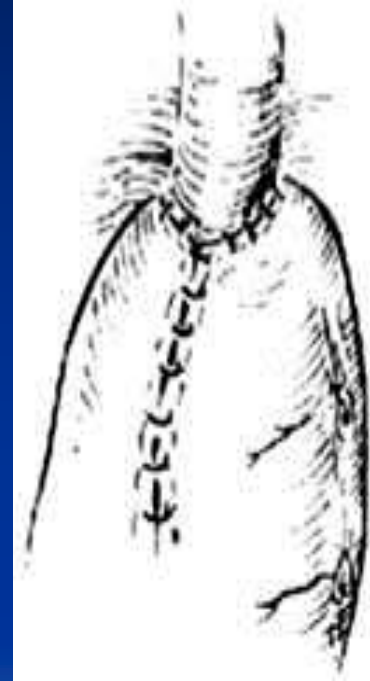
经左胸食管癌切除胸内主动脉弓上食管胃吻合术



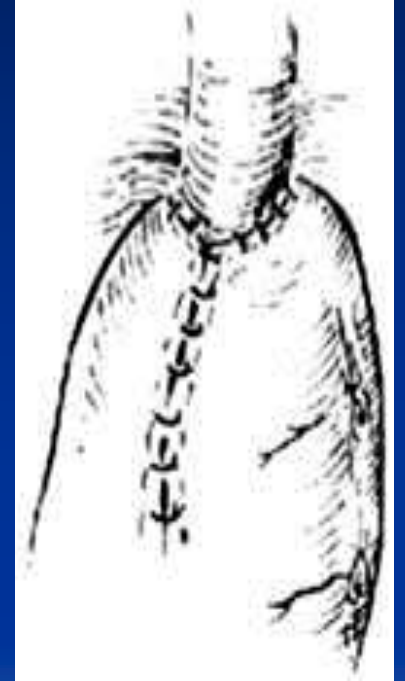
后壁内层全层
间断缝合



前壁全层间断
褥式缝合



用示指将吻合
口推入胃内



食管套入胃内
约3~4cm，作
间断缝合固定

手术方法

