

ICS 11.020
CCS C 05



团 体 标 准

T/CACM 1578—2024
代替 ZYYXH/T 140—2008

食管癌中医诊疗指南

Guidelines for diagnosis and treatment of Esophageal cancer in TCM

2024 - 01 - 23 发布

2024 - 01 - 23 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

目 次

| | |
|----------------------------------|-----|
| 前言 | III |
| 引言 | V |
| 1 范围 | 1 |
| 2 规范性引用文件 | 1 |
| 3 术语和定义 | 1 |
| 4 食管癌中医病因病机 | 2 |
| 4.1 主要病因与病机 | 2 |
| 4.2 促发病因与病机 | 2 |
| 5 食管癌诊断 | 2 |
| 5.1 中医诊断 | 2 |
| 5.2 西医诊断 | 2 |
| 5.3 分期诊断 | 3 |
| 6 食管癌治疗原则 | 3 |
| 7 食管癌中医辨证分型及治疗 | 4 |
| 7.1 未用其他治疗手段的中医辨证分型及治疗 | 4 |
| 7.2 与其他治疗手段联合应用时的中医辨证分型及治疗 | 6 |
| 8 食管癌中成药治疗 | 11 |
| 8.1 食道平散 | 11 |
| 8.2 平消片 | 11 |
| 8.3 华蟾素胶囊 | 12 |
| 8.4 鸦胆子油软胶囊 | 12 |
| 9 食管癌中医外治法 | 12 |
| 9.1 督灸 | 12 |
| 9.2 针刺联合穴位敷贴 | 12 |
| 9.3 穴位注射 | 13 |
| 9.4 拔火罐（闪火法） | 13 |
| 9.5 耳针 | 13 |
| 10 西医治疗 | 13 |
| 11 食管癌康复与调护 | 14 |
| 11.1 饮食宜忌 | 14 |
| 11.2 心理疏导 | 14 |
| 11.3 身体锻炼 | 14 |
| 11.4 传统功法 | 15 |

| | |
|---------------------------------|----|
| 12 食管癌预防 | 15 |
| 附录 A (资料性) 食管癌 TNM 分期 | 16 |
| 附录 B (资料性) 证据分级标准 | 18 |
| 附录 C (资料性) 推荐强度的定义 | 19 |
| 附录 D (资料性) 恶性肿瘤患者运动处方制定原则 | 20 |
| 参考文献 | 21 |

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020 《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件代替 ZYYXH/T 140—2008《食管癌中医诊疗指南》，与 ZYYXH/T 140—2008 相比，除结构调整和编辑性改动外，主要技术变化如下：

- a) 增加了“4 食管癌中医病因病机”，包括“4.1 主要病因与病机”、“4.2 促发病因与病机”；
- b) 将原“4 诊断”（见 ZYYXH/T 140—2008）调整为“5 食管癌诊断”，包括“5.1 中医诊断”、“5.2 西医诊断”、“5.3 分期诊断”；
- c) 调整了原“4.1.1 临床症状”中的内容（见 ZYYXH/T 140—2008）；
- d) 将原“4.1.2 影像学诊断”（见 ZYYXH/T 140—2008）改为“5.2.3 影像学检查”；
- e) 将原“4.1.2.2 内窥镜诊断”（见 ZYYXH/T 140—2008）调整为“5.2.4 内镜检查”；
- f) 将原“4.1.3 病理学诊断”中的“4.1.3.1 细胞学诊断”和“4.1.3.2 组织病理诊断及分型”（见 ZYYXH/T 140—2008）合并为“5.2.5 病理学诊断”；
- g) 删除了“4.1.4 实验室诊断”（见 ZYYXH/T 140—2008）；
- h) 删除了“4.2 鉴别诊断”（见 ZYYXH/T 140—2008）；
- i) 修改了原“6.1 治疗原则”的内容（见 ZYYXH/T 140—2008），并调整为“6 食管癌治疗原则”；
- j) 将原“5 辨证，6 治疗”（见 ZYYXH/T 140—2008）调整为“7 食管癌中医辨证分型及治疗”，含：“7.1 未用其他治疗手段的中医辨证分型及治疗”及“7.2 与其他治疗手段联合应用时的中医辨证分型及治疗”；其中“7.2 与其他治疗手段联合应用时的中医辨证分型及治疗”包括“7.2.1 手术后中医辨证分型及治疗”、“7.2.2 化疗期中医辨证分型及治疗”、“7.2.3 放疗期中医辨证分型及治疗”、“7.2.4 靶向治疗期中医辨证分型及治疗”；“7.2.4 靶向治疗期中医辨证分型及治疗”包括“7.2.4.1 靶向药物相关性皮疹”、“7.2.4.2 靶向药物所致口腔黏膜炎”；
- k) 将原“6.2.2 中成药”部分（见 ZYYXH/T 140—2008）调整为“8 食管癌中成药治疗”；
- l) 将原“6.2.3 药物外治”、“6.2.4 针灸疗法”（见 ZYYXH/T140—2008）调整为“9 食管癌中医外治法”，其中包括“9.1 督灸”、“9.2 针刺联合穴位敷贴”、“9.3 穴位注射”、“9.4 拔火罐（闪火法）”、“9.5 耳针”；
- m) 增加了“10 食管癌西医治疗”、“11 食管癌康复与调护”、“12 食管癌预防”。其中食管癌康复与调护包括“11.1 饮食宜忌”、“11.2 心理疏导”、“11.3 身体锻炼”、“11.4 传统功法”。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）、中日友好医院、广州中医药大学第一附属医院、河北医科大学第四医院、安徽医科大学第一附属医院、河南省肿瘤医院、山西省中

医院、江苏省中西医结合医院、甘肃省肿瘤医院、福建中医药大学人民医院、陕西省中医医院、四川省肿瘤医院。

本文件主要起草人：郑玉玲、贾立群、林丽珠、李晶、马纯政。

本文件参与起草人（按姓氏笔画为序）：王立东、王祥麒、王涛、王峰、王鑫、仓顺东、刘丽坤、刘培民、刘怀民、孙宏新、闫国立、关徐涛、李洪霖、李平、李寒冰、许彦超、陈玉龙、陈武进、陈晓琦、程红、肖志伟、张瑞、张娟、张亚玲、张玉双、张腾飞、宋学坤、杨晨光、杨祖贻、周超锋、周世繁、胡凯文、娄彦妮、郭志忠、郭军辉、徐学琴、蒋士卿、霍介格、薛文翰。

本文件及其所替代的历次版本发布情况为：

——2008年发布为 ZYYXH/T 140—2008；

——本次为第一次修订，文件编号调整为 T/CACM 1578—2024。

引 言

据 2020 年全球癌症统计，食管癌的新发病人数达 60.4 万，死亡人数达 54.4 万^[1]。中国是食管癌高发地区，根据 2015 年中国恶性肿瘤流行情况统计，我国食管癌粗发病率 17.8/10 万，粗死亡率 13.7/10 万，是全球食管癌发病人数和死亡人数最高的国家^[2]。由于中国发生的食管癌在发病原因、组织学类型、流行病学特征与其他国家存在较大差异，因此要降低食管癌的发病率和死亡率，应采用中西医结合的方法解决^[3]。

由于早期食管癌的症状不典型，以致不能及时发现，确诊食管癌时多属于中、晚期^[4]。虽然现代医学对于食管癌诊断、治疗方面的研究较多，但疗效始终没有较大的提高。中医药在食管癌治疗中具有控制疾病进展、减轻治疗相关不良反应、提高患者生存质量、延长生存期、预防复发转移等方面的优势，已经得到肿瘤临床工作者及患者的认可^[5]。

为规范食管癌的中医诊疗方案，2008 年中华中医药学会推出第一版《食管癌中医诊疗指南》，但时隔多年，目前其适用性评价研究结果指出，指南的质量水平与适用情况方面存在不足，需要进一步修订完善^[6]。从近几年的文献看，食管癌在中医病因病机学研究、证型研究等方面均取得了一定的进展，研究结果贴近临床并得到全国多数肿瘤专家认可，已经具备修订本指南的客观条件。修订本指南的主要目的是结合食管癌理论和临床的研究成果，推荐具有较高级别循证医学证据的食管癌中医诊断与治疗方法对原有指南进行修订，这将更有利于指导临床医生规范使用中医药进行诊疗活动，并加强对食管癌患者的管理。

食管癌中医诊疗指南

1 范围

本文件界定了食管癌、噎膈、食管癌高危人群的定义，提出了食管癌中医诊断、辨证、治疗、康复、调护和预防建议。

本文件适用于 18 周岁以上人群食管癌患者的中医诊断和防治。

本文件适合肿瘤科、消化内科、中医科、中西医结合科等相关科室的临床医师使用，放疗科、胸外科等收治食管癌科室可参考使用。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语 第 1 部分：疾病

