

胃癌 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E8_83_83_E7_99_8C_c22_302067.htm 名称胃癌所属科室消化内科病因病因尚未完全阐明，根据流行病学及病因学的调查研究认为与下列因素有关。一、外因 胃癌发病与环境因素有关，其中包括食物、土壤、水源等。（一）食物 胃癌发生与食物的配制、食用方式及其组成成份有关。如某些食物加工储藏、烹饪不当时可产生致癌物质，其中较为肯定的是亚硝酸胺类化合物。在自然界和食物中该类化合物的前身一二级胺及硝酸盐分布很广，在高酸（pH1 - 3）时可形成大量亚硝酸胺或低酸时胃内硝酸盐还原菌大量繁殖，使食物中硝酸盐形成亚硝酸胺，可诱发胃癌。高盐及腌食品可破坏胃粘膜屏障，利于致癌物质直接作用胃粘膜。另外，食物中也存在有抗癌物质，如维生素C可抑制亚硝酸盐形成亚硝酸胺；大蒜可抑制胃内硝酸盐还原菌进而减少亚硝酸胺的产生等。（二）土壤、水源 土壤、水源中的有机物或微量元素缺乏或过多与癌肿发生可能有一定关系，如泥炭土壤、煤矿或石棉矿区居民胃癌发生率高于沙地或粘土地带居民。少数报导胃癌患者血清锌含量降低，铜含量增高，表明某些微量元素可能参与胃癌的发生。（三）吸烟 有资料表明，吸烟胃癌发生率明显高于不吸烟者，吸烟者胃液内SCN⁻是N - 亚硝基反应的强催化剂。二、内因 据统计胃癌患者家族中的发病率比对照组高四倍。日本高发区的土人移居美国后，其发病率仍高于当地的白种人，表明胃癌的发生与遗传因素有关。三、癌前疾病 指能演变为胃癌之良性胃部疾病。（一）胃溃疡 胃溃疡癌变问题意见不一，目前多认为可能发生癌变，但其癌变率不高约在1%以下。（

二) 慢性胃炎 慢性萎缩性胃炎可发展为胃癌，其癌变率为0 - 10%，我国为2%左右。萎缩性胃炎与癌变有关的因素：病变部位胃窦胃炎比胃体胃炎癌变率高，前者可高达10%；肠上皮化生慢性胃炎伴有肠腺化生者其癌变率较无肠化者高4倍； 异型增生。重度异型增生可演变为胃癌。 (三) 胃息肉 胃息肉从组织学上分为二类： 增生性息肉； 腺瘤性息肉，后者可发展成腺癌。有学者检查339例切除的胃息肉，发现20.8%有向胃癌移行的证据。 (四) 残胃 由于胃部分切除术广泛施行，残胃癌的发生率也随之增加，尤其是经Bi - Ilrlth 式手术方式者。胃切除后的残胃可发生癌变，但一般需10年以上，其发生的原因可能为：胆汁及胰液返流，残胃发生萎缩性胃炎，胃酸降低，胃内细菌异常繁殖，使二级胺或亚硝酸转变为亚硝胺而诱发癌。病理好发部位依次为幽门，占48.8%；贲门，占20.6%；体部，占14.0%；但也有不少报道贲门癌发病率有上升趋势而居前位。

一、大体形态 中晚期胃癌目前仍多沿用Borrmann分型，可分为 型：隆起型，呈息肉样或菜花样突入胃腔，肿瘤表面可有溃烂； 型；溃疡型，呈单个或多个溃疡，溃疡发生于突入胃腔的癌组织上； 型：溃疡浸润型，溃疡四周粘膜因癌组织浸润而隆起。 型：浸润型，胃壁因癌组织浸润而增厚，局限性者即硬癌，弥慢性者即皮革状胃。表浅扩散型：发病初期病变横向扩散，在较长时间内仅累及粘膜和粘膜下层，多认为这是一种非凡类型的早期胃癌，如病变向深层扩散。也可及粘膜下层以下的组织，形成皮革状胃。

二、早期胃癌 指癌浸润达粘膜层和 / 或粘膜下层，而不论有无淋巴结转移，癌病灶在10mm内的称小胃癌，在5mm内的称微小胃癌。 三、组织

学分类可分为以下四类：腺癌：最多见，癌细胞呈立方形或柱状，排列成腺管，称管状腺癌；而有些向腺腔内突直呈乳头状结构，称乳头状腺癌；粘液腺癌：瘤细胞多呈圆形，分散于粘液基质中，有的胞浆内亦有大量粘液，多时呈印戒样细胞，称印戒细胞癌；低分化癌：癌细胞外形不一，胞浆少，核常呈异形性，很少有腺管；未分化癌：细胞体积小，呈圆形，胞浆少，核深染，细胞呈弥漫分布。从胃癌是否发生于肠化生的基础上来说，胃癌可分为肠型和弥漫型两种：肠型几乎全由肠化生演变而成，可见肠腺样结构，癌肿边界清楚，弥漫型者肠化生少见，罕有腺管形成。癌肿边界不清。