二、经左胸食管切除及食管胃颈部吻合术

三、经右胸食管切除及食管胃右颈部吻合术

四、食管癌切除及结肠移植食管重建术



手术方法

五、不开胸食管切除术

经裂孔食管切除术

胸腔内食管内粘膜拉脱术

食管内拔脱术



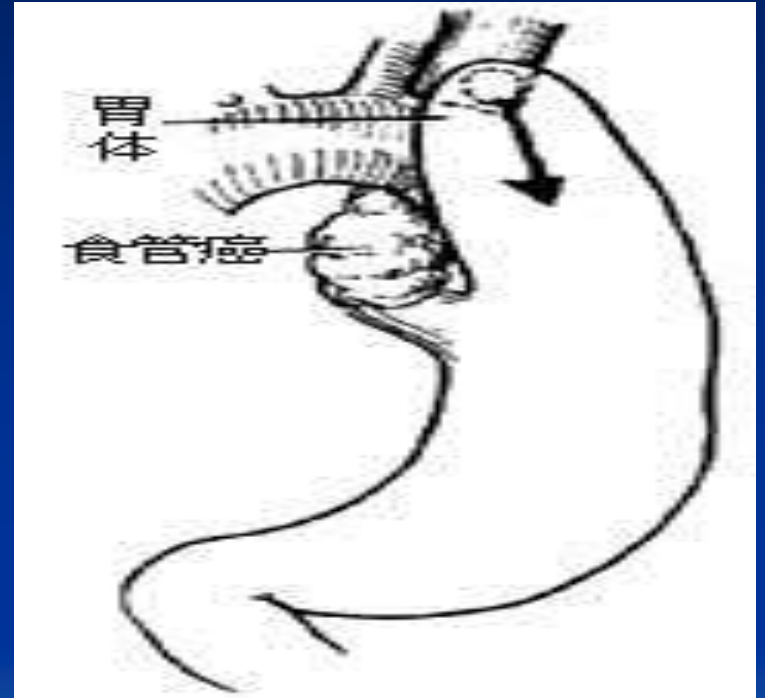
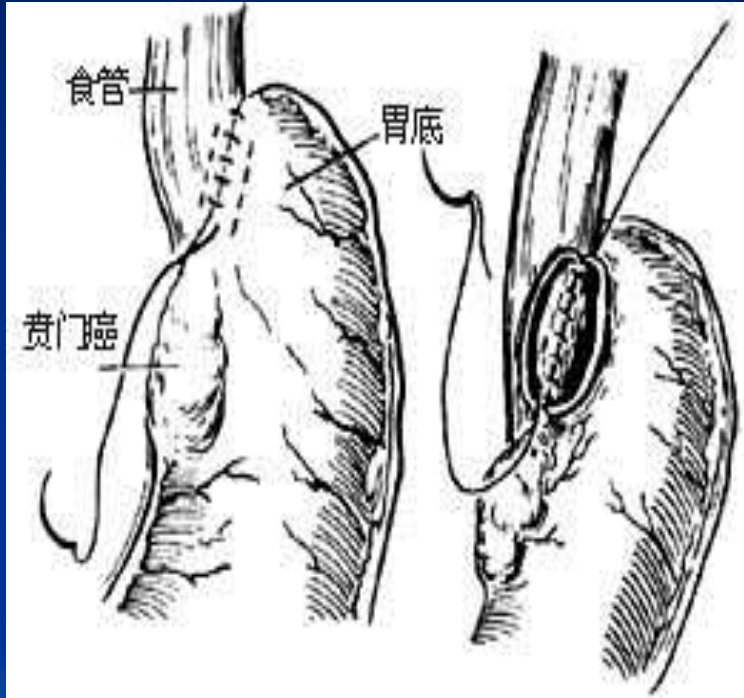
手术方法

