2013 年中国肿瘤登记年报显示，食管癌是我国高发恶性肿瘤，发病率和死亡率居男性恶性肿瘤第四位，女性第六位，农村高于城市，男性高于女性。全球约 70% 的食管癌发生在中国，征服食管癌是中国科学家的历史任务。本期，本报特邀国内食管癌领域的专家，从中国食管癌临床流行病学与病因学研究、食管癌放疗患者肠内营养专家共识、局限期食管小细胞癌的淋巴结转移规律及其影响因素、新版 WHO 食管肿瘤分类中的变化、新辅助放化疗对局部进展期食管鳞癌疗效的影响等方面进行了讨论，为广大临床工作者提供参考。

全球七成食管癌患者在中国

食管癌有显著地域差异 遗传因素是关键

研究涵盖 95% 以上高发区 收集 4 万例生物样品 完成 15 万例患者 40 年随访

▲ 河南省食管癌重点开放实验室 王立东

王立东 教授

中国食管癌临床流行病学与病因学研究显示，显著的地域性分布差异是食管癌临床流行病学突出特征之一，食管癌具有明显的家族聚集现象。

食管鳞癌极具中国特色，西方国家研究成果借鉴共享较少，建立基于中国人多中心大样本分析的诊断和防治标准十分迫切，是中国政府和学者的历史责任。其中环境和遗传因素交互作用是导致食管癌发病风险的重要基础。

食管癌临床流行病学与病因学的研究中克服了重重困难，取得了一定成果，20 年间，笔者团队走访了 400 余家医院，涉及河南、河北、山西、陕西、新疆、云南、吉林等 13 个省，几乎涵盖中国 95% 以上食管癌高发区，进行治疗和临床相关信息收集、核对。

近 4 万名研究生、医学本科生、各级市、县及乡镇医疗机构负责人等参与资料库的建设。比较特色（少见或罕见）的食管癌资料库有同卵双胞胎病例，进行了河南卫辉、陕西咸阳肿瘤双胞胎流调及四川渠县贵福乡双发食管癌双胞胎流调等。

共收集了 4 万例食管癌生物样品。先后走访 12 万个自然村、200 余个县、市和 4000 余个乡镇，已完成 15 万例患者 1973-2014 年间的随访。

林州居民迁徙到山西长治市 100 年后，生活习惯、环境已发生巨大变化，几乎与山西当地居民相同。但食管癌和癌前病变检出率仍与林州当地居民相似，说明地理环境因素未明显影响食管癌前病变和癌的发生率，提示遗传因素对食管癌变起重要作用。

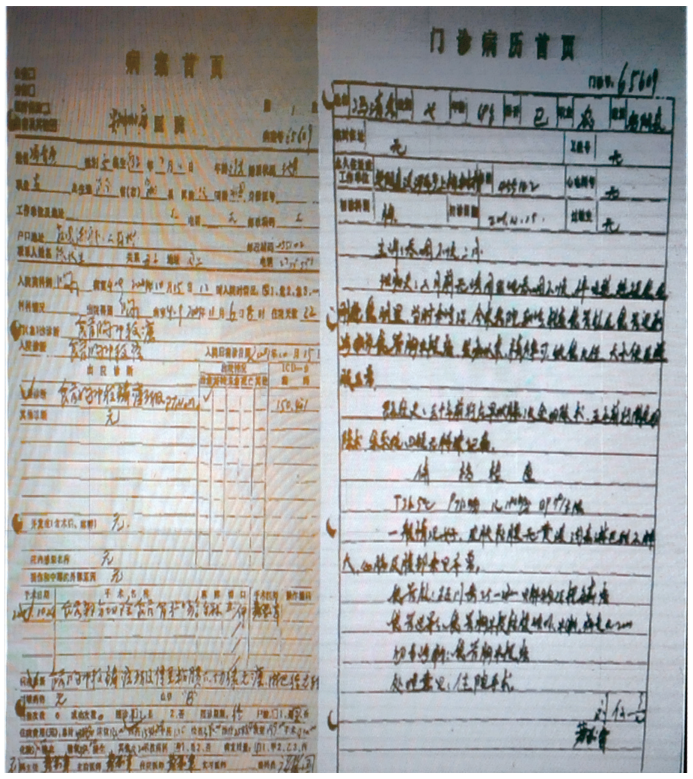
南澳县是一个位于广东汕头市东北方向 38 公里的小岛。由于交通不便，形成自然隔离人群。历史考察该岛人群为中原移民后裔，苏敏等学者将南澳县食管癌、贲门癌中国人口标化发病率与中原食管癌、贲门癌高发区林州市和磁县进行比较发现：南澳县居民与当地人的饮食及生活习惯基本相似，但该人群食管癌、贲门癌标化发病率与林州市、磁县基本一致。

