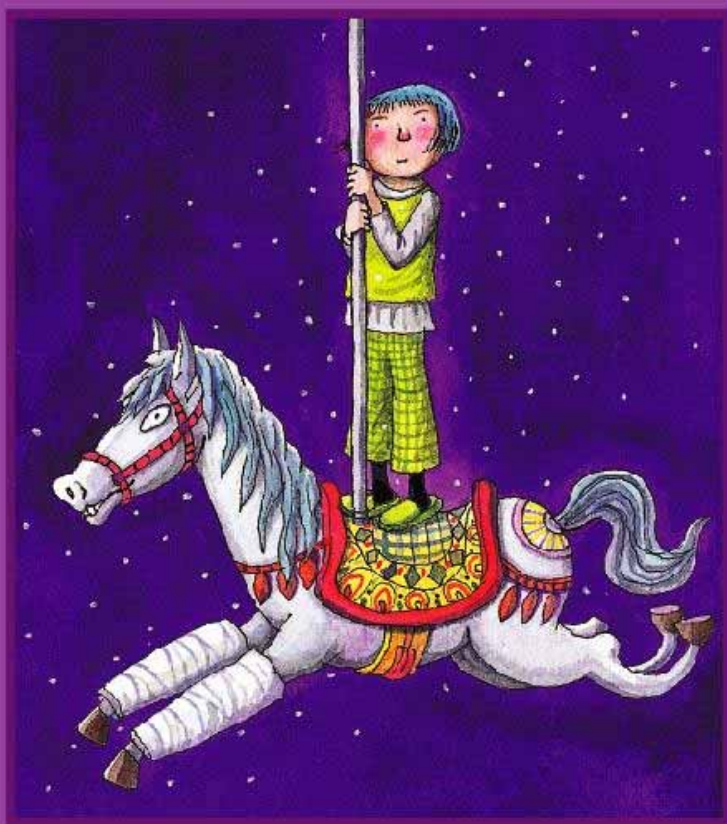


# 希望之路

面對食道癌



中華民國癌症希望協會

## 編輯顧問小檔案

周志銘/萬芳醫院·血液腫瘤內科主任

王正旭/基隆長庚醫院·癌症中心主任

成佳憲/台大醫院·腫瘤醫學部放射腫瘤科主任

## \*食道癌小檔案

- 食道癌是地理分佈差異性極大的一種癌症，不同國家間的發生率可差距 60 倍之多。此病好發於中國的中北部、黃河流域及一些溫帶國家，例如：地中海北岸、裡海沿岸、非洲及巴西南部等地區。
- 吞嚥困難通常是食道癌患者最常見的症狀。
- 根據國民健康局九十二年度癌症登記顯示，食道癌位居男性癌症發生率的第八名。在台灣，民國九十四年度台灣地區食道癌死亡人數 1,261 人，排行第 9 位，男性佔了將近九成五(1,188 人)。

## \*食道—運送食物的起始公路

食道位於胸部的縱膈腔之內，是連接咽喉及胃部的一個中空管狀肌肉結構，更是食物由口腔通往胃部的必經之道。其長度約 25 公分，位於氣管和胸椎的中間（如圖示）。

食道的括約肌可分為上食道括約肌及下括約肌，其功能包括：

- 1、防止食物由胃部逆流回到口腔中。
- 2、當吞嚥食物時，食道壁的肌肉會收縮與放鬆，使食團可順利通過到達胃部。
- 3、食道壁的腺體可分泌黏液以潤滑食道，方便食物通過，並將食物推向胃部。

