

全国胃癌协作方案、规范及统一登记表格

(试 用)

全 国 胃 癌 协 作 组

一九七八年六月

编辑：全 国 胃 癌 协 作 组
(地址：北京市西城区红罗厂街)

出版：北京市肿瘤防治研究所情报资料室

印刷：北 京 市 西 城 区 印 刷 厂

说 明

为加强胃癌防治研究的协作，1977年，全国胃癌协作组预备会议讨论、拟定了胃癌的病理、诊断、治疗的统一标准（草案），经分送各省（市、自治区）有关单位征求意见，修改制定了胃癌的病理、诊断、治疗等的规范、标准和各种登记表格，在一九七八年四月全国胃癌协作组第一次会议期间印出《全国胃癌协作方案、规范及统一登记表格》（试用），现又经与会代表讨论、修改、补充，特再印发各地供参考。

一九七八年六月

目 录

第一部分：各种规范及标准	(1)
胃癌手术标本病理检查规范.....	(2)
胃镜活检病理检查规范.....	(11)
胃液脱落细胞学检查规范.....	(12)
经胃镜活检的协定取材部位.....	(15)
胃癌的临床病理分期.....	(16)
早期胃癌X线诊断登记标准.....	(18)
胃癌根治性切除术的范围（暂定）.....	(19)
胃癌疗效评定标准.....	(20)
第二部分：各种登记表格	(21)
中晚期胃癌手术标本病理分析卡（附说明）.....	(22)
浅表性胃癌（“早期胃癌”）手术标本病理分析卡（附说明）.....	(25)
胃癌尸体解剖登记表.....	(29)
胃镜申请单.....	(32)
纤维内窥镜检查报告.....	(33)
胃癌病历（模式）.....	(34)
胃癌手术记录.....	(37)
胃癌治疗出院小结表.....	(39)
胃癌中西医结合治疗观察表（附表）.....	(40)
胃癌随访卡（另附）.....	(41)
第三部分：协作方案	(42)
胃癌病理研究协作方案.....	(43)
胃癌化疗协作方案.....	(45)
胃癌放射治疗协作方案.....	(47)
胃癌的中医药治疗协作方案.....	(52)
胃癌综合治疗协作方案.....	(55)

第 一 部 分

各 种 规 范 及 标 准

一九七九年十月十七日

贈

胃癌手术标本病理检查规范

标本处理及检查方法

收检胃标本最好在固定前对新鲜标本进行观察、记录、画图及第一次取材，有条件者当时照相。

观察项目及顺序：

一、胃周淋巴结检查及取材：在未剖开胃标本前，将胃按一定方位置于检查台上，用手沿胃的大小弯侧系膜及网膜仔细扪检，尽可能取下所有能找见的淋巴结，按如下分组标记后固定、包埋、制片。

二、胃周围淋巴结分组（图1）

（一）胃小弯组，分布在胃小弯侧上段，相当于胃左动脉供血区，此组淋巴向胃左动脉分叉处引流。以后沿动脉干注入腹腔动脉周围淋巴结。

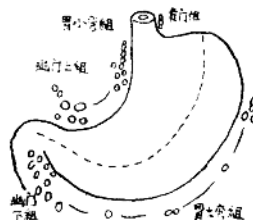


图1

（二）幽门上组，分布在胃小弯侧下段（幽门管、胃窦部），相当于胃右动脉供血区，此组淋巴引流至胃右动脉周围的幽门上淋巴结组，进而汇集至肝动脉周围淋巴结。

（三）胃大弯组，分布在胃大弯侧上段，相当于胃短动脉和胃网膜左动脉供血区。此组淋巴流经脾门淋巴结，再至脾动脉周围淋巴结。

（四）幽门下组，分布在胃大弯侧下段（幽门管、胃窦部），相当于胃网膜右动脉供血区，此组淋巴引流至幽门下淋巴结。再至腹腔动脉干周围淋巴结。

（五）贲门旁组。

（六）手术时取下的远隔淋巴结分别注明标记。例如：腹腔动脉根部淋巴结3个、肝门淋巴结2个……。

三、胃的检查及取材：剪除胃大小弯侧系膜，原则上沿胃大弯剪开，如病变在大弯侧，则沿小弯侧剪开，展平后做如下各项观察。

（一）病变部位：按贲门、胃底、胃体小弯、胃体大弯、胃窦小弯、胃窦大弯、胃体前壁、胃体后壁、胃窦前壁、胃窦后壁、幽门管或胃窦全周，全胃等记载。如病变范围超过一个区段或分布在不同部位，则同时标明。

