

2026 年中国临床肿瘤学会食管癌诊疗指南更新要点解读

陈瑞平, 曾博*

中山大学附属第一医院 胸外科, 广东 广州 510080

【摘要】 食管癌是我国常见消化道恶性肿瘤之一,且以食管鳞状细胞癌为主要病理类型,其疾病谱与欧美国家存在明显差异。中国临床肿瘤学会 (Chinese Society of Clinical Oncology, CSCO)《食管癌诊疗指南(2026)》在 2025 版基础上,结合近年来国内外研究进展和中国临床实践需求,对食管癌诊疗路径进行了进一步优化。本文基于 2025 版与 2026 版 CSCO 食管癌诊疗指南的核心内容,对 2026 版更新要点进行系统梳理,并结合日本食管学会(Japan Esophageal Society, JES)、美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)及欧洲肿瘤内科学会(European Society for Medical Oncology, ESMO)相关指南进行比较分析。2026 版 CSCO 指南的核心更新主要包括首次将食管鳞状细胞癌与腺癌治疗策略分开单列,强调不同病理类型的生物学差异及证据适配;进一步明确早期食管癌内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)术后处理原则,尤其突出 T_{1b} 期不同黏膜下浸润深度亚型的淋巴结转移风险分层;明确食管胃结合部腺癌围手术期 FLOT 方案(奥沙利铂+多西他赛+氟尿嘧啶+亚叶酸钙)联合免疫治疗的适用范围,提出应严格依据程序性死亡受体配体 1(programmed death-ligand 1, PD-L1)表达、肿瘤区域阳性评分(tumor area positivity score, TAP)、术前淋巴结状态及病理分型筛选优势人群。与 2025 版相比,2026 版 CSCO 指南更加突出组织学分型精准化、治疗决策分层化和多学科管理常态化。与国际指南比较,2026 版 CSCO 指南更符合我国以鳞状细胞癌为主、区域发展不平衡和资源可及性差异显著的临床现实。本文认为,2026 版 CSCO 指南更新不仅优化了食管癌规范化诊疗路径,也进一步推动我国食管癌管理由“同病同治”向“分型而治、精准施治”转变。

【关键词】 食管肿瘤; 中国临床肿瘤学会; 诊疗指南; 鳞状细胞癌; 腺癌; 内镜黏膜下剥离术; 免疫治疗

Interpretation of the key updates in the 2026 edition of the Chinese Society of Clinical Oncology guidelines for the diagnosis and treatment of esophageal cancer

Chen Ruiping, Zeng Bo*

Department of Thoracic Surgery, the First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, Guangdong, China

*Corresponding author: Zeng Bo, E-mail: zengb7@mail.sysu.edu.cn

【Abstract】 Esophageal cancer is one of the most common gastrointestinal malignancies in China, with esophageal squamous cell carcinoma being the predominant histological subtype, which differs substantially from the disease spectrum in European and American countries. Based on recent advances in evidence-based medicine and the practical needs of Chinese clinical settings, the Chinese Society of Clinical Oncology (CSCO) updated its guidelines for the diagnosis and treatment of esophageal cancer in 2026. In this article, the major updates of the 2026 CSCO guideline are systematically reviewed through a comparison with the 2025 version, together with a comparative analysis of relevant recommendations from the Japan Esophageal Society (JES), the National Comprehensive Cancer Network (NCCN), and the European Society for Medical Oncology (ESMO). The key revisions in the 2026 CSCO guideline include the following: first, treatment strategies for esophageal squamous cell carcinoma and adenocarcinoma are listed separately for the first time,

* 通信作者: 曾博, E-mail: zengb7@mail.sysu.edu.cn

highlighting biological heterogeneity and subtype-specific evidence adaptation; second, the postoperative management principles after endoscopic submucosal dissection (ESD) for early esophageal cancer are further clarified, particularly emphasizing risk stratification of lymph node metastasis according to submucosal invasion subtypes in T_{1b} disease; third, the indications for perioperative FLOT (oxaliplatin + docetaxel + fluorouracil + leucovorin) combined with immunotherapy in adenocarcinoma of the esophagogastric junction are more clearly defined, stressing strict patient selection according to programmed death-ligand 1 (PD-L1) expression, tumor area positivity score (TAP), preoperative nodal status, and pathological subtype. Compared with the 2025 version, the 2026 CSCO guideline further emphasizes histology-oriented precision treatment, risk-adapted clinical decision-making, and routine multidisciplinary management. In comparison with international guidelines, the 2026 CSCO guideline better reflects the Chinese clinical reality characterized by a predominance of squamous cell carcinoma, regional disparities in medical resources, and differences in treatment accessibility. These updates are expected to further promote the transition of esophageal cancer management in China from a uniform approach to a more individualized and precision-based strategy.

