

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_ti2020/303/2021_2022__E8_83_83_E7_99_8C_c22_303252.htm 名称胃癌所属科室普通外科病因目前认为下列因素与胃癌的发生有关：（一）环境因素 不同国家与地区发病率的明显差别说明与环境因素有关，其中最主要的是饮食因素。食盐可能是外源性胃癌诱发因素之一，居民摄入食盐多的国家胃癌发病率也高。亚硝胺类化合物已成功地动物体内诱发胃癌。熏制的鱼肉含有较多的3,4-苯并芘（benzopyrene）；发霉的食物含有较多的真菌毒素；大米加工后外面覆有滑石粉，其化学性质与结构都与石棉纤维相似，上述物质均被认为有致癌作用。（二）遗传因素 某些家庭中胃癌发病率较高。一些资料表明胃癌发生于A血型的人较O血型者为多。（三）免疫因素 免疫功能低下的人胃癌发病率较高，可能机体免疫功能障碍，对癌症的免疫监督作用下降，在胃癌发生中有一定意义。（四）癌前期变化 所谓癌前期变化是指某些具有较强的恶变倾向的病变，这种病变如不予以处理，有可能发展为胃癌。癌前期变化包括癌前期状态（precancerous conditions）与癌前期病变（precancerous lesions）。1.胃的癌前期状态（1）慢性萎缩性胃炎：慢性萎缩性胃炎与胃癌的发生率呈显著的正相关。（2）恶性贫血：恶性贫血患者中10%发生胃癌，胃癌的发生率为正常人群的5~10倍。（3）胃息肉：腺瘤型或绒毛型息肉虽然占胃息肉中的比例不高，癌变率却为15%~40%。直径大于2cm者癌变率更高。增生性息肉多见，而癌变率仅1%。（4）残胃：胃良性病变手术后残胃发生的癌瘤称残胃癌。胃手术后尤其在术后10年开始，发生率显著上升。（5）良性胃溃疡：胃溃疡本

身并不是一个癌前期状态。而溃疡边缘的粘膜则轻易发生肠上皮化生与恶变。（6）巨大胃粘膜皱襞症（Menetrier病）：血清蛋白经巨大胃粘膜皱襞漏失，临床上低蛋白血症与浮肿，约10%可癌变。

2. 胃的癌前期病变（1）异形增生与间变：前者亦称不典型增生，是由慢性炎症引起的可逆的病理细胞增生，少数情况不可发生癌变。胃间变（anaplasia）则癌变机会多。（2）肠化生：有小肠型与大肠型两种，小肠型（完全型）具有小肠粘膜的特征，分化较好。大肠型（不完全型）与大肠粘膜相似，又可分为2个亚型：a型，能分泌非硫酸化粘蛋白；b型能分泌硫酸化粘蛋白，此型与胃癌发生关系密切。

病理（一）胃癌的发生部位 胃癌可发生于胃的任何部位，半数以上发生于胃窦部、胃小弯及前后壁，其次在贲门部，胃体区相对较少。（二）大体形态分型

1. 早期胃癌 不论范围大小，早期病变仅限于粘膜及粘膜下层。可分隆起型（息肉型）、浅表型（胃炎型）和凹陷型（溃疡型）三型。型中又分 a（隆起表浅型）， b（平坦表浅型）及 c（凹陷表浅型）三个亚型。以上各型可有不同的组合。如 c a, c b 等（图1）。早期胃癌中直径在5~10mm者称小胃癌，直径<5mm称微小胃癌。图1 早期胃癌分型的示意图

2. 中晚期胃癌 也称进展型胃癌，癌性病变更及肌层或全层，常有转移。有以下几种类型（图2）：图2 中晚期胃癌分型示意图

（1）蕈伞型（或息肉样型）：约占晚期胃癌的1/4，癌肿局限，主要向腔内生长，呈结节状、息肉状，表面粗糙如菜花，中心有糜烂、溃疡，亦称结节蕈伞型（彩色图3）。癌肿呈盘状，边缘高起，中心有溃疡者称盘状蕈伞型。图3 中晚期胃癌（隆起型）胃窦小弯后壁有一肿物突出胃腔，略呈分叶