## \*爲什麼會得食道癌？

食道癌發生的原因，目前仍不很清楚，已知可能的風險包括：

- 年齡：好發於 50-70 歲的老年人。
- 性別：男性多於女性，其比例約爲 4 比 1。
- 食物及環境因素方面：喜歡吃刺激性、醃漬類或溫度較高的食物者，或蔬菜水果、維他命 A、C 攝取不足者，微量元素 - 鋅的缺乏；另外高粱、玉米、及茶葉中的鞣酸(Tannin)，都曾被報告可能與食道癌的發生有關，但多無定論。
- 飲水及食物中含有過量的亞硝基氨(Nitrosamine)，已被證實會增加食道癌發生的危險。
- 喝酒是食道癌的一個高危險因子，統計顯示喝酒引起食道癌是正常人的 2 倍至 4 倍，而如果喝酒加上抽菸，將會使罹患食道癌的危險性大爲增加。
- 慢性胃食道逆流症(gastroesophageal reflux disease, GERD) 或巴瑞特氏食道症(Barrett's esophagus)患者：這類疾病由於胃液反覆由胃部逆流到食道，長時間的刺激下來，就容易導致細胞病變，於是有較高風險在下 1/3 段的食道引起食道癌的發生。不同於其它部位的食道癌以上皮細胞癌爲主，這類型的食道癌則以腺癌佔多數，據推論可能正好也是歐美國家近十年來食道腺癌發生率逐年增加的主因之一。
- 根據統計，曾經得過頭頸部癌的病人，其所發生的繼發性癌症(第二種癌症)中，有 1/3 是在食道發生。

- 食道弛緩不能(食道神經失常，導致括約肌無法正常蠕動)的病人，發生食道癌的機會比一般人高出 6~14%。
- 曾經有過食道腐蝕性傷害，也較易引起食道癌的產生，其位置常見於食道中段。

### \* 食道癌有什麼症狀?

食道癌不容易早期診斷。在疾病的初期，病人往往毫無症狀，多半要等到腫瘤長大到妨礙了食道的運送功能時才會引起不適，只可惜這時候的腫瘤可能已經很大或甚至轉移出去了，使得治療的效果受到影響。因此，最好平時就養成定期每一至二年做包含胃內視鏡在內的全身健康檢查的習慣，在癌病還沒來敲你的門前就儘早把它找出來，才有較高的治癒率。平常更要遠離菸酒等致癌物，同時多注意身體可能出現的任何異常病狀，切莫掉以輕心而延誤就醫。

- **吞嚥困難**：絕大多數的病人，第一個症狀是在吃肉、麵包及粗糙的食物（如生蔬菜）時會覺得不易下嚥，有不順暢的感覺（即台語說的ㄅㄟ ㄅㄟㄚ），有些病人甚至會感到食物卡在胸骨的後方。隨著腫瘤愈來愈大，食道的內腔也就漸漸變得狹小，先是不能吃乾飯，接著連稀飯也難以下嚥，只能飲用流質食物，如果一直延誤診斷，到了後來甚至連牛奶或水也喝不下去。
- **體重減輕**：食道因腫瘤阻塞會造成吞嚥困難，吸收的營養自然不足，因此身體衰弱、體重減輕是必然的現象。
- **呼吸有臭味**：若食道被腫瘤阻塞，食物會蓄積在腫瘤的上方，使得食物發酵而散發出惡臭。
- **咳嗽**：因口腔所分泌的唾液也會聚積在腫瘤上方的食道內，有時蓄積的唾液或食物會逆流吸入氣管而引起咳嗽，這種情形在夜晚平躺時會比較嚴重，常常使得病人無法入睡。最怕的是因此引起吸入性肺炎。另外，隨著腫瘤繼續長大並向外侵犯，有可能穿出食道壁而形成食道氣管瘻管。這是非常糟糕也很難處理的一個併發症。因為形成瘻管後，一旦進食，食物就很容易從瘻管掉進氣管內而引起反覆劇烈的咳嗽，並引發吸入性肺炎或窒息，如無法儘早預防或發現，嚴重的話有致命危險。
- **聲音嘶啞**：腫瘤壓迫到聲帶或喉回返神經所致。
- **胸痛**：如果腫瘤擴展至胸腔後壁，進而侵犯肋間神經，病人常會有無法忍受的胸痛。
- **大出血**：若腫瘤侵犯到鄰近的大動脈，導致大動脈破裂而出現大出血的危險，這是食道癌另一種嚴重的致命併發症。
- **其他症狀**：當腫瘤侵犯到肋膜腔時，有可能造成肋胸腔積水，導致胸痛、呼吸困難。其它症狀有貧血、咯血或解黑便等。

