

外科与内镜治疗食管癌利弊谈



食管癌是常见的消化道肿瘤，发病年龄多在 40 岁以上，其典型症状为进行性咽下困难。据 2018 年全球癌症统计报告，我国是食管癌高发地区之一，患病率和死亡率均居全球第 5 位。大多数食管癌确诊时已进展至中晚期，手术效果不佳，因此，食管癌的早诊早治意义重大。临床中，根据不同的分期与适应证，可选择不同的治疗手段以提高疗效，减少并发症。



扫一扫
关联阅读全文

早期食管癌外科与内镜疗效相当

▲江苏省人民医院消化内镜科 王敏

随着内镜技术的飞速发展及无痛胃镜的广泛应用，越来越多的早期食管病变可通过内镜下治疗。内镜下微创治疗可保留消化道固有解剖生理结构，并且可将病变完整大块切除。有研究指出，外科手术和内镜下治疗早期食管癌的疗效相当，而后者更为精准微创，恢复期更短。目前常见的内镜下治疗手段包括内镜下黏膜切除术（EMR）、内镜黏膜下剥离术（ESD）、射频治疗（RFA）等。其中，ESD 已成为治疗早期食管癌及癌前病变的首选方式。

内镜下黏膜切除术

EMR 最早由切除结肠息肉的方法发展而来，逐渐推广至治疗早期食管癌及胃癌。日本食管协会制定的食管 EMR 的绝对适应证为不超过黏膜肌层，范围 < 2/3 周，< 3 cm 且数目 < 3 ~ 4 个病灶。但是 EMR 对于范围 > 2 cm 的病变需采取分片黏膜切除术（EPMR）。与 ESD 相比，EPMR 手术时间短，并发症少，操作简单，但难以获得完整的组织学病理，影响术后病理评估，且复发率较高，因此目前不作为首选方法推荐。

内镜黏膜下剥离术

由于 EMR 在切除较大病变上的限制，ESD 技术应运而生。我国早期食管癌治疗中 ESD 的适应证为：（1）> 1.5 cm 食管



王敏 副主任医师

高级别瘤变；（2）病变浸润深度局限于 M1、M2、M3 或 SM1，且临床上没有血管及淋巴管侵犯证据的高、中分化鳞癌；（3）Barrett 食管伴有不典型增生及瘤变；（4）对于不能耐受或拒绝手术的高龄患者，浸润深度超过 SM1 或低分化食管癌可以进行姑息性 ESD 术，需结合术后放疗。对于未分化小细胞癌，可行诊断性 ESD 术，术后需立即放疗。

同时，对于长段的早期食管癌病变，内镜下采用圈套器辅助法，有助于缩短 ESD 手术时间；对于环周的食管早癌，可采用令狐恩强的消化内镜黏膜下隧道剥离法，更快捷、简单、安全地完成手术。

ESD 主要并发症为食管狭窄。研究表明，ESD 可完整块切除，得到完整的组织学病理，目前被公认是治疗早期食管癌的首选方法。

范志宁团队近来研究发现，对于环周病变 ESD 术后导致的狭窄，采用正常食管自体黏膜移植的方法，可以明显减少食管狭窄的范围和扩张的频率。

射频治疗

RFA 是通过消融导管发射的电磁波的热能作用于病灶黏膜，使黏膜组织变性、坏死，从而达到治疗早期食管癌及癌前病变的目的，该方法可用于治疗范围较大或累及食管全周的病变，更适用于高龄及严重心肺功能不全的患者。优势在于其热能可将治疗深度局限于黏膜层，减少了穿孔及狭窄的发生率，缺点在于缺乏完整的术后病理评估。在欧美国家，其有效性及安全性均已得到证实，是 Barrett 食管合并异型增生的标准治疗方式之一。

外科治疗仍是进展期食管癌首选方法

▲江苏省人民医院胸外科 骆金华

食管癌在临床上分早期和进展期，生活中有较为明显症状而确诊患者多属进展期，手术仍是首选的治疗方法。由于分期手段、计算机技术、微创理念和机器人

技术的迅速发展，现代食管外科迎来了新的发展机遇。我国食管癌外科手术治疗处于国际领先水平，切除率为 90% 以上，死亡率低于 3.5%，5 年生存率达 30.0%~55.5%。



骆金华 教授

术前准确分期是外科治疗基础 与预后密切相关

X 线钡餐造影	进展期食管癌患者最易接受的检查方法，内镜依然不能取代 X 线钡透；
内镜及超声内镜（EUS）检查	确诊食管癌及肿瘤浸润深度，区别病变部位在食管壁内还是壁外，并明确转移程度；
CT 检查	判断食管癌是否侵及周围组织如气管、支气管、心包、纵隔等，及有无淋巴转移；
超声、MRI、PET-CT	对判定淋巴结转移、肿瘤远处转移具有相当优势。