六、胸腔镜下食管切除术

七、姑息性手术



食管癌姑息手术

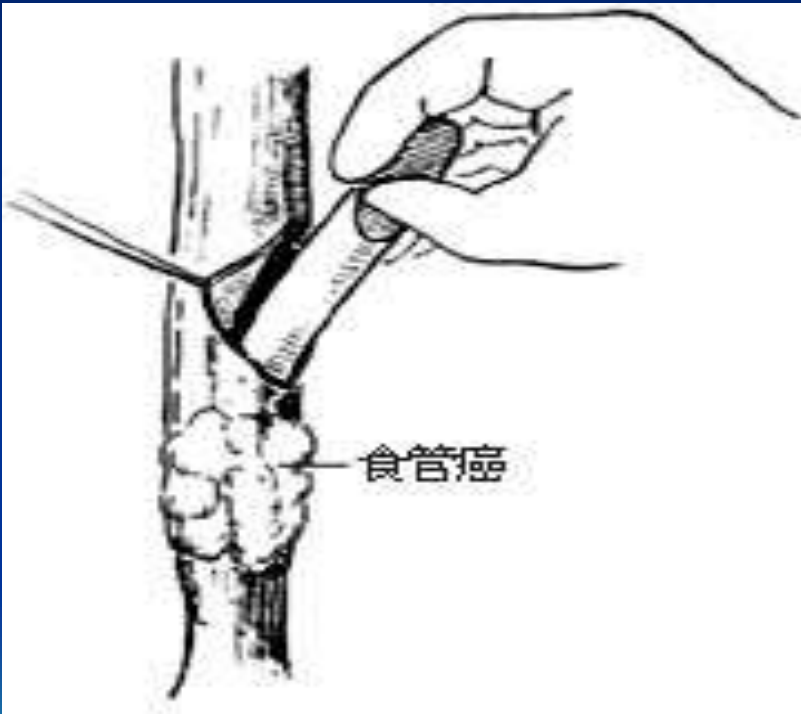


食管胃底侧侧吻合术

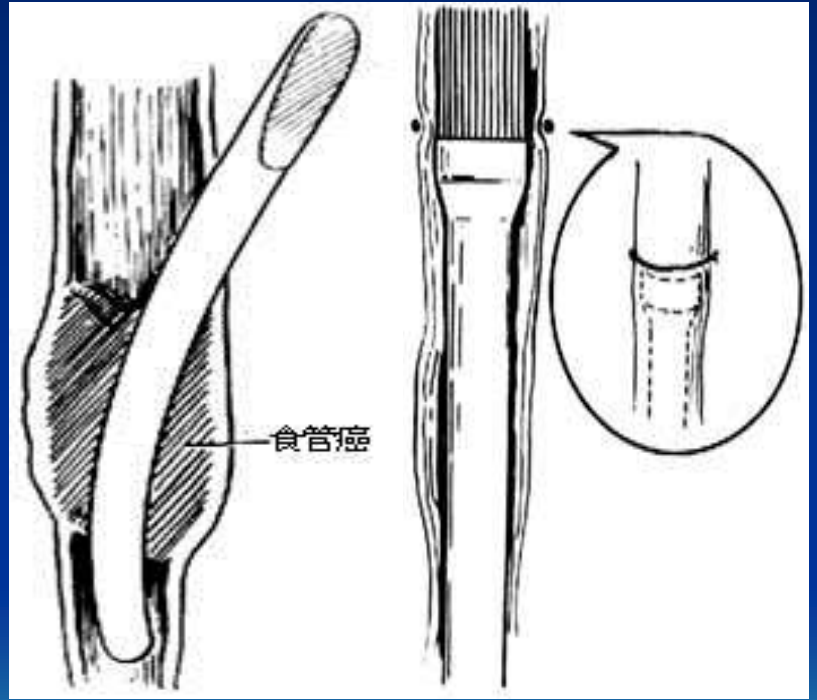
食管胃体侧侧吻合术

食管癌姑息手术

食管腔内置管术



开胸置管



扩张食管腔；切开食管，
置入扩张器

术后处理

- 1.同其他开胸手术后处理
- 2.胃管持续吸引
- 3.术后第1、2日，每日补液约2,500ml。48小时后经营养管缓慢滴入营养液1,000~1,500ml，不足部分由静脉输入补充；如无不良反应，第4日以后可给足量3,000ml左右（开始1~2日的营养液只能用葡萄糖及维生素，以后可逐步改为豆浆、米汤及乳类）
- 4.自第5日开始口服糖水、米汤、豆浆及乳类，每小时60ml，以后逐日增加，直至每小时200ml。第9日后可进半流质饮食，术后2周可进少量多餐的普通饮食
- 5.吻合口瘘是食管手术后的严重并发症，也是其死亡的主要原因，应积极预防

手术并发症

- (一)肺部并发症
- (二)吻合口瘘
- (三)主动脉吻合部瘘
- (四)吻合口狭窄
- (五)术后脓胸
- (六)乳糜胸
- (七)喉返神经受损
- (八)移植胃扭转
- (九)术后膈疝

术后一般处理

- 术后第1日始协助病人作深呼吸运动及咳痰
- 术后伤口疼痛是咳嗽排痰的主要障碍，应给予必要的镇痛剂
- 保持胸腔引流管的通畅，观察胸腔引流装置情况
- 抗生素的应用
- 术后输液及营养