### \* 如何確定得了食道癌?

對懷疑有食道癌的病人，都必須做仔細的病史及身體檢查。

醫師問診評估的項目大致包含有：

- 吸菸、喝酒及嚼檳榔的習慣(包括每日的總量及時間)
- 吞嚥困難的症狀(程度及出現時間的長短)
- 有無體重減輕
- 有無接受化學治療或放射線治療的病史
- 有無聲帶麻痺、造成聲音沙啞(喉回返神經侵犯)的情形

- 有無頸部淋巴結是否擴大(觸診)
- 有無打嗝(膈神經侵犯) 的情形
- 有無呼吸困難(氣管侵犯) 的情形

#### 疾病的診斷方法

- **胸部 X 光**：由 X 光片中了解食道以及胸腔的形狀是否有異常。
- **食道攝影**：病人必須喝下顯影劑，以觀察食物流經食道的方式，因顯影劑可附著在食道表面，透過 X 光而使病灶顯現出來。另外，本檢查可以評估食道癌所侵犯的長度範圍以及食道癌和其他相關構造的關係。當患有食道癌時，可能會出現該段的食道黏膜不規則、邊緣缺陷或管腔狹窄，同時在阻塞處上方會有食道擴張的現象。由於有食道氣管瘻管存在的風險，因此不宜使用鋇劑顯影劑，而須改用水溶性顯影劑，以免鋇劑順勢流入氣管或縱膈腔，引起發炎或難以清除的困境，這點要特別小心。
- **上胃腸道內視鏡(俗稱胃鏡)檢查**：上胃腸道內視鏡可詳細的觀察食道癌之表面與其浸潤的廣度，確定癌的位置以及食道阻塞的情形。做此檢查時，醫師會先在病人喉嚨局部噴藥麻醉，以減少不舒服及嘔吐的感覺。然後醫師會以內視鏡從口腔進入食道內觀察，並透過內視鏡取下食道腫瘤的部分組織做病理切片檢查。此一內視鏡及病理切片檢查是確立診斷的必要步驟。檢查過程難免有些許疼痛，有些醫院因此提供自費無痛內視鏡檢查。
- **胸部電腦斷層攝影 (CT) 或磁振造影 (MRI)**：本檢查可得知腫瘤的厚度、長度、周圍組織的侵犯程度，以及局部淋巴腺有無受到波及或是有無器官轉移的情形。
- **其他選擇性的檢查還包括**：腹部超音波、正子放射斷層攝影(PET)、骨骼掃描檢查等評估食道癌是否已經轉移。

#### \* 食道癌如何分期?

根據 2002 年美國癌症聯合委員會(AJCC)所推薦的分期法，食道癌可分為零期到 IV 期。

- 第零期：即原位癌。
- 第 I 期：食道癌的腫瘤只侵犯黏膜及下黏膜層。
- 第 II 期： IIA 腫瘤侵犯至肌肉層，但無淋巴結侵犯。  
IIB 腫瘤雖只侵犯到黏膜及下黏膜層，但已有局部淋巴腺轉移(縱膈腔、腹部近端)。
- 第 III 期：腫瘤已侵犯至肌肉層，且有淋巴腺侵犯，或已侵犯到食道外周圍組織。
- 第 IV 期：腫瘤已有較遠處的轉移。

#### \* 該如何治療食道癌?

食道癌通常不太容易早期發現，因此當食道癌被診斷時，疾病多半已發展到相當階段，不易作根除性治療。因此當確定診斷以及做完癌症分期的檢查之後，面臨的即是選擇適當的治療方式。在選擇治療時必須考慮的因素包括：病人的健康狀況、癌症的分期以及病人與家屬的接受與配合度。食道癌治療的主力不外乎以下三種方式：外科手術、放射線治療與化學治療。

#### \* 食道癌的手術治療：

第一期及第二期的早期食道癌病人：外科手術切除是首選的治療方式。手術方式適用於食道癌

初期，病人可以接受食道、附近淋巴結及組織切除術，剩下的食道再與胃部重新連結。有時可利用消化道(如：結腸)來取代被切除的食道，手術前，病人常會被教導特別的呼吸運動或是咳嗽的方式來保持肺部的通暢。如果需要使用大腸為重建器官，則手術前三天開始，會實施大腸準備(如：禁食及灌腸，來使腸道淨空)。

