

中国常见恶性肿瘤诊治规范

第四分册

胃 癌

中华人民共和国卫生部医政司 编

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

(京)新登字 147 号

中国常见恶性肿瘤诊治规范

第四分册 胃癌

中华人民共和国卫生部医政司 编

责任编辑:陈永生

*

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社出版

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

*

850×1168 毫米 1/32 印张 3.25 插页 4 页 81.5 千字

1991 年 6 月第 2 版 1992 年 8 月北京第 2 次印刷

印数: 7001—22007

书号: ISBN7-81034-010-7/R·11

定价: 2.20 元

序

为落实《全国肿瘤防治规划(1986~2000年)纲要》中关于“降低恶性肿瘤的发病率和死亡率”,“提高肿瘤患者的生存率,改善生存质量”的战略目标,卫生部委托全国肿瘤防治研究办公室会同中国抗癌协会共同组织国内近五十个单位,一百多位专家,经过两年时间的筹备和讨论,制定并撰写出版我国第一部《常见恶性肿瘤诊治规范》。它为肿瘤防治专业人员及广大医务人员提供了有重要应用价值的专业性强的参考资料。对提高肿瘤的防治研究和临床实践将起到促进作用。

本《规范》是在总结全国恶性肿瘤诊断、治疗等方面较成熟的经验的基础上,结合我国现有各级医院的实际情况,针对鼻咽癌、肺癌、食管贲门癌、胃癌、大肠癌、肝癌、宫颈癌、乳腺癌八个常见肿瘤的临床分期,诊治程序与要求,综合治疗方案,疗效评价及各种统计指标等,作了科学的和规范化的阐述,有助于统一我国常见恶性肿瘤诊治的各项标准、为提高诊治水平并为开展广泛协作奠定基础。

为此,希望各级卫生行政管理部门,予以支持,积极推广本《规范》的实施。地(市)以上及有条件的肿瘤高发县的专科和综合医院可根据当地的实际情况贯彻执行,逐步推广,在实践中不断总结经验,使其日臻完善。

卫生部医政司
一九八九年十一月

说 明

恶性肿瘤是危害我国人民健康和生命的重要疾病之一。近十年来,我国肿瘤防治研究工作有了很大发展,并取得一定的成绩。当前面临的问题是怎样进一步提高对恶性肿瘤的诊断和治疗水平。众所周知,癌症患者能否作到早期发现,早期诊断和早期治疗是防治工作关键,也是广大肿瘤专业工作者和医疗人员最关心的问题。根据卫生部指示,为了推广国内在肿瘤诊断,治疗方面已取得的成熟经验,逐步统一诊治标准,在全国肿瘤防治研究办公室和中国抗癌协会共同主持下,组织国内著名专家,用近两年的时间,撰写和出版《中国常见恶性肿瘤诊治规范》专集。

本《规范》共分九个分册:第一分册食管癌和贲门癌;第二分册原发性肝癌;第三分册大肠癌;第四分册胃癌;第五分册鼻咽癌;第六分册支气管肺癌;第七分册宫颈癌;第八分册乳腺癌;第九分册肿瘤诊治工作中常用统计指标和统计方法。鉴于鼻咽癌在我国南方的广东、广西等省(区)为独有发病区,特在本《规范》中另列一册叙述。

有关中西医结合治疗肿瘤,是我国具有的特色,近年来在临床诊治中作了不少的实践,亦取得一定的疗效。然而,迄今进行规范化诊治的成熟经验还不多,故未列入。

本书由于参加写作人员较多,内容各有侧重,为了基本上保留名家的特点,文字编写格调未强求完全一致;此外,考虑到1979年出版的《实用肿瘤学》迄今已有七年,随着医学科学的迅速发展和肿瘤诊治水平的不断提高,本《规范》在有关部分增加了一些新近的进展内容,以满足读者需要。

总之,这套《规范》是一部有实用价值的著作,它反映了我国近年来肿瘤研究工作者和临床医疗人员在防治结合方针指引下所付出的努力和取得的成就,希望本书的出版能受到广大医务人员的欢迎。

由于时间仓促,水平有限,错误和缺点在所难免,恳请专家不

借指教,使其日趋完善。

本书在编写过程中,承蒙许多专家和有关医疗部门的热忱支持,在此谨表诚挚的感谢。

全国肿瘤防治研究办公室

中 国 抗 癌 协 会

一九八九年十一月

《中国常见恶性肿瘤诊治规范》

组织委员会

主任委员:陈妙兰

副主任委员:李连弟 张天泽

委 员:(以姓氏笔划为序)