（二）肿瘤形态：

1. 中晚期胃癌：

（1）结节蕈伞型：肿物主要向腔内生长，呈结节状、息肉状，中央可有溃疡，但溃疡较浅，切面界限清楚。（图2）



图2

（2）盘状蕈伞型：肿瘤呈盘状，边缘高起外翻，中央有溃疡，切面界限清楚。（图3）

(3) 局部溃疡型：似慢性胃溃疡，但溃疡边缘隆起，界限清楚，溃疡较深。(图4)

4)

(4) 浸润溃疡型：溃疡底盘大，浸润范围广泛，切面界限不清。(图5)



图3



图4



图5

(5) 局部浸润型：即局部革袋胃，肿物向周围扩展呈浸润性生长，表面可有糜烂或很浅溃疡。(图6)

(6) 弥漫浸润型：即皮革胃，此型特点为病变累及大部胃甚至全胃。(图7)



图6



图7

(7) 表面扩散型：肿瘤主要在粘膜或粘膜下层浸润，范围较大，有小区浸润肌层或肌层以外。

(8) 混合型：上述几型中有两种或两种以上病变者。

(9) 多发病：多灶性，互不相连。

2. 胃溃疡癌变：

胃溃疡癌变在其发生、发展、临床、预后等方面，不论在理论上或实践中均存在着不少应进一步搞清楚的问题，因而在我们的方案里以一个特殊类型来划分。

胃溃疡癌变是指在良性溃疡的边缘发生癌变，溃疡周边部分或大部分还保留着良性溃疡的特点。癌组织可以侵犯深层及溃疡底部，但若癌组织已完全摧毁溃疡底或浸润于底部的癌组织中残存平滑肌者，不应列为胃溃疡癌变。

暂提出以下几项，作为鉴定胃溃疡的标准：

- (1) 溃疡底部肌层和粘膜肌层断裂。
- (2) 溃疡底部有大量纤维组织和疤痕组织。
- (3) 溃疡底部动脉呈闭塞性动脉内膜炎。
- (4) 溃疡边缘肌层断端和粘膜肌层相接近或融合。

3. 浅表性胃癌 (“早期胃癌”)

指胃癌原发灶癌组织的生长仅限于粘膜层或粘膜下层者。对于不伴或伴有淋巴结转移的应分别归类 and 标记。

分型：

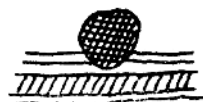


图8

(1) 息肉样型：癌肿自粘膜隆起，突向管腔，有蒂或广基，表面粗糙，有时呈乳头状或结节状，表面可有糜烂(相当于日本方案I型)。(图8)