手術重建的路徑有：(如圖示 2)

- ◎胸骨前路徑- 優點：對呼吸功能影響較小，即使發生吻合處滲漏，其影響也較小。  
缺點：路徑較長，外觀影響也較大。
- ◎胸骨下路徑- 優點：發生吻合處滲漏時，對縱膈腔及肋膜腔的影響較小。  
缺點：空間較狹小，易影響血液循環。
- ◎後縱膈腔路徑- 優點：由食道原來的位置放置重建器官，省時且容易施行。  
缺點：如遇上食道癌復發，易再引起吞嚥困難，將使治療更加複雜。

### 胸腔術後注意事項

手術後病人有可能發生的合併症有：肺部擴張不全、肺炎、敗血症、聲音沙啞、喉回返神經麻痺、頸部食道胃吻合處癒合不良、胃排空遲緩等。那麼該如何照顧呢？首先，完善的胸腔術後照顧是非常重要的！其包含有：深呼吸、拍痰、抽痰及咳嗽訓練．．．等。另外像是營養的補充，當術後傷口無滲漏情形時可恢復經口進食，但要注意的是，開刀有時會傷及喉回返神經，影響到吞嚥動作，因此必須小心防止吸入性肺炎的發生。

對於腫瘤太大或手術風險太高而不能接受開刀，或癌病已有轉移的病人，如果食道通路越來越窄而無法進食，為了減輕症狀與維持經由胃腸攝取營養的功能，有時醫師會在食道狹窄處放入支架，藉以撐開食道以維持通道順暢，解決吞嚥困難的問題，或是做「胃造瘻手術」，將一根餵食管由體外放置入胃部，這樣就可直接將流質食物灌入胃部，不必經過被腫瘤佔據的食道，接受這種方式，大多數病人的營養狀況都可獲得改善。

### 何謂胃造瘻術？

以外科手術或內視鏡方式在腹部上，做一永久性或暫時性的通道，管子一端直接進入胃中，另一端在腹壁外，其目的是用來進行腸道餵食，供給充分的營養。通常可由以下任何一種方法來施予：

#### 一、外科手術置放胃造瘻口或空腸造瘻口

方法是在局部或全身麻醉下，於上腹部中線打開約 3-6 公分的傷口，在胃或空腸上找到放置造瘻口的地方，以細線縫出一個小口，再於腹壁相對應位置劃開一小傷口，即可將造瘻管經腹壁放入胃或空腸中，再將事先縫好的細線綁好造瘻管並將傷口關閉；第一次灌食時須按醫師醫囑執行。

#### 二、經皮內視鏡胃造瘻術(PEG)

經皮內視鏡胃造瘻術則是藉由內視鏡的輔助，經表皮將餵食管放置到胃中。一般而言，在置放造瘻管後，必須禁食 12-24 小時，在醫師或護士檢查過確定：胃造瘻傷口乾淨且有適當腸胃蠕動聲(表示無腹膜炎且腸胃道功能已恢復)後，便可開始第一次胃造瘻灌食了。

#### 三、經 X 光導引之胃造瘻術(PFG)

在 X 光導引下，經局部麻醉後，將一內含硬式探針之軟質細管經左上腹皮膚放入胃中。此種胃造瘻術不必做內視鏡，也不需住院開刀，一般只需 30 分鐘即可完成，大部份的病人在胃造瘻術完成後一至三天內在醫師或護士檢查過確定後，即可開始由此灌食。



## 胃造瘻口應注意的事項:

### 一、術後照護注意事項

- 1、以上無論以任何方式形成之胃造瘻口，在新造口完成後均必須經由醫師或護士確認：傷口乾淨且腸胃道已恢復適當蠕動後，才可進行第一次管灌食。
- 2、術後一般會在 24 小時後才開始進行管灌，第一次開始餵食時一般會先採用少量溫開水，確認管灌無虞後，再少量慢慢增加，以免胃內壓力太大造成傷口滲漏而導致腹膜炎；食物不可太熱或過冷，一般維持 37~40°C 左右，並由醫護人員依病人狀況協助調整管灌配方內容。每次灌食後應用溫水拭淨皮膚，必要時可塗上氧化鋅軟膏使用。
- 3、術後傷口每天要換藥，約一周傷口可癒合，之後只要保持傷口乾淨即可。剛開始病人的清潔以擦澡為宜，約一個月後可以淋浴，泡澡則不適宜，洗完澡應立即將傷口及造口處擦乾。

