

WEIAI FANGZHI
XINGUANNIAN

中国抗癌协会癌症专业委员会

胃癌防治 新观念

◎ 主 编 季加孚

 人民军 醫 出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

中国抗癌协会胃癌专业委员会

胃癌防治新观念

WEIAI FANGZHI XINGUANNIAN

主 编 季加孚



人民军医出版社

People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

胃癌防治新观念/季加孚主编. —北京:人民军医出版社, 2007. 1
ISBN 978-7-5091-0567-2

I. 胃… II. 季… III. 胃肿瘤—防治 IV. R735.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 093555 号

策划编辑:焦健姿 周 宁 文字编辑:石其福 责任审读:李 晨

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)

传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:北京天宇星印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:710mm×1010mm 1/16

印张:10·彩页 4 面 字数:192 千字

版、印次:2007 年 1 月第 1 版第 2 次印刷

印数:3001~4000

定价:28.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

电话:(010)66882585、51927252

作者简介

季加孚 教授，博士生导师，北京大学临床肿瘤学院、北京肿瘤医院外一科主任、外科教研室主任。1991年毕业于北京大学医学院研究生院，1998年赴美国斯坦福大学研修、2003年赴欧洲外科学院培训。现任中国抗癌协会胃癌专业委员会副主任委员兼秘书长，中华医学会外科学会全国委员、胃肠专业委员会副主任委员、国际合作交流部主任，国际外科医师暨胃肠道医师协会（IASG）学术委员，美国AACR会员，国际胃癌协会（IGCA）会员。担任欧洲《Digestive Surgery》、《JAMA》（中文）、《中华医学杂志》、《Annals of Surgery》（中文）、《中国实用外科杂志》等多种国内外期刊的编委。国家自然科学基金、“863”等项目评审专家。

WEI AI FANG ZHI
XING GUAN NI AN

中国抗癌协会癌症专业委员会

胃癌防治 新观念

◎主 编 廖加平

 人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

团购热线 010-51927271

编辑热线 jiaojz@263.net

编著者名单

名誉主编 徐光炜

主 编 季加孚 游伟程

副主编 朱正纲 张岂凡 李吉友 徐惠绵
沈 琳

编 者 (以文中先后顺序排列)

金懋林	王润田	张 联	姒健敏
王良静	张晓鹏	唐 磊	李子禹
武爱文	苏向前	周岩冰	林 锋
张岂凡	孟 化	吴晓江	宗祥龙
范照青	包 全	焦春雨	李吉友
王舒宝	杨 跃	张 霁	熊宏超
步召德	朱雄增	侯英勇	

前 言

胃癌是我国最常见的恶性肿瘤,也是严重危害人类健康的疾病之一。目前有关胃癌的专著已经有不少,但是近年来肿瘤知识更新的速度非常快,在胃癌防治研究方面,不论基础研究还是临床诊治都有明显的进步,其预防、诊断和治疗方面的知识不断更新,有必要将胃癌防治研究的最新进展做全面系统的总结和概括,提供给广大肿瘤相关工作人员。因此,作者们深感需要一本能够反映胃癌防治研究新进展的著作,为相关医务人员提供参考。

本书由中国抗癌协会组织编写,大部分作者是中国抗癌协会胃癌专业委员会的委员,是胃癌防治研究领域相关问题的知名专家。本书内容涵盖了近年来胃癌防治研究的各个方面,包括了预防、诊断、治疗的各个方面,特别是对目前胃癌治疗中的热点问题,如淋巴结清扫范围、分子分类、个体化治疗、各种缩小手术、新辅助化疗、微创外科手段的应用、复发与转移等,进行了详细地剖析,是一部反映胃癌防治新进展的著作,将对普及胃癌防治新知识,推广胃癌治疗新观念,规范胃癌的治疗,提高国内胃癌的防治水平提供指导。