【Key words】 Esophageal neoplasms; Chinese Society of Clinical Oncology; Guideline; Squamous cell carcinoma; Adenocarcinoma; Endoscopic submucosal dissection; Immunotherapy

食管癌是我国常见恶性肿瘤之一,发病率和死亡率长期居高不下,在我国消化道恶性肿瘤谱中占据重要地位。与欧美国家食管腺癌及食管胃结合部腺癌比例较高不同,我国食管癌以食管鳞状细胞癌为主^[1]。病理类型的显著差异,使我国食管癌在筛查策略、分期评估、局部治疗方式选择及围手术期综合治疗路径方面,均呈现出不同于欧美国家的临床特征。

中国临床肿瘤学会 (Chinese Society of Clinical Oncology, CSCO)食管癌诊疗指南长期秉持“基于证据、兼顾可及、结合国情”的原则,在国内食管癌规范化诊疗中具有重要指导意义。2025版CSCO食管癌诊疗指南(以下简称指南)已较系统地构建了从筛查、诊断、分期到治疗和随访的全流程框架,并吸收了新辅助治疗、围手术期化疗(简称化疗)、术后辅助免疫治疗及晚期系统治疗等领域的多项新证据^[2]。2026版指南则在2025版基础上,进一步聚焦近年来临床实践中的关键争议问题,尤其围绕病理分型管理、早期病变内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)术后处理和围手术期免疫联合策略等方面进行了重要优化^[3]。

本文结合2025版与2026版CSCO食管癌诊疗指南内容,并参考日本食管学会(Japan Esophageal Society, JES)、美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)及欧洲肿瘤内科学会(European Society for Medical Oncology, ESMO)等国际指南,对2026版指南的核心更新要点进行解读,以期临床实践提供参考。

1 2025版至2026版指南总体框架变化:由分期主导向病理分型主导转变

2025版指南总体沿用按疾病阶段组织内容的传统模式,围绕早期食管癌、可切除局部进展期、不可切除局部晚期/寡转移、转移复发疾病以及营养支持和随访等内容展开。这一结构具有良好的流程化特征,便于临床医师按诊疗阶段检索和应用。

然而,随着食管癌治疗进入精准化时代,单纯依赖分期组织治疗路径已难以充分反映不同病理类型之间在流行病学、分子生物学行为、转移模式及治疗敏感性等方面的差异。2026版指南最鲜明的特点之一,是首次将鳞状细胞癌与腺癌治疗路径分开单列。这一调整意味着临床决策的起点正在从“先看分期”逐步转向“先明病理类型,再结合分期与风险因素制定方案”。

国际指南方面,NCCN和ESMO指南均已较早强调病理类型的重要性,但其推荐体系主要基于欧美国家以腺癌人群为主的研究证据^[4-5];JES指南则更贴近东亚国家以鳞状细胞癌为主的疾病谱,尤其在早期食管鳞状细胞癌和内镜治疗管理方面经验丰富^[6]。2026版CSCO指南在总体框架上兼顾了国际循证证据与我国临床现实,体现出更强的本土化特征。

2 首次将食管鳞状细胞癌与腺癌治疗路径分开单列

2.1 更新背景

食管鳞状细胞癌与腺癌在危险因素、发生机

制、分子病理特征、局部侵袭方式及系统治疗敏感性方面均存在明显差异。我国食管癌以鳞状细胞癌为主,而欧美人群的食管腺癌及食管胃结合部腺癌比例较高。近年来国际高质量研究多为全球多中心研究,其中腺癌病例占比较高,若未经分型区分即将其结果直接用于我国单纯鳞状细胞癌人群,存在一定外推偏差。

2.2 2025版与2026版指南变化

2025版指南虽已在部分具体条目中体现病理类型差异,例如胸段食管癌新辅助放化疗路径、食管胃结合部腺癌围手术期 FLOT 方案(奥沙利铂+多西他赛+氟尿嘧啶+亚叶酸钙)路径等,但整体结构仍以“同一疾病框架下局部分流”为主。2026版则首次从指南更新原则层面明确将鳞状细胞癌与腺癌治疗方案分开单列。