GB/T 16751.2—2021 中医临床诊疗术语 第 2 部分：证候

3 术语和定义

GB/T 16751.1—2023、GB/T 16751.2—2021 界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

食管癌 Esophageal cancer

从下咽食管起始部到食管胃结合部之间食管上皮来源的癌。包括食管鳞癌与食管腺癌两种主要类型及其他少见类型恶性肿瘤^[7, 8]。

3.2

噎膈 dysphagia

吞咽食物梗噎不顺，饮食难下，或纳而复出的疾患。噎即噎塞，指吞咽之时梗噎不顺；膈为格拒，指饮食不下，食入即吐^[9]。

3.3

食管癌高危人群 high risk population of esophageal cancer

年龄大于等于 40 周岁，来自食管癌高发地区，或有食管癌家族史，或具有食管癌高危因素（吸烟、重度饮酒、头颈部或呼吸道鳞癌、喜食高温及腌制食物、口腔卫生状况不良、长期患有胃食管反流性疾病等）的人群为食管癌高危人群^[2]。

4 食管癌中医病因病机

4.1 主要病因与病机

长期喜食热食、辣食、糙食、腌制或熏制食物，酗酒抽烟，或进食过快，或口腔不洁，或先天不足，或高发区饮水不洁等，以上致病因素直中食管致食管损伤，造成食管局部经脉受损，气机不顺，津停痰生，血运停聚，日久痰瘀胶结附着于食管，致食管传送失职发生进食梗噎不顺的症状。

4.2 促发病因与病机

促发病因与病机如下：

- a) 年高体虚：在食管原有病变的基础上，随着年龄的增长，正气渐虚，机体调节能力降低，脏腑功能失常。尤其是肝、脾、肾功能虚弱，致痰湿内生，瘀血阻滞，局部与全身相互影响，使食管原来的病患逐渐加重，发展为噎膈。
- b) 情志抑郁：在食管原有病变的基础上，长期情志抑郁可致肝气疏泄失常，导致肝胃不和，胃失和降，痰气交阻于食管，使原有病变加重发展为噎膈。

5 食管癌诊断

5.1 中医诊断

食管癌属于中医“噎膈”范畴，临床表现为进食时梗噎不顺，以固体食物为著，或伴有胃脘不适、烧灼痛、胸骨后疼痛。继则固体食物难以下咽，终致汤水不入，食入即吐，泛吐白涎、黏条，大便燥结如羊屎，继则形体羸瘦，肌肤甲错，面容憔悴，精神疲惫等^[9,10]。

5.2 西医诊断

5.2.1 临床症状

部分早期食管癌患者仅有轻微的进食时胸骨后不适、摩擦感、微痛或异物停留感。进行性吞咽困难为中晚期食管癌的典型表现，即初起进食固体食物自觉吞咽障碍，以后只能进食半流质或流质饮食，最后发展至滴水不入。呕吐黏液和胸背隐痛也很常见。肿瘤侵犯气管，可引起呼吸困难、食管气管瘘。肿瘤侵犯喉返神经可致声音嘶哑。肿瘤侵犯大血管可引起大出血。肿瘤转移至肝、肺、脑等器官会引起黄疸、腹水、胸水、胸闷、咳嗽、昏迷等受侵犯脏器功能障碍的表现。由于进食困难，累积数月后可有消瘦、乏力、倦怠、体力减弱等。

5.2.2 相关体征

早期食管癌通常无明显特异性体征；中晚期阶段可能出现颈部或锁骨上区淋巴结肿大，提示淋巴结转移可能；黄疸、触诊肝肿大或肝区压痛等，提示肝转移可能；胸廓呼吸运动受限，呼吸浅快，肋

间隙丰满，气管向健侧移位，患侧语音震颤减弱或消失等，提示恶性胸水可能；腹壁紧张度增加、腹式呼吸运动减弱、叩诊移动性浊音等，提示恶性腹水、腹膜转移可能；近期体重明显减轻、皮褶厚度变薄、舟状腹等，提示营养不良或恶液质。

5.2.3 影像学检查

包括上消化道造影、电子计算机断层成像（CT）、磁共振成像（MRI）、正电子发射计算机断层显像（positron emission tomography-computed tomography, PET-CT）和超声检查。上消化道造影主要用于评估食管原发肿瘤情况，对于食管癌的位置和长度判断较直观，但是不能评估原发灶侵犯深度或区域淋巴结转移情况。CT 在了解食管癌外侵程度，是否有纵隔淋巴结转移及判断肿瘤可切除性等方面具有重要意义，是对食管癌分期较好的方法之一，其在 CT 表现为食管壁不规则增厚，食管腔变小不规则，偏于一侧或完全闭塞。MRI 表现和 CT 相似，对于 CT 无法判别食管癌原发灶与周围气管及支气管膜部、主动脉外膜临界关系时，MRI 可提供有价值的补充信息。此外，还对诊断骨转移等远处转移灶具有诊断价值。PET-CT 可以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，能发现更多的远处转移病灶，在食管癌病灶检测方面的敏感度及特异度较高，能够精确地进行 TNM 分期，还可用于食管癌的疗效评价。超声检查主要应用于颈部淋巴结、肝脏、肾脏等部位及脏器转移瘤的观察，还可用于胸腔、心包腔积液的检查及抽液体前的定位。超声引导下穿刺可对颈部淋巴结、实质脏器的转移瘤进行穿刺活检获得标本进行组织学检查。

5.2.4 内镜检查

包括普通白光纤维胃镜、色素内镜和食管超声内镜。其中，普通白光纤维胃镜是食管癌临床诊断的必要检查项目之一，兼顾食管癌原发病灶大体分型与活检病理学确诊。普通白光纤维胃镜观察下的食管癌表现为红色糜烂状病灶、斑块状病灶、结节病灶等几种状态；如果存在食管不全或完全梗阻患者，食管内镜可能无法获得肿瘤远端累及信息，可结合上消化道造影或胸部 CT/MRI/PET-CT 影像进行判断。色素内镜能更清晰地显示病灶范围，并指导指示性活检，可以提高早期食管癌诊出率。食管超声内镜（endoscopic ultrasonography, EUS）有助于显示食管癌原发病灶侵及层次，对于 T 分期诊断比较重要。此外，EUS 还可评估食管及腹腔干周围淋巴结，EUS 引导下细针穿刺活检获得病理学确认 N 分期。

5.2.5 病理学诊断

病理学诊断是食管癌诊断的金标准，需要借助食管内镜活检确定。食管癌的组织学类型包括鳞状细胞癌、腺癌、腺鳞癌、腺样囊性癌、黏液表皮样癌、未分化癌、神经内分泌癌等。食管癌两种最常见的组织学亚型是鳞状细胞癌和腺癌。不同亚型食管癌的发病率地理差异较大。高收入国家的食管癌病例中约 2/3 为食管腺癌。中国是食管癌的高风险地区，以食管鳞癌为主，占比为 90% 以上^[11]。

5.3 分期诊断

采用 TNM 国际分期（详见附录 A 食管癌 TNM 分期 2017 年第 8 版 UICC/AJCC）。

6 食管癌治疗原则

食管癌早期以手术切除为主，中晚期宜采用包括手术、化疗、放疗、中医药及靶向、免疫等在内的综合治疗。中医药可用于食管癌各期，在围手术期可进行辅助治疗，术后进行康复治疗以促进康复；与化疗药或放疗联合治疗可以起到增效减毒、提高患者生存质量、提高机体免疫力的作用^[5]。食管癌早期以标实为主，中医治疗重在疏肝解郁，化痰散结，和胃降逆，佐以润燥；中期虚实夹杂，应攻补兼施；晚期正气亏虚，应健脾补肾，益气养阴，养血生津，兼以祛邪。

本文件中证据分级标准见附录 B，推荐强度的定义见附录 C。

7 食管癌中医辨证分型及治疗

7.1 未用其他治疗手段的中医辨证分型及治疗

7.1.1 肝胃不和、痰气交阻证

症状：食物吞咽不顺，有轻度梗噎感，胸骨后不适或疼痛，暖气后稍感舒服，吞咽不顺或胸骨后不适与情绪有关，有时吐黏液，口干不欲饮；舌质淡红，苔薄白或厚腻，脉沉或弦。

诊断要点：①进食吞咽不顺；②有梗噎感；③胸骨后不适或疼痛；暖气后稍感舒服；④暖气频频；⑤吞咽不顺或胸骨后不适与情绪有关；⑥有时吐黏液，口干不欲饮；⑦舌质淡红，苔薄白或厚腻，脉沉或弦。