于宗河 李 冰 迟宝兰

徐光炜 鲁凤珠

编写委员会

主 编:张天泽

副 主 编:徐光炜 朱瑞镛

委 员:(以姓氏笔划为序)

马曾辰 李树玲 李连弟 吴爱茹

闵华庆 张明和 张汝刚 张毓德

杨学志 郑 树 赵恩生 徐志刚

黄国俊 屠基陶 汤钊猷 潘国英

廖美琳

秘 书 长:李连弟

副 秘 书 长:鲁凤珠

中国常见恶性肿瘤诊治规范

第四分册 胃癌编委名单

责编委:徐光炜

编委:(以姓氏笔划为序)

刘金洲 李吉友 李建国 吴锡琛

金懋林 徐光炜 张文范 张高嘉

张荫昌 黄鸿年

中国常见恶性肿瘤诊治规范

第四分册 胃 癌

目 录

第一章 临床记录规范与标准

第一节 胃癌病灶的记录·····	(1)
第二节 胃癌区域淋巴结的分组与分站·····	(3)
第三节 胃癌的分期·····	(5)
第四节 各类典型术式的定义 ·····	(10)
第五节 胃癌疗效评定标准 ·····	(12)

第二章 诊断与病理检查

第一节 诊断步骤 ·····	(14)
第二节 X 线诊断 ·····	(16)
第三节 胃癌的内镜诊断 ·····	(18)
第四节 超声诊断 ·····	(25)
第五节 胃癌的各种非特异性生化免疫检查 ·····	(26)
第六节 胃脱落细胞学检查 ·····	(27)
第七节 胃粘膜活检 ·····	(31)
第八节 胃手术标本 ·····	(42)
第九节 术前放射与化学治疗组织学疗效评定标准 ·····	(50)
第十节 尸体解剖 ·····	(51)

第三章 推荐的治疗方案

第一节 治疗方案的选择 ·····	(52)
第二节 胃癌的外科治疗 ·····	(53)
第三节 胃癌的放射治疗 ·····	(57)
第四节 胃癌的化学治疗 ·····	(60)

第五节 出院小结	(64)
第六节 随访	(65)
附 录 胃癌模式病历及诊治记录规范	(67)

第一章 临床记录规范与标准

第一节 胃癌病灶的记录

任何胃癌手术均须按以下规范详细描述原发肿瘤情况。

一、胃癌原发病灶的部位

(一) 将胃大小弯三等分,联接其各对应点,将胃分成上、中、下三部(图 1-1)。上部为胃底贲门(C),中部为胃体(M),下部为胃窦(A)。原发病灶所在部位可分别以 C、M、A 表示,如病灶跨越两个部位,则以原发病灶主要所在部位为前,次要部位为后表示,如 MA 或 MAC,表示原发病灶主要在胃体,并已累及胃窦部或累及胃窦和胃底部。

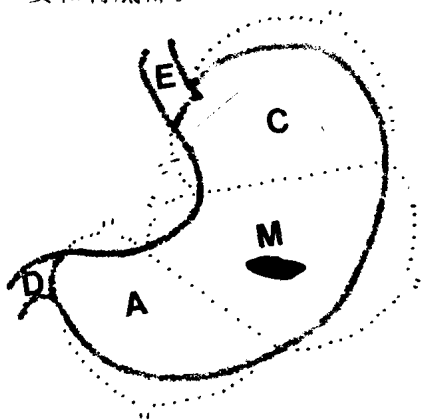


图 1-1 胃的分区

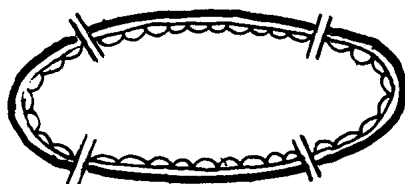


图 1-2 胃横断面四等分

(二) 将胃的横断面分为四等分(图 1-2),即小弯、前壁、大弯、后壁以及全周。

例如位于胃体小弯侧累及胃窦及胃体后壁的胃癌,可表示为 MA, 小后。

二、病灶数

进展期胃癌常为单发,而早期胃癌多发病灶并不少见,如系多发灶,须注明病灶的部位及数目。

三、浆膜浸润程度

S₀ 浆膜面无肿瘤浸润。

S₁ 浆膜面有可疑癌浸润。

S₂ 浆膜面有明显癌浸润。

S₃ 癌组织已浸出浆膜面而累及邻近组织。

四、淋巴结转移程度

可按下述区域淋巴结的分组及站别加以描述。如淋巴结转移局限于第一站,则以 N₁(+),N₂(-),N₃(-)表示,并将有转移的淋巴组别予以注明,如 N₁(+)3、4。