这一变化并非单纯的章节调整,而是治疗决策逻辑的重构:病理类型由原有的“修饰性变量”转变为“核心分流变量”。对于鳞状细胞癌,治疗路径更加注重重新辅助同步放化疗、同步放化疗后器官保留与挽救性手术策略,以及符合中国人群特征的综合治疗模式;对于腺癌,尤其食管胃结合部腺癌,则更加重视围手术期化疗、FLOT 方案,以及人表皮生长因子受体 2 (human epidermal growth factor receptor 2, HER2)、错配修复 (mismatch repair, MMR)/微卫星不稳定性 (microsatellite instability, MSI)、程序性死亡受体配体 1 (programmed death-ligand 1, PD-L1) 等标志物指导下的系统治疗路径。

2.3 与国外指南比较

NCCN 指南长期强调食管鳞状细胞癌与腺癌治疗策略不同,尤其在新辅助治疗、围手术期治疗及晚期系统治疗中路径差异明确,但其证据体系中腺癌权重更高。ESMO 指南在局部进展期腺癌中更强调围手术期化疗,而在鳞状细胞癌中强调放化疗与手术平衡。JES 指南由于立足东亚高发鳞状细胞癌背景,在早期病变及局部鳞状细胞癌管理上更具细化优势。2026 版 CSCO 指南的此次更新,实质上是在全球证据基础上,建立更加符合中国鳞状细胞癌主导疾病谱的路径表达方式。

2.4 临床意义

此次更新有助于提高指南在临床使用中的可读性和决策效率,减少因病理类型混淆所带来的路径误用。同时,也有利于推动未来中国食管癌研究从“混合人群研究”向“分型特异性研究”转变,

进一步夯实本土循证体系。

3 明确早期食管癌 ESD 术后处理原则

3.1 ESD 在早期食管癌中的地位

随着内镜技术的发展,ESD 已成为部分早期食管癌患者的重要治疗方式。与传统外科手术相比,ESD 能够在保留器官的基础上实现整块切除,兼具诊断与治疗价值,尤其适用于局限于黏膜层或浅表病变的早期病灶。

但在临床实践中,ESD 完成后是否需要追加治疗、哪些患者应接受手术或放化疗、哪些患者可密切随访观察,相关临床决策仍存在较大差异,这也是本次指南更新重点之一。

3.2 2025 版指南基础内容

2025 版指南已明确内镜治疗在早期食管癌中的应用,并提示垂直切缘阳性、脉管侵犯阳性、黏膜下浸润较深以及低分化/未分化病变等为 ESD 术后追加治疗的重要指征。此外,指南亦提出术后 3、6、12 个月复查内镜,若无残留复发,后续每年复查 1 次。

3.3 2026 版指南更新重点

2026 版指南进一步明确了 ESD 术后处理原则,尤其强调 T_{1b} 期患者需根据不同黏膜下浸润深度亚型进行风险分层。SM1 亚型淋巴结转移率较低,而 SM2、SM3 亚型淋巴结转移率可达 20%~40%,对于其中的高风险 pT_{1b} 期患者建议多学科会诊,评估手术或后续放化疗的必要性,而低风险患者可能不需要补充治疗^[7-9]。

这一变化意味着, T_{1b} 期患者并非同质化群体。既往临床中常将 T_{1b} 期统一视为高风险而倾向积极追加治疗,或反之将局部切除后患者一概纳入观察,均可能导致过度治疗或漏治。2026 版指南则更加强调基于病理细分和系统评估的个体化决策。

3.4 与国际指南比较

JES 指南在早期食管癌内镜切除后追加治疗方面表述最为精细,长期强调浸润深度、脉管侵犯和分化程度对淋巴结转移风险的影响。NCCN 指南对于 T_{1b} 期病变总体更倾向积极外科处理,尤其在腺癌背景下。ESMO 指南则对早期食管癌内镜治疗原则予以认可,但在术后分层管理方面相对原则化。2026 版 CSCO 指南此次更新在理念上更接近 JES 指南,但在推荐表述上仍兼顾中国多层级医疗机构的可执行性。

3.5 临床意义

该更新提示临床医师应更加重视 ESD 标本病理报告的规范性,包括整块切除情况、水平及垂直切缘、浸润深度、SM 分层、脉管侵犯和分化程度等。对于 T_{1b} 期患者,术后决策不应止步于“是否切除干净”,而应进一步结合影像学评估、患者器官功能和并存疾病,依托多学科诊疗(multidisciplinary treatment, MDT)制定追加治疗策略。