具备①、②、③中的 2 项，加④、⑤、⑥、⑦中的 2 项即可诊断。

治法：疏肝健胃，化痰行气。

方药：柴胡疏肝散^[12]合启膈散^[13]（证据级别：IV级；强推荐）。

柴胡疏肝散出自《证治准绳》。组成：柴胡 10 g、芍药 6 g、川芎 6 g、陈皮 10 g、枳壳（麸炒）6 g、香附 6 g、炙甘草 6 g。

启膈散出自《医学心悟》。组成：沙参 9 g、丹参 9 g、茯苓 6 g、川贝母 6 g、郁金 15 g、砂仁 6 g（后下）、荷叶蒂 2 个。

加减：上方可加沉香、佛手以加强化痰理气降逆之功效。如有舌苔厚腻可去白芍、甘草、大枣或减少其用量。

7.1.2 肝脾失调、痰瘀互结证

症状：进食吞咽明显不顺，流质饮食，暖气不通畅，经常有梗噎感或胸骨后疼痛感，位置固定，面色萎黄，身体消瘦，情志抑郁，暖气频频，纳呆腹胀，大便不调，舌质淡白，苔薄白或厚腻，脉沉。

诊断要点：①进食吞咽明显不顺；②暖气不通畅；③经常有梗噎感或胸骨后疼痛感；④面色萎黄；⑤形体消瘦；⑥纳呆腹胀，大便不调；⑦舌质淡白，苔薄白或厚腻，脉沉。

具备①、②、③中的 2 项，加④、⑤、⑥、⑦中的 2 项即可诊断。

治法：疏肝健脾，化痰祛瘀。

方药：二陈四七汤合通幽汤加减^[14]（证据级别：III级；强推荐）。

二陈四七汤出自《症因脉治》。组成：清半夏 6 g、陈皮 10 g、紫苏梗 6 g、厚朴 6 g、茯苓 10 g、甘草 6 g。

通幽汤出自《脾胃论》。组成：桃仁 3 g、红花 3 g、生地黄 9 g、熟地黄 9 g、当归身 10 g、炙甘草 6 g、升麻 10 g。

加减：若呃逆明显加旋覆花（包煎）、降香加强降逆通噎之效。如纳呆食少，苔厚腻，恐生地，熟地补虚腻胃，可减少用量或酌情减去。

7.1.3 脾肾阳虚、顽痰痼血症

症状：进食困难，有明显的梗噎感，泛吐大量清涎泡沫痰；面色晄白，身体消瘦，形寒怕冷，四肢不温，神疲乏力，萎靡不振，口淡不渴或渴不欲饮，面部或下肢水肿，纳呆腹胀，大便不调，舌质淡白，或呈水滑舌，苔白腻，脉沉细无力。

诊断要点：①进食困难；②有明显的梗噎感；③泛吐大量清涎泡沫痰；④面色晄白，身体消瘦；⑤形寒怕冷，口淡不渴或渴不欲饮；⑥面部或下肢水肿；⑦纳呆腹胀，大便不调；⑧舌质淡白，或呈水滑舌，苔白腻，脉沉细无力。

具备①、②、③中的2项，加④、⑤、⑥、⑦、⑧中的2项即可诊断。

治法：温补脾肾，化痰祛瘀。

方药：附子理中汤或肾气丸合抵当汤（证据级别：IV级；强推荐）加制天南星、急性子。

附子理中汤出自《三因极一病证方论》。组成：附子6g（先煎）、人参6g、干姜6g、白术6g、甘草6g。

肾气丸出自《金匱要略》。组成：熟地黄24g、山药12g、山萸肉12g、泽泻9g、茯苓9g、牡丹皮9g、桂枝3g、附子（先煎）3g。

抵当汤出自《金匱要略》。组成：桃仁9g、大黄9g、水蛭6g、虻虫6g。

另外，制天南星12g、急性子5g。

加减：若畏寒、肢冷等阳虚症状较重，上方去大黄并可加大桂枝、附子用量；乏力较重者可加人参、黄芪以补气。此外，对于服药有困难者，本方也可以灌肠给药，每日1次~2次，每次50mL~100mL。

7.1.4 肝肾阴虚、顽痰痼血症

症状：进食困难，有明显梗噎感，黏痰难吐（泛吐黏条），口干口渴，面色晦暗，肌肤干燥，身体消瘦，自觉低热或手脚心热，神疲乏力，萎靡不振，口渴喜饮，纳呆腹胀，大便干结，舌体瘦小质红，无苔，脉沉细数。

诊断要点：①进食困难；②有明显的梗噎感；③黏痰难吐；④口干口渴喜饮；⑤面色晦暗，肌肤干燥；⑥自觉低热或手脚心热；⑦纳呆腹胀，大便干；⑧舌体瘦小质红，无苔，脉沉细数。

具备①、②、③中的2项，加④、⑤、⑥、⑦、⑧中的2项即可诊断。

治法：滋补肝肾，化痰祛瘀。

方药：六味地黄丸合抵当汤（证据级别：IV级；强推荐）加制天南星、急性子。

六味地黄丸出自《小儿药证直诀》。组成：熟地黄24g、山药12g、山萸肉12g、泽泻9g、茯苓9g、牡丹皮9g。

抵当汤出自《金匱要略》。组成：桃仁9g、大黄9g、水蛭6g、虻虫6g。

另外，制天南星12g，急性子5g。

加减：若神疲乏力，萎靡不振明显者，加黄芪、北沙参以增加补气之力；若口干，便秘不解者加北沙参、麦冬、玉竹、天花粉、炒决明子等以增加滋阴通便之力。此外，对于服药有困难者，本方也可以灌肠给药，每日1次~2次，每次50 mL~100 mL。

7.2 与其他治疗手段联合应用时的中医辨证分型及治疗

7.2.1 手术后中医辨证分型及治疗

7.2.1.1 脾胃虚弱、胃气上逆证

症状：手术后进食不顺但已无梗噎感，暖气、吞酸、时吐黏液或上泛食物，平卧时反流症状加重，进食量减少，食后胸腹满闷不适，面色苍白，乏力少气，大便不调，舌质淡，苔薄白或少苔，脉沉细无力。

诊断要点：①食管癌术后；②暖气、吞酸、时吐黏液或上泛食物；③平卧时反流加重；④进食量减少；⑤食后胸腹满闷不适；⑥面色苍白，乏力少气；⑦大便不调；⑧舌质淡，苔薄白或少苔，脉沉细无力。

具备①加②、③中的1项，加④、⑤、⑥、⑦、⑧中的2项即可诊断。

治法：健脾和胃，理气降逆。

方药：丁香透膈汤^[15]或旋覆代赭汤（证据级别：IV级；强推荐）。

丁香透膈汤出自《医学入门》。组成：丁香5 g、木香5 g、麦芽12 g、青皮6 g、陈皮9 g、肉豆蔻9 g、白豆蔻9 g、沉香5 g、藿香5 g、厚朴12 g、甘草6 g、草果9 g、神曲12 g、半夏6 g、人参9 g、茯苓9 g、砂仁3 g、香附6 g、白术9 g。

旋覆代赭汤出自《伤寒论》。组成：旋覆花9 g（包煎）、半夏9 g、代赭石9 g（先煎）、人参6 g、生姜10 g、大枣6 g。

加减：若暖气上逆可加姜竹茹、柿蒂等理气降逆之品；反酸甚者加煅瓦楞子、乌贼骨。

7.2.1.2 脾胃虚弱、气血亏虚证

症状：手术后进食不顺但已无梗噎感，面色苍白或萎黄，神疲乏力，少气懒言，动则喘息，食欲不振，进食量减少，时有上泛，大便稀溏或不调，舌质淡，苔薄白或少苔，脉沉细无力。

诊断要点：①食管癌术后；②面色苍白；③食欲不振；④神疲乏力；⑤食后腹胀；⑥大便稀溏或不调；⑦舌质淡，苔薄白或少苔，⑧脉沉细无力。

具备①加②、③中的1项，加④、⑤、⑥、⑦、⑧中的2项即可诊断。

治法：健脾益胃，补气养血。

方药：香砂六君子汤^[16]合归脾汤^[17]（证据级别：IV级；强推荐）。

香砂六君子汤出自《古今名医方论》。组成：人参3 g、白术6 g、茯苓10 g、木香3 g、陈皮3 g、半夏3 g、砂仁3 g。

归脾汤出自《正体类要》。组成：人参3 g、黄芪9 g、白术6 g、当归6 g、远志3 g、茯苓10 g、龙眼肉9 g、酸枣仁10 g、生姜10 g、大枣6 g、甘草6 g。

