

新编 常见恶性肿瘤诊治规范

胃癌分册

中国抗癌协会 编

北京医科大学中国协和医科大学联合出版社

新编常见恶性肿瘤诊治规范

胃癌 分册

中国抗癌协会 编

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

新编常见恶性肿瘤诊治规范: 胃癌分册/中国抗癌协会编. -
北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1998

ISBN 7-81034-877-9

I. 新… II. 中… III. ①癌: 常见病-诊治-规范②胃肿瘤
-诊治-规范 IV. R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 27670 号

新编常见恶性肿瘤诊治规范 胃癌分册

作 者: 中国抗癌协会 编

责任编辑: 陈永生

封面设计: 孙元明

技术设计: 栾广明

责任校对: 李爱萍

责任印制: 姜文祥

出版发行: 北京医科大学 联合出版社
中国协和医科大学
(北京市东单三条九号 邮编 100730 电话 65228583)

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京迪鑫印刷厂

开 本: 850×1168 毫米 1/32 开

印 张: 3.75

字 数: 99 千字

1999 年 1 月第一版 1999 年 1 月北京第一次印刷

1—5000 册

定 价: 10.00 元

ISBN 7-81034-877-9/R·875

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其它质量问题, 由本社发行部调换)

内 容 简 介

本分册以实用为主，较详细又扼要地叙述了有关胃癌诊断及治疗的各个方面，诸如诊断程序、病史采集及体检要点，各种胃癌诊断方法的适应证、操作技术、诊断标准及临床应用评价。病理检查中不但配合图片具体讲解了胃癌的分型，诊断要点，更对萎缩性胃炎、肠化、甚至标本的制作等也均作了较详细的介绍。治疗部分介绍了胃癌的各种术式的指征、操作要点、化疗药的应用及各种化疗方案的选择，以及放疗的指征等。在附录部分又附有各种登记表格及模式病历等。

本篇旨在规范化国内胃癌的诊疗工作，以期更有利于提高该常见肿瘤诊疗水平及开展各单位之间的协作。

新编常见恶性肿瘤诊治规范

编写委员会

主任委员：徐光炜

副主任委员：张天泽 张友会

委 员：(以姓氏笔画为序)

汤钊猷 李同度 李树玲

吴爱茹 闵华庆 沈镇宙

张明和 张毓德 郑 树

胃癌分册

主 编 徐光炜

参加编写人员 (以姓氏笔画为序)

万文徽 任全敬 李吉友

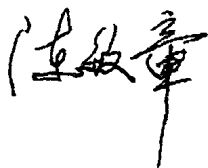
吴锡琛 张文范 张高嘉

张荫昌 张珊文 陈敏华

金懋林

序

由我国著名肿瘤专家张天泽、徐光炜两位教授发起、倡导，并组织中国抗癌协会几个专业委员会百余名专家撰写的《中国常见恶性肿瘤诊治规范》问世已几载，深受广大医务工作者欢迎。实践证明，通过该书及其各种相应肿瘤规范学习班，提高了医务工作者对常见恶性肿瘤的诊治水平，有助于提高早诊率和五年生存率，并可改善生存质量；各医院间，尤其是城乡医院间对诊治恶性肿瘤水准差异在缩小，先进、成熟技术及经验在基层推广、传播；并为我国常见恶性肿瘤诊治规范化打下良好基础。近几年来，新的诊断技术、化疗、放疗方案不断出现，肿瘤专家们鉴此进行了必要的修改、补充、更新而撰编为《新编常见恶性肿瘤诊治规范》，故提笔寄语，以表达对肿瘤领域默默耕耘专家深切的感谢，并衷心期望肿瘤患者都能得到良好的诊治服务。

A handwritten signature in black ink, appearing to read '陈敏章' (Chen Guozhang), with a long vertical stroke extending downwards.