本书适于胃癌相关工作人员,包括肿瘤外科、肿瘤内科、普通外科和消化内科的医生,以及研究生和医学生参阅。

因为本书是一部集体著作,某些学术观点可能在不同章节中存在差别,但总体说来,希望达到抛砖引玉的作用。文中如有错误恳请大家批评指正。

季加孚

目 录

第 1 章 胃癌外科的现状与发展趋势	(1)
一、早期胃癌合理治疗的选择	(1)
二、亟待规范胃癌标准根治术	(2)
三、进展期胃癌外科治疗模式的演变	(2)
四、小结	(4)
第 2 章 胃癌高危人群的筛查及早诊早治研究进展	(5)
一、胃癌死亡率及变化趋势	(5)
二、胃癌筛查及早诊早治的科学依据	(5)
三、目前我国高危人群胃癌筛查及早诊研究工作进展	(6)
四、进行筛查早诊方案及实施	(9)
五、目前胃癌筛查及早诊研究工作进展	(11)
第 3 章 慢性萎缩性胃炎发生发展和癌变干预阻断	(14)
一、慢性萎缩性胃炎发生的病理过程和确诊问题	(14)
二、慢性萎缩性胃炎癌变发生的可能机制	(15)
三、慢性萎缩性胃炎癌变的干预阻断治疗	(17)
第 4 章 胃癌影像诊断新进展	(23)
一、胃癌的 X 线诊断	(23)
二、胃癌的 CT 诊断进展	(25)
三、胃癌的 MRI 诊断进展	(28)
第 5 章 胃癌的新辅助化疗	(34)
一、胃癌新辅助化疗理论基础和沿革	(34)
二、新型化疗药物在胃癌化疗中的应用	(37)
三、胃癌新辅助化疗的方法和问题	(41)
第 6 章 胃癌患者围手术期管理	(44)
一、手术前患者的心理准备	(44)
二、手术前患者的生理准备	(45)
三、手术后的管理	(47)
四、术后定期随访	(49)
第 7 章 早期胃癌的治疗	(50)

一、EGC 的大体分类	(50)
二、EGC 的组织学类型	(51)
三、EGC 的浸润深度及淋巴结转移	(51)
四、EGC 的症状学	(52)
五、EGC 的治疗	(52)
六、EGC 的预后	(54)
第 8 章 胃癌手术的个体化探讨	(56)
一、早期胃癌	(56)
二、进展期胃癌	(57)
三、胃癌姑息性切除手术	(58)
四、腹腔镜胃癌手术	(58)
第 9 章 胃癌 D4 手术的合理应用	(60)
一、扩大根治手术的理论基础	(60)
二、D4 手术的合理应用	(62)
第 10 章 腹腔镜技术在胃癌诊治中的作用	(65)
一、腹腔镜技术在胃癌诊断中的应用	(65)
二、治愈性腹腔镜技术在胃癌治疗中的应用	(68)
三、姑息性腹腔镜技术在胃癌中的应用	(71)
四、腹腔镜新技术在胃癌诊治中的应用	(71)
第 11 章 腹腔内温热化疗	(73)
一、胃肠道肿瘤术后腹膜复发的机制	(73)
二、IPCH 的发展概况和作用机制	(74)
三、IPCH 操作系统和常用药物介绍	(75)
四、IPCH 的适应证	(77)
五、IPCH 的并发症和不良反应	(77)
六、IPCH 的临床疗效	(79)
七、影响 IPCH 疗效的因素	(79)
八、IPCH 的发展方向	(80)
第 12 章 生物标志物表达模式预测胃癌预后的研究进展	(82)
一、预测预后的生物标志物	(82)
二、标志物影响预后的可能机制	(83)
第 13 章 晚期胃癌化学治疗	(85)
一、5-FU 应用进展	(85)
二、5-FU+DDP 的基础组合	(86)
三、胃癌化疗新药进展	(87)
四、胃癌联合化学治疗	(91)
五、胃癌化疗发展方向和存在的问题	(98)