### 二、確定造口管路的固定深度

病患在恢復期過後，一般的活動包括復健都可以進行，只是注意不要將管子拔掉或扯掉就好了。這種造瘻管一般並不容易拔掉，但只要用力拔時仍會拔出來。每日檢查外露於腹壁外的管路長度，如造瘻管不慎滑出或懷疑有向外移動…等固定物鬆脫情形，應立即攜帶原造瘻管返院急診處理。

### 三、檢視造口周圍皮膚

注意造口處是否一直擴大？是否有嚴重的組織增生現象？是否有皮膚紅腫、發熱、腐臭或異常分泌物？若有，應向醫護人員報告。

## \* 食道癌的放射線治療

外科手術切除是早期(一、二期)食道癌的主要療法，然而只有少數病人在診斷之時是屬於早期的。多數情況下，發現時已屬三、四期腫瘤，此時由於遠處轉移之比率很高，施行手術可以完全切除的機會相對也就較小，因此非手術的放射線治療便成為替代的局部治療方式。放射線治療主要是利用高能量的放射線來破壞癌細胞，並阻止其繼續生長。食道癌的放射線治療可概分為下列數種：  
**前導放射線治療**

用於手術前，主要目的是先縮小腫瘤，再行手術治療，近年來已有幾個大型研究報告，指出對中晚期的食道癌採取手術前，前導放射線治療可以增加手術切除的成功率及控制率，使部分原本無法切除的食道腫瘤，在前導放射線治療後，可縮小為外科手術可切除程度，但是對於整體的存活期似乎幫忙不大，主要是不少人的腫瘤在治療前已擴散出去，因此不管是單做手術或術前放射線治療加後續手術治療，對於這些人的療效僅止於除去局部腫瘤及相關症狀，對於遏止遠處擴散沒有很大幫忙，因此多數專家並不建議做手術前導放射線治療。此種放射治療方式為每日一次，每週五日，為期五至六週給與體外放射線治療，以 4500~5000 雷得劑量照射食道腫瘤及鄰近可能散播的淋巴區域，也可搭配同步療程的化學治療（見後文）。等療程結束後，靜待五至八週的復原期及達到腫瘤縮小的效果後，再行外科手術切除癌病，然而這樣的治療模式有賴各科醫師間的密切配合，方能度過漫長的療程和復原，因此必須在有豐富經驗的醫療機構施行才好。

食道癌的體外放射線治療中，通常會利用電腦斷層輔助定位的三度空間順形放射線治療技術，設計出最佳的照射角度與照野形狀，並計算出腫瘤周圍正常器官會受到放射線影響的程度，來決定

最理想與安全的治療方式。

### 前導同步放射線與化學治療

和前一種方式類似，在手術前給與前導治療，以用來縮小腫瘤，方便手術的進行。只不過前導治療同時包括了放射線治療與化學治療兩者，療效確實是比單用前導放射線治療來的好，當然得承受較大且較多的副作用，也增加了後續手術的困難度與併發症。因此，有關接受術前同步放射線與化學治療後再行手術的療法是否比單做手術這一組來的好，目前仍無定論，在一個大型的綜合性研究分析，顯示似乎有較佳的三年存活率與局部控制率。而在另一篇的統計分析研究中，在接受同步放射線與化學治療之後，接受手術與沒有接受手術這兩組的存活率沒什麼差別，這個結果似乎表示在同步放射線與化學治療之後，再去開刀並沒有添加多少好處。