(2) 平坦型(或称胃炎型)：癌肿较浅表，没有显著的隆起或凹陷(相当于日本方案的IIa、IIb、IIc型)。分为以下两个亚型：

广泛型：面积较广泛直径在5 cm以上者。边界不整齐，界限不明显，形如地图样，多半伴有凹陷。（图9）

局限型：面积较局限，直径在4 cm以下，可略隆起于表面，或在癌灶周边形成矮堤，而中心部略凹陷，周边界限清楚。（图10）

（3）溃疡型：凡胃内有较明显的深在溃疡（一般深达肌层），在溃疡周边粘膜或粘膜下层有早期癌变者均属此型。（图11）



图9

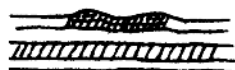


图10

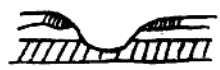


图11

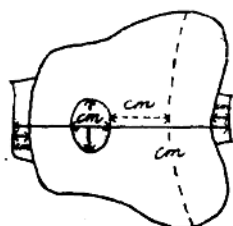


图12表示做胃部分切除时

（三）肿瘤大小：长×宽×高（或厚度）厘米（图12）指切面观察，“高或厚度”指从肿瘤表面至胃壁内浸润的最深处。

（四）肿瘤距两断端的距离：肿瘤距胃的上下切缘距离及附着的食管或十二指肠的长度，均以厘米为计算单位。

肿瘤距上切缘距离为自肿瘤的上缘垂直向上至上切缘的距离。距下切缘距离为自肿瘤下缘垂直向下至下切缘的距离。

（图12）

（五）浆膜面改变：在相当于肿瘤生长处浆膜面有无浸润，形成灰白色的条纹或斑块或与周围软组织或器官粘连情况

等，记录其范围大小。

（六）癌旁病变及合并病变：

1. 多发病：指在同一胃腔内，独立发生、而无转移关系的两个以上的胃癌病灶。

2. 不典型增生：肉眼观察与早期胃癌平坦型的界限清楚的局限型有时不易鉴别。

（1）肉眼观察：病变多为隆起型，或呈结节状，或在隆起结节中呈现凹陷的糜烂样。少数病例病灶亦可为凹陷状，或平坦型者。不典型上皮增生病灶的大小多在2厘米以下。

（2）组织学分级：胃腺上皮细胞不典型增生，常呈灶状，因其增生的程度不同，可分为如下三级：

1）轻度不典型增生：

①、腺管的形状和结构轻度不规则。

②、细胞呈高柱状，胞浆内有分泌空泡，细胞间有杯状细胞。

③、核排列致密，位于细胞下半部。

④、核呈长圆形或杆状，体积稍大，深染，无异型性。这一级增生属于良性性质。注意与一般增生鉴别，一般增生限于胃小凹和腺颈部，而不典型增生一般达粘膜的较深部位。

2）中度不典型增生：

①、腺管的形状和结构不规则。

②、细胞呈柱状，胞浆内分泌空泡减少或消失，杯状细胞甚少见。

③、核呈棒状，增大，深染，但无明显异型性。

④、核密集成堆，排列稍紊乱。

3) 重度不典型增生:

- ①、腺管的形状和结构紊乱。
- ②、细胞呈柱状或立方状, 分泌空泡几乎完全消失, 不见杯状细胞。
- ③、核浆比例明显增大。
- ④、核呈杆状或圆形, 明显增大, 染色深浅不一致, 排列紊乱。

4) 重度不典型增生虽为癌的前期病变, 但有时较难与分化高的管状腺癌区别, 若难以分辨是重度不典型增生还是分化高的腺癌时, 出现以下情况, 则其为癌的可能性就更大:

- ①、病灶挤压周围正常粘膜组织, 并有明显界限者;
- ②、潘氏细胞完全消失者;
- ③、在一个腺管中, 异型细胞与正常细胞间突然衔接者;
- ④、腺管有“生芽”不规则分枝和搭桥, 或异型腺管相互“背靠背”(共壁)等变化者;
- ⑤、如上皮细胞因向腺腔呈乳头样突起, 核密集而浓染并多数位于细胞顶端者;
- ⑥、核有时虽不密集, 但椭圆形的胞核比例增大, 分散位于细胞顶端者。

(附《各度不典型增生与癌比较表》)

各度不典型增生与癌比较表

形态改变		病变程度			
		轻	度中	度重	度高分化癌
腺管	形态与结构	轻度不规则	较不规则	极不规则	极不规则或紊乱
	形状	长圆, 杆状, 一致	杆状, 一致	杆状, 圆, 不一致	明显不一致
细胞核	增大	+	+, ++	++	+++
	核仁肿大	-	-	+	+++
	异型性	-	+	++	+++
	极向紊乱	-	+	++	+++
	核/浆比例增大	+	+, ++	++	+++
	染色质粗糙	+	++	+++	+++
细胞	形状	高柱状	柱状	柱状、立方	不一致
	分泌空泡	++	-, +	-, +	-
	杯状细胞	++	-, +	-	可见印戒细胞
	异型性	-	+	++	+++
	排列紊乱	-	+	++	+++

3. 肠上皮化生:

(1) 肉眼观察轻者胃粘膜表面呈绒毛状, 重者形成苍白色隆起性病变, 呈扁平颗粒

状，小者为粟粒状，大者直径可达0.5cm或更大，或密集成群，或散在分布。特殊检查方法见附注。

(2) 组织学改变及分级：胃粘膜的肠上皮化生多发生于胃窦部小弯侧及交界区，但亦可扩大超过交界区，而累及胃底腺区。

在粘膜内，肠化生的腺管有的仅限于粘膜浅层，有的达到粘膜深层，即累及粘膜的全层，这意味着幽门腺全部萎缩消失，这种状态多见于慢性萎缩性胃炎。

肠上皮化生时出现的主要细胞是吸收细胞，细胞呈高柱状，胞浆粉染或嗜多色性，核成圆形或短杆状，位于细胞的基底侧，细胞的游离面为密集的绒毛构成的刷状缘。这种细胞的主要功能是吸收作用。