第 14 章 复发胃癌的生物学特点与外科治疗	(104)
一、复发胃癌的生物学特点	(104)
二、复发胃癌的手术治疗原则及方法	(105)
第 15 章 胃癌转移规律及亚临床转移诊治的基础与临床研究	(108)
一、胃癌淋巴结转移规律及临床应用研究	(108)
二、胃癌腹膜亚临床转移早诊及阻断治疗研究	(110)
三、胃癌血行转移病理及生物学预测指标的研究	(114)
第 16 章 近端胃癌的分期和外科治疗	(118)
一、病理与分型	(119)
二、检查与分期	(120)
三、治疗与预后	(122)
第 17 章 胃淋巴瘤	(134)
一、诊断标准	(134)
二、病理类型	(134)
三、临床表现	(135)
四、辅助检查	(135)
五、分期	(136)
六、治疗	(136)
第 18 章 胃肠道间质瘤	(139)
一、历史回顾	(139)
二、当今对 GIST 的认识	(140)
三、展望	(149)

胃癌外科的现状与发展趋势

胃癌是我国常见的消化道恶性肿瘤,外科手术仍然是胃癌治疗的主要手段。从 Billroth 医师第一例胃大部切除至今已有 120 年余,胃癌外科治疗从一般的胃大部切除术进入以清除淋巴结为目的的根治术;从解剖学为基础的手术走向以解剖学、肿瘤生物学及免疫学为基础的手术;从只重视手术的安全性到根治性、安全性及机能性统一;从只重视切除肿瘤到以切除原发肿瘤及受侵器官,彻底清除区域淋巴结及杀灭腹腔脱落癌细胞的外科治疗;从单一的手术进入以围手术期治疗加规范化手术的新的治疗模式。

一、早期胃癌合理治疗的选择

我国早期胃癌占胃癌的 10% 左右,韩国为 30% 左右,日本的报道则高达 50%~70%,这主要得益于早期诊断水平的提高和对高危人群普查的结果。早期胃癌是指局限于胃黏膜内(m)与黏膜下(sm)的胃癌,而不考虑是否存在淋巴结转移,根据浸润的深度可分为胃黏膜内癌与黏膜下癌。早期胃癌病理可分为 I 型(隆起型)、II 型(表面型)、III 型(凹陷型)和混合型,其中 II 型(表面型)又分为 II a 型(表面隆起型)、II b 型(表面平坦型)和 II c 型(表面凹陷型)三种类型。

一般认为,胃癌早期亦可发生淋巴结转移,因此 D2 根治术一直作为早期胃癌的标准手术在国内外都取得非常良好的效果。由于早期胃癌治疗效果好生存期长,患者的生活质量提高,近年来越来越受到重视。随着早期胃癌分子生物学及临床病理学的深入研究,对早期胃癌淋巴结转移规律及生物学行为有了一定的认识。尤其是国际上很多中心报道早期胃癌术后患者 5 年生存期接近 90%。早期胃癌的治疗发生了很大的变化,即提出缩小胃切除和淋巴结清扫范围的手术,包括内镜下胃黏膜切除术(EMR)、腹腔镜胃局部切除术,缩小的淋巴结清扫和保留迷走神经的胃癌根治术,以减少标准根治术带来过多的手术后并发症和死亡率,以改善患者术后的生活质量。但究竟采取哪种手术方式较适合,目前尚未达成共识,有待今后的多中心前瞻性随机研究来证实。

我们建议:

1. 积极慎重地开展胃癌缩小手术 缩小胃切除和淋巴结清扫范围的手术

目的是在根治基础上,保持良好的生活质量。其适应证是癌肿局限在黏膜内(m),胃周淋巴结无转移。这类手术切除范围缩小了,但要求外科医师的相关知识及处理程序、技术却更高了。如手术前对癌浸润深度(M,SM)、类型、大小的判断,术后要求病理学对标本进行水平、垂直边缘的详尽检查,以及加强术后随访工作。对早期胃癌中较小($<4.0\text{ cm}$)的黏膜内癌施行胃部分($2/3$ 以下)切除,D1或D1+No.7淋巴结清除术。这样既保证了手术的根治性,简化了手术操作程序,又避免了标准根治术给机体带来不必要的损害,有利于提高生存质量。