### 術後輔助放射線治療

主要用於術後病人，其治療目的是為了防止手術周圍仍有殘存的少許癌細胞。部分病人在接受外科手術切除後，若病理檢查報告有下列情況者，可考慮採取輔助放射線治療：1.腫瘤已穿透食道壁並進入食道旁的軟組織。2.腫瘤邊緣部份有殘存的癌細胞。3.摘除的腫瘤附近淋巴腺仍有癌細胞轉移時。以上狀況，雖表示外科手術切除了腫瘤，但癌細胞殘留原區域的風險仍高，所以施予手術後的輔助放射線治療，以減低日後局部復發的風險。此療法多在手術後六至八週後開始，進行每日一次，每週五日，為期五至七週的體外放射治療，總劑量在 4500~6000 雷得之間。

### 主要放射線治療(最好加上化學治療)

若診斷時腫瘤已侵犯超過整個食道壁，或縱膈腔淋巴腺已有轉移時，多半已不適合接受外科手術切除。此時可考慮給與主要放射線治療，不過單單給與放射線治療療效並不理想，通常必須合併同步的化學治療才有比較好的成績。治療方式主要針對食道腫瘤、臨近淋巴腺以及有散播風險的縱膈腔淋巴區先做大範圍的照射，然後再縮小範圍，針對主要病灶做加強照射。照法同樣是每日一次，每週五日，但為期較長，約六至八週，總共給與 6000~7000 雷得的體外放射線治療，其中，屬於大範圍照射的約 4500~5000 雷得，其餘為縮小範圍的加強劑量。目前認為對於局部晚期的食道癌，選擇同步的主要放射線治療與化學治療而不開刀，可以達到和接受開刀手術一樣的局部腫瘤控制率、恢復食道進食率與存活率，不失為一種不錯的療法，可是雖然免除了手術的風險與傷口疼痛，卻仍得忍受放射線治療與化學治療副作用所造成的不適。

### 緩和症狀之放射線治療

若病人於診斷之時，腫瘤已隨血液或淋巴系統散播至肝、肺或骨骼等遠處地方，此時要治癒癌病會十分困難，但是仍可考慮以放射線治療來減輕症狀，包括原發食道部位腫瘤引起的阻塞、壓迫與疼痛，以及骨轉移造成的疼痛、神經的壓迫或腦部轉移等。此類放射線治療主要是以減輕不適為目的，因此療程較短，劑量也較低。

### 近接放射線治療

此放射線治療是經由內視鏡導引下，幫助將傳送放射線的特殊管道帶至食道腫瘤部位，再接通管道於近接放射線治療的放射源貯存機，經由機器指定位置釋放足夠劑量，以便完成治療。這樣的治療方式是應用在特定的情況下，通常採每週一次至二次的方式進行。

## 放射線治療的副作用

放射線治療的副作用，可分為急性、亞急性與長期副作用。

- **急性副作用**：通常在療程中的第三至第四週左右出現，包括吞嚥疼痛、照射部位疼痛、咳嗽與痰液增加，主要是來自於放射線治療所產生的氣管及食道黏膜發炎反應，一般大約要持續到療程結束後兩週左右才能緩解。這段時間，食物的烹調要以軟質或流質飲食為主，以減少發炎食道黏膜的刺激，並可配合服用消炎止痛藥物。極少數病人因副作用的反應太過嚴重，以致無法進食足夠熱量，故需要暫時倚賴鼻胃管灌食，或由腹部胃造瘻灌食，或暫時依賴靜脈點滴營養，以維持足夠營養，辛苦撐過整個治療時期。
- **亞急性副作用**：包括放射性肺炎或放射性心包膜炎，通常在放射療程結束後半個月至三個月間發生於少數病人，其原因是被照射的肺組織或心包膜組織出現發炎反應。放射性肺炎的症狀為沒有異常分泌物的「非感染性」乾咳；放射性心包膜炎則因心包膜積水而限制心臟的自由搏動，產生如心衰竭般的氣喘、下肢浮腫等症狀。處理原則：必須先排除其他感染性原因，才能進一步確定診斷，並給與短期類固醇來抑制發炎反應，有時也需要引流出心包膜的積液。這些症狀經過醫師處治後，多半可以順利緩解。
- **長期副作用**：包括放射線照射後的肺部組織產生肺纖維化，使得肺活量降低，因而有可能比較容易感到喘；或是食道產生纖維化狹窄，可能在疾病治療後的幾個月或幾年內逐漸出現，引起類似當初發病之初吞嚥困難的現象，在診斷排除癌病復發的可能性後，其處理方式多以食道鏡擴張術或置放人工管道於食道狹窄段來擴張食道以改善此一症狀。