加减：若暖气频频，可加丁香、旋覆花（包煎）等理气降逆之品；若反酸甚者加煅瓦楞子、乌贼骨；若出现脘腹冷痛，手足不温等阳虚表现者可加制附子（先煎）、干姜、肉桂。

7.2.2 化疗期中医辨证分型及治疗

7.2.2.1 肝脾不和、胃气上逆证

症状：化疗后心烦急躁，恶心呕吐，胃脘饱胀，食欲不振，大便不调，舌淡或淡红，舌苔薄白或厚腻，脉沉弦。

诊断要点：①化疗后心烦急躁；②恶心呕吐；③胃脘饱胀；④食欲不振；⑤舌淡或淡红；⑥舌苔薄白或厚腻；⑦脉沉弦。

具备①加②、③中的1项，加④、⑤、⑥中的1项即可诊断。

治法：疏肝理脾，降逆止呕。

方药：四逆散合旋覆代赭汤（证据级别：IV级；强推荐）。

四逆散出自《伤寒论》。组成：柴胡6g、枳实6g、白芍6g、甘草9g。

旋覆代赭汤出自《伤寒论》。组成：旋覆花9g（包煎）、半夏9g、代赭石9g（先煎）、人参6g、生姜10g、大枣6g。

加减：气滞胸痛者加郁金、醋延胡索、莪术理气止痛；反酸、烧心者，加煅瓦楞子、乌贼骨等抑酸护胃。

7.2.2.2 脾肾阳虚、胃失和降证

症状：化疗后面色苍白，神疲乏力，气短懒言，手足不温，畏寒怕冷，纳呆食少，恶心呕吐，时吐涎沫，大便不调，舌体淡胖，苔白滑腻，脉沉无力。

诊断要点：①化疗后面色苍白；②纳呆食少；③恶心呕吐；④神疲乏力；⑤手足不温；⑥时吐涎沫；⑦舌体淡胖，苔白滑腻；⑧脉沉无力。

具备①加②、③中的1项，加④、⑤、⑥、⑦、⑧中的1项即可诊断。

治法：温补脾肾，降逆止呕。

方药：附子理中汤合旋覆代赭汤去半夏（证据级别：IV级；强推荐）。

附子理中汤出自《三因极一病证方论》。组成：附子6g（先煎）、人参6g、干姜6g、白术6g、甘草6g。

旋覆代赭汤出自《伤寒论》。组成：旋覆花9g（包煎）、半夏9g、代赭石9g（先煎）、人参6g、生姜10g、大枣6g。

加减：纳食欠佳者，可用鸡内金、焦三仙消积和胃；痰湿较盛者，加制胆南星、海浮石加强降气化痰之功。

7.2.2.3 脾胃虚弱，气血亏虚证

症状：面色萎黄不泽，神疲乏力，气短懒言，动则出汗，食欲不振，食后腹部饱胀，舌质淡白，苔少或厚腻，脉沉细无力。

诊断要点：①化疗后面色萎黄不泽；②食欲不振；③食后腹部饱胀；④神疲乏力；⑤气短懒言，动则出汗；⑥大便不调；⑦舌质淡白，苔少；⑧脉沉细无力。

具备①加②、③中的1项，加④、⑤、⑥、⑦、⑧中的1项即可诊断。

治法：健脾益胃，补气养血。

方药：香砂六君子汤^[16]合归脾汤^[17]（证据级别：IV级；强推荐）。

香砂六君子汤出自《古今名医方论》。组成：人参 3 g、白术 6 g、茯苓 10 g、木香 3 g、陈皮 3 g、半夏 3 g、砂仁 3 g。

归脾汤出自《正体类要》。组成：人参 3 g、黄芪 9 g、白术 6 g、当归 6 g、远志 3 g、茯苓 10 g、龙眼肉 9 g、酸枣仁 10 g、生姜 10 g、大枣 6 g、甘草 6 g。

也可选用人参养荣汤或十全大补汤。

加减：气血亏虚严重者，加补骨脂、菟丝子等；伴有泄泻者，加肉豆蔻、五味子等。

7.2.2.4 肝肾阴虚、虚热扰心证

症状：面色潮红，神疲乏力，气短懒言，口干咽燥，食欲不振，心烦失眠，腰膝酸软，头晕耳鸣，盗汗，舌质红，脉沉细数。

诊断要点：①化疗后面色潮红；②口干咽燥；③心烦失眠；④神疲乏力；⑤食欲不振；⑥头晕耳鸣；⑦舌质红，苔少或无苔；⑧脉沉细数。

具备①加②、③中的 1 项，加④、⑤、⑥、⑦、⑧中的 1 项即可诊断。

治法：补益肝肾，清心除烦。

方药：六味地黄丸合酸枣仁汤（证据级别：IV级；强推荐）。

六味地黄丸出自《小儿药证直诀》。组成：熟地黄 24 g、山药 12 g、山萸肉 12 g、泽泻 9 g、茯苓 9 g、牡丹皮 9 g。

酸枣仁汤出自《金匮要略》。组成：酸枣仁 10 g、川芎 6 g、知母 6 g、炙甘草 6 g、茯苓 10 g。

也可以根据临床具体情况选用炙甘草汤，三甲复脉汤等方药治疗。

加减：兼有头晕目眩，神疲倦怠等肝肾阴亏表现者，加女贞子、旱莲草；心烦失眠重者，可加龙骨、牡蛎、远志等重镇安神之品。

7.2.3 放疗期中医辨证分型及治疗

7.2.3.1 热毒蕴结、津液耗伤证

症状：放疗后咽喉灼热疼痛，胸骨后灼痛，声嘶，喘憋，吞咽疼痛，身热汗出，烦躁不宁，口渴，便结尿黄，舌红苔少，脉洪数或细数。

诊断要点：①放疗后咽喉疼痛或胸骨后灼痛；②声嘶；③喘憋；④吞咽疼痛；⑤身热汗出；⑥烦躁不宁；⑦口渴；⑧便结尿黄；⑨舌红苔少；⑩脉洪数或细数。

具备①加②、③、④中的 1 项，加⑤、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩中的 1 项即可诊断。