2. 腹腔镜下胃癌手术是今后可能的发展方向 腹腔镜在胃癌治疗中的应用是近年开展的一项新技术,国内外在此领域的报道日益增多,形成了胃肠肿瘤外科的一种发展趋势。除了在诊断中可作为常规检查手段的一种有效补充,进行准确的诊断和分期以避免不必要的剖腹探查外,腹腔镜在治疗中也逐渐为大家所认可:早期胃癌的疗效与开腹相近,且患者创伤小,恢复快,并发症少。对进展期胃癌(AGC),腹腔镜下D2手术在技术上没有问题,目前此手术在日本已开始普及,国内不少单位也已开展。虽然目前国内外许多文献对其疗效的评判不尽相同,但从应用前景来看,随着腹腔镜器械的改进和手术医生经验的积累、操作技术的熟练及对胃癌生物学特性的进一步认识,腹腔镜胃癌根治术能够得到很好地开展,适应证也会不断扩展。

二、亟待规范胃癌标准根治术

国内外众多学术报道中期(Ⅱ+ⅢA期)胃癌,尤其Ⅱ期胃癌行标准根治术(胃切除 $2/3$ 以上,淋巴结D2清除术)能明显提高疗效,5年生存率可达 $70\%\sim 80\%$ 。局限型(Borrmann 1、2型)癌缘外切除 $3.0\sim 4.0\text{ cm}$,浸润型(Borrmann 3、4型)癌缘外切除 $5.0\sim 6.0\text{ cm}$,其中Borrmann 4型为特殊型,一般应行全胃切除术。再根据癌肿部位与大小:在一个分区、小于 4.0 cm 者,可行远侧或近侧大部($4/5$)胃切除术;侵及两个分区,大于 5.0 cm 者宜行极大部胃切除术或全胃切除术。关于标准根治术淋巴结清除的范围,最新版规约规定较前有所扩大,如L区胃癌在原D2清除范围基础上,又增加清除No 11p、12a、14v;M区、U区或占据广泛者亦均有增加,应予注意。

三、进展期胃癌外科治疗模式的演变

进展期胃癌患者长期生存率不足 30% 。在胃癌的综合治疗方案中,手术一直占据着主导地位,外科治疗现已进入了一个理性阶段,关于手术范围的扩大能否给患者带来更好的预后一直是大家关注的热点。经过东、西方学者的反复论证,目前大家对于进展期胃癌较为统一的认识是将D2(淋巴结清除至第二站)手术作为标准术式。其实对于病期较晚(例如淋巴结转移已超出第三站)的患者,肿瘤给机体带来的往往已经不再是一个局部问题,仅仅通过手术局部治疗,即便

是淋巴结扩大清扫、多脏器联合切除等的尝试业已证明无法给患者带来更多的生存益处。而被寄予厚望的辅助化疗、放疗等多年来广泛研究的大部分结果迄今未能明确胃癌辅助化疗的适应证,以及证实辅助治疗给患者带来的益处。直到最近才有报道一般状态良好的胃癌患者 R0 切除后接受辅助放化疗与单独手术相比可获得临界性的生存益处,但仍存有不少问题有待于更为有效的、新的联合化疗加以证实。但总体来说,当前进展期胃癌为大家所认可的外科治疗模式仍是“手术+辅助化疗/放疗”。