说 明

恶性肿瘤的诊治水平在国内不同地区及单位有较大的差异，提高癌症诊治的总体水平，实为控制癌症的重要环节。有鉴于此，不少国内志同道合的专家就各自的专长，曾编写了《中国常见恶性肿瘤诊治规范》。此《规范》已问世9载，在卫生部领导下，各级卫生行政管理部门大力支持，得以推广。其间又在中国科学技术协会帮助下，编制配套的录像带，使之深入基层、边远地区。9年来的实践证明，该丛书出版有助于提高医护人员对我国常见恶性肿瘤的诊治水平，提高了患者5年生存率，改善患者生存质量。随着时间推移，瘤谱发生变化，医学科学发展，新的诊治技术出现，并日趋成熟，《中国常见恶性肿瘤诊治规范》原作者深感有必要进行修改、补充、更新，增加新的瘤种及内容，又考虑到此版不同于再版，作者经多次研究，广泛征求意见，决定新书更名《新编常见恶性肿瘤诊治规范》字样，愿读者们喜欢。

《新编常见恶性肿瘤诊治规范》丛书设有《食管癌和贲门癌》、《胃癌》、《大肠癌》、《原发性肝癌》、《鼻咽癌》、《原发性支气管肺癌》、《乳腺癌》、《泌尿恶性肿瘤》、《头颈恶性肿瘤》分册；原《宫颈癌》，增设内容改名为《妇科恶性肿瘤》；由于骨、软组织肿瘤发病率增加，为提高肿瘤病人生活质量，又增设《骨肿瘤与软组织肉瘤》、《止痛与姑息治疗》等分册内容。

《新编》编写原则：当今国内外先进、成熟、公认经验；便于推广，实用；对象面向基层。

虽经努力，力求把最新、最成熟经验介绍给读者，但难免存在这样或那样的不足，甚至错误，恳盼专家、同道指正，以便再版时改进。愿“携起手来，共同抗癌”。

中国抗癌协会
一九九八年四月

目 录

第一章 临床记录规范与标准	(1)
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	(7)
第五节 胃癌疗效评定标准	(11)
第二章 诊断与病理检查	(12)
第一节 诊断步骤	(12)
第二节 X 线诊断	(14)
第三节 胃癌的内镜诊断	(20)
第四节 胃癌的超声诊断	(27)
第五节 胃癌的免疫学诊断	(32)
第六节 胃镜刷片细胞学检查	(36)
第七节 胃粘膜活检	(38)
第八节 胃手术标本	(47)
第九节 术前放射与化学药物治疗组织学疗效评定 标准	(55)
第十节 尸体解剖	(57)
第三章 推荐的治疗方案	(58)
第一节 治疗方案的选择	(58)
第二节 胃癌的外科治疗	(59)
第三节 胃癌的放射治疗	(65)
第四节 胃癌的化学药物治疗	(68)
第五节 出院小结	(73)
第六节 随访	(74)
附录 胃癌模式病历及诊治记录规范	(76)

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）。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。

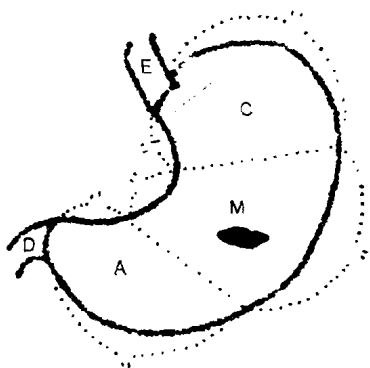


图1 胃的分区

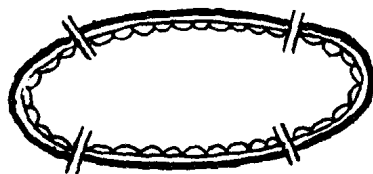


图2 胃横断面四等分

(二) 将胃的横断面分为四等分（图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 (P)

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 横结肠以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 (H)

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 (图 3、4)