治法：清热解毒，滋阴润燥。

方药：大黄黄连泻心汤合沙参麦冬汤加减^[18]（证据级别：I级；强推荐）。

大黄黄连泻心汤出自《伤寒论》。组成：大黄 6 g、黄连 9 g。

沙参麦冬汤出自《温病条辨》。组成：沙参 15 g、麦冬 12 g、天花粉 12 g、玉竹 6 g、生扁豆 6 g、冬桑叶 6 g、生甘草 6 g。

加减：咽痛重者，加牛蒡子、马勃、玄参等；声嘶重者，加蝉蜕、桔梗、僵蚕等；口渴重者，加知母、生地、天冬等。

7.2.3.2 热毒壅肺、气阴两亏证

症状：放疗后咳嗽，咳痰，胸闷气短，喘息气促，胸胁疼痛，神疲乏力，身热汗出，便秘尿黄，心烦失眠，舌红少苔，脉洪数或细数无力。

诊断要点：①放疗后咳嗽；②咳痰；③胸闷气短；④喘息气促；⑤胸胁疼痛；⑥身热汗出；⑦便秘尿黄；⑧心烦失眠；⑨舌红少苔；⑩脉洪数或细数无力。

具备①加②、③、④、⑤中的1项，加⑥、⑦、⑧、⑨、⑩中的1项即可诊断。

治法：清肺解毒，益气养阴。

方药：千金苇茎汤或黄连解毒汤合麦门冬汤加减（证据级别：IV级；强推荐）。

千金苇茎汤出自《金匱要略》。组成：苇茎30g、薏苡仁15g、桃仁6g、冬瓜子12g。

黄连解毒汤出自《肘后备急方》。组成：黄连9g、黄芩6g、黄柏6g、栀子9g。

麦门冬汤出自《金匱要略》。组成：麦门冬30g、人参6g、炙甘草6g、半夏9g、粳米6g、大枣4枚。

加减：咳重者，加杏仁、枇杷叶、桑白皮等；痰多难咯者，加浙贝母、瓜蒌、竹茹等；大便秘结者，加大黄、火麻仁、瓜蒌仁等。

7.2.3.3 热毒侵肤、脉络瘀阻证

症状：放疗后皮肤红肿、溃烂、瘀斑，自觉灼热、瘙痒或疼痛，身热汗出，口干欲饮，便秘尿黄，心烦不宁，舌紫暗瘀斑苔少，脉数而涩。

诊断要点：①放疗后皮肤红肿、溃烂、瘀斑，自觉灼热、瘙痒或疼痛；②身热汗出；③口干欲饮；④便秘尿黄；⑤心烦不宁；⑥舌紫暗瘀斑苔少；⑦脉数而涩。

具备①加②、③、④、⑤中的1项，加⑥、⑦的1项即可诊断。

治法：清热解毒，凉血散瘀。

方药：犀角地黄汤（口服），凉血解毒膏（外用）^[19]（证据级别：II级；强推荐）。

犀角地黄汤出自《外台秘要》。组成：犀角（水牛角代）15g、生地15g、芍药12g、丹皮9g。

凉血解毒膏组成：生大黄、紫草、地榆、芦荟、大青叶、芙蓉叶、蒲公英、冰片。

加减：皮肤红肿较重者，加黄连、栀子等；皮肤溃烂较重者，加黄柏、苦参、白鲜皮等；皮肤瘀斑或疼痛较重者，加大青叶、丹参等。

7.2.4 靶向治疗期中医辨证分型及治疗

7.2.4.1 靶向药物相关性皮疹

7.2.4.1.1 肝郁气滞、湿热蕴结证

症状：初始靶向治疗者，皮疹起病较急骤，全身皮疹色红，圆形或椭圆形成片，或有密集粟粒样，压之褪色，伴有水疱、渗液等，局部瘙痒疼痛，可伴有肌肤糜烂、身重，口渴口臭、烦躁易怒、肋肋胀痛，舌苔黄腻，脉滑数。

诊断要点：①初始靶向治疗者；②皮疹起病较急骤；③全身皮疹色红，圆形或椭圆形成片，或有密集粟粒样；④压之褪色；⑤伴有水疱、渗液等；⑥局部瘙痒疼痛，可伴有肌肤糜烂、身重；⑦口渴口臭、烦躁易怒、肋肋胀痛；⑧舌苔黄腻，脉滑数。

具备①、②、③中的 2 项，加④、⑤、⑥、⑦、⑧中的 2 项即可诊断。

治法：疏肝理气，清热祛湿。

方药：小柴胡汤合龙胆泻肝汤加减（证据级别：IV 级；强推荐）。

小柴胡汤出自《伤寒论》。组成：柴胡 15 g、黄芩 10 g、人参 10 g、法半夏 15 g、甘草 6 g、生姜 6 g、大枣 3 枚。

龙胆泻肝汤出自《医方集解》。组成：龙胆草 6 g、黄芩 9 g、栀子 9 g、泽泻 12 g、木通 6 g、当归 3 g、生地黄 9 g、柴胡 6 g、生甘草 6 g、车前草 9 g。

加减：瘙痒明显者，加蝉蜕、防风、苦参；舌苔白厚腻着，加苍术、土茯苓、陈皮、薏苡仁；唇甲青紫，肌肤甲错，舌暗红，舌底络脉迂曲者，加三七、茜草根、牡丹皮。

7.2.4.1.2 肺肾阴虚、血热互结

症状：靶向治疗日久者，全身皮疹色鲜红，高出皮肤，边界清楚，形态不一，大小不等，瘙痒剧烈，或皮疹干燥，色暗淡，伴鳞屑脱落，可伴口干欲饮，潮热盗汗，颧红，五心烦热，大便干结，舌红，少苔，脉细数。

诊断要点：①靶向治疗日久者；②全身皮疹色鲜红，高出皮肤，边界清楚，形态不一，大小不等；③瘙痒剧烈；④或皮疹干燥，色暗淡，伴鳞屑脱落；⑤可伴口干欲饮，潮热盗汗，颧红，五心烦热，大便干结；⑥舌红，少苔，脉细数。

具备①、②、③中的 2 项，加④、⑤、⑥、⑦中的 2 项即可诊断。

治法：养阴润肺，清热凉血。

方药：加味荆防四物汤^[20]（证据级别：IV 级；强推荐）。

组成：荆芥 15 g、防风 15 g、生地黄 20 g、赤芍 20 g、当归 10 g、川芎 15 g、白鲜皮 20 g、紫草 12 g、蝉蜕 8 g、甘草 6 g。

加减：口干、便秘甚者，加石斛、麦冬、当归；舌绛红少苔，脉细者，加水牛角、金银花、石斛。

7.2.4.1.3 脾虚失运，气血两虚

症状：靶向治疗日久，或经全身抗肿瘤药物治疗后，皮疹色淡，呈散在团片状或点状皮疹，压之不褪色，瘙痒，兼少气乏力，面色淡白，头晕目眩，或短气懒言，舌淡白，脉细弱。

诊断要点：①靶向治疗日久，或经全身抗肿瘤药物治疗后；②皮疹色淡，呈散在团片状或点状皮疹；③压之不褪色，瘙痒；④兼少气乏力，面色淡白，头晕目眩，或短气懒言；⑤舌淡白，脉细弱。

具备①、②、③、④、⑤、⑥中的 3 项即可诊断。

治法：健脾运湿，益气养血。

方药：八珍汤加减^[21]（证据级别：IV 级；强推荐）。

八珍汤出自《正体类要》。组成：当归 10 g、川芎 5 g、白芍 8 g、熟地黄 15 g、人参 3 g、白术 10 g、茯苓 8 g、炙甘草 6 g。

加减：瘙痒明显者，加苦参、徐长卿、百部等。

7.2.4.2 靶向药物所致口腔黏膜炎

7.2.4.2.1 心脾积热、湿热壅滞

症状：口腔黏膜溃疡，灼热疼痛，多见于唇及舌尖，伴口苦、心烦，或腹胀，或缠绵难愈，疮面渗出物多，口中黏腻，大便黏滞，舌红，苔黄或黄腻，脉滑数。

诊断要点：①口腔黏膜溃疡，灼热疼痛；②多见于唇及舌尖，伴口苦、心烦；③腹胀；④缠绵难愈，疮面渗出物多；⑤口中黏腻，大便黏滞；⑥舌红，苔黄或黄腻，脉滑数。

具备①、⑥中的2项以及②、③、④、⑤中的2项即可诊断。

治法：清心泻脾、清热利湿。

方药：清胃散合甘草泻心汤加减^[22]（证据级别：IV级；强推荐）。

清胃散出自《脾胃论》。组成：生地黄6g、当归6g、牡丹皮9g、黄连6g、升麻9g。

甘草泻心汤出自《伤寒论》。组成：甘草12g、黄芩9g、人参9g、干姜9g、黄连3g、大枣4枚、半夏9g。

加减：口腔黏膜红肿疼痛，舌红绛属血热毒盛者，加用知母、石膏、玄参、天花粉；大便秘结者，可加用大黄、芒硝。

7.2.4.2.2 肝肾不足，阴虚热结

症状：口腔黏膜溃疡，疼痛缠绵，口干多饮，神疲乏力，大便不调，纳差，舌红、苔光剥，脉弦细或细弱。

诊断要点：①口腔黏膜溃疡，疼痛缠绵；②口干多饮；③神疲乏力；④大便不调，纳差；⑤舌红、苔光剥，脉弦细或细弱。

具备①、⑤中的2项以及②、③、④中的2项即可诊断。

治法：滋养肝肾、养阴清热。

方药：冬地三黄汤^[23]（证据级别：IV级；强推荐）。

冬地三黄汤出自《温病条辨》。组成：麦冬15g、天冬15g、生地黄15g、黄芩15g、黄连9g、黄柏12g、苇根25g、金银花15g、甘草10g。

加减：心烦失眠者，可加用栀子、竹叶、灯芯草；口腔黏膜疼痛不明显，色淡暗，经久不愈，或腰膝酸冷，小便清长者，加用黄芪、党参、茯苓、杜仲、牛膝。

8 食管癌中成药治疗

8.1 食道平散^[24]（证据级别：III级；强推荐）

成份：人参、西洋参、紫硃砂、珍珠、人工牛黄、熊胆粉、全蝎、蜈蚣、细辛、三七、薄荷脑、朱砂。

主要功效：益气破瘀，解毒散结。

适应病症：用于中晚期食道癌而致食道狭窄梗阻，吞咽困难，疼痛，噎膈反涎等病症。

用法用量：口服，一次0.3g~0.5g，一日3次~5次；或遵医嘱。

8.2 平消片^[25]（证据级别：IV级；强推荐）

成份：郁金、仙鹤草、五灵脂、白矾、硝石、干漆（制）、麸炒枳壳、马钱子粉。

主要功效：活血化瘀，散结消肿，解毒止痛。

适应病症：对毒瘀内结所致的肿瘤患者具有缓解症状，缩小瘤体，提高机体免疫力，延长患者生存时间的作用。

用法用量：口服。一次4片~8片，一日3次。

8.3 华蟾素胶囊^[26] (证据级别：IV级；强推荐)