目前胃癌外科已经初步达成了这样两个共识:①单纯外科手术无法达到生物学意义上的根治,即便扩大切除和淋巴结清扫范围,仍然如此。②没有出现远处转移的胃癌患者,姑息切除的效果较之未手术者效果要好。能否根治性切除是胃癌患者最重要的预后因素之一,直接影响患者的预后。但对于进展期胃癌,特别是ⅢB期和Ⅳ期的晚期胃癌患者,往往只能进行姑息性手术,R0切除率低,预后难令人满意。积极寻求其他可能根治肿瘤的手段和提高手术切除率,尤其是R0切除率成为改善胃癌患者预后的主要目标。

术前新辅助治疗的提出及应用是对肿瘤外科医生及内科医生观念上的一个挑战。由于肿瘤生物学行为的不同,进展期胃癌即便是行根治切除手术,其局部复发率也可达50%以上。人们根据术后辅助治疗的经验提出来术前辅助治疗的概念,亦称新辅助治疗,包括新辅助化疗、新辅助放疗和新辅助放化疗。新辅助治疗的理论依据:①手术切除原发肿瘤可能会刺激剩余肿瘤细胞的生长。②肿瘤周围组织在术后血供改变影响化疗药浓度及放疗效果。③对于新辅助化疗、放疗的组织病理学反应与预后正相关。④可以达到降期的目的提高手术切除率。⑤减少术中播散的可能性,降低肿瘤细胞活性。⑥消除潜在的微转移灶,降低术后转移复发的可能。⑦通过术前可测量病灶及术后标本判定临床缓解率和病理学有效率。⑧新辅助治疗可剔除不宜手术治疗的患者。部分生物学行为差的胃癌,肿瘤进展迅速辅助治疗期间即可出现局部广泛浸润和远处转移。这类患者即使行手术切除也容易很快复发。⑨通过术前辅助治疗了解肿瘤对治疗的反应如何,来确定患者术后是否需要继续治疗。

MAGICⅢ期随机研究(英国)的结果(2005年ASCO)有可信的证据证明新辅助化疗(NACT)能够使局部进展期胃癌患者降期,提高切除率和改善预后,毒副反应可耐受,并且没有增加手术的死亡和并发症。我们对于进展期胃癌采用FOLFOX方案进行NACT的Ⅱ期临床试验获得了很好的初步结果(Jia-Fu Ji, *et al.* Proc Am Soc Clin Oncol, 2004;22)。“手术+围手术期化疗”这一新的治疗模式正在步入进展期胃癌综合治疗的大舞台。当然,新模式是建立在多年来经验总结的标准D2手术和合理适应证(局部进展期)的前提下,对于已有远处转移但可耐受化疗的患者,补救化疗当前只能给部分患者提供手术机会而转为围手术期化疗。

四、小 结

早期胃癌是微创外科的主要适应证,合理的选择和应用十分重要。对于局部进展期胃癌采用全身治疗,进一步提高外科疗效,这从理论上应是毋庸置疑的。我们有幸目睹着胃癌外科治疗模式跨世纪的演变,同时面临着诸多新的挑战:如最佳化疗方案的选择,手术时机的把握等等;“手术+围手术期化疗”这一新的治疗模式为我们建起了通往胃癌个体化治疗的又一座桥梁,希望国内各兄弟单位能加强合作,开展有关的多中心临床试验以尽快使患者在新模式治疗中受益。

(季加孚)

胃癌高危人群的筛查及早诊 早治研究进展

胃癌防治的最终目的是降低胃癌的发病率和死亡率,延长生命。由于人们对胃癌发生的复杂生物学过程和因素的理解尚不完全清楚,从根本上阻断致癌因素作用或增强体内防御机制控制胃癌的发生等在短时期难以突破。因此,从胃癌防治战略中选择发病学防治,即采用早期发现、早期诊断、早期治疗的方法可以使胃癌防治尽快取得进展,并能获得巨大的社会 and 经济效益。