状，表面不平呈颗粒状，并见有糜烂。肿物基部稍狭小，呈亚蒂型，四周粘膜未见明显浸润（2）溃疡型：约占晚期胃癌的1/4。又分为局限溃疡型和浸润溃疡型，前者的特征为癌肿局限，呈盘状，中心坏死。常有较大而深的溃疡；溃疡底一般不平，边缘隆起呈堤状或火山口状，癌肿向深层浸润，常伴出血、穿孔。浸润溃疡型的特征为癌肿呈浸润性生长，常形成明显向四周及深部浸润的肿块，中心坏死形成溃疡，常较早侵及浆膜或发生淋巴结转移。（3）浸润型：此型也分为两种，一种为局限浸润型，癌组织浸润胃壁各层，多限于胃窦部，浸润的胃壁增厚变硬，皱壁消失，多无明显溃疡和结节。浸润局限于胃的一部分者，称“。另一种是弥漫浸润型，又称皮革胃，癌组织在粘膜下扩展，侵及各层，范围广，使胃腔变小，胃壁厚而僵硬，粘膜仍可存在，可有充血水肿而无溃疡。（4）混合型：同时并存上述类型的两种或两种以上病变者。（5）多发癌：癌组织呈多灶性，互不相连。如在萎缩性胃炎基础上发生的胃癌即可能属于此型，且多在胃体上部。（三）组织分型 根据组织结构可分为4型。腺癌：包括乳头状腺癌、管状腺癌与粘液腺癌，根据其分化程度分为高分化、中分化与低分化3种；未分化癌；粘液癌（即印戒细胞癌）；非凡类型癌：包括腺鳞癌、鳞状细胞癌、类癌等。根据组织发生方面可分为两型。肠型：癌起源于肠腺化生的上皮，癌组织分化较好，巨体形态多为蕈伞型；胃型：癌起源于胃固有粘膜，包括未分化癌与粘液癌，癌组织分化较差，巨体形态多为溃疡型和弥漫浸润型。（四）转移途径1.直接播散 浸润型胃癌可沿粘膜或浆膜直接向胃壁内、食管或十二指肠发展。癌肿一旦侵及浆膜，即轻易

向四周邻近器官或组织如肝、胰、脾、横结肠、空肠、膈肌、大网膜及腹壁等浸润。癌细胞脱落时也可种植于腹腔、盆腔、卵巢与直肠膀胱陷窝等处。

2. 淋巴结转移 占胃癌转移的70%，胃下部癌肿常转移至幽门下、胃下及腹腔动脉旁等淋巴结，而上部癌肿常转移至胰旁、贲门旁、胃上等淋巴结。晚期癌可能转移至主动脉四周及膈上淋巴结。由于腹腔淋巴结与胸导管直接交通，故可转移至左锁骨上淋巴结。

3. 血行转移 部分患者外周血中可发现癌细胞，可通过门静脉转移至肝脏，并可达肺、骨、肾、脑、脑膜、脾、皮肤等处。

临床表现（一）症状 早期胃癌70%以上可毫无症状。根据发生机理可将晚期胃癌症状分为4个方面。

1. 因癌肿增殖而发生的能量消耗与代谢障碍，导致抵抗力低下、营养不良、维生素缺乏等，表现为乏力、食欲不振、恶心、消瘦、贫血、水肿、发热、便秘、皮肤干燥和毛发脱落等。
2. 胃癌溃烂而引起上腹部疼痛、消化道出血、穿孔等。胃癌疼痛常为咬啮性，与进食无明确关系或进食后加重。有的象消化性溃疡的疼痛，进食或抗酸剂可缓解，这种情况可维持较长时间，以后疼痛逐渐加重而持续。癌肿出血时表现为粪便隐血试验阳性、呕血或黑粪，5%患者出现大出血，甚至有因出血或胃癌穿孔等急腹症而首次就医者。
3. 胃癌的机械性作用引起的症状，如由于胃充盈不良而引起的饱胀感、沉重感，以及无味、厌食、疼痛、恶心、呕吐等。胃癌位于贲门四周可侵犯食管，引起打呃、咽下困难，位于幽门四周可引起幽门梗阻。
4. 癌肿扩散转移引起的症状，如腹水、肝大、黄疸及肺、脑、心、前列腺、卵巢、骨髓等的转移而引起相应症状。