在吸收细胞之间有散在杯状细胞，这种细胞是小肠及大肠所特有的，由于细胞顶端胞浆内充满大量粘液，因此胞浆清亮淡染，核位于细胞基底，其分泌物在组织化学染色时，Alcian兰及PAS反应均呈强阳性。

化生的腺管底部常可见潘氏细胞，矮柱状，胞浆内含很多嗜伊红性有折光性颗粒，核在细胞基底。

肠上皮化生的腺管是单管腺，其增殖区位于腺管底部。化生的腺管一般多失去原有胃腺的规则排列状态，腺管迂曲且分枝，有时腺管密集成堆。

按其病变程度，分为轻度、中度及重度三级：

轻度——在胃粘膜内仅零星地出现肠腺。

中度——介于轻、重两者的中间状态，肠化生腺管成群或占1/2范围左右。

重度——胃腺已大部为肠腺所代替。

4.慢性萎缩性胃炎

(1) 肉眼观察胃粘膜皱壁变平坦，粘膜变薄，色变浅呈灰白色有时有点状出血及充血。

(2) 组织学改变及分级：

萎缩性胃炎的基本改变是伴有慢性炎症的胃粘膜固有腺体的萎缩。粘膜固有腺体数目减少，如果累及胃体部，则主细胞及壁细胞减少或消失，腺体成为粘液型腺，与幽门腺相似，亦称为假幽门腺化生，这种化生，常散在于固有腺体之间，呈灶状，排列紊乱，多与肠上皮化生并存。

如累及胃窦部，则幽门腺减少或消失，并伴有较重度的肠上皮化生，萎缩性胃炎时胃粘膜内有不同程度的炎细胞浸润，炎症与腺体萎缩程度不一定平行。粘膜内常伴有脂肪组织及纤维结缔组织增生，常可见腺腔囊性扩张，也可见淋巴滤泡形成（正常胃粘膜中亦可见，其发现率约为9.4%）。粘膜肌常见增厚，肌纤维走行紊乱，并成束地伸入腺体之间。

萎缩性胃炎仅累及胃窦部的称为局限型，如同时累及胃体部的称为广泛型。

按腺体萎缩的程度分为如下三级：

轻度：粘膜层厚度尚正常，腺体排列尚好，仅有个别或局灶腺体萎缩，腺体减少不超过原有的三分之一。

中度：粘膜层变薄，腺体排列紊乱，固有膜中结缔组织增多，粘膜肌增厚。腺体减少半数左右。

重度：粘膜层明显变薄，腺体明显减少，只有散在少数腺体，排列紊乱，粘膜肌明显增厚。（正常胃粘膜平均厚度约为0.52~0.54mm，萎缩性胃炎时平均厚度为0.47~0.45mm。

或更薄。)

在萎缩性胃炎的同时,如伴有腺颈部或化生的肠腺的过度增生,因而在胃粘膜表面形成颗粒状病变,称之为萎缩伴增生性胃炎。

5.肥厚性胃炎:胃粘膜皱壁粗大,弯曲,皱壁上可见结节状或息肉状突起。粘膜增厚。较正常增厚 $\frac{1}{2}$ 以上,表面粘液增多,一般呈弥漫性分布,偶亦有灶状分布。表面可见充血,出血或糜烂。

组织学改变:胃粘膜表面上皮增生,胃小凹变长且有分枝,有时有腺腔囊性扩张形成。

腺体增多变长且弯曲,有时腺体可达粘膜下层。壁细胞及主细胞均增生。粘膜层有明显的炎细胞浸润。少数病例息肉状增生,可演变为癌,但其癌变率比萎缩性胃炎及胃萎缩均低。

6.浅表性胃炎:炎症多局限于粘膜的浅表层,无腺体萎缩,粘膜厚度没有改变,炎症变化一般轻微,但亦可发展成中度甚至重度。肉眼观察,粘膜表层充血,表面附有较多的粘液,有时粘膜表面有粗糙感。严重者有斑点状出血,少数部分可发生糜烂甚至浅溃疡。

组织学改变及分级:

浅表性胃炎是以粘膜胃小凹间的固有膜内炎细胞浸润为特征。炎细胞主要是浆细胞,淋巴细胞为主,亦可见嗜中性白细胞。有时病变可达粘膜全层,但此种病变是可以逐渐恢复的。同时伴有粘膜充血、水肿,甚至灶状出血。