四、转移途径 淋巴转移此为最早、最多见的转移途径，最初多局限于胃大、小弯和胃四周的淋巴结，尔后至远处淋巴结如左上锁骨上淋巴结（Virchow淋巴结）腋下淋巴结等；直接蔓延病变直接侵及邻近器管，如肝脏、脾、胰、横结肠等；血行扩散癌细胞经门静脉转移至肝脏，并经肝静脉转移至肺、脑、骨骼等；腹腔内癌细胞种植如癌细胞脱落种植于直肠四周及卵巢等。后者称Krukenbery瘤，但有报道该瘤有卵巢的包膜，而认为非直接种植所致。临床表现起病多隐匿。早期胃癌可无症状，或只有稍微之上腹不适，纳差，倦怠等，局部可无体征，常误诊为慢性胃炎，直至癌肿发展至中晚期，方相继出现下述表现：一、症状（一）上腹疼痛初为隐痛，后逐渐加重呈中至重度，多于饭后发生，无间歇期，服制酸剂不能缓解，但位于幽门部溃疡癌，其症状规律与消化性溃疡相似。（二）食欲不振胃癌患者常有食欲不振，尤其既往食欲良好者，近期内出现食量锐减进行性消瘦，精神萎靡、疲乏无力，均应疑及本病。（三）消化

道出血 多为小量呕血或黑便，少数以急性上消化道大出血为首症，乃癌肿溃破累及血管所致。（四）进行性贫血 少数患者以贫血为首症就诊，多为癌肿所致的慢性进行性失血。（五）其它因肿瘤的部位、大小、转移与否而出现不同的症状，如贲门部癌可较早出现吞咽困难；幽门部癌可引起幽门梗阻，肺转移出现咳嗽、呼吸困难；肝转移肝痛，黄疸；骨转移出现骨痛等。二、体征 晚期可有发热、衰竭、恶液质等。上腹部可扪到质硬的肿块，常有压痛，幽门部肿块可出现胃蠕动波、震水音。肝脏可因癌转移而肿大，质硬、表面不平。淋巴结转移可引起左锁骨上淋巴结肿大，癌细胞转移至卵巢时，下腹部可触及质硬的包块，常伴有血性腹水。检查一、血液检查 常有不同程度的贫血，血沉增快。二、粪便潜血检查 多持续阳性。三、胃液检查 胃液可混有血液或呈咖啡色样沉渣。胃酸缺乏。乳酸浓度多增高。辅助检查一、X线钡餐检查 为重要的诊断方法之一，气钡双重造影和多角度摄影可提高其阳性率。早期胃癌X线征较难发现，可表现为局部粘膜僵直或呈毛刷状。中晚期胃癌钡餐阳性率可达90%，其X线征有：胃壁强直，皱襞中断，蠕动波消失，充盈缺损，胃腔缩小及不整形的癌性溃疡龛影等。二、纤维胃镜检查 是早期诊断的有效方法，活检结合细胞学检查可提高胃癌的诊断率。内镜下早期胃癌可分为以下各型： Ⅰ型，隆起型，占早期胃癌的13.6%，胃粘膜呈息肉状隆起，表面不平，边缘不清，可有糜烂出血。 Ⅱ型，表浅型，有以下三种亚型，占早期胃癌的76.8%。 a 表浅隆起型 病变稍突出于粘膜面，高度多不达5MM，面积小，表面平整。国内较少报导。 b 表浅平坦型，病变不突出或下陷，最难发现，仔细观察可见胃小区

大小和外形不均匀，粘膜粗糙。钡餐检查时可有钡剂粘着。

c表浅凹陷型，最多见，有表浅凹陷，基底不平整，可见聚合粘膜，但聚合线可被打乱。 型，溃疡型，占早期癌的9.6%。凹陷比 c深，有溃烂，四周可有癌浸润。溃疡可与良性溃疡相似。 型和 a型又称息肉型， c和 型又统称溃疡型。中晚期胃癌大多肉眼可以作出诊断，病变部位凹突不平呈菜花样隆起或有不规则、边缘隆起的较大溃疡，表面污秽，组织脆弱易出血，该处粘膜僵硬，蠕动消失，位于小弯部肿瘤或广泛浸润型常使胃径缩短。

