

# 有关“吃出来的癌症”——食管癌，你了解多少

胡芸海

成都市郫都区人民医院 四川 成都 611730

**摘要：**现如今人人闻“癌”色变，大众谈及最多的莫过于肺癌、胃癌、肝癌等，这些癌症发病率相对较高，但是近年来食管癌也逐渐出现在了人们的视野中，甚至食管癌在全部肿瘤中的发病率和致死率已经“名列前茅”，那么有关癌症你又了解多少？食管癌是由何产生？食管癌是不可治愈的吗？食管癌要如何预防？基于此，本文对“吃出来的癌症”——食管癌进行了科普，期望可以进一步提升大众对食管癌的认知，并可以对自身的饮食进行规范，借此降低食管癌的发病率。

**关键词：**癌症；食管癌；饮食

食管癌是常见的消化道肿瘤，我国是世界上食管癌高发地区之一，食管癌和许多其他恶性肿瘤一样，并不是单种病因的疾病，是包含环境、自身等多种因素相互作用的结果<sup>[1]</sup>。日常生活中，人们饮食存在问题是造成食管癌的主要原因，像是吃的食物以及饮用的水过热，食物过硬等会对食管产生刺激，甚至导致食管出现创伤，长此以往就会诱发食管癌，另外，烟酒也是导致食管癌出现的原因之一，因此人们常说食管癌是吃出来的癌症。实际上食管癌是可以规避的，并且不是不治之症，只要发现早，规范治疗还是有治愈的可能，并且发现越早治愈的概率越大！

## 1 食管癌的概述及分类

### 1.1 食管癌的概述

食管癌(esophageal cancer)，又称食道癌，指从下咽到食管胃结合部之间食管上皮来源的癌，发病部位以食管中段居多，下段次之，上段最少<sup>[2]</sup>。食管癌在全球范围内都存在病例，甚至每年都会因为食管癌去世的患者，而受到各地区饮食习惯的影响，我国食管癌的发病率较高，甚至每年因食管癌死亡的人数占据全球的一半左右，其中男性食管癌的患病率与死亡率均高于女性；发病高峰年龄为40-80岁，但近年来40岁以下发病者有增长趋势；农村地区食管癌发病率要高于城市地区<sup>[3]</sup>。

### 1.2 食管癌的分类

#### 1.2.1 病理分型

食管癌病理分型以鳞状细胞癌与腺癌较为常见：

第一，食管鳞状细胞癌。一种起源于食管黏膜上皮的恶性肿瘤，可能与亚硝胺慢性刺激、炎症和创伤等多种因素有关，早期可能没有明显的症状，中晚期可能会出现进行性吞咽困难、持续性胸骨后疼痛或背痛等症状<sup>[4]</sup>。