不论在太行山区还是在南海海岛，地理环境巨大变化似乎对食管癌发病率不起作用。基因变异所决定的遗传易感性和可能致癌的饮食及生活环境因素二者交互作用可能是导致食管癌高发的原因。

随访中发现有 7800 例中晚期超长期（≥ 10 年）生存患者，其中安阳林州普查有超长期生存患者（≥ 20 年），分析这些患者特征对研究影响食管癌生存期显著差异的机制具有重要意义。

食管癌患者左、右开胸术的争论由来已久，对于食管癌患者左右开胸术后生存期比较，收集到的这些病例提供了重要的数据来源。

林县人 50 年前的期盼是“水通！路通！食管通！”，对中国食管癌进行临床流行病学与病因学研究具有重要意义。



↑研究中收集的“瑰宝”－医院旧病例

→研究者从成包的病例中，整理所需信息

首部食管癌放疗患者肠内营养专家共识发布

实现肠内营养全过程管理

▲ 中山大学附属第一医院胃肠胰外科 石汉平

近日，由李涛教授、石汉平教授等发起，根据我国目前已经实施并卓有成效的食管癌放疗患者肠内营养的经验和方法，同时结合美国、欧洲及我国最新肿瘤肠内营养指南，发布了我国"食管癌放疗患者肠内营养专家共识"，填补了目前国内外食管癌及食管癌放疗患者肠内营养共识和指南的空白。（肿瘤代谢与营养电子杂志 .2015 年 12 月第 4 期）

石汉平 教授

食管癌患者营养不良率居首位

由于食管特殊的解剖和生理功能，食管癌患者营养不良发生率高，居所有恶性肿瘤第一位。食管癌患者营养不良的发生原因及机制很复杂，主要包括肿瘤本身的因素以及治疗相关因素。放疗是食管癌综合治疗的主要手段，接受放疗的食管癌患者可能会发生不同程度的放射性食管炎、放射性肺炎等并发症，导致吞咽疼痛、厌食、恐惧进食、咳嗽等症状，在一定程度上导致或加重营养不良发生。

营养不良会增加食管癌放疗患者的放疗不良反应，降低治疗疗效。肠内营养可以明显降低食管癌放疗患者体重下降的发生率，缩短住院时间，改善生活质量，提高治疗疗效，是食管癌综合治疗的重要手段，目前受到越来越多的重视。

共识推荐七大意见

营养评估和综合测定 所有食管癌放疗患者入院后均应行营养状况评估和综合测定。营养状况评估采用患者主观整体评估（PG-SGA）量表，在入院后 24 h 内完成。营养综合测定在入院后 72 h 内完成。（1 类）

适应证 没有证据显示肠内营养会促进肿瘤生长，但是，肠内营养也不常规推荐用于所有食管癌放疗患者。食管癌放疗患者肠内营养的适应证有：中－重度吞咽梗阻、1 个月内体重下降 5% 以上、体质指数（BMI）＜ 18.5 kg/m^2、PG-SGA ≥ 4 分、口服进食量少于正常需要量 60% 达到 3~5d 以上，且胃肠道有消化吸收功能的患者需要在放疗同时联合肠内营养支持治疗。（2A 类）

肠内营养途径 肠内营养首选口服营养补充（ONS），当口服不能满足目标营养需要量时，行管饲喂养。管饲首选经鼻置入鼻胃管或鼻肠管。如肠内营养时间需超过 30 d 的患者，可以考虑行经皮内镜下胃造瘘术 / 空肠造瘘术（PEG/PEJ）。部分食管癌患者，肿瘤堵塞管腔导致鼻饲管或 PEG/PEJ 无法安置时，采取手术下胃或空肠造瘘。（1 类）

能量供给 食管癌放疗患者每日推荐的能量总量为 25~30 kcal/kg，蛋白质需求总量 1.5~2.0 g/kg。建议给予高蛋白质、高脂肪（富含 ω-3 多不饱和脂肪酸）、低碳水化合物的肠内营养配方。（2B 类）

定期疗效评价 食管癌放疗患者肠内营养过程中，需定期进行疗效评价，评价指标有快速反应指标、中速反应指标和慢速反应指标。（2A 类）

动态调整方案 在疗效评价基础上，结合患者营养状况（特别是体重）、吞咽梗阻、吞咽疼痛、进食量及饮食结构等的变化，对患者肠内营养的途径，营养需求和营养素的构成比例进行动态调整。（2B 类）

严格质量控制 食管癌放疗患者肠内营养的全过程均需要进行严格的质量控制。质量控制需要医生、护士、患者 / 家属共同参与，采用三级质控，以确保肠内营养足质、足量的执行。（2A 类）

（下转第 22 版）

21.indd 1 2016/1/13 2:06:43