实行有效的筛查和早诊早治是降低胃癌死亡率、提高生存率和生存质量的重要环节。日本自 20 世纪 70 年代、中国在 80 年代积极地开展了胃癌筛查和早诊早治工作。但此项工作在中国实施范围有限,例如在我国胃癌筛查总人群不超过 30 万,且缺乏连续性和计划性。

虽然尚无公认有效的胃癌筛查和早诊成熟方案,我国研究者已进行了大量的研究,许多成果值得借鉴。

一、胃癌死亡率及变化趋势

胃癌发病率在许多工业化国家里呈明显下降趋势,但在全世界范围仍仅次于肺癌居各种恶性肿瘤死因第 2 位。由于世界人口的不断增长和老龄化,胃癌死亡绝对人数已由 1985 年的 64 万上升为 2000 年的 90 万。胃癌在中国占各类恶性肿瘤死因第 2 位且未见明显下降趋势。在 1985 年大约有 22 万人死于胃癌,至 2000 年有 36 万人死于胃癌,占世界同期胃癌死亡人数的 40%。

根据最新调查,中国胃癌年龄标化死亡率在 1973~1975 年为 19.8/10 万,1990~1992 年为 21.8/10 万。胃癌死亡率在城市显示下降趋势,由 1972~1975 年的 20.3/10 万降至 1990~1992 年的 15.34/10 万。胃癌死亡率在农村则显示上升趋势,由 1973~1975 年的 19.37/10 万上升为 1990~1992 年的 24.36/10 万。

二、胃癌筛查及早诊早治的科学依据

目前尚无设计完善、大样本、随机对照的研究工作证明胃癌筛查可显著降低

胃癌死亡率(为循证医学五级分类中的第四级)。虽然胃镜普查可发现早期胃癌但仍有不少漏诊发生,普查间隔未能确定。WHO 尚不推荐大规模地开展胃镜普查。目前我国大规模开展胃癌筛查条件尚不具备,应在完善筛查方案方面开展更多的研究工作。

胃癌是一个逐渐发生的疾病,有一个漫长的过程。胃癌在早期一般无症状,绝大多数患者发现时已进入中晚期,发生浸润转移给机体带来危害。目前我国的患者多是因症就诊,早期胃癌就诊率十分低。

早期发现胃癌能使临床治疗变得简单和获得极好疗效,早期胃癌手术后 5 年生存率为 90%,Ⅱ期为 66%,Ⅲ期为 51%,而晚期癌仅为 14%。胃癌的早期发现、早期诊断和早期治疗是十分重要和有效的,完全可以通过人群二级预防和早期治疗挽救大量胃癌患者的生命,同时也能节省大量晚期患者的无效资源耗费,对社会、家庭和个人均有极大的益处。

我国每年死亡胃癌患者约 36 万,估计现患胃癌患者约 60 万。如果每个胃癌患者年医疗费用 1 万元,所要花费 50 亿~60 亿人民币。由于临床胃癌患者发现时大部分属于中晚期,临床治愈率很低,花费了大量的人力、物力资源,不能取得应有的社会经济效益。胃癌患者多为男性中壮年,是社会和家庭的主要劳动力,一个胃癌患者将给社会、家庭和个人带来巨大的负担和痛苦。

加强宣传教育,提高大众及基层卫生人员对胃癌防治的认识是推动胃癌“三早”的重要途径。此外,应界定胃癌高危人群,在临床工作中加强对胃癌高危人群的随访,对早期发现胃癌有重要意义。

三、目前我国高危人群胃癌筛查及早诊研究工作进展

中国在胃癌高发区现场开展高危人群筛查与普查研究,这些研究方法可归纳为以下四个方面:

1. 相关危险因素计算机筛选问卷—X 线检查—胃镜检查
2. 病史问卷初筛—胃液微量检测(隐血珠、Hp、CEA 等单项或多项)—胃镜检查
3. X 线检查车—胃镜检查
4. 高危人群直接胃镜检查