第二，食管腺癌是起源于食管黏膜上皮和腺上皮的

恶性肿瘤，可能与食管长期慢性炎症、经常食用过烫的食物、致癌物质等因素有关，早期可能没有明显的症状，中晚期可出现进行性吞咽困难、持续性胸骨后疼痛或背痛等症状。

#### 1.2.2 按肿瘤分布位置分型

肿瘤中心分布位置进行分型通常可以分为：上段食管癌、中段食管癌、下段食管癌。

第一，上段食管癌。指的是肿瘤中心位置在颈段食管、胸上段食管。颈段食管上自下咽，下达胸廓入口即胸骨上切迹水平；胸上段食管处于肺门水平之上。

第二，中段食管癌。指的是肿瘤中心位置在胸中段食管，即肺门水平之间。

第三，下段食管癌。指的是肿瘤中心位置在胸下段食管，即肺门水平之下。

#### 1.2.3 国内分型：

第一，髓质型：以食管壁增厚为特点，边缘坡状隆起。

第二，蕈伞型：肿瘤边缘隆起，唇状/蘑菇样外翻，表面可伴有浅溃疡。

第三，溃疡型：溃疡型食管癌较为少见，此类型也可见于早期癌。中央有明显溃疡，通常伴有边缘隆起。

第四，缩窄型：以管腔明显狭窄为特点，患者的吞咽困难症状明显。

第五，腔内型：腔内型食管癌较为少见，此类型也可见于早期癌。病变像蘑菇样或大息肉样，有细蒂。

## 2 食管癌的致病因素

### 2.1 吸烟、饮酒

食管癌不仅和日常饮食有关，过量饮酒、饮用烈性酒以及吸烟都会不同程度对食管产生刺激，在对食管的长期影响下，就会导致食管癌的出现。根据临场研究数

据现实, 吸烟、饮酒人群食管癌的发病率要明显高于普通人群。

## 2.2 真菌毒素

霉变食物中的黄曲霉菌、镰刀菌等真菌不仅能将硝酸盐还原为亚硝酸盐, 而且能促进亚硝胺等致癌物质的合成, 并常与亚硝胺协同致癌。

## 2.3 微量元素和维生素缺乏

当前人们的物质生活条件虽然在提升, 但是也在一定程度上导致了挑食等情况的出现, 并且绝大多数人群对微量元素以及维生素摄入的重视程度不高, 导致自身体内缺乏是硒、维生素E等, 这类人群食管癌的发病率也会相对较高。

## 2.4 亚硝酸盐

亚硝酸盐是亚硝胺类化合物的前体物质, 而亚硝胺类化合物是导致食管癌的重要因素。对我国食管癌患者进行统计可以发现, 食管癌多的区域在饮食上的亚硝酸盐含量上较高。亚硝酸盐是一种常用的食用添加剂, 被广泛应用于腌制食物。因此, 长期食用腌制食物导致亚硝酸盐摄取过量与食管癌的发病有关。

## 2.5 肥胖

对于食管腺癌, 肥胖也是主要的危险因素。

## 2.6 癌前疾病

食管癌的癌前疾病也是导致食管癌的重要病因。巴雷特(Barrett)食管、胃食管反流病、腐蚀性食管灼伤和狭窄、食管憩室、贲门失弛缓症等慢性食管疾病引发的炎症, 都可能会导致食管癌的出现。

## 2.7 遗传因素

根据临床数据分析可以发现, 食管癌存在家族性聚集的倾向, 因此遗传也是食管癌的致病因素之一。

## 3 食管癌的诱发因素

之所以说食管癌是“吃出来的癌症”主要是由于食管癌发生的危险因素与饮食习惯息息相关, 像是日常生活中的“趁热吃”实际上会反复损伤食管黏膜, 摄入较烫食物, 尤其为油水混合汤汁食物, 易造成食管黏膜损伤, 在内镜下可以观察食管黏膜呈现充血、糜烂样改变, 甚至使其出现异型增生, 诱发食管癌。另外, 除了“趁热吃”, 还有“重口味”饮食, 如喜欢辛辣刺激高盐的食物, 喜欢腌制食品, 喜欢油炸类食物, 吸烟喝酒等, 其中高度白酒的酒精刺激会直接灼伤食管黏膜, 导致黏膜受损引起癌变, 而且酒精还会加快致癌物质的吸收。

## 4 食管癌的症状

### 4.1 食管癌早期症状

食管癌早期症状不容易被发现, 这也是食管癌漏诊

的主要原因, 通常患者在下咽的过程中可能会出现不顺畅的感觉, 或者事物在食管内出现停滞或者产生烧灼疼痛感, 部分食管癌患者在早期会当做嗓子发炎处理。而下段食管癌患者还会引起剑突下或上腹不适、呃逆、嗝气。如果没有及时发现并采取治疗和干预, 会导致食管癌恶化。

### 4.2 食管癌中期症状

食管癌中期症状表现为, 患者声音出现变化, 在讲话时会出现嘶哑的情况, 在吞咽上也会存在困难, 还会出现食物反流、背部肩胛区或胸骨持续钝痛、呕血或黑便等症状。期间病状虽会有所加重或减轻, 但总趋向是持续性加重, 若出现厌食或体重明显减轻症状, 则表明癌症已广泛转移。