对基层医疗机构而言,建立早期食管癌 ESD 术后病理复核和区域 MDT 转诊机制,是落实本次更新的关键。

4 明确食管胃结合部腺癌围手术期 FLOT 方案联合免疫治疗的适用范围

4.1 围手术期综合治疗的发展背景

局部进展期食管胃结合部腺癌的标准治疗近年来不断演进。FLOT 方案已成为可切除胃癌和食管胃结合部腺癌围手术期治疗的重要方案之一^[10]。随着免疫治疗在消化道肿瘤中的快速发展,围手术期化疗联合免疫治疗也逐步进入临床视野。

4.2 2025 版指南相关表述

针对局部进展期食管胃结合部腺癌的治疗,2025 版指南已将围手术期化疗列为 I 级推荐,将新辅助同步放化疗列为 II 级推荐,并将围手术期 FLOT 方案联合度伐利尤单抗纳入治疗路径。这表明该版指南已初步认可 FLOT 方案联合免疫治疗在特定人群中的潜在价值。

4.3 2026 版指南更新重点

2026 版指南最重要的进展,在于进一步明确该方案的适用边界。指南指出,对于 PD-L1 综合阳性评分(combined positive score, CPS)<1、肿瘤区域阳性评分(tumor area positivity score, TAP)<1%、无淋巴结转移及弥漫型腺癌患者,联合免疫治疗无明确获益,仅需常规化疗^[11]。

这一更新体现出指南对新治疗模式的态度更加审慎和精准。相比“增加一个可选方案”,更重要的是明确“哪些患者不适合常规加用免疫治疗”。

4.4 与国外指南比较

NCCN 指南对围手术期新方案的纳入通常紧随关键研究和药品批准状态,方案选择空间较大,但临床应用需结合病理类型和标志物。ESMO 指南对 FLOT 方案在腺癌中的地位认可度较高,但对围手术期免疫联合治疗整体保持相对审慎的态

度。JES 指南在该领域路径与日本胃癌和食管癌体系有关,未完全照搬欧美模式。

2026 版 CSCO 指南此次更新的最大特点,在于其不仅承认围手术期免疫治疗的潜在价值,更强调应严格筛选获益人群,避免治疗泛化。

4.5 临床意义

这一更新对中国临床实践具有重要现实意义。一方面,其有助于减少无明确获益人群接受额外免疫治疗所带来的毒性、经济负担和围手术期管理复杂性;另一方面,也推动了术前精准分层评估的规范开展,包括 PD-L1 CPS 检测、病理亚型判断、淋巴结分期和必要的分子病理检测。

从更深层次看,该更新标志着我国围手术期综合治疗理念正由“强化治疗导向”向“精准增益导向”转变。

5 2026 版指南更新反映的总体趋势

5.1 由“同病同治”走向“分型而治”

本次指南最显著的总体特征,是根据病理学和生物学差异重构食管癌诊疗路径。无论是鳞状细胞癌与腺癌分开单列,还是围手术期免疫治疗的精准筛选,都表明组织学分型已经成为食管癌治疗决策的重要基础。

5.2 由“完成治疗”走向“风险管理”

ESD 术后处理原则的更新说明,临床管理不再满足于局部病灶是否切除,而是更加关注后续淋巴结转移和复发风险。这种理念将推动早期食管癌全程管理向病理风险分层和动态监测延伸。

5.3 由“疑难病例 MDT”走向“常规病例 MDT”

本次更新涉及的问题并不全部属于传统疑难复杂病例,但其落实均高度依赖内镜、病理、胸外科、肿瘤内科、放疗科和影像科的协作。这提示 MDT 正在由会诊性机制转变为规范诊疗的基础性机制。

5.4 由“引入新方案”走向“限定适用人群”

近年来食管癌治疗手段快速扩展,但 2026 版指南并未一味追求方案叠加,而是更强调哪些患者真正受益、哪些患者无须强化治疗。这种更新思路更符合精准医疗和价值医疗的发展方向。

6 指南落地面临的挑战与建议

6.1 MDT 机制推进仍是关键

本次指南更新内容虽多不属于疑难病例范畴,但仍需要多学科协同解决。今后应推动 MDT 从“病例会诊模式”向“治疗前置决策模式”转变。

6.2 基层病理与分层能力需加强

SM 分层、CPS 检测、弥漫型识别和淋巴结状态评估均依赖高质量病理和影像学支持。建议通过区域病理会诊、专科联盟、远程 MDT 及继续教育等方式,提升基层医院分层管理能力。