成份：由干蟾皮组成。

主要功效：解毒，消肿，止痛。

适应病症：主要用于中、晚期肿瘤的治疗，亦可用于慢性乙型肝炎等症。

用法用量：口服，一次2粒，一日3次~4次。

8.4 鸦胆子油软胶囊^[27] (证据级别：IV级；强推荐)

成份：由鸦胆子油、豆磷脂组成。

主要功效：具有抗癌药的功效。

适应病症：用于肺癌，肺癌脑转移，消化道肿瘤及肝癌的辅助治疗。

用法用量：口服。一次4粒，一日2次~3次，30天为一个疗程。

9 食管癌中医外治法

9.1 督灸 (证据级别：III级；强推荐)

1次/周，3次/周期，共6个周期。①受试者取俯卧位，暴露背部，将督脉及两侧15 cm的皮肤充分消毒，并用被单盖好其他部位；②取督灸粉（丁香10 g，沉香10 g，肉桂20 g）铺于患者背部脊柱段上；③在督灸粉上铺桑皮纸，后将治疗巾铺于桑皮纸上；④约2.5 kg/例的生姜切丁打碎去汁，平铺于治疗巾上，与患者脊柱等长，宽、高约15 cm；⑤将艾绒均匀放置于姜带上并点燃施灸，约90 min；⑥督灸结束后用毛巾将受试者背部擦拭干净，嘱患者多饮开水，注意保暖。主要用于食管癌化疗期间，也适合采用单纯中医药治疗的患者。能改善癌因性疲乏、减轻化疗后的骨髓抑制，有效改善食管癌化疗患者细胞免疫功能，显著提高患者的生活质量^[28]。

9.2 针刺联合穴位敷贴 (证据级别：III级；强推荐)

针刺：人中、足三里、涌泉，以及海泉、百会、三阴交穴进行针刺，留针30 min，每日1次，7天~10天为一疗程。

敷贴：①安心养神膏处方（安心养神、解毒化浊为主）：柴胡13 g、玫瑰花32 g、郁金15 g、红花20 g、路路通25 g、丹参30 g、仙茅10 g、菟丝子30 g、黄精35 g、鳖甲30 g、川贝母15 g、炮甲珠12 g、生牡蛎30 g、预知子25 g、淫羊藿20 g、玄参25 g、香附12 g、陈皮18 g、石菖蒲15 g、炒枳壳20 g、龟甲胶25 g、阿胶12 g、冰糖25 g。将上述药材研磨成粉，混合均匀后调制成药膏。每次取适量敷贴于神阙穴以及涌泉穴，每日1次，每次4 h，连续7天。②肠胃舒缓膏处方（肠胃舒缓）：茯苓15 g、连翘12 g、陈皮10 g、半夏10 g、焦神曲12 g、焦山楂10 g、莱菔子10 g、竹茹12 g、代赭石6 g。将上述药材研磨成粉，混合均匀后调制成药膏。每次取适量敷贴于下脘穴以及足三里，每日1次，每次4 h，连续7天。此方法主要用于治疗晚期食管癌患者吞咽功能异常和癌因性疲

乏（皮肤过敏者慎用）^[29]。③止痛膏：生附子、天南星、没药、乳香、穿山甲、皂角刺、冰片、山慈姑、守宫。研成末，用食醋调成黏糊状，敷药面积超过疼痛面积的边缘部分 0.3 cm~0.5 cm，药末厚度以 2 mm~4 mm 为宜，外敷于肿块或疼痛部位相应的阿是穴位，用塑料布覆盖，胶布固定，24 h 换药 1 次。7 天~10 天为一疗程。此方法主要用于治疗晚期食管癌疼痛（皮肤过敏者慎用）^[30]。

9.3 穴位注射^[31]（证据级别：III级；强推荐）

参麦注射液：取穴以足三里、三阴交为主；兼有气滞者配内关；兼有血瘀者配血海；兼有热毒者，配曲池；兼痰结者配中脘。每穴注射 1 mL~2 mL，以上穴位均在化疗前 2 天开始注射药液，隔日 1 次，10 次为 1 个疗程。此方法可提升晚期食管癌化疗患者的免疫功能。

9.4 拔火罐（闪火法）^[32]（证据级别：IV级；强推荐）

取膈俞、脾俞、胃俞或以痛为俞，或胸痛取胸痛点相对应的后背正中线上 2 或 3 指处拔罐；背痛取痛点及痛点上 2 或 3 指正中线处为穴。每次拔 2 个~6 个罐，留罐时间 10 min~15 min。隔日一次或三天一次，一周为一个疗程。适用于食管癌相关疼痛。

9.5 耳针

9.5.1 处方 1^[33]（证据级别：IV级；强推荐）

食管、膈、交感、神门（均取双侧）。留针 5 min，每日 1 次，7 天为一疗程。用于治疗食管癌梗阻、汤水难入。

9.5.2 处方 2（证据级别：IV级；强推荐）

肾、脾、胃、食道、贲门、交感、轮 4~6 反应点和压痛点。留针 5 min，每日 1 次，7 天为一疗程。用于治疗食管癌乏力、纳少等症。

10 西医治疗

0 期/癌前病变：低级别上皮内瘤变建议随访，亦可行内镜下射频消融治疗。高级别上皮内瘤变建议行内镜下切除。亦可根据临床条件选择内镜下射频消融、冷冻治疗等方式。

I 期：T1a 期首选内镜下黏膜切除或黏膜剥离术。T1b 及以上 I 期首选外科手术治疗。完全性切除的 I 期食管癌，术后一般不行辅助治疗。

II 期：食管鳞癌：cT₂N₀M₀ 期首选手术治疗，cT₂N₁M₀ 及 cT₃N₀M₀ 期推荐新辅助治疗联合手术治疗。食管腺癌：cT₂N₀M₀ 期首选手术治疗，cT₁N₁M₀ 期推荐新辅助治疗联合手术治疗。术前新辅助治疗包括同期放化疗与化疗。

III 期：食管鳞癌或腺癌均推荐新辅助治疗联合手术治疗。对于不能手术的 III 期患者，目前的标准治疗是同步放化疗。

IVA 期鳞癌或腺癌：T4a 期推荐新辅助治疗联合手术治疗。T4b 期推荐根治性放化疗，或单纯化疗（侵犯椎体、气管、主动脉、心脏等重要脏器）。IVB 期：主要以全身系统性治疗与姑息治疗为主。一般状况好者，推荐全身系统性药物治疗，必要时可联合局部治疗；一般状况不能耐受上述治疗者，以

姑息和支持治疗为主要手段。治疗目的为延长生命，提高生活质量。姑息治疗主要包括内镜治疗（包括食管扩张、食管支架等治疗）、止痛对症治疗及营养支持治疗等。

对于 IV 期或失去手术机会的 III 期患者，目前已有证据证明，化疗或放疗时联合免疫治疗或靶向治疗可以提高疾病控制率和缓解率。适时使用局部消融术、血管栓塞术、粒子植入术、骨水泥成型术等可以有效控制原发病灶和转移病灶。

对于 III 期以上不能手术的患者，化疗或放疗联合免疫治疗已成为标准推荐方案。

11 食管癌康复与调护

11.1 饮食宜忌（证据级别：IV 级；强推荐）

饮食品种应多样化，营养物质均衡，多食用新鲜的时令蔬菜、水果。在一项高发地区的营养预防试验中发现，补充核黄素（维生素 B₂）和烟酸（维生素 B₃）可明显降低食管癌发病率。由于辛辣刺激、油炸、烟熏、烧烤类食物富含致癌物质，如烟熏食物含致癌的多环芳香烃，油炸过程可产生高致癌物质苯并芘等，因此应控制摄入量。

- a) 术后康复期饮食（证据级别：IV 级；强推荐）：研究表明食管癌术后患者将面临饮食障碍，建议术后分阶段由鼻饲缓慢过渡到流食、半流质食物，进而逐渐能食用固体食物。术后坚持忌辛辣刺激的食物，不饮酒，少吃酸菜，不吃过烫的食物，多食用维生素 C。同时，肠内营养联合益生菌具有协同治疗作用，可有效降低食管癌患者术后胃肠道不良反应的发生率，促进患者肠内营养的实施，保证患者机体的营养需要^[34]。
- b) 化疗期饮食（证据级别：IV 级；强推荐）：有关研究表明化疗期宜多食健脾和胃、补骨生髓、益气养血的食物如红枣、甲鱼等，以减轻化疗药物所带来的骨髓抑制和胃肠道反应；含服具有温中止呕作用的食物，如生姜等，减少化疗时出现恶心、呕吐等不适；嘱患者化疗期间多饮温热水，从而增加尿量，有利于药物和代谢物的排泄，减少对肾脏等脏器的损伤^[35]。
- c) 放疗期饮食（证据级别：IV 级；强推荐）：饮食除保证摄入的营养成分均衡外，还需在口味上多加注意，忌辛辣刺激性食物，戒口腹之欲，不偏嗜。在食材选择方面，要重视补充脂肪和蛋白质，海产品、蔬菜、水果等都是很好的选择。若患者在进食时吞咽困难，需为其定制少食多餐的食谱，将食品处理为流质状态，以确保患者顺利进食、保证营养均衡^[36]。

