

食道也會長癌

文 / 郭光泰 新店慈濟醫院胸腔外科主治醫師

李先生是一位四十五歲的建築工人，平常工作時喜歡抽煙或嚼檳榔提神，而且每餐都要喝一杯烈酒佐飯，這些習慣從他踏入這行開始，已經持續了二十幾年。不過三個月前，他開始覺得吞大塊的肉容易卡在胸口，最近兩個禮拜更是連吞乾飯也覺得有點勉強，只有喝稀飯才比較容易下嚥。此外，周遭的人也覺得他最近變瘦了，量體重後，他赫然發現自己在半年內瘦了八公斤。於是他在朋友的介紹下到腸胃科求診，經過胃鏡檢查，發現在離門牙二十八公分的中段食道長了一個腫瘤，經過切片證實是食道鱗狀上皮細胞癌(squamous cell carcinoma)，亦即食道癌。

台灣是高發生區之一

食道癌的好發區與地理位置有很大的關係。高發生區如中國大陸中南部、南美洲(智利)、西歐(法國)與南非，每十萬人口有超過十人得食道癌。而根據衛生署國民健康局最近公佈的民國九十年癌症登記資料顯示，台灣地區男性食道癌的年齡標準化發生率每十萬人口將近十人，已經算是高發生區之一。尤其值

得注意的是，食道癌是民國八十九年到九十年這兩年間，唯一以兩位數百分比增加的男性癌症(13.49%)，值得我們密切注意。

人的食道長約二十四至三十三公分，主要分為頸部、胸部與腹部三部分。其中胸部食道最長，佔了三分之二以上的長度，因此依其解剖位置又可再分為上段、中段與下段。食道癌可發生於食道的任何一處，但統計起來以胸部的中段食道最常見。

吞嚥時的異物感或胸口不適 應提高警覺

食道癌初期通常沒有症狀，若是在吞嚥時常有胸口不適或異物感，應提高警覺、及早就醫。但是大部分病人對這些症狀往往不以為意，等到吞嚥困難時才想要找醫生。一般來說，食道往往要三分之二的截面積都塞住了才會開始產生吞嚥困難的症狀。至於什麼是吞嚥困難呢？案例中的李先生是很典型的例子。一開始是吞大塊的肉會卡住，必須喝很多湯才吞得下去，有時候也可能因為吞不下而吐出來；後來則是吃乾飯也有困

難，這時候病人往往選擇吃稀飯；再嚴重的，就只能進食流質了，有些病人甚至拖到口水都吞不下了才來看醫生。至於體重減輕，則是很多癌症的共通表現，並非食道癌所獨有；但是吞嚥不適又合併體重減輕的病人，則必須高度懷疑是食道癌患者。

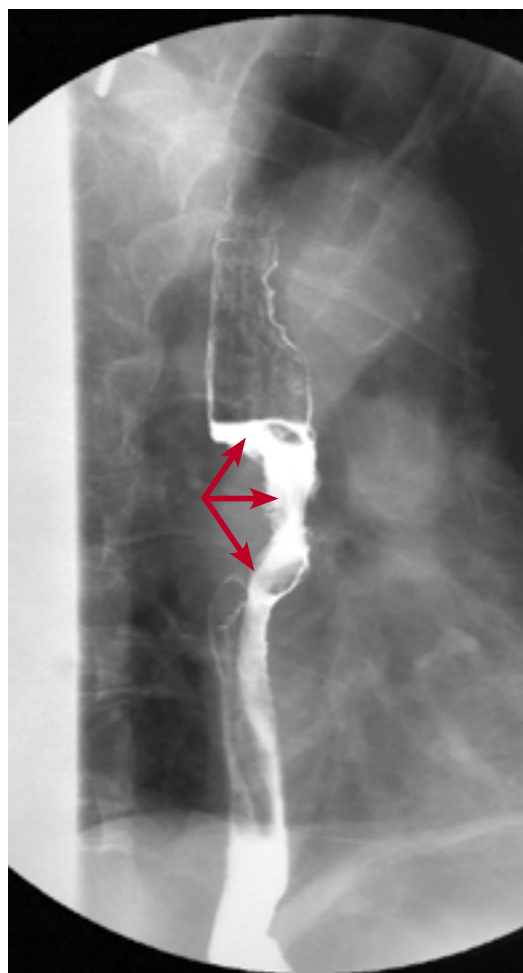
清楚判定食道癌期別 有助於積極治療

食道癌的早期診斷很困難，如果是較晚期的疾病，則上消化道攝影或胃鏡都可以做正確的診斷。診斷出食道癌後，一般還需要做一些檢查以界定臨床期別，包括：胸部X光及電腦斷層、腹部超音波或電腦斷層、骨骼掃描。此外，對於中上段的食道癌，還需加做支氣管鏡檢查以排除氣管或支氣管侵犯。

最近，國外十分流行用內視鏡超音波(EUS)來精準測出腫瘤侵犯的深度及局部淋巴結是否被侵犯，但這個技術目前在國內仍處於推廣階段。此外，正子造影(PET)由於可有效偵測遠處淋巴轉移或身體他處器官轉移，已日漸被廣泛使用，未來可望取代上述的腹部超音波或電腦斷層、骨骼掃描。