6.3 围手术期免疫治疗应避免泛化

临床中可能存在“凡局部进展期腺癌均可加免疫”的倾向。2026 版指南已明确界定部分非获益人群,医院层面应建立规范的术前生物标志物检测与多学科审核机制。

6.4 加强质控与推广

建议依托国家癌症中心、食管癌质控中心和区域诊疗联盟,围绕病理分类准确率、ESD 术后高危因素识别率、围手术期治疗适应证合理率等建立质控指标,推动指南在基层和区域中心的同质化落地。

CSCO 食管癌诊疗指南的更新,体现了我国食管癌诊疗策略由统一化、阶段化向组织学分型精准化、风险分层精细化和综合治疗个体化转变。首次将鳞状细胞癌与腺癌治疗路径分开单列、明确早期食管癌 ESD 术后处理原则、限定食管胃结合部腺癌 FLOT 方案联合免疫治疗的适用范围,是本次更新最具代表性的三大内容。

与 NCCN、ESMO 及 JES 等国际指南比较,2026 版 CSCO 指南既吸收了国际循证进展,也更加重视中国鳞状细胞癌主导疾病谱、资源可及性和基层落地需求。未来,随着更多中国人群高质量前瞻性研究结果的积累,食管癌诊疗指南将进一步向更精准的病理分型、分子分层和疗效预测方向发展。临床医师应深入理解本次更新背后的原则和逻辑,在 MDT 框架下推动指南规范实施,以提升我国食管癌诊疗的规范化和同质化水平。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

人工智能使用声明 本文未使用任何人工智能相关工具对文字进行处理

参考文献

- [1] Jiao Yunfei, Wang Tinglu, Fu Lin, et al. Trends, patterns, and risk factors of esophageal cancer mortality in China, 2008–2021: a National Mortality Surveillance System data analysis[J]. J Adv Res, 2026, 80: 825–834.
- [2] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会. 中国临床肿瘤学会(CSCO)食管癌诊疗指南 2025[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2025.
- [3] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会. 中国临床肿瘤学会(CSCO)食管癌诊疗指南 2026[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2026.
- [4] National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): esophageal and esophagogastric junction cancers, version 2.2026[EB/OL]. (2026–01–21) [2026–04–30]. https://www.nccn.org/login?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/esophageal.pdf.
- [5] Obermannová R L, Leong T, ESMO Guidelines Committee. ESMO Clinical Practice Guideline interim update on the treatment of locally advanced oesophageal and oesophagogastric junction adenocarcinoma and metastatic squamous-cell carcinoma [J]. ESMO Open, 2025, 10(2): 104134.
- [6] Kitagawa Y, Ishihara R, Ishikawa H, et al. Esophageal cancer practice guidelines 2022 edited by the Japan Esophageal Society: part 2[J]. Esophagus, 2023, 20(3): 373–389.
- [7] Kato K, Ito Y, Nozaki I, et al. Parallel-group controlled trial of surgery versus chemoradiotherapy in patients with stage I esophageal squamous cell carcinoma [J]. Gastroenterology, 2021, 161(6): 1878–1886.e2.
- [8] Minashi K, Nihei K, Mizusawa J, et al. Efficacy of endoscopic resection and selective chemoradiotherapy for stage I esophageal squamous cell carcinoma [J]. Gastroenterology, 2019, 157(2): 382–390.e3.
- [9] Othman M O, Lee J H, Wang K. Clinical practice update on the utility of endoscopic submucosal dissection in T1b esophageal cancer: expert review [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2019, 17(11): 2161–2166.
- [10] Hoepfner J, Brunner T, Schmoor C, et al. Perioperative chemotherapy or preoperative chemoradiotherapy in esophageal cancer [J]. N Engl J Med, 2025, 392(4): 323–335.
- [11] Tabernero J, Al-Batran S E, Wainberg Z A, et al. Final overall survival and the association of pathological outcomes with event-free survival in MATTERHORN: a randomised, phase III study of durvalumab plus 5-fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin and docetaxel (FLOT) in resectable gastric/gastroesophageal junction adenocarcinoma [J]. Ann Oncol, 2025, 36 (2_Suppl): S1623–S1624.

收稿日期:2026–05–07