（二）体征 早期胃癌可无任何体征，中晚期癌的体征中以上腹压痛最

为常见。1/3患者可扪及上腹部肿块，质坚而不规则，可有压痛。能否发现腹块，与癌肿的部位、大小及患者腹壁厚度有关。胃窦部癌可扪及腹块者较多。其他体征多由胃癌晚期或转移而产生，如肿大，质坚、表面不规则的肝脏，黄疸，腹水，左锁骨上与左腋下淋巴结肿大。男性患者直肠指诊时于前列腺上部可扪及坚硬肿块，女性患者***检查时可扪及肿大的卵巢。其他少见的体征尚有皮肤、腹白线处结节，腹股沟淋巴结肿大，晚期可发热，多呈恶病质。此外，胃癌的癌旁综合征包括血栓性静脉炎，黑棘病和皮肤炎可有相应的体征。

辅助检查（一）胃肠X线检查 为胃癌的主要检查方法，包括不同充盈度的投照以显示粘膜纹，如加压投照力双重对比等方法，尤其是钡剂、空气双重对比方法，对于检出胃壁微小病变很有价值。

1.早期胃癌的X线表现在适当加压或双重对比下，隆起型常显示小的充盈缺损，表面多不光整，基部稍宽，四周粘膜增粗、紊乱，可与良性息肉鉴别（图4）。A.胃充盈片显示胃幽门前区大弯侧稍有凹陷，无充盈缺损可见B.胃加压片显示胃部小的充盈缺损，胃窦部粘膜增粗。病理检查发现为早期胃癌

图4 早期隆起型胃癌浅表型（图5）：粘膜平坦，表面可见颗粒状增生或稍微盘状隆起。部分患者可见小片钡剂积聚，或于充盈相对呈微小的突出。病变部位一般蠕动仍存在，但胃壁较正常略僵。A.胃充盈片显示胃小弯角切迹略不光整B.双重造影片显示胃窦及胃小弯侧粘膜增粗，相当于胃角切迹四周粘膜变平坦

图5 早期平坦型胃癌凹陷型（图6）：可见浅龛影，底部大多毛糙不齐，胃壁可较正常略僵，但蠕动及收缩仍存在。加压或双重对比时，可见凹陷区有钡剂积聚，影较淡，形态不规则，邻近的粘膜纹常呈杵状

中断。A.胃充盈片显示胃小弯侧垂直部呈局限性不光整 B.胃加压片显示局限性小片钡剂残留，四周粘膜增粗，胃窦部粘膜亦增粗C.胃切除标本 箭头所指为胃癌凹陷区图6 早期凹陷型胃癌2.中晚期胃癌的X线表现 蕈伞型（图7）：为突出于胃腔内的充盈缺损，一般较大，轮廓不规则或呈分叶状，基底广阔，表面常因溃疡而在充盈缺损中有不规则龛影。充盈缺损四周的胃粘膜纹中断或消失。胃壁稍僵硬。图7 胃窦蕈伞型胃癌显示胃窦部不规则充盈缺损，呈息肉样溃疡型（图8）：主要表现为龛影（见图8），溃疡口不规则，有指压迹征与环堤征，四周皱襞呈结节状增生，有时至环堤处忽然中断。混合型者常见以溃疡为主，伴有增生、浸润性改变。图8 胃窦部溃疡型胃癌胃窦小弯侧不规则阴影，四周有息肉样增生，形成指压迹（mu.g/ml）。但胃液分析对胃癌的诊断意义不大。（四）生物学与生物化学检查 包括癌的免疫学反应、本内非凡化学成分的测定及酶反应等。血如血清胃蛋白酶原及胃蛋白酶原 / 之比；CEA，CA19-9，CA125等癌胚抗原及单克隆抗体的检测等，但这些检查假阳性与假阴性均较高，特异性不强。诊断(一)症状 早期表现为上腹不适，约为80%患者有此表现，将近50%胃癌患者有明显 食欲减退或食欲不振。晚期可出现乏力，腰背疼及梗阻后出现恶心、呕吐、进食困难。肿瘤表面溃疡时出现呕血、黑便。(二)体征 早期无非凡体征，晚期可见上腹肿块，直肠指诊可及肿块，左锁骨上淋巴结肿大，同时贫血、消瘦、腹水等恶液质表现。(三)实验室检查 早期可疑胃癌，游离胃酸低度或缺，如红血球压积、血红蛋白、红细胞下降，大便潜血()。血红蛋白总数低，白/球倒置等。水电解质紊乱，酸碱平衡失调等化验异常