早期胃癌 I 期 隆起型

II 期 平坦型

III 期 凹陷型

Borrmann 分型

I 期 肿块型

II 期 溃疡型

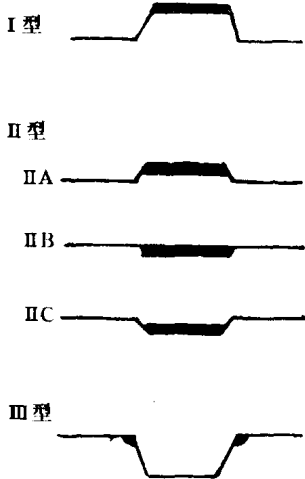


图3 早期胃癌分型

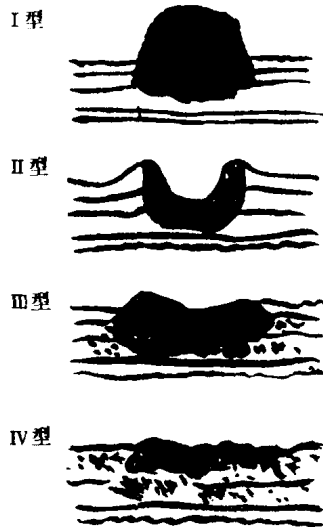


图4 Borrmann 分型

Ⅲ期 溃疡浸润型

Ⅳ期 浸润型

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 10mm 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 5), 现已被普遍接受。

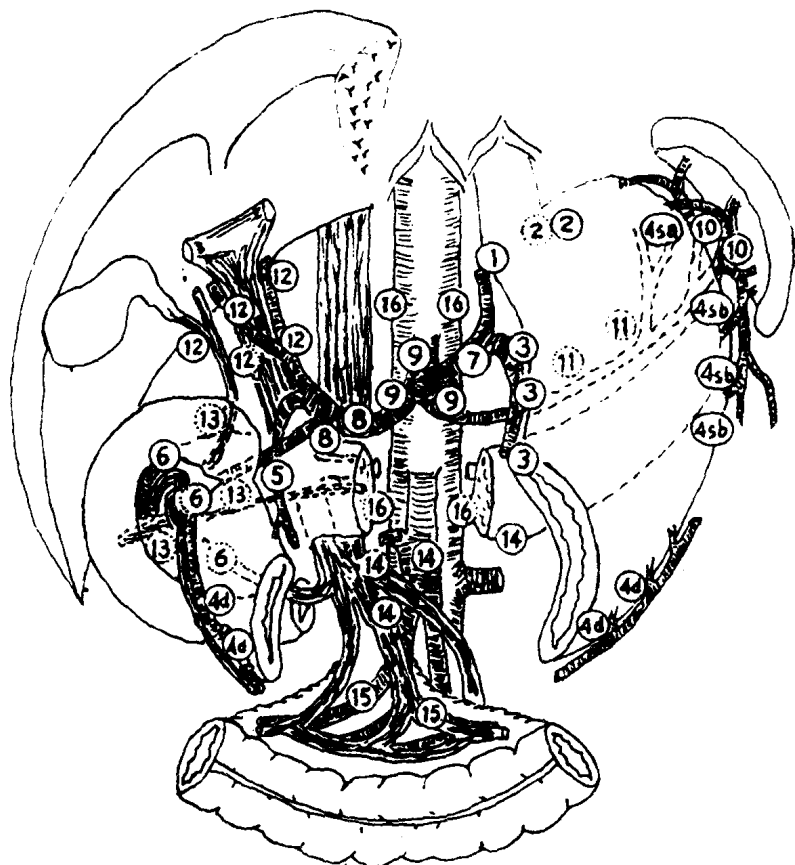


图 5 胃区域淋巴结的分布

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

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)。

表 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, 所以现已广泛接受, 作为区别区域淋巴结站别的方法。

日本胃癌研究会更将胰上、胰下、膈下、食管裂孔等处的淋巴结也分别按肿瘤的不同部位予以分站, 本书暂不予以介绍。

(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。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, 且不断的修正改进。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。在试用过程中, 又不断有所修改, 我国于 1989 年第四届全国胃癌学术会议上也通过将此法作为我国的胃癌分期标准。此分期法的特点认为胃癌的临床及病理分期同样重要, 不能偏废。该分期法不但简单易行, 且较以往

