

## 一、引言

俗話說「民以食為天」，食慾是人類一種既原始又強烈的慾望之一。大部份食道癌患者來到門診的第一句話是「吞不下去」，可見食道癌帶給患者相當大的恐慌與困擾。食道位於下咽部與胃之間，負責把人類吞入口的食物運送到胃裡。它的長度雖只有二十幾公分，但是它縱跨頸部、胸部、腹部三大區域，而且其周圍盡是重要的器官，諸如氣管、支氣管、大動脈、大靜脈、心臟等。因此，食道癌的切除與重建手術對一位外科醫師來說是最具有挑戰性的術式之一。

## 二、流行病學

根據衛生署的統計，最近幾年全國死於食道癌者每年約有 1200 人，男性約為女性之 11 倍。在癌症死亡中排名第九位。發生年齡從二十幾歲到九十幾歲都有，但 60 歲至 65 歲有最高之發病率。

## 三、臨床症狀

食道癌患者之主訴以吞嚥困難為最多，大約有七成，其餘症狀依次為體重減輕、嘔吐嘔氣、胸痛胸骨後痛、胸部異物感異常感、阻塞感狹窄感。患者到醫院求診時，病痛期間短自 3 天長至 3 年不等，平均約 3 個月。

## 四、診斷方法

最常使用之診斷工具為食道鋇劑攝影。影像上可呈現隆起型、凹陷型、腫瘤型、鋸齒型、漏斗型、螺旋型等多種異常所見。發現上述異常後，接下來應該安排消化道內視鏡檢查，並作切片檢查以確定診斷。鋇劑攝影與內視鏡檢均需注意胃的情況，檢查看看胃有否其他病變？如果要手術，胃是否適合作為食道代替物？如果胃不適合作為食道代替物，則要考慮使用大腸作為食道代替物。檢查時應該觸摸頸部及鎖骨淋巴結確認有否腫大。還要安排胸部電腦斷層攝影，檢視腫瘤對其他器官之侵犯程度。腹部超音波檢視腹腔內器官有否轉移。有懷疑遠處轉移時可加作腦部磁核共振掃描或全身骨掃描。

## 五、食道癌之分類

東方人的食道癌在組織學上以扁平上皮癌佔壓倒性多數，大約九成。腺癌小於一成，其他尚有少見的腺表皮癌、未分化癌、癌肉腫、基底細胞癌、腺樣囊胞癌、粘表皮癌等。但在歐美國家食道腺癌之比率較東方國家高，可以到40%。

## 六、食道癌轉移常見部位

縱膈腔淋巴結為最常見之轉移部位。病情進展到晚期階段則全身都可能受到轉移。

## 七、分期與治療

待病理切片證實為食道癌之後接著是病期分期工作，藉胸部電腦斷層攝影可初步知道腫瘤對鄰近器官之侵犯程度，視需要可作支氣管鏡以觀察腫瘤是否侵犯支氣管，有縱膈腔淋巴轉移或遠處轉移的第三、四期患者應該先施行同步化學放射治療(CCRT)，再評估是否接受切除手術治療。病期分類上可分為第零期、第一期、第二期、第三期及第四期等五個階段。

## 八、治療

本院食道癌患者接受手術之比率約有四成，包括食道切除術二成，只接受姑息術式(胃造瘻術、空腸造瘻術、繞道手術等)二成。非手術之患者佔全體食道癌患者之六成。不能接受手術之原因為病期較晚、一般狀況不良或患者拒絕手術等。切除例之五年生存率約為25%，非切除例的五年生存率小於10%。術後合併症以食道胃吻合部漏最多。吻合時要避免張力存在、供給胃之血管要好好保留、手術前後要控制感染，如此才可降低吻合部漏之機率。食道癌之治療方法以手術切除為主，其他輔助療法為輔。手術時患者先採側臥，經右胸切除食道，並作縱膈腔淋巴節廓清，再視腫瘤的部位決定做胸腔內吻合或頸部吻合。食道代替物是經腹部取得，其優先順序為胃、結腸、迴腸。最近幾年發展成熟的內視鏡微創手術縮小了食道癌手術的傷口、降低手術合併症及術死率、縮短住院期。再加上化學放射治療的效果提升，為食道癌患者帶來一線曙光。對於病期較晚無法作食道切除的患者，可以考慮以胃或結腸作繞道手術或空腸造瘻手術，讓患者在人生的最後階段仍可以進食。對於先做同步化學放射治療(CCRT)且有考慮手術切除之患者，其化學放射劑量不要給至全量以免引起放射性肺炎、縱膈纖維化或皮膚灼傷影響手術後傷口癒合。因手術時必須將腫瘤附近的支氣管動脈、神經一併結紮切除，故呼吸功能多少會受影響，術前的呼吸

功能評估可過濾出高危險群，先讓他們接受呼吸訓練，無法改善者則排除於手術治療之外。患者由於一段期間吞嚥困難，往往會有不同程度的營養不良與體重減輕，加上術後禁食數天，因此術前蛋白質及其他營養素的補充是不可忽略的。

## 九、總結

病期是一個影響食道癌預後最重要的因素。國民對健康的認知及醫療機構對國民健檢之推展有利於早期發現食道癌。曾有學者證實過量菸酒者其食道癌之發生率比少量菸酒者高出6倍。有台灣口香糖之稱的檳榔亦是致癌危險物。預防重於治療是永遠不變的道理，食道癌成因大多為後天性，是可以預防的。為了讓食物通道能長久保持暢通，免受食道癌之折磨，國人應該對飲食，尤其是菸酒檳榔做必要的節制。