粘膜表层细胞变性或坏死,严重时坏死细胞脱落,形成糜烂,此时则多伴有嗜中性白细胞渗出。表面上皮亦可增生,核稍变大,细胞形状、大小不太一致,排列也不整齐,细胞境界不清楚,甚至可出现复层,也可向表面形成绒毛样或乳头样结构,有时腺颈上皮亦显增生。病程长者,胃小凹扩张、变长(占腺体的 $\frac{1}{3}$ 到 $\frac{1}{2}$),且弯曲,有时形成腺腔囊性扩张,粘膜内有淋巴滤泡形成等。

按其病变程度分为如下三级:

轻度:炎细胞浸润较轻,且仅限于胃粘膜的上 $\frac{1}{3}$,其它改变均不甚明显者。

中度:病变程度介于轻度与重度两者之间。

重度:炎细胞浸润较重,有时达粘膜全层,伴有显著的粘膜上皮变性、坏死,或胃小凹扩张,变长,常伴有粘膜浅层的肠上皮化生。

7.糜烂性胃炎:指胃粘膜上出现圆、椭圆或不整形的隆起性病灶(大小常在1cm以内),其中心部有脐窝样凹陷,多分布在胃窦或窦体交界的交界区,也有的出现在全胃,数量或多或少或呈散在分布。慢性的称为疣状胃炎。

组织学改变:隆起性病灶主要是幽门腺的过度增生及炎性浸润,中心部有糜烂形成。

8.粘膜息肉:息肉的形态虽多,但在肉眼观察上大致可分为单发性和多发性,有蒂与无蒂等区分。在组织学上有以幽门腺粘膜的过度增生及肠上皮化生的过度增生的不同。

9.慢性胃溃疡:参考“胃溃疡癌变”项中“鉴定胃溃疡的标准”段。

四、胃标本的固定:将胃的粘膜面向上,平铺,按自然状态,置于蜡板或木板上,不可过松或过紧,然后将标本向下浸于足够量的10%福尔马林中固定24~48小时后再进行第二次取材及观察,必要时再照相。

五、胃癌标本的取材:沿胃的长轴,通过肿瘤的最大径,从贲门至幽门取一长条组织,厚度约为0.3~0.4cm,此取材如能包括胃小弯侧粘膜情况,且再无其它病变,一般可不再

多取材。如不能包括小弯侧粘膜情况，或尚有其它病变，则应在相应部位多做取材。如能做大切片为最好，如不能则分段切开并标记。固定尚不充分者，再行固定，石蜡包埋，制片，HE染色。

特殊病例，特别是早期胃癌，可于病灶处以0.5cm左右的厚度连续平行取材，癌肿周围取1~2cm，以一定方向标记，制做标本，如图13，必要时可以全胃取材。

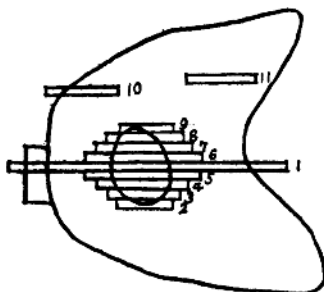


图13

组 织 学 观 察

一、主癌：

(一) 组织学类型：

1. 乳头状腺癌：癌细胞构成很多乳头状结构。
2. 高分化腺癌：肿瘤分化可不同，但构成腺管和腺腔。
3. 低分化腺癌：肿瘤细胞大部不构成明显管腔，但切片中可见明显腺腔结构。
4. 印戒细胞癌：癌细胞主要由印戒细胞所组成。

(二) 按浸润方式：分为二类。

1. 团块状压迫（癌周纤维包膜）。
2. 巢状或弥漫性浸润（癌周分散浸润）。

(三) 按浸润深度分为：粘膜层、粘膜下层、肌浅层、（肌层的 $\frac{1}{2}$ 以内），肌深层（超过 $\frac{1}{2}$ ）、浆膜下、浆膜、浆膜外。