。(四)X线表现气钡双重造影可清楚显示胃轮廓、蠕动情况、粘膜形态、排空时间，有无充盈缺损、龛影等。检查准确率近80%。(五)纤维内窥镜检查是诊断胃癌最直接准确有效的诊断方法。(六)脱落细胞学检查有的学者主张临床和x线检查可疑胃癌时行此检查。(七)B超可了解四周实质性脏器有无转移。(八)CT检查了解胃肿瘤侵犯情况，与四周脏器关系，有无切除可能。(九)免疫学CEA、FSA、GCA、YM球蛋白等检查。鉴别诊断胃癌须与胃溃疡、胃内单纯性息肉、良性肿瘤、肉瘤、胃内慢性炎症相鉴别。有时尚需与胃皱襞肥厚、巨大皱襞症、胃粘膜脱垂症、幽门肌肥厚和严重胃底静脉曲张等相鉴别。鉴别诊断主要依靠X线钡餐造影、胃镜和活组织病理检查。并发症胃癌可发生出血、穿孔、梗阻、胃肠瘘管、胃四周粘连及脓肿形成等并发症。治疗胃癌的治疗与其他恶性肿瘤的治疗相同，均应将手术治疗作为首选的方法，同时根据情况合理的配合化疗、放疗、中医中药和免疫治疗等综合治疗。根据TNM分期，当前采用综合治疗方案，大致如下。I期胃癌属于早期胃癌，主要以手术切除为主。对个别a十c型侵及粘膜下层，淋巴结出现转移者，应配合一定化疗。II期胃癌属于中期胃癌，主要以手术切除为主。有的辅助化疗或免疫疗法。III期胃癌多侵及四周组织并出现较广泛淋巴结转移，虽以手术切除为主，但应配合化疗、放疗、免疫治疗和中医中药治疗。IV期胃癌已属晚期，多采用非手术疗法，有适于手术者尽量切除原发与转移病灶，配合化疗、放疗、免疫、中医中药综合疗法。(一)手术治疗手术治疗分为根治性手术、姑息性手术和短路手术。1.根治性手术切除：此概念是相对的，指从主观判定认为肿瘤已被切尽，可

以达到治疗的效果，实际上只有一部分能达到治愈。

2. 姑息性切除：指主观上判定肿瘤已不可能完全切除，但主要的瘤块可切除，切除肿瘤可解除症状，延长寿命，为进一步综合治疗创造条件。

3. 短路手术：主要用于已不可能手术切除的伴有幽门梗阻的病例，作胃空肠吻合术可缓解梗阻。

(二) 放射治疗

1. 术前放疗：指对某些进展期胃癌，临床上可摸到肿块，为提高切除率而进行的术前局部照射。每次200cGY，5次/周，共4周，总量为4000cGY。停止放疗后10—14d行手术。可增加局部切除率，但不能影响淋巴结转移的程度，术前费时6周。因此对5年生存的影响难以估价。

2. 术中放疗：指肿瘤切除后建立胃肠吻合前，针对以腹腔动脉为中心的术野进行一次大剂量照射，以3000~3500cGY为宜。对进展期胃癌可提高5年生存率约10%。术中确保将肠道隔离在照射野外，防止放射性并发症的发生。

3. 术后放疗：多数学者认为无效。

(三) 化疗

早期胃癌可不用化疗外，其他进展期胃癌均应适当化疗。

1. 全身化疗：临床上决定化疗方案。首先考虑肿瘤病理类型、部位、病期等因素。胃癌多为腺癌，常选用5-FU、MMC、ADM、MeCCNu等药物。术后第一年应作三个疗程，每疗程约2个月，休息2个月后作第二疗程。第二三年每年作二个疗程，第四五年每年作一个疗程，五年后可不必化疗。常用化疗方案：(1) FAM：5-Fu 500mg iv d1 d8 d15 ADM 30-50mg iv d1 MMC 4-10mg iv d12 1天为一周期。

2. 腹腔化疗：可术后腹腔置管或腹腔埋置化疗泵及插管化疗。增加局部浓度。

(四) 免疫疗法

免疫治疗与化疗并用，可延长患者生命。常用干扰素、IL-2、BCG等药物。

(五) 中医中药治疗

以扶正为主。可对抗放疗副作用，提高白细胞

、血小板，调整胃肠功能，提高机体抵抗力。预防及预后由于胃癌的病因尚未明确，故无非凡预防方法。除应注重饮食卫生、避免或减少摄入可能的致癌物质，可多进食含维生素C丰富的蔬菜、水果等。对所谓癌前期病变，要进行密切随访，以早期发现变化，及时进行治疗。胃癌的预后取决于癌肿的部位与范围、组织类型、浸润胃壁的深度、转移情况、宿主反应、手术方式等。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