11.2 心理疏导（证据级别：IV 级；强推荐）

应保持情绪舒畅愉快，不为外物所累，不放纵自己的欲望，戒骄戒躁。积极做好患者的心理疏导工作，解除心理障碍，保持良好的精神状态，有利于配合治疗和病情的缓解^[37]。

11.3 身体锻炼（证据级别：IV 级；强推荐）

根据患者的运动风险评估、运动能力测试结果，结合学习、工作、生活环境和运动喜好等制订个体化运动处方（处方原则见附录 D：恶性肿瘤患者运动处方制订原则）^[38]，应包括有氧运动、抗阻练习和柔韧性练习，根据综合评估结果组合运动方式：① 建议每周 3 日~5 日进行 150 min 中等强度或 75 min 较大强度的有氧运动。② 抗阻练习每周 2 日~5 日，涉及主要肌肉群（胸部、肩部、手臂、背部、腹部和腿部），至少 1 组，8 次~12 次重复。③ 柔韧性练习每周 2 次~3 次。

11.4 传统功法（证据级别：IV级；强推荐）

11.4.1 太极拳^[39]

【频次与时长】每周3次~5次，每次30 min。

【注意事项】练太极拳不可闭气、使力，应以放松、沉气为主；在练拳时注意呼吸配合身体的开合，呼吸的基本要领是细、匀、深、长；锻炼地点应挑选清静宜人的环境，穿着宽松合体的练功服。

11.4.2 八段锦^[40]

【频次与时长】每日子后午首各行一次，若无条件则闲暇时间练习即可。

【注意事项】练习八段锦时要用鼻微微呼气，不推荐用口呼吸；中虚有火者忌练八段锦；习练此功法忌急躁贪快，忌突发猛力，动作宜轻柔缓慢；锻炼地点应选择宽阔适宜的环境；着装以练功服、平底鞋为宜。

12 食管癌预防（证据级别：IV级；强推荐）

通过提倡健康生活方式，戒烟限酒、规律生活；改变不良饮食习惯，避免“过烫、过硬、过粗糙及过快饮食”等造成口腔、食管和胃黏膜损伤所诱发的食管癌前病变，有助于预防食管癌发生。

各级医疗机构贯彻食管癌早诊早治策略，针对高危人群开展早期筛查，建议定期进行内镜检查，提高早期食管癌检出率，及时发现部分早期食管癌患者，尽早应用天龙合剂、复方党参丸、复方苍豆丸、六味地黄汤干预治疗，可以提高食管癌的总体治疗率，并能减少晚期食管癌的病例数^[41-44]。

对于已经罹患食管癌的患者，应建立完整病案和相关资料档案，经现代医学治疗后要定期复查，必要时服用三参汤以及益气通络解毒为主的中药组合预防复发和转移^[45, 46]。

附录 A

(资料性)

食管癌 TNM 分期(2017 年第 8 版 UICC/AJCC)

A.1 食管癌分期中 T、N、M 的定义见表 A.1。

表 A.1 食管癌分期中 T、N、M 的定义

| 项目 | 定义 |
|----------|----------------------|
| 原发肿瘤(T) | |
| TX | 原发肿瘤不能评价 |
| T0 | 没有原发肿瘤的证据 |
| Tis | 高级别上皮内瘤变/异型增生 |
| T1 | 肿瘤侵及黏膜固有层、黏膜肌层或黏膜下层 |
| T1a | 肿瘤侵及黏膜固有层或黏膜肌层 |
| T1b | 肿瘤侵及黏膜下层 |
| T2 | 肿瘤侵及固有肌层 |
| T3 | 肿瘤侵及食管纤维膜 |
| T4 | 肿瘤侵及邻近结构 |
| T4a | 肿瘤侵及胸膜、心包、奇静脉、膈肌或腹膜 |
| T4b | 肿瘤侵及其他邻近结构如主动脉、椎体或气道 |
| 区域淋巴结(N) | |
| NX | 区域淋巴结不能评价 |
| N0 | 无区域淋巴结转移 |
| N1 | 2个区域淋巴结转移 |
| N2 | 3个~6个区域淋巴结转移 |
| N3 | ≥7个区域淋巴结转移 |
| 远处转移(M) | |
| M0 | M无远处转移 |
| M1 | M有远处 |

A.2 临床分期（cTNM）预后分组

临床分期（cTNM）预后分组见表 A.2。

表 A.2 临床分期（cTNM）预后分组

| 临床分期 | cTNM |
|------|---------------|
| 鳞癌 | |
| 0 | Tis N0 M0 |
| I | T1 N0~1 M0 |
| II | T2 N0~1 M0 |
| | T3 N0 M0 |
| III | T3 N1 M0 |
| | T1~3 N2 M0 |
| IVA | T4 N0~2 M0 |
| | 任何 T N3 M0 |
| IVB | 任何 T 任何 N M1 |
| 腺癌 | |
| 0 | Tis N0 M0 |
| I | T1 N0 M0 |
| II A | T1 N1 M0 |
| II B | T2 N0 M0 |
| III | T2 N1 M0 |
| | T3~4a N0~1 M0 |
| IVA | T1~4a N2 M0 |
| | T4b N0~2 M0 |
| | 任何 T N3 M0 |
| IVB | 任何 T 任何 N M1 |

附 录 B
(资料性)
证据分级标准

证据分级标准参考刘建平教授在《基于证据体的中医药临床证据分级标准建议》、《中医药真实世界研究证据的构成及分级标准建议》中提出的传统医学证据体的构成及证据分级的建议。具体如下：

- a) I 级 随机对照试验及其系统综述、N-of-1 试验系统综述；
- b) II 级 非随机临床对照试验、队列研究、N-of-1 试验；
- c) III 级 病例对照研究、前瞻性病例系列；
- d) IV 级 规范化的专家共识、回顾性病例系列、历史性对照研究；
- e) V 级 非规范化专家共识、病例报告、经验总结。

注：规范化的专家共识，指通过正式共识方法（如德尔菲法，名义群组法，共识会议法，以及改良德尔菲法等），总结专家意见制订的，为临床决策提供依据的文件；非规范化的专家共识，指早期应用非正式共识方法如集体讨论，会议等，所总结的专家经验性文件。

附 录 C
(资料性)
推荐强度的定义

推荐强度的定义见表C.1。

表C.1 推荐强度的定义

| 推荐强度 | 定义 |
|------|---|
| 强推荐 | 对于临床医生，多数医生会选择使用该推荐意见；对于患者，绝大多数患者会采纳推荐意见，只有少数不会；对于政策制定者，大多数情况会采纳推荐意见作为政策 |
| 弱推荐 | 对于临床医生，应认识到不同患者有各自适合的方案，需要帮助每个患者做出体现其价值观和意愿的决定；对于患者，大多数患者会采纳推荐意见，但仍有不少患者不采用；对于政策制定者，制定政策需要实质性讨论，并需要众多利益相关参与 |

附录 D

(资料性)

恶性肿瘤患者运动处方制定原则

恶性肿瘤患者运动处方制订原则见表D.1。

表D.1 恶性肿瘤患者运动处方制订原则

| 项目 | 有氧运动 | 抗阻运动 | 柔韧性练习 |
|---|--|-------------------------------------|---|
| 频率 | 每周3天~5天 | 每周2天~3天 | 每周2天~3天, 每天进行更有效 |
| 强度 | 中等(40%~59% HRR; 64%~75% HRmax; RPE 12~13) 到较大强度(60%~89% HRR; 76%~95% HRmax; RPE 14~17) | 从低强度(如30% 1-RM)开始, 小幅度地增加 | 在可以忍受的情况下在关节活动范围内活动 |
| 时间 | 每周150 min 中等强度或75 min 较大强度运动, 或两者相结合的等量运动 | 至少1组8次~12次重复次数 | 静力性拉伸保持10 s~30 s |
| 类型 | 动用大肌群的、长时间的、有节奏的活动(如快步走、骑车、有氧舞蹈、慢跑、游泳等) | 自由重量、抗阻器械或自身体重的功能活动(如坐站转换), 活动所有大肌群 | 所有大肌群的拉伸或关节活动范围的运动。明确因类固醇、放射线或外科手术治疗引起的关节或肌肉受限的特定区域 |
| 注: HRR, heart rate reserve, 储备心率; HRmax, heart rate max, 最大心率; RPE, ratings of perceived exertion 主观体力感觉表; 1-RM, 1-repetition maximum, 单次最大负荷量测试。 | | | |