三、血清学检测

血清学检测诊断胃癌是当前研究的重点问题之一，晚近已有不少研究发现特异性较强的胃癌单克隆抗体及其相关抗原，为血清诊断奠定了基础。诊断胃癌的早期诊断是本病根治的前提，也是当前我国防治胃癌的要害。为了早期诊断，应对以下高危人群进行重点检查。

- 40岁以后才开始出现胃部不适、疼痛或食欲不振者；
- 慢性萎缩性胃炎伴有肠化生，非凡是含硫酸粘液的大肠型化生及异型增生者；
- 胃溃疡而胃酸真性缺乏者或经严格内科保守治疗，症状不缓解，或大便潜血不阴转者；
- 胃息肉非凡是多发性息肉和菜花样息肉者；
- 恶性贫血患者。

对上述患者仔细进行全面检查，包括X线钡餐、胃镜及活组织检查等，有时需反复进行，才能明确诊断。

鉴别诊断

- 一、胃溃疡 胃溃疡与胃癌的鉴别见《消化性溃疡》。
- 二、慢性胃炎 慢性胃炎的症状与胃癌很相似，加之胃窦胃炎的X线征象如粘膜粗乱、充盈缺损等更易混淆。胃镜检查及活检有助于最后鉴别。
- 三、邻近器官的肿瘤 如肝脏、胰腺、结肠、肾脏等脏器之肿瘤，亦可在上腹部扪到包块，并因包块压迫胃而出现一系列食欲不振，幽门梗阻等症状，加之X

线钡透亦可有假像，酷似胃癌，可通过胃镜检查予以鉴别。治疗胃癌治疗效果取决于是否能早期诊断，内科治疗只能减轻症状和支持治疗的作用。

- 一、手术治疗是根治胃癌最有效的方法。对中晚期患者也应尽可能予以切除。
- 二、化学治疗抗癌药物常用以补充手术疗法，在术前、术中和术后使用，以抑制癌细胞的扩散和杀伤残存癌细胞，以提高手术疗效。对不能施行手术者，化疗起姑息治疗的作用，可减轻症状和延长寿命。最常用的药物为5 - 氟尿嘧啶（5 - Fu）、丝裂霉素（MMC）、阿霉素（adriamycin，ADR）和亚硝脲类（CCNU，甲基 - CCNU、ACNU）等。单独应用疗效差。5 - Fu的衍生物呋喃氟尿嘧啶（FT - 207）和UFT（FT - 207与尿嘧啶的合剂）服用方便，毒性较5 - Fu为低，故常被临床医师所采用。FT - 207口服吸收后，在肝内转变为5 - Fu而起抗癌作用。联合用药一般认为疗效较单项化疗为优。常用方案用FAM（5 - Fu，ADR及MMC），FAMe（5 - Fu，ADR及CCNU）及MFC（5 - Fu，MMC及Ara - C），据称有效率可提高到40%左右。近年有作者应用顺铂（Cisplatin，Cis - DDP）等或加用其他抗癌物作动脉栓塞治疗对晚期胃癌有一定疗效。
- 三、放射疗法应用加速器进行治疗，有一定疗效。
- 四、免疫疗法用癌细胞制成的瘤苗及免疫增强剂，使患者对癌的特异性免疫能力提高可用胃癌特异性转移因子、干扰素等。
- 五、激光微波治疗可经胃镜用氩激光及Nd - YAG激光或微波对胃癌进行治疗，有一定疗效。
- 六、中医中药以活血化淤、散结软坚、扶正为主，适用于化疗、放疗期或间歇期，减少化疗、放疗的副作用及巩固疗效。预防及预后预后未经治疗的患者，自出现症状后的平均生存期约一年左右。

根治手术后的5年存活率取决于胃壁受侵深度、淋巴结受累范围和肿瘤生长方式。早期胃癌预后佳，如只侵及粘膜层，手术后5年生存率可达95%以上，如已累及粘膜下层，常有局部淋巴结转移，5年存活率约为70%。肿瘤属肠型而以肿块形式出现者，切除率高，较浸润型早期出现转移者的预后为优。皮革胃预后很差。如肿瘤已侵及肌层，但手术时未发现有淋巴结转移者，术后5年存活率仍可达60 - 70%；如已深达肌层或浆膜层而有局部淋巴结转移者，则预后很差，5年存活率仅20%左右。预防 由于胃癌发病因素未明，尚缺乏有效的预防方法，目前认为可采用以下措施：一、改变食物贮藏方法，少进腌、熏食品、防止高盐饮食，戒烟酒，多吃新鲜水果、蔬菜，多吃肉类乳品。二、积极治疗与胃癌发病有关的疾病，尤对高危人群需定期随访。三、高发区建立防治网以利早期发现及时防治。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com