放射治疗

- 根治性放疗
- 姑息性放疗



放射治疗照射方法

- 体外照射
- 腔内照射
- 术前放疗
- 术后放疗

放射治疗

单纯放疗： 五年生存率上段8-16%

术前放疗： 使癌肿及转移的淋巴结缩小，周围小的血管和小的淋巴管闭塞提高手术切除率，减少手术中播散

术后放疗： 术中切除不彻底者

放射治疗

术前放疗

目的在于提高手术切除率，并减少术中操作可能引起的癌细胞播散，剂量应控制在40~60Gy之间，手术时间宜于放疗后4—8周进行

术后放疗

对于手术未能将肿瘤病灶彻底切除干净或吻合口残端阳性的病例，术后辅助放疗有助于加强局部控制，减少局部复发机会，从而提高生活质。

放射治疗

- 早期食管癌不论手术还是放疗，多数都有可能治愈
- 病变较长或外侵明显的病灶，可行术前放疗
- 术后放疗的价值暂还没有定论

辅助化疗

- 食管癌和贲门的新辅助化疗
- 术后化疗
- 同期放化疗

食管癌和贲门的新辅助化疗

在肿瘤负荷较小时进行化疗有利于增加化疗的有效率，减少耐药的发生；

在术前患者耐受性较好时，给药可以用较大的剂量以达到更好的治疗效果；

有助于提高根治性切除率，改善对肿瘤局部的控制，可针对食管癌早期易发生转移的特点，治疗可能已经存在的隐匿性微转移。



术后化疗

常用方案

DF方案

DDP 30mg/m ivp d1-2

5-FU 500mg/m ivp d1-5

BVD方案

NP方案

DDP 30mg/m ivp d1-2

NVB 30mg/m iv d1,5



同期放化疗

放化疗同时进行理论上可以兼顾肿瘤局部和可能存在的微转移灶；

具有增加肿瘤细胞对放疗之敏感性的作用，同期使用可加强局部控制的力度，减少放疗剂量以降低毒副反应，提高治疗的依从性和疗效。

同期放化疗临床试验结果

化疗方案	放疗剂量 Gy	病例数	总有效率%(完全缓解率%)	生存率
5FU+MMC ^[20]	30	30	/ (20)	30 (3年)
5FU+DDP ^[21]	30	106	/ (17)	16 (3年)
5FU+DDP ^[22]	30	41	/ (20)	8 (3年)
5FU+DDP+VLB ^[23]	37.5—45	43	42 (24)	34 (5年)
5FU ^[24]	49	24	41 (8)	33 (5年)