北京大学第三医院在山东牟平县胃癌高发区现场实施了以胃癌亚类危险因子概率模型——超微量胃液系列分析及单克隆抗体为筛查工具对 12 000 人进行序贯筛查,以胃镜及病理最终诊断。筛查应答率为 90%,胃癌及癌前病变正判率分别为 87%及 93%,早期癌发现率为 47%,五年生存率为 89%。但该研究方法未能实施随机对照实验,对筛查远期效果仅能得到粗略估计,不能排除三种偏倚对生存率的影响。此外,单项指标特异性尚需提高,以实现筛查方法更简便易行,更灵敏和特异。而后建立了胃黏膜细胞筛查及诊断的新方法,制备了新型黏

蛋白单克隆抗体可做血清学筛查及免疫组化诊断,建立了早期胃癌胃镜下黏膜切除新治疗技术。上海第二医科大学也实施过危险因素筛查,脱落细胞及X线双重对比造影等筛查方法的研究,取得了一定的成果。但由于设计及方法特异性等方面问题尚未做出筛查的科学评价。中国医科大学在辽宁省庄河县胃癌高发区对3 033例高危人群测定血清胃蛋白酶原 I / II 型比值,然后入选人群进行胃镜筛查,共发现胃癌 33 例,其中早期癌 18 例(56.2%)。近期研究结果显示,胃蛋白酶原 I / II 比值在自然人群检测灵敏度为 73.3%、特异性为 50.2%,对医院就诊患者检测的灵敏度为 76.6%、特异性为 60.1%。北京大学临床肿瘤学院在山东省临朐县胃癌高发区共进行多次胃镜直接检查共14 543人次,检出胃癌 85 例(0.6%)。近期在2 909人中利用免疫 PCR 技术检测血清胃癌相关抗原 MG7、胃液硫黏蛋白 AH5 抗原、端粒酶等标志物,并对照胃镜检查显示 MG7 对于 40 例胃癌检出率敏感性达到 77.5%、特异性为 95.5%,优于目前其他生物标志物对胃癌的检测结果。国内开展的胃癌筛查情况见表 2-1。

表 2-1 中国人群筛查或普查胃癌检出率与早癌发现率

检查方法	受检人数(岁)	胃癌数(%)	早癌数(%)	报告者
胃镜普查	212(>50)	16(7.6)	9(56.3)	徐富星,1981
X 线—胃镜	7 000	7(0.1)	5(71.0)	金懋林,1986
间接 X 线车—胃镜	6 568	5(0.08)	3(60.0)	马述盛,1989
计算机—X 线—胃镜	17 625	18(0.10)	5(27.8)	史奎雄,1991
计算机—胃液—胃镜	12 176	34(0.28)	16(47.2)	林三仁,1991
胃镜普查	3 399(35~65)	34(1.0)	23(67.6)	游伟程,1992
PG I / II—胃镜	3 033	33(1.06)	18(56.3)	袁 媛,1999
胃镜普查	3 048(60~93)	92(3.0)	58(63.0)	万 军,2001
隐血珠—胃镜	31 972	125(3.7)	78(58.2)	李茂生,2001
MG7—胃镜	2 909	40(1.2)		游伟程,2003

至今,尚未有成熟的生化或生物标记物检测作为筛查或普查的手段。如用 CEA、CA19-9、CA-125、CA72-4 等标记物,胃癌检出敏感性仅为 30%~60%,且大多为中晚期癌,早癌检出率小于 5%。

对胃癌筛查及早诊早治的评价

1. 门诊胃癌早癌检出情况 中国近 20 年中普及了纤维胃镜并引进了电子胃镜,推广了气钡造影技术,但早期发现胃癌水平并未显著提高。目前,综合性医院早癌占胃癌总检出率 5%左右,专科重点医院可达到 10%以上,而日本门诊检出率水平已达 30%以上。中国门诊早癌检出水平低有三方面原因:有半数早期胃癌患者无症状,人群防癌知识缺乏,直至有明显症状方去就诊。首诊医生对