参 考 文 献

- [1] 曹毛毛, 陈万青. GLOBOCAN 2020全球癌症统计数据解读[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2021;13(03):63-69.
- [2] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政医管局. 食管癌诊疗指南(2022年版)[J]. 中华消化外科杂志, 2022;21(10):1247-68.
- [3] 食管癌诊疗规范(2018年版)[J]. 中华消化病与影像杂志(电子版), 2019;9(04):158-92.
- [4] 郑玉玲, 张亚玲. 《中西医结合食管癌治疗方案专家共识》(2021年版)解读[J]. 现代中医药, 2021;41(06):11-15.
- [5] 郑玉玲, 陈玉龙. 中医药治疗食管癌研究述评[J]. 中医肿瘤学杂志, 2020;2(03):1-04.
- [6] 李晓丽, 刘丽坤, 郝淑兰, 等. 《食管癌中医诊疗指南》适用性评价研究[J]. 中华中医药杂志, 2016;31(10):4107-10.
- [7] 赫捷, 陈万青, 李兆申, 等. 中国食管癌筛查与早诊早治指南(2022, 北京)[J]. 中国肿瘤, 2022;31(06):401-36.
- [8] 李群堂. 噎膈名实考辨[J]. 辽宁中医杂志, 2010;37(S1):60-63.
- [9] 周岱翰主编. 中医肿瘤学(修订版)[M]. 广州: 广东高等教育出版社, 2019.
- [10] 石岩主编吴勉华. 中医内科学 新世纪第5版[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [11] 刘宗超, 李哲轩, 张阳, 等. 2020全球癌症统计报告解读[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2021;7(02):1-14.
- [12] 朱梅, 崔金刚, 徐亭亭, 等. 柴胡疏肝散合旋覆代赭汤防治十二指肠内容物反流致食管癌变的效应研究[J]. 时珍国医国药, 2021;32(04):822-25.
- [13] 张玉双, 高静, 史会娟, 等. 加味启膈散对食管癌根治术后患者复发转移及生存质量的影响[J]. 中国全科医学, 2018;21(10):1239-43.
- [14] 王天虎, 黄志华. 加味通幽汤治疗晚期食管癌86例[J]. 国医论坛, 2005(04):22.
- [15] 徐丽霞, 钟静惠. 丁香透膈汤治疗晚期食道癌80例[J]. 吉林中医药, 2006(12):36-37.
- [16] 高永昌, 郭昭辉, 刘团霞. 香砂六君子汤加味治疗中晚期食管癌吞咽困难32例[J]. 河南中医学院学报, 2006(04):38.
- [17] 姚卫华, 花勤亮, 吴洁清, 等. 归脾汤配合同步放化疗治疗中晚期食管癌疗效观察[J]. 中国医药导报, 2006(36):81-99.
- [18] 单诗娜. 沙参麦冬汤加味对食管癌放疗后热毒伤阴型患者 SCC 及生存质量的影响[D]. 黑龙江中医药大学, 2017.
- [19] 李晶, 张玉双, 高静, 等. 凉血解毒膏防治放射性皮肤损伤的临床研究[J]. 河北中医药学报, 2011;26(04):13-14.
- [20] 余国芳, 林丽珠. 林丽珠辨治表皮生长因子受体抑制剂相关皮疹的经验探析[J]. 世界科学技术(中医药现代化), 2009;11(05):758-63.
- [21] 张琴, 解英. 解英教授治疗靶向相关性皮疹验案[J]. 中医临床研究, 2016;8(33):1-02.

[22] Vigarios E, Epstein J B, Sibaud V. Oral mucosal changes induced by anticancer targeted therapies and immune checkpoint inhibitors[J]. Support Care Cancer, 2017;25(5):1713-39.

[23] 平小英. 冬地三黄汤加味治疗阿帕替尼引起的口腔溃疡的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019;19(44):153-55.

[24] 董祖木, 王况, 刘竞. 食道平散联合紫杉醇化疗方案治疗食管癌临床研究[J]. 中医药临床杂志, 2021;33(08):1581-84.

[25] 郑人源, 王鹏桥, 张琴. 平消胶囊对食管癌抗肿瘤疗效和安全性的系统评价[J]. 内蒙古中医药, 2014;33(22):26-28.

[26] 戚诚, 赵晓东, 胡宁, 等. 华蟾素胶囊在局部晚期食管鳞癌同步放化疗中的应用价值[J]. 河北医药, 2021;43(14):2122-25.

[27] 廖江荣. 鸦胆子油对食管癌患者血清 VEGF 及疗效的影响[J]. 中国老年学杂志, 2012;32(20):4535-36.

[28] 王玉萍, 李登科, 张玉珂, 等. 督灸对正气虚衰型食管癌化疗疗效改善作用观察[J]. 中医药临床杂志, 2022;34(06):1113-17.

[29] 尹丽丽, 陈静, 亓媛媛, 等. 针灸联合穴位敷贴对晚期食管癌患者吞咽功能和癌因性疲乏的效果[J]. 食管疾病, 2021;3(03):218-21.

[30] 张惠玲, 杨玉杰, 李社改, 等. 针刺联合中药外敷治疗晚期食管癌疼痛53例临床观察[J]. 河北中医, 2015;37(05):742-44.

[31] 林滨谢召平廖小七杨芳. 参麦注射液穴位注射对20例食管癌化疗患者免疫功能的疗效观察[J]. 福建中医药, 2002(02):12-13.

[32] 浦鲁言. 拔火罐治疗食管癌胸背痛[J]. 辽宁中医杂志, 1988(07):40.

[33] 郑玉玲. 食管癌的中医外治法[J]. 实用中医内科杂志, 1994(04):44.

[34] 欧玉凤, 赵慧华, 杜燕婷. 精细化饮食指导对食管癌术后患者饮食相关并发症的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019;26(01):86-88.

[35] 鲍启德, 刘敏, 孙李凌, 等. 老年食管癌化疗患者营养状况评价及饮食干预[J]. 肿瘤基础与临床, 2015;28(04):339-41.

[36] 李文君, 张健, 李姝炎, 等. 个性化饮食护理在食管癌放疗治理中的应用——评《食管癌放射治疗临床规范》[J]. 食品安全质量检测学报, 2022;13(09):3048.

[37] 田美丽, 黄俊婷, 李朵朵, 等. 运动-心理-睡眠护理干预对食管癌患者生活质量及癌因性疲乏的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2019;25(11):1409-12.

[38] 中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会, 肿瘤特医食品国家市场监督管理总局重点实验室, 北京肿瘤学会肿瘤缓和医疗专业委员会. 中国恶性肿瘤患者运动治疗专家共识[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2022;9(03):298-311.

[39] 史运峰, 王文海. 太极拳对肿瘤患者的影响概况[J]. 河北中医, 2017;39(02):300-03.

[40] 许陶, 陈乐, 金春晖, 等. 八段锦对42例胃肠道恶性肿瘤术后康复期患者癌因性疲乏及生活质量的影响[J]. 中医杂志, 2020;61(10):881-85.

[41] 胡冬菊, 李国强, 尹清波. 天龙合剂诱导食管癌前病变细胞凋亡的实验研究[J]. 河北中医

药学报, 2007(04):5-06.

[42] 陈廷勇. 中医药对食管粘膜轻、中度异型增生的治疗[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016;3(31):6257-59.

[43] 侯浚, 阎付荣, 李绍森, 等. 复方党参丸治疗食管癌前病变临床研究[J]. 中国医药学报, 1992(02):13-14.

[44] 侯浚, 陈志峰, 李绍森, 等. 复方苍豆丸阻断食管癌前病变研究[J]. 中国肿瘤临床, 1996(02):117-20.

[45] 陈亚楠, 孙旭, 蒋立峰, 等. 中医药防治食管鳞癌术后复发转移的临床观察:一项单臂前瞻性研究[J]. 现代肿瘤医学, 2021;29(11):1949-52.

[46] 孟春艳. 中西医结合治疗食管癌术后复发转移观察[J]. 中医临床研究, 2011;3(04):78-79.