### 4.3 食管癌晚期症状

晚期患者会出现恶液质、脱水、黄疸、腹水、气管压迫致呼吸困难、声带麻痹、昏迷等症状, 并伴有水、电解质紊乱。当癌浸润穿透食管、气管、肺门、心包、大血管等, 将引起纵隔炎, 脓肿、肺炎、肺脓肿、气管食管瘘、致死性大出血等并发症。

### 4.4 伴随症状

食管癌因长期吞咽困难, 引起营养不良, 体重明显下降, 严重消瘦; 下段食管癌可累及胃食管结合部, 引起呕血或便血症状; 食管癌侵犯相邻部位也导致相应部位出现伴随症状, 例如侵犯喉部可能会造成声嘶, 侵犯气管可引起呼吸困难或咯血。

食管癌早期难以察觉, 但是会出现一些独特症状和体征, 像是进行性吞咽困难; 胸骨后疼痛; 烧心、反酸; 食物通过缓慢且有停留感等, 是身体向我们发出求救的信号, 因此当出现以上症状时要及早就医, 早发现, 早治疗, 有助于提升食管癌的治愈率。

## 5 食管癌筛查

来自食管癌高发地区且有上消化道症状比如反酸、烧心、吞咽困难; 有食管癌家族史; 遗传因素是食管癌相关危险因素; 有食管癌的其他高危因素, 例如吸烟、重度饮酒、头颈部或呼吸道鳞癌等人群需要做食管癌筛查。筛查项目主要分为以下几方面:

### 5.1 影像学检查

影像学检查包含钡餐X线、CT、磁共振成像、超声检查、正电子发射计算机断层显像等。钡餐X线是诊断食管癌最直接、最简单、最经济的检查手段, 可发现早期黏膜表浅病变; CT常用于食管癌分期及预后判断, 可了解食管癌外侵程度; 磁共振成像对食管癌病灶的局部组织结构显示优于CT; 超声检查为肿瘤分期提供信息; 正

电子发射计算机断层显像在食管癌病灶检测方面有很高的敏感度及特异度，可确定食管癌原发灶的范围，了解周围淋巴结有否转移及转移的范围，准确判断肿瘤分期。

## 5.2 内镜检查

内镜检查包含普通白光纤维内镜检查、色素内镜、超声内镜、纤维支气管镜等。

普通白光纤维内镜检查中早期食管癌可以表现为红区、糜烂灶、斑块样、结节样或局部黏膜增厚等表现，早期食管癌在普通内镜下表现不典型，可能会导致漏诊，中晚期食管癌内镜下表现为结节状或菜花样肿物，黏膜充血水肿，可见溃疡，还伴有一定程度的食管管腔狭窄。

色素内镜检查需要将各种染料喷洒在食管管腔上后，病灶可与正常黏膜形成鲜明对比，可以提高早期食管癌的检出率。

超声内镜(EUS)检查可以清楚显示食管管壁层次结构的改变、食管癌浸润深度及病变与周围组织的关系，对于食管癌局部转移淋巴结的敏感性也非常高，是食管癌患者治疗前评估患者病情的重要检查。由于超声波穿透力有限，难以用于远处转移的评估，应结合其他影像学检查。

纤维支气管镜显示食管病变位于胸中上段或颈段，与气管膜部或左主支气管关系密切，应做纤维支气管镜检查，以观察气管、支气管是否受侵。

## 5.3 实验室检查

实验室检查包含常规检查、肿瘤标志物检查。实验室检查，目的是为了评估患者的一般状况是否适于采取相应治疗措施；肿瘤标志物检查目前常用于食管癌辅助诊断、预后判断、放疗敏感度预测和疗效监测。

## 6 食管癌的治疗

### 6.1 手术治疗

手术是治疗食管癌首选方法，在治疗之前医生将根据患者的病情、肿瘤的位置和分期以及患者既往患有的其他疾病情况，决定手术开口和手术方式，以尽量做到肿瘤和区域淋巴结的完全性切除，做好术前评估和术后护理，对于已经出现食道癌转移的患者要先进行放疗和靶向治疗之后再开展手术。