五、腹膜的癌种植程度

P₀ 腹膜无种植转移。

P₁ 横结肠以上近侧部腹膜有种植转移。

P₂ 横结肠的下远隔腹膜有少数转移。

P₃ 远隔腹膜有多数种植转移。

六、肝转移程度

H₀ 肝无转移灶。

H₁ 肝脏一叶有转移。

H₂ 肝脏两叶有少数散在转移。

H₃ 肝脏两叶有多数散在转移。

七、胃癌类型的肉眼分类(详见第二章)。

0 型 相当于早期表浅型胃癌(图 1-3)。

1 型 }
2 型 } 按 Borrmann 分类予以描述(图 1-4)。
3 型 }
4 型 }

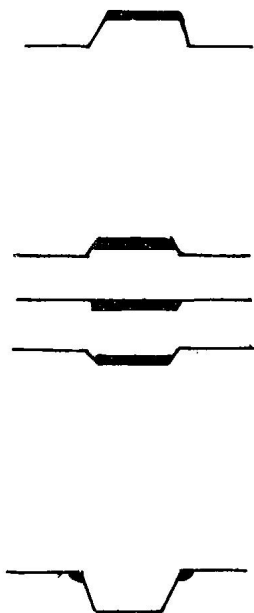


图 1-3 早期胃癌分型

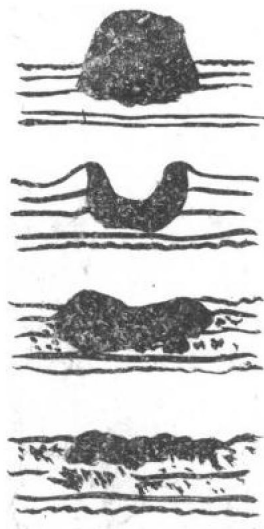


图 1-4 Borrmann 分型

5 型 未能按上述分类。

八、切端有无癌浸润

手术标本切除后,须仔细检查两断端有无肉眼可见的癌浸润。近侧断端以 OW、远侧断端以 AW 表示。如切端 10 毫米以内有癌浸润则为阳性,不然则为阴性,以 OW+ 或 - 表示。

(徐光炜)

第二节 胃癌区域淋巴结的分组与分站

所谓胃的区域淋巴结应包括胃旁淋巴结,沿胃左、腹腔、脾动脉周围淋巴结,肝十二指肠韧带淋巴结,腹主动脉旁及腹腔内淋巴结。日本学者将上述淋巴结根据其不同解剖部位分为 16 级(图 1-5),现已被普遍接受。