過去二十幾年來，食道癌的治療觀念有了一些改變。目前最新的主張是個人化(individualized)的治療，而非只根據腫瘤期別給予固定的治療。由於治療的選擇多樣化，治療前正確的腫瘤分期就顯得更重要。

食道癌的手術包含食道的切除(圖四)與重建兩部分，目前手術的方式主要有兩大類，一種是經食道裂孔(transhiatal)食道切除，另一種是在國內大部分胸腔外科醫師所採用的經胸腔(transthoracic)食道切除。前者多用於下段食道癌，傷口只有腹部和頸部兩



上消化道攝影：紅色箭頭所指處即為腫瘤，腫瘤旁白色部分則為僅剩之食管腔。此圖同時可見近端食道因腫瘤阻塞而擴大之情形。

處，好處在於不必開胸，理論上可以減少一些肺部的併發症，缺點是手術視野不佳導致淋巴結廓清不易完全。後者可用於各段食道癌，若吻合處在胸腔內，傷口只有胸部和腹部兩處，若吻合處在頸部，則會再多一個頸部傷口。

化放療加手術，提高患者存活率

一般來說，只做食道癌手術切除的平均五年存活率約百分之二十，因此近年來有很多人致力於所謂的多形式治療(multimodality treatment)，亦即將放射治療、化學治療、手術切除三者做結合的治療(可任選兩個，不一定要三者兼備)。目前比較確定的是，術前輔助性(neoadjuvant)放射治療，並不能增加手術切除率或改善存活率；而術前輔助性化學治療則尚無定論：有些研究顯示可增加手術切除率與存活率，有些研究則



胃鏡：藍色箭頭所指處即為隆起之腫瘤(位於門牙以下二十九公分處)。

顯示幫助不大。

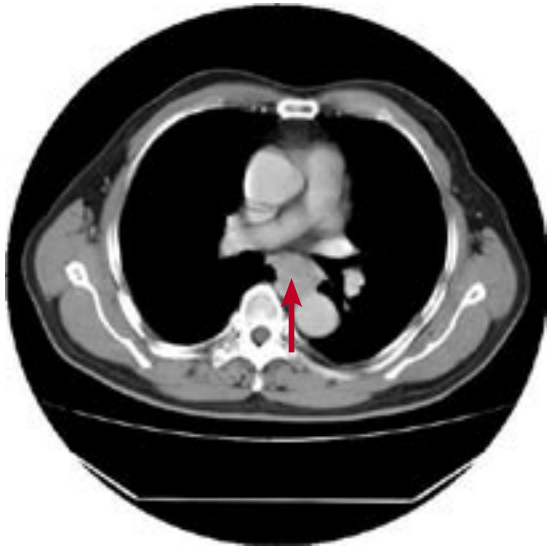
至於合併前兩者的術前輔助性化學放射治療(neoadjuvant chemoradiation)則是最近熱門的話題，根據幾個嚴謹的研究顯示，它可以有意義地增加手術切除率與存活率；即使在有些研究中存活率不能增加，至少腫瘤局部復發的機率會減少。目前國內也漸漸主採此種治療模式。

如果說，病人的身體狀況不適合手術切除、或腫瘤已有明顯的局部擴散不易切除，則化學放射治療幾乎是目前公認最佳的治療方法。至於這種治療是不是可以取代手術，讓食道癌的病人從此不必開刀，仍有待更多的研究來釐清。必須一提的是，放射治療後有不少病人會有食道狹窄的情形，腫瘤雖然消失了卻仍然食不下嚥，這時候還是得靠手術才能解決問題。

內視鏡刮除腫瘤僅適用於侷限在黏膜層的食道癌。對大多數有症狀才來就醫的病人而言，這幾乎是不可能的任務。但是對晚期因腫瘤阻塞不能吃東西的病人來說，內視鏡也提供一些有效的姑息性(palliative)治療，例如：支架放置、雷射治療、腫瘤內藥物注射及光動力療法(photodynamic therapy)。

少碰菸酒檳榔，常保健康

根據目前已知的危險因子，遠離不良的生活習慣如：抽煙、喝酒、嚼檳榔，是預防食道癌的好方法。由於食道癌的



胸部電腦斷層：紅色箭頭所指處即為緊貼著降主動脈的腫瘤。

治療日趨多元化，在此仍然要強調個人化治療的重要性：醫師根據醫院的專業與設備、腫瘤與病人的因子以及經濟因素的考量，為病人選擇最適當的治療。

對早期的食道癌病人而言，手術切除仍是最有可能治癒這個病的方法。對較晚期但體力不錯的病人而言，化學放射治療是一種不錯的選擇，如果治療後腫瘤縮小而使腫瘤分期下降 (downstaging)，亦可考慮開刀以求一勞永逸。至於病程晚期且體力不好的病人，因為接受化學放射治療可能有較高的風險，內視鏡支架放置可提供簡單而有效的姑息治療。

菩薩不是土塑木刻的形象，真正的菩薩能做事、能說話、能吃飯，能尋聲救苦隨處現身。

Bodhisattvas are not idols made of wood ;
real Bodhisattvas are people who eat, talk,
work, and relieve suffering in times of need.

—— 靜思語