的 TNM 及日本分期法更为精确，避免了以往 II、III 期有重叠，且 III 期又太宽的缺点，可以较好地显示各期的预后，有较大的实用价值。主要特点是：强调肿瘤的浸润深度，转移淋巴结至原发癌边缘的距离，以及将第 12、13、14、16 组淋巴转移作为远处转移 (M_1)。其具体的定义及范畴如下：

T：肿瘤浸润深度。

T_1 ：浸润至粘膜或粘膜下。

T_2 ：浸润至肌层或浆膜下。

T_3 ：穿透浆膜层。

T_4 ：侵及邻近结构或腔内扩展至食管、十二指肠。

应予注意的是如肿瘤穿透固有肌层后，累及肝胃或胃结肠韧带，或者累及大、小网膜，只要尚未穿透被复上述组织的脏层腹膜时，仍定为 T_2 。

N：淋巴转移状况。

N_0 ：无淋巴转移。

N_1 ：距肿瘤边缘 3cm 以内的淋巴结转移。

N_2 ：距肿瘤边缘 3cm 以外的淋巴结转移，包括胃左、肝总、脾及腹腔动脉周围淋巴结转移。

M：远处转移状况。

M_0 ：无远处转移。

M_1 ：有远处转移，包括第 12、13、14、16 组淋巴结转移。

如原发肿瘤局限于粘膜层而未累及粘膜固有层者为原位癌，以 T_{is} 表示，当肿瘤为 $T_{is}N_0M_0$ 时，即为原位癌，也可称为 0 期。

根据上述的定义，各期的划分如下：

I 期：

I_A ： $T_1N_0M_0$

I_B ： $T_1N_1M_0$ 、 $T_2N_0M_0$

II 期： $T_1N_2M_0$ 、 $T_2N_1M_0$ 、 $T_3N_0M_0$

III 期：

Ⅲ_a: T₂N₂M₀、T₃N₁M₀、T₄N₀M₀

Ⅲ_b: T₃N₂M₀、T₂N₁M₀

Ⅳ期: T₄N₂M₀、T₁₋₄N₀₋₂M₁

近年来,由于诊断技术的进展,除临床沿用的X线、内镜等外,CT、磁共振,超声内镜及血管造影等影像技术也被用于胃癌的诊断,从而有可能于术前对肿瘤浸润胃壁的深度和范围作出估价,进行临床分期,以CTNM表示。术后根据切除标本的病理检查进行分期,则以PTNM表示。

总之,胃癌新的TNM分期法,由于通过大量的客观资料,经计算机处理而成,所以科学性较强,尤其以原发病灶的浸润深度和淋巴结转移范围为主要指标,能较客观地反映肿瘤的生物行为,使各亚组间的生存率较为接近。另外,该分期法也突出了简便实用的特点,以转移淋巴结与原发病灶间的距离作为区分N的标准,替代了繁琐的日本淋巴结分组、分站法,易于被临床医师掌握;又将腹主动脉旁、胰腺后、肝十二指肠韧带及肠系膜根部等处的淋巴结转移,均以M₁论处,使分期大为简化,易于在临床推广。

近年来,随着麻醉、外科技术及各种辅助治疗的进展,也不乏较晚期的病例在施行扩大手术及其他治疗措施后获得较长期生存的报道。因此,对即使病期较晚的Ⅳ期胃癌也产生了如何加以区别对待,扩大手术指征的要求。有鉴于此,日本学者又进一步在日本胃癌分期的基础上,将Ⅳ期胃癌分为Ⅳ_A及Ⅳ_B,前者有可能施行扩大手术后获得较好的疗效,因而可以采取更为积极的治疗措施。兹将此分期法介绍于下,以供读者参考(图6)。

(徐光炜)