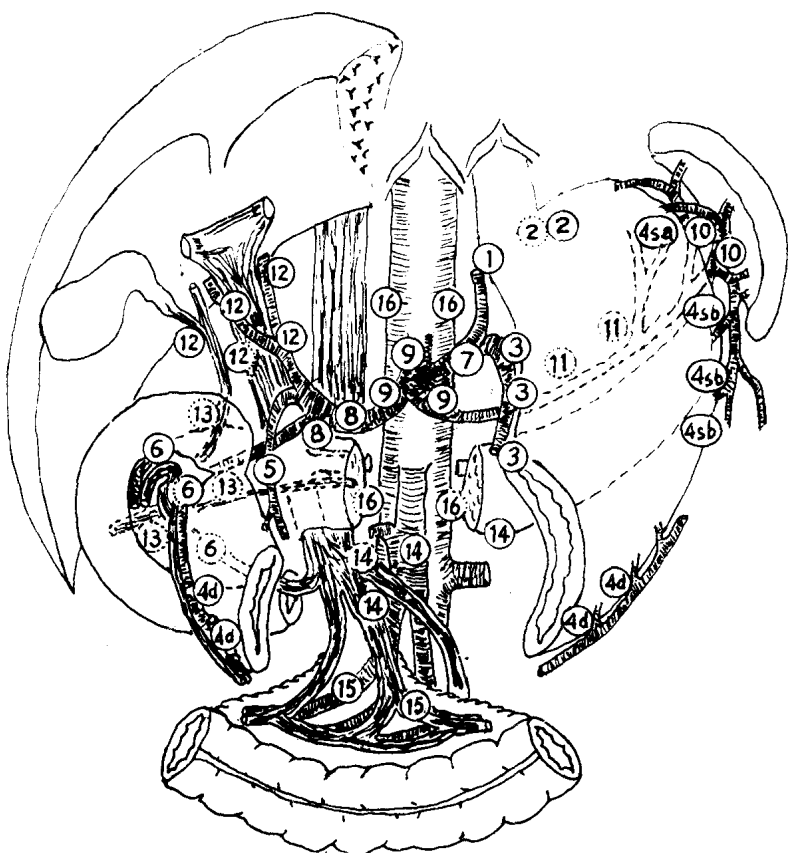


图 1-5 胃区域淋巴结的分布

此 16 组淋巴结分别为：

- | | | |
|------|----------|---------|
| ①贲门右 | ⑦胃左动脉 | ⑬胰十二指肠肠 |
| ②贲门左 | ⑧肝总动脉 | ⑭肠系膜根部 |
| ③胃小弯 | ⑨腹腔动脉 | ⑮结肠中动脉 |
| ④胃大弯 | ⑩脾门 | ⑯腹主动脉 |
| ⑤幽门上 | ⑪脾动脉 | |
| ⑥幽门下 | ⑫肝十二指肠韧带 | |

此种淋巴结分组方法，能较明确的区分胃的区域淋巴结，且能较具体的指出淋巴结转移的部位，并在此基础上又根据原发肿瘤

的不同部位,而可将 1~14 组淋巴结分为 3 站(表 1-1)。

表 1-1 胃癌不同部位各站淋巴结的划分

站别	窦部	体部	贲门部	全胃
第一站(N ₁)	3,4,5,6	1,3,4,5,6	1,2,3,4	1,2,3,4,5,6
第二站(N ₂)	1,7,8,9	2,7,8,9,10,11	5,6,7,8,9,10,11	7,8,9,10,11
第三站(N ₃)	2,10,11,12,13,14	12,13,14	12,13,14	12,13,14

超出 14 组的定为第 4 站。由于肿瘤的部位不同,N₁、N₂、N₃ 也随之而异。试以第二组的贲门左淋巴结为例,在贲门癌时属 N₁,胃体癌时属 N₂,而当肿瘤位于胃窦部时则又属 N₃。这种以肿瘤的部位不同而区别各组淋巴结的站别,更能客观地反映淋巴转移规律,较之 UICC 的 TNM 分类更符合实际情况,所以现已被广泛接受,作为区别区域淋巴结站别的方法。

(徐光炜)

第三节 胃癌的分期

胃位于腹腔内,临床上虽可根据 X 线及内窥镜检查估计病变范围,但目前尚难以在术前确定胃癌的浸润深度及转移情况。而精确估计肿瘤的生长范围与扩散程度是进行肿瘤分期的基础,这给胃癌的分期带来了困难。所以,胃癌的分期研究远落后于其他癌瘤。UICC 曾于 1966 年制订了胃癌 TNM 分期法,但并未被广泛接受,其后又经多次修改,于 1985 年制订了以 TNM 为基础,临床与病理相结合的分期,此分期法已被包括日本在内各国接受,进行试用。为了解胃癌分期的演变,现将有关内容作一介绍。

一、国际抗癌联盟(UICC)1986 年制订的胃癌 TNM 分类法

此法的分类原则综合考虑了原发肿瘤,淋巴转移及远处转移等情况,特点是在临床上首次作出恶性肿瘤的诊断时,就可以根据临床、X 线及内窥镜所见加以分期,而不必等待手术所见甚或术后的病理检查结果,它也允许以后在不变更对肿瘤原始描述的情况下,添加更详细的发现。

T——原发肿瘤。为了便于描述肿瘤的大小及部位,按前述将胃划分为三个区,上 1/3 包括贲门及胃底,中 1/3 为胃体,下 1/3 包括胃窦。

T₁ 肿瘤不管其大小,仅限于粘膜或粘膜下层。据临床观察 T₁ 可为:①恶性带蒂息肉;②恶性无蒂息肉样病变;③癌样溃疡;④溃疡边缘或周围有癌性浸润。

T₂ 肿瘤向深层浸润,但大小不超过每一分区的 1/2。

T₃ 肿瘤向深层浸润,大小超过每分区 1/2 以上,但不超过一个分区。

T₄ 肿瘤占一个分区以上或累及周围组织。

T_x 无法估计原发肿瘤的大小。

N——局部淋巴结。

N_x 因无法估计腹腔内的淋巴结,故用 N_x 表示,病理证实后可进一步描述为 N_x⁻或 N_x⁺,而 N_x⁺还可更分为:

N_x+a 仅胃周围淋巴结受累。

N_x+b 累及其他淋巴结,但手术时可摘除,如胃左、肝总,脾动脉及肝十二指肠韧带附近的淋巴结。

N_x+c 受累的淋巴结手术时无法摘除,如沿腹主动脉、肠系膜和髂动脉的淋巴结。

M——远处转移。

M₀ 无远处转移。

M₁ 有远处转移。

P——病理分类(手术后决定)。

P₁ 癌仅侵及胃粘膜。

P₂ 癌侵及粘膜下层。

P₃ 侵及肌层达浆膜下层。

P₄ 侵及浆膜及浆膜外。

二、pTNM 分类法

自 1966 年 UICC 制定了 TNM 分类法后,由于放射线及内窥镜诊断的进展,对此分类法曾有多次修改,直到 1975 年明确提出

了临床与病理相结合的分类,并在 TNM 前冠以“p”,以示系术后组织病理学的分类,由于此分类法能更精确地估计预后,所以已较普遍地为大家所接受,并作为胃癌分期的基础。

pT—— 原发肿瘤。

pT₀—— 切除标本组织学检查未能发现癌。

pTis—— 原位癌。肿瘤未侵及粘膜固有层。

pT₁—— 肿瘤侵及粘膜固有层或达粘膜下,未达肌层。

pT₂—— 肿瘤侵及肌层或及于浆膜下。

pT₃—— 肿瘤侵出浆膜但未累及邻近组织。

pT₄—— 肿瘤侵出浆膜并累及邻近组织。

pTx—— 肿瘤浸润深度无法判定。

除上述以肿瘤浸润深度对原发肿瘤加以分类外,也可根据肿瘤细胞的分化程度加以分级。

G—— 组织病理分级

G₁—— 高度分化。

G₂—— 中度分化。

G₃—— 低分化或未分化。

G₄—— 无法进行分级。

pN—— 区域淋巴结。

pN₀—— 区域淋巴结无转移。

pN₁—— 转移局限于沿大、小弯距原发灶 3 厘米以内的淋巴结。

pN₂—— 淋巴转移超越原发灶 3 厘米以外,包括胃左、腹腔、脾及肝总动脉淋巴结。

pN₃—— 淋巴转移已达主动脉旁、肝十二指肠韧带及其他腹内淋巴结。

pNx—— 淋巴转移情况无法确定。

pM—— 远处转移。

pM₀—— 无远处转移。

pM₁—— 有远处转移。

pMx——远处是否转移无法判定。

三、基于 TNM 及 pTNM 的胃癌分期

TNM			
I 期	T ₁	N ₀	M ₀
II 期	T ₂ , T ₃	N ₀	M ₀
III 期	T ₁ , T ₂ , T ₃	N ₁ , N ₂	M ₀
	T ₁ , T ₂ , T ₃	N ₃	M ₀
	(根治切除)		
	T ₄	N _{0~3}	M ₀
	(根治切除)		
IV 期	T ₁ , T ₂ , T ₃	N ₃	M ₀
	(未能根治切除)		
	T ₄	N _{0~3}	M ₀
	(未能根治切除)		
	T _{1~4}	N _{0~3}	M ₁
pTNM			
I 期	pT ₁	pN ₀	pM ₀
II 期	pT ₂ , pT ₃	pN ₀	pM ₀
III 期	pT ₁ , pT ₂ , pT ₃	pN ₁	pN ₂ , pM ₀
	pT ₁ , pT ₂ , pT ₃	pN ₃	
	(根治切除)		
	pT ₄	pN _{0~3}	pM ₀
	(根治切除)		
IV 期	pT ₁ , pT ₂ , pT ₃	pN ₃	pM ₀
	(未能根治切除)		
	pT ₄		
	(未能根治切除)		
	pT _{1~4}	pN _{0~3}	pM ₁

上述分期试图根据胃癌的不同 TNM 或 pTNM 情况,归纳成临床四个期别。可是由于虽同属侵及周围组织的 T₄ 或 pT₄,但有的仍