DDP—顺铂；5FU—氟脲嘧啶；MMC—丝裂霉素；VLB—长春碱。

其他治疗

食管癌的内镜治疗

内镜下食管扩张术和内镜下食管腔内置管术

食管癌的内镜激光治疗

食管癌的光动力学治疗

内镜下食管癌粘膜切除术

内镜局部注射抗癌药物

内镜微波治疗



其他治疗

食管癌的介入治疗

经导管动脉化疗栓塞术

食管球囊成形术

食管内支架置入术

心理治疗

配合药物进行积极心理行为治疗

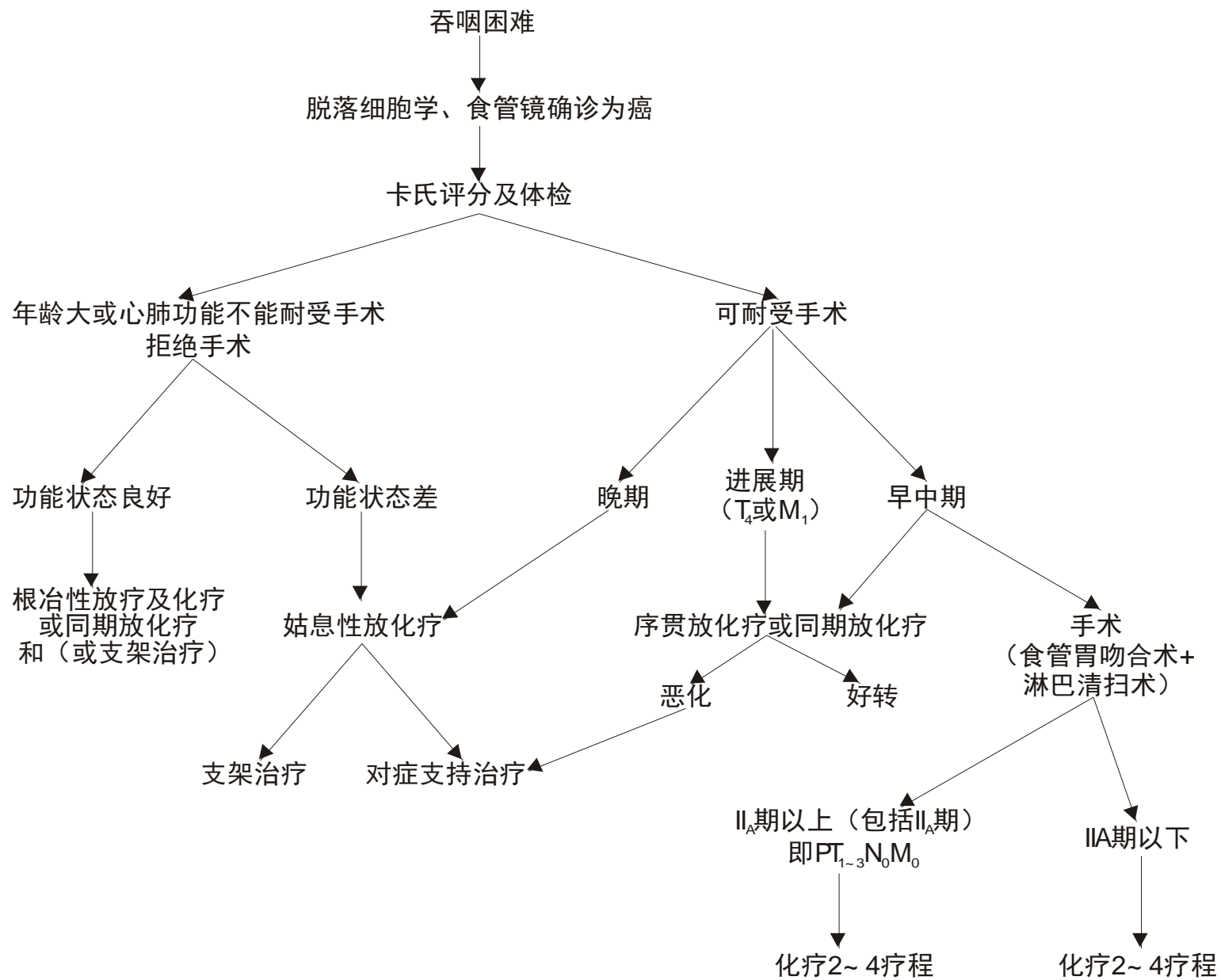


治疗展望

- 综上所述，对食管癌的治疗已由原先单纯依赖手术或放疗的传统模式逐步演变为根据患者的全身状况和肿瘤分期选择最为合适的治疗手段，并依靠多种方式的综合治疗以加强对肿瘤局部的控制，减少复发，提高生活质量，并争取使患者的长期生存获得改善。

食管癌和贲门癌课堂回顾

- 概述（流行病学）
- 食管的解剖（长度、生理狭窄、血供、静脉回流、淋巴引流）
- 病理（好发部位、病理分型、细胞学分型）
- 扩散与转移
- 临床分期
- 临床表现（食管癌的早期、中期、晚期症状、贲门癌的症状学）
- 诊断（体格检查、实验室、X射线、细胞学、食管镜、其他辅助检查）
- 鉴别诊断（食管炎、食管憩室、食管静脉曲张、贲门失弛缓症、功能性吞咽困难、外压性食管梗阻）
- 治疗
 - 外科治疗（原则、手术方法、术后处理、并发症）
 - 放射治疗（根治、姑息性；体外、腔内照射；术前、术后放疗）
 - 辅助化疗（新辅助化疗、术后化疗、同期放化疗）
 - 其他治疗（内镜治疗、介入治疗、心理治疗）



Any question ?



谢谢!