手术入路的三个选择

经左胸入路（Sweet 术式）；
经右胸入路，包括经上腹游离胃，右胸食管癌切除，食管-胃右胸内吻合术（Ivor Lewis 术式）；经右胸切除食管癌，上腹游离胃，食管-胃-左颈吻合（McKeown 术式）；
非开胸食管裂孔食管钝性剥离术和食管内翻拔脱术，适用对于心肺功能欠佳，年龄偏大，不能耐受胸部手术患者。

微创治疗适应证扩大

传统的开放手术切口长、创伤大、术后恢复慢、并发症较高。近 10 年来随着微创设备和技术的进步，食管癌微创（MIE）技术取得突飞猛进发展。手术适应证由早期食管癌逐步应用到进展期食管癌外科治疗。目前，MIE 手术完全可以达到与开放手术相同效果已是广泛的共识，在淋巴结清扫等方面甚至优于开放手术。另外，机器人技术近年来也不断应用于微创外科领域，达芬奇外科手术系统，具有三维立体图像、10 倍率放大的手术视野以

及 7 个自由度内腕样灵活的手术器械，实现了手术的高度灵巧性和稳定性，克服了手术二维视觉及操作自由度受限的缺陷。因该设备费用高昂制约了其推广应用。

以手术为主的综合治疗

手术是治疗食管癌的主要手段，但局部晚期食管癌患者的预后不佳。食管癌患者新辅助治疗（术前放化疗和术前化疗）能否生存获益仍有争议，但部分患者经过治疗可以降低手术 R0 切除率。

随着各种先进诊疗手段的普及，进展期食管癌术前分期的准确性越来越高，外科治疗技术的发展趋向微创化、精准化、规范化，因此也需要食管癌外科医生不断更新理念，勇于探索新知识、新技术，总结经验，提高我国食管癌的诊疗水平。

内镜在晚期食管癌并发症治疗中的优势

▲江苏省人民医院消化内镜科 范志宁



范志宁 教授

我国是食管癌高发的重灾区，大多数食管癌在确诊时已是中晚期。不管是手术还是放化疗，都有可能出现并发症食管狭窄和食管瘘。研究表明，大部分食管癌患者的主要死亡原因是长期营养不良，而非肿瘤复发转移。内镜下治疗为延长患者的生命带来了曙光。

良性狭窄

食管狭窄发生率为 10%~40%，可分为良性狭窄及恶性狭窄。良性狭窄常见原因有术后吻合口狭窄、放疗后狭窄。传统内镜治疗是利用探条、球

囊进行扩张或再追加类固醇肌层注射，然而效果不理想。近年来范志宁团队研究发现，扩张后进行丝裂霉素或博来霉素肌层注射，能改善患者吞咽困难的状况，同时降低了患者扩张的频率。

恶性狭窄

食管恶性狭窄指晚期肿瘤或肿瘤复发形成狭窄，内镜下的主要治疗方式是进行支架的置入，维持生命通道。20 世纪 90 年代初，内镜下的支架操作繁复、抗弯曲性能差，同时由于支架都需进口，价格十分昂贵。国内 20 世纪 90 年代中期自主研发的单丝网状记忆合金支架，具有操作简便、抗弯曲性强且价格低廉的优点，获国内外专家认可。

食管瘘

食管瘘的发生率为 3%~40%，原因包括吻合

口愈合不良、放疗损伤、肿瘤溃烂等，大多数为食管气管瘘。传统的治疗方式是进行鼻胃管的置入或长期胃造瘘，因丧失了经口进食的常规途径，多数患者难以接受。

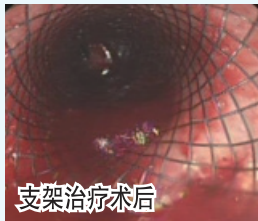
近年来，食管支架在良恶性瘘的治疗中已经逐渐取代鼻胃管及胃造瘘术。通过内镜下喷胶或各种缝合技术如钛夹、OTSC、overstitch 等对良

性食管瘘进行瘘口的封堵，促进瘘口的愈合，已经开始应用于临床。

目前，单丝网状记忆合金支架在国内外已广泛应用，其他新型支架的临床研究已经开始，如具有支撑及治疗功能的载药支架、可降解支架、纳米技术支架等。随着内镜技术的方兴未艾，晚期食管癌患者生命延长，生活质量得到进一步提高。



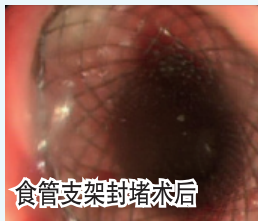
晚期食管癌狭窄



支架治疗术后



吻合口食管气管瘘



食管支架封堵术后

消化专栏编委会

栏目总编辑：张澍田

执行主编：

陈旻湖 侯晓华 贾继东
李 鹏 李兆申 姒健敏
唐承薇 杨云生 袁耀宗

主编助理：李 鹏

OLYMPUS