(四) 边缘情况：以从肿瘤距上下切断缘之最近处为标准。

(五) 间质内淋巴样细胞反应：以癌组织向深部生长的最前缘处的细胞反应为标准，分为无、少量、中等量、大量四种情况。

(六) 淋巴管内的癌栓：分别注明其分布是在贲门侧，还是幽门侧。

(七) 静脉型（内）癌浸润或癌栓。

(八) 神经周围癌浸润。

二、淋巴结：

1. 有癌转移者，例如在幽门下区找见8个淋巴结，其中有3个发现转移，则记载为：幽门下区，3/8；如未发现癌转移，则记载为：幽门下区0/8。

在仅有少量的癌细胞转移者，应注意在淋巴结的边缘窦内仔细寻找，以免遗漏。

2. 淋巴结反应：观察的内容及分级标准参照“中晚期胃癌手术标本病理分析卡”“淋巴结反应”（30页）。从淋巴结中存在着胸腺依赖淋巴细胞（T细胞）和腔上囊（或骨髓）依赖淋巴细胞（B细胞）的分布区域不同，可将淋巴结反应分为以下三种情况：

1）、细胞免疫型：淋巴结增大，皮质淋巴滤泡较小，生发中心不明显，付皮质区（位于皮质深层和淋巴滤泡之间）扩大，髓质不明显（图14）

2）、体液免疫型：淋巴结增大，皮质淋巴滤泡变大，生发中心扩大，外套层清楚，髓质区大，付皮质区不扩大，浆细胞多。（图15）

3）、混合型：淋巴结增大，皮质区淋巴滤泡及生发中心明显，付皮质区亦扩大，髓质减少。（图16）

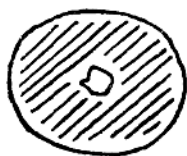


图14 细胞免疫型付皮质区扩大



图15 体液免疫型，生发中心扩大，髓质变大



图16 混合型

三、非肿瘤区胃粘膜改变：参考前述三“胃的检查及取材”中的（六）“癌旁病变及合并病变”：

四、腹腔中癌细胞的检查：最好每例手术及尸检患者均能在开腹后取出少量腹腔液，找癌细胞，按有、无分别记录。

五、其它器官转移：如肝转移、卵巢转移、大网膜腹膜转移、肺转移、胰转移等分别记载。

做病理报告时应包括的项目

胃癌的部位、肉眼类型、组织类型、浸润深度、切缘情况、淋巴管、血管、神经周围有无癌细胞浸润、淋巴结哪几组有转移等。

报告书写形式

举例1：胃癌：局限溃疡型

低分化腺癌

浸润肌层（中期）

胃周（一站或二站）淋巴结转移（2/15）

如有远隔转移也要注明。

举例2：早期胃癌：平坦型——弥漫型（IIc型）

低分化腺癌

粘膜内癌

胃周淋巴结无转移

附注:

一、胃肉眼标本描绘法: 方法: 将胃标本切开展示好, 上铺玻璃板, 可按照胃标本的形态及病变绘出实物大小的线条图。亦可直接绘于玻璃上, 事后再由玻璃板上用X线阅片灯的帮助, 描绘在图画纸上, 编号、备案保存。

二、杨—陈氏表面染色法: 把固定的标本粘膜表面的粘液及污物冲洗干净 (或将标本切成0.3~0.5cm的切面), 浸于新鲜混合的 (weigart) 铁苏木素液, 5分钟, 取出用自来水冲去多余染液, 置于1%盐酸酒精1~2分钟, 然后流水冲10~20分钟, 用肉眼或放大镜观察, 被染成黑色的粘膜部分, 应多取材制片。注意此法对粘液细胞腺癌的微小癌效果不佳。

三、肠上皮化生灶特殊检查法:

用美兰或甲苯胺兰等染色, 可使胃粘膜染成兰色, 而肠上皮化生处呈兰紫色。肠上皮化生细胞中含有果糖酶, 而胃粘膜上皮细胞内不存在此酶。新鲜胃标本, 将表面粘液及血迹冲洗掉, 向粘膜面用棉花轻涂果糖溶液, 在37℃湿润环境中放10分钟, 然后将糖尿试纸条铺于胃粘膜面上。有肠上皮化生细胞区试纸呈绿色或兰紫色, 无肠上皮化生区, 试纸条仍为橙色或橙黄色。

胃镜活检病理检查规范

一、取材部位、方法:

(一) 为了诊断和科研的需要, 每一病例取材至少包括胃窦区、胃体小弯及胃体大弯。分别装瓶固定, 并注明部位。

(二) 活检组织要铺于吸水纸上, 然后置于固定液中, 以保证每一切片为正切。

(三) 不同部位要分别包埋、切片; 腊片一般不少于20块。

(四) 取材最好深达粘膜肌, 以便对萎缩性病变给以恰当的估计。

二、粘膜病变判断标准:

(一) 判定萎缩性胃炎的主要条件为胃固有腺的减少程度及肠上皮化生程度, 分为三级: 轻度、中度及重度, 其标准同“胃癌手术标本病理检查规范”。

(二) 化生程度等级标准同“胃癌手术标本病理检查规范”。

(三) 对粘膜上皮异型性的判定。胃粘膜活检组织学分级分为五级:

I级: 正常和没有异型的良性病变。

II级: 呈轻度异型的良性病变。

III级: 中度异型, 为临界性病变。

IV级: 重度异型, 可疑癌变。

V级: 癌

I~II级为良性病变, III级病变要定期随访, IV级可考虑手术。诊断不典型增生时, 一定要从组织结构异型及细胞异型结合考虑判断, 要全面观察严格掌握, 既不要漏诊, 又不要引起病人的恐惧。

三、诊断方法:

(一) 萎缩性胃炎的各种病变仅限于胃窦(角切迹以内)或移行于胃小弯一线, 诊断萎缩性胃炎或描述式诊断, 萎缩性病变涉及胃窦区同时又见于胃体大弯或胃体前后壁者方诊断萎缩性胃炎。

(二) 开展免疫病理者, 可附以免疫学分型。

四、活检诊断各种类型胃炎的标准:

- | | |
|----------|------------------------------|
| 1. 表浅性胃炎 | } 形态学标准同“胃癌手术标本病理检查规范”之有关部分。 |
| 2. 萎缩性胃炎 | |
| 3. 肥厚性胃炎 | |

4. 有时在粘膜中连续看到几个淋巴滤泡, 类似于滤泡性胃均应特别予以注明, 偶见个别滤泡均不计。

5. 有时胃固有腺, 主要是幽门腺扩张成小囊状, 也应予以注明。

6. 糜烂性胃炎: 粘膜有糜烂, 伴有炎性反应者。

胃液脱落细胞学检查规范

胃冲洗液细胞检查是诊断胃癌的一较成熟方法，检出率较高。此检查中，有一重要步骤是胃内加压冲洗。加压冲洗可以用普通100ml注射器人工加压冲洗和抽液，但工作效率低，如果有条件，最好用特制的电动洗胃机（诊断用），压力强度稳定，可以随意调节和控制，药液喷射力均匀。

洗胃机的使用操作方法

一、洗胃前的准备：

详细询问与记录病史。患者于洗胃前夕，只宜进少量碳水化合物食物，睡前可多喝些白开水，有梗阻病人检查前一天不宜食富于高蛋白和高脂肪食物及不易消化的蔬菜，梗阻严重的患者检查前须洗胃。

物品的准备：

（一）贮液瓶（输血瓶）中放300—400ml温开水，并加入10~20mg α -糜蛋白酶。

（二）12~14号胃管数条。

（三）PH5.6醋酸缓冲液300—400ml。

（配方）醋酸钠13.6克

冰醋酸0.6毫升

加蒸馏水至1000毫升

（四）离心管（尖底）50—100毫升数个。

二、冲洗方法：

病人空腹吞服胃管后（或从鼻腔下管）先抽出空腹胃液，测定PH或作胃液分析。将胃管与贮液瓶相应玻璃管连接（如图1），贮液瓶的另一玻璃管连洗胃机，此时将洗胃机转换开关指到“0”处，接通电源，调节“转换阀”至正压8~10厘米水柱。洗胃用水在20秒内全部注入胃内，病人可变动体位帮助冲洗后，立即调节“转换阀”至负压1~2厘米水柱，抽出胃内液体，如此反复数次，最后抽出之冲洗液进行外观检查后弃掉。变换贮液瓶中洗胃用水为PH5.6之醋酸缓冲液300~400毫升，用上述同样方法反复加压冲洗3~5次，病人应同时变换体位，以利于充分洗涤，最后将全部洗胃用水抽出，放冰盘中或冰箱中静置或在取出的标本内加入福尔马林—冰醋酸固定液（福尔马林：冰醋酸等于2:1），每100毫升抽出液加5毫升固定液，而不用冷冻。以备验查。

三、离心沉淀、涂片、固定、染色：

将最后冲洗液放入4个50—100毫升的离心管内，以3000转/分速度离心5分钟，弃去上清液，用乳头吸管吸取残渣涂片。涂片4张，宜均匀，稍厚些好。低温下迅速吹干（最好用电风扇），立即固定于乙醚及95%酒精等量溶液（或用95%酒精）中10~15分钟，然后H、E、染色，或巴氏染色，也可用瑞氏染色。显微镜下常规阅片诊断。