### 6.2 内镜治疗

对于早期食管癌，内镜治疗可以达到治愈的目的，主要的治疗方式有内镜黏膜切除术剥离术以及内镜下非切除治疗，包括射频消融术、光动力疗法、氩离子凝固术、激光疗法等等。内镜下切除具有创伤小、并发症少、恢复快费用低等优点。

### 6.3 放化疗

#### 6.3.1 放射疗法

放射治疗是食管癌综合治疗的重要组成部分，术前放疗可以增加手术切除率，提高远期生存，食管癌经术前放疗后，术后5年生存率可由33%提高至47%；术中切除不完全的残留癌组织可以通过术后放疗进一步清除；对于中、晚期的可手术、不可手术或拒绝手术的食管癌患者，术前同步放疗联合手术或根治性同步放疗。

#### 6.3.2 化学治疗

化学治疗常简称为化疗，是指使用化学药物杀灭癌细胞达到治疗目的，在此期间需要注意接受化疗的患者需要心肝、肾和造血功能无明显异常，血常规符合要求，无活动性消化道初学、为肠梗阻、休克等并发症。

### 6.4 靶向治疗

临床上有针对食管癌的靶向药，例如：曲妥珠单抗可抑制癌细胞的生长，延缓病情进展；雷莫芦单抗主要适用于接受氟尿嘧啶或含铂类化疗后疾病仍然进展的患者；纳武利尤单抗主要适用于氟尿嘧啶和含铂类化疗药治疗晚期，或转移性的食管交界性腺癌、食管腺癌的患者。

### 6.5 中医治疗

当前对于食管癌，中医并没有针对性的治疗方案，因此中医治疗在食管癌治疗中以辅助手段出现。其中部分患者由于自身身体原因无法进行放化疗和手术治疗，这时就采用中医药进行治疗；而对于可以接受放化疗和手术的患者，中医药仍可以主体或辅助的形式参与后续治疗，以降低凝血功能障碍、骨髓抑制、肝肾功能损伤、反流性食管炎、放射性肺炎、放射性食管炎、免疫功能抑制和营养不良等不良反应的发生率，改善放化疗后正气亏虚的状态，可以有效提升治疗的成效，同时改善食管癌患者的生活质量，甚至可以在一定程度上延长食管癌患者的生存期。

## 7 注意事项

### 7.1 注意饮食

不吃滚烫的食物。避免饮用滚烫热茶，平时改变“趁热吃”的饮食习惯，保护食管黏膜。戒烟戒酒

### 7.2 平衡饮食

饮食要平衡，荤素搭配，精细混食，食物品种多样化，从而获得多种营养素，多方面平衡营养。少食腌制、熏烤食品，另外霉变的食物也含有大量亚硝酸胺和黄曲霉素，过夜和霉烂等不洁食物尽量不要食用。

### 7.3 警惕遗传因素

这就要求我们有肿瘤家族史的朋友们定期检查身体，尤其是中老年人，半年一次或每年一次体检是很有

必要的。

#### 结束语

食管癌往往不容易被发现，一经发现大多是中晚期，若出现了症状要及时进行筛查和治疗。同时食管癌也是一种可以预防的癌症，高危人群要注意生活细节，养成良好健康的生活习惯、饮食习惯、少量饮酒或不饮酒、戒烟、增强运动提升体质，最大程度预防食管癌。

#### 参考文献

[1]肖叶,杨丹,唐桂旺.食管癌患者术后早期专项饮食管

理的应用效果观察[J].医学理论与实践,2023,36(18):3200-3202.

[2]缪伟刚,周金意,苏健等.2018年江苏省食管癌流行现状及2009-2018年变化趋势分析[J].中国肿瘤,2023,32(08):573-581.

[3]郑玉玲,张瑞,马纯政等.食管癌饮食相关因素的流行病学调查[J].中医学报,2022,37(12):2577-2581.

[4]刘馨怡,邓天好,刘珍等.中医药治疗食管癌的临床及实验研究进展[J].湖南中医杂志,2023,39(08):201-206.