### \* 食道癌的化學治療

如前所述，近年來局部晚期食道癌的治療，越來越多人接受同步的化學治療與放射線治療，使疾病得到不錯的控制，甚至達到和手術一樣的療效。尤其對於心肺功能欠佳或體力無法承受手術風險的病人來說，不失為一個不錯的選擇。使用同步化學治療和放射線治療時，化學治療主要的作用是可以加強放射治療的效果，並產生全身性的療效。常用的藥物，包括 5-FU、cisplatin、methotrexate、mitomycin-C 和 bleomycin，以及近幾年研發的 paclitaxel、docetaxel(紫杉醇類)、oxaliplatin, irinotecan 與 gemcitabine 等。另外，對於已有遠處轉移的食道癌病人，一般也多以化學治療做為主要的療法，不過究竟要使用一種或數種組合藥物，或是哪些藥物效果最好，目前並沒有一致的標準，一般來說，醫師會依據每位病人的整體病況和她(他)本人對藥物的熟悉度來做選擇。

總言之，沒有遠端轉移的食道癌，傳統上以手術切除為主要治療方式，但基於手術有一定風險，且近年來的研究顯示，採取不開刀而接受同步的放射線治療和化學治療的病人，在局部腫瘤的控制率、症狀的減緩率與存活期，幾乎和有接受手術的一組不相上下，因此也是一種不錯的選擇。至於決定接受手術的人，給予術前或術後的放射線治療或（和）化學治療似乎沒有顯著的助益。

### \* 面對食道癌

當您被醫師診斷為食道癌時，將會是一連串的難題及挑戰的開始。對於您及家屬而言，難免會覺得震驚、生氣甚至於沮喪，這是一個很自然的反應。等到您及家屬慢慢能接受得病的事實之後，首先就得積極思考，在困境之中如何面對生病對個人身體功能與家庭生活所造成的影響，並詳細瞭解醫療專業人員對您所做的治療建議。這時候一定會有不少親朋好友推薦您服用各式各樣的偏方，



原則上，謝謝她（他）們的好意即可，不必花心思也不必花錢在這些不是醫師開立或建議的另類治療上，因為坊間說得出口的這些藥物幾乎都沒有實證的療效。

也許您會開始感到無助、失望或沮喪，也許您不知道該如何表達自己心理的感覺...，其實這時候您只需要調適自己，開始學習如何來與疾病所帶來的不適和平相處、學習適應進食型態的改變、戒掉吸菸煙喝酒的習慣、重新學習安排與家人的相處，並開始更積極的學習改變自己的生活形態。這些生活上的巨大改變，可能是您從來沒有經歷過，甚至想都不曾想過的，它所帶給您和家人的衝擊可想而知。假如這些壓力超出您所能承受的範圍，或是您覺得徬徨無助的時候，記得善用您周遭許多關心您的親友與其他病友支持團體，他們會盡力協助您渡過難關，因此應該試著建立自己的支持網絡，往往可以有效地在抗癌之路上助您一臂之力。

### **\*在食道癌風暴之後**

如前所述，食道癌本身或抗癌治療（手術、放射線或化學治療等）的副作用都有可能造成身體功能與生活型態的重大改變，您及家屬多半需要時間來慢慢適應，共同學習重建得癌後的新生活。如果您有任何這方面的問題，建議您可以參考希望協會的各式手冊、參加病友團體，或直接與各相關協會、基金會諮詢，應該都可以幫您解答困惑。

另外，在身體上要盡量保持最佳的體力狀況。不管之前你是否有做運動的習慣，從現在起請撥出一些時間跟伴侶或家人一起散步，除了可藉此增加情感外，亦可訓練自己的體能狀況。但若是感到身體很疲倦的話，也要把握機會多多休息。