四、胃冲洗液中常见成分:

(一) 上皮细胞:

1. 脱落胃粘膜上皮及腺上皮: 所谓胃粘膜上皮系指胃粘膜表面及胃小凹(陷窝)的粘液细胞(Mucous cell)。仅在低酸或缺酸的胃液才可看到保存较完整的胃上皮细胞。单个的粘液细胞, 细胞浆丰富而清亮, 核小圆形规整。成片出现时(多是直接冲洗脱落的), 细胞大小相似, 片块当中排列成蜂窝状, 边缘部细胞呈柱状, 细胞间距相等, 核质细而染色均匀。

上皮细胞变性有以下表现: 一种是细胞肿大, 核染色不良; 另一种是胞浆被消化, 只剩裸核的上皮细胞; 再一种是上皮细胞浓缩, 胞浆及核均浓染。胃冲洗液中很少见泌酸细胞, 此种细胞较大, 胞浆粉染可见细小的嗜酸性颗粒。

2. 随唾液及痰液咽入的口腔及食管脱落的扁平上皮, 第一液冲洗充分时可减少这种细胞的混杂。

3. 随痰咽入的呼吸道纤毛上皮, 吞噬细胞(有的吞噬尘埃颗粒)。

(二) 炎性细胞:

以中性多形核白血球最多见, 一般意义不大, 但如果过多, 有的可能是急性胃炎的表现。胃粘膜渗出的中性白血球胞浆多不清楚, 随痰来的中性白血球胞浆清楚且偏粉色。淋巴细胞及浆细胞较少见。

在慢性胃炎病例涂片中, 不但可见很多炎性细胞, 而且常伴有变性的上皮细胞团。在胃溃疡病例涂片中, 还可能看到变性的中性白血球及纤维素团块和坏死物。但只凭这种细胞学所见确诊胃溃疡不一定可靠, 只能提供参考。

(三) 血液成分: 有时可见新鲜出血, 镜下见完整的红血球。陈旧性出血表现为褐色的颗粒状或块状血色素。如果出血明显, 应注意查找癌细胞。

(四) 杂菌: 胃冲洗液涂片常可见杂菌, 一般意义不大。如果出现大量乳酸杆菌, 霉菌菌丝团或酵母菌, 特别是八联球菌, 表示有幽门梗阻, 此时应注意查找癌细胞。

(五) 其他: 胃冲洗液中见食物残渣多有梗阻, 常见大的植物细胞及长条状肌肉纤维。食物残渣多时, 可影响阅片, 所以应在检查的前一天晚间及检查的当天早晨令病人多喝温开水, 利于胃的清洗。

五、几种有意义的细胞:

(一) 核异质细胞: 核异质系指细胞核的比例增大, 核质粗糙和深染, 有程度上的不同。

轻度核异质: 或呈类圆形或仍保持原来胃上皮细胞(粘液细胞或肠化生的吸收细胞)的形态。核与胞浆比例虽不增大, 但核膜多增厚, 核质粗糙, 染色稍浓, 核仁稍增大。多属于增生或再生的上皮细胞, 也有的是肠化生吸收细胞, 均属良性异型上皮细胞。

重度核异质: 上皮细胞体积增大, 或呈类圆形或不规则形状。核与胞浆比例增大, 核质明显增粗, 浓染, 核仁明显。胞浆稍呈嗜碱性或嗜多色性, 常常混于中性白血球中间。有的在形态上与癌细胞相似, 不易鉴别。此类细胞有时是重度异型增生的上皮, 有时是再生的上皮细胞, 也常见于胃粘膜的急性炎症。但在早期胃癌的胃冲洗液中往往伴有重度核异质细胞。

(二) 肠上皮化生细胞: 肠上皮化生的脱落细胞有一类是来自杯状细胞, 这类细胞体积大些, 胞浆较清亮, 核不增大, 位于细胞的一侧, 很象印戒样癌细胞, 但核异型性较差, 即核比较小, 核质不特别粗糙和浓染。另一类肠化生细胞是来自吸收细胞, 此类细胞如保持柱状, 则可见细胞顶端有刷状缘。如已变成类圆形, 则可笈助于稍带嗜碱性或嗜多色性的浓染