第四节 各类典型术式的定义

长期来胃癌切除手术习惯地分为根治性切除及姑息性切除两

		$P_0\ H_0\ M_0$				$P_0\ .H_1$
		N_0	N_1	N_2	N_3	$N_{0,1,2}$
$P_0H_0M_0$	$T_1(M,SM)$	I_a	I_b	Π	III_a	IV_a
	$T_2(MP,SS)$	I_b	Π	III_a	III_b	
	$T_3(SE)$	Π	III_a	III_b	IV_a	
	$T_4(S_1)$	III_a	III_b	IV_a		
$P_1.H_0.T_{1,2,3}$		IV_a				$\overline{N}_b$

图 6a 日本的胃癌分期 (1995)

M_1 : 粘膜内

SM : 粘膜下

MP : 肌层

SS : 浆膜下

SE : 浆膜外

S_1 : 浸润至邻近脏器

		M	Mo				M ₁
		N	No	N ₁	N ₂	N ₃	
M	T		No	N ₁	N ₂	N ₃	
Mo	T ₁	Ia	Ib	II	IV		
	T ₂	Ib	II	IIIa			
	T ₃	II	IIIa	IIIb			
	T ₄	IIIa	IIIb				
M ₁							

图 6b 胃癌的分期 (1985)

大类。但人们对根治性切除术的概念并不一致，同时也由于每一具体病人的病情又各自不同，因此，在实际工作中颇为混乱。尤其是淋巴清除范围常存在较大差异，以致很难评价各不同单位根治手术的疗效。以往将做根治手术时的淋巴结清除站别，以 R (radical) 来表示，分别以 R_1 、 R_2 、 R_3 、 R_4 表示清除第一、二、三、四站淋巴结，但此种命名法常易引起一定程度的混淆。因当

有第三站淋巴结转移时 (N_3) 施以 R_2 术式, 仅是一姑息性切除, 而非根治性手术。为了避免这种混淆, 现已决定将 D (dissection) 代替 R, 这样就较明确, D 仅是指淋巴结清除范围与手术的根治度无关。第一站淋巴结未全部清除者为 D_0 , 已全部清除才称为 D_1 手术。同样第二站淋巴结完全清除为 D_2 , 依次为 D_3 或 D_4 。至于是否是根治手术或根治程度则须根据病变的范围和程度而将其分为 A、B、C 三级。

一、根治性切除术或治愈性切除术

所谓根治性或治愈性切除是指原发肿瘤连同转移淋巴结及受浸润的组织一并切除, 无肿瘤残留, 从而有可能治愈的切除手术。严格地说, 此种手术命名应是针对手术性质而言, 此是前提, 并非单纯的手术范围的概念。以往在临床上虽也有按其手术的彻底性分为绝对根治与相对根治两种, 但由于缺乏明确的定义, 以致临床上难以掌握, 现已明确将根治性或治愈性切除分为 A 及 B 两级。A 级手术的定义已明确规定须符合以下两个条件, 一是 $D > N$, 也即手术清除的淋巴结站别, 需超越已有转移的淋巴结站别, 如第一站淋巴结有转移 (N_1), 则需作包括第二站淋巴结清除的根治手术 (D_2), 也即是手术清除淋巴要有足够的安全范围。另一条件是在切除标本的切缘 1cm 之内无癌细胞浸润。当然该类 A 级手术的治愈可能性就较大, 凡是未能符合上述两个条件的, 不论是切缘 1cm 内有癌浸润, 或淋巴清扫范围等同于有转移的淋巴结站别 ($D = N$), 虽然也是根治性或治愈性切除, 但只能算作“B”级手术, 其疗效显然要较“A”级手术为差, 所以在作胃癌根治术时应力争作“A”级手术, 以提高疗效。

二、姑息性或非治愈性切除

是指仅切除原发病灶和部分转移病灶, 尚有肿瘤残留的切除术, 也即“C”级手术。如残留肿瘤有病理证实, 则为绝对非治愈性切除, 不然则为相对非治愈性切除。