

胃癌诊疗 200问

夏有恒 潘忠清 张月兴 主编

2-44

山东科学技术出版社

胃癌诊疗 200 问

夏有恒 潘忠清 张月兴 主编

昌云生 主审

山东科学技术出版社

主 编:夏有恒 潘忠清 张月兴

副主编 (按姓氏笔画):

王洪海 张培义 杨卫军 侯德朋 聂培岚

编 者 (按姓氏笔画):

马峻岭 王天祥 王广文 王志祥 王凤德

牛洪伟 尹传贵 冯 军 刘伟东 刘成玲

孙玉芹 陈学忠 陈秀兰 张炳泰 张来成

李花爱 武丽娟 郝光锋 赵春梅 赵洪华

姜雨刚 姜 涛 姚爱玲 曹元江 曹显利

黄玉芳 姬毓生 崔玉峰 韩兴华 魏建强

主 审:昌云生

胃癌诊疗 200 问

夏有恒 潘忠清 张月兴 主编

昌云生 主审

*

山东科学技术出版社出版发行

(济南市玉函路 邮政编码 250002)

济南市市中印刷四厂

*

787mm×1092mm1/32 32 开本 8 印张 163 千字

1997 年 12 月第 1 版 1997 年 12 月第 1 次印刷

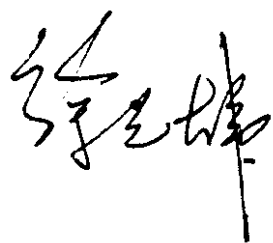
印数:1—7000

ISBN7—5331—2082—5

R·612 定价 11.50 元

序

长期以来,胃癌的发病及死亡率在全世界范围内均居首位,但自 50 年代以来,其发病一直呈下降的趋势。近年来已次于肺癌而居第二位。但在我国胃癌发病水平仍较高,每年死于该病者逾 16 万人。尤其随着各地基层医疗水平的提高,绝大部分胃癌已在基层医院而非肿瘤专科医院就治,然其治疗效果并不理想。为此,如何提高基层医院的胃癌诊治水平,乃是降低我国胃癌死亡率的重要课题。有鉴于此,夏有恒、潘忠清、张月兴等医师,将其长期在山东省胃癌高发区致力于胃癌防治工作的丰富实践经验及工作体会,结合国内、外的进展,采用问答的方式撰写本书。不但涉及面较广,内容也较丰富,是一本有较高实用价值的参考书。对在我国基层医院工作的医务人员会有较大助益,将有助于我国目前正在推动的医学继续教育工作。本书的问世,将对提高我国的胃癌防治水平起到重要作用。



1996 年 12 月 1 日

前 言

胃癌是我国常见的恶性肿瘤,居所有恶性肿瘤死亡之首。有关胃癌专著两部百余万字,已问世 10 年。胃癌的诊断与治疗的研究,文献浩瀚。青年外科医师及肿瘤防治专业人员多忙于基本功训练,无暇去仔细阅读专著及众多文献,熟知有关胃癌的系统知识。临床工作中对胃癌诊治中的重点、难点及易疏忽之处,教科书中又难以找到确切答案。有鉴于此,作者 20 多年来在胃癌的诊治工作中深感需有一本胃癌诊疗指南的案头书。不揣学识浅陋、挂一漏万之虑,查阅近年来国内外有关胃癌研究的文献,结合本院对诊疗胃癌的经验及临床实践,以问答形式编写此书。

从理论到实践到实用,从诊断到治疗,从基础到临床,全面、系统地介绍有关胃癌的诊疗和预防知识,读后可收事半功倍之效。以提高胃癌诊疗水平,是编写本书之宗旨。多年来,在胃癌的防治研究工作中,受恩师徐光伟教授的教诲与指导,并在百忙中为本书作序;李兆亭教授校阅全文,对书中错误之处给予斧正,提出宝贵的修改意见,并作跋,在此深表谢意。

由于作者长期在基层医院工作,书中所选问题均在临床诊疗工作中常常遇到,有些不同问题在不同答案中,少有重复出现,是作者有意编排,绝不是问非所答,目的是加深读者印象。本书适用于市、县级青年外科医师、肿瘤防治专业人员、医学院校学生及家庭保健用书。

本书在编写过程中,承蒙青州市人民医院领导大力支持,外科同仁提供宝贵素材,在此一并表示感谢。由于作者学识浅薄,阅历不足,书中谬误之处在所难免,祈请同道不吝指正。

作 者

1996 年 12 月

目 录

1. 胃癌诊治研究的发展概况如何?	(1)
2. 我国胃癌地理分布有何特征?	(2)
3. 胃癌发生的基本病因是什么?	(3)
4. 如何提高我国胃癌的早期诊断率?	(5)
5. 胃癌的癌前疾病及癌前病变的基本概念是什么?	(7)
6. 慢性萎缩性胃炎发展为胃癌的过程如何?	(8)
7. 胃溃疡可否癌变? 其癌变率是多少?	(8)
8. 胃息肉是否会发生癌变? 其癌变率是多少?	(9)
9. 胃粘膜上皮异型增生的临床意义是什么? 可否行外科治疗?	(10)
10. 什么是粘膜肠上皮化生? 与胃癌发生的关系如何?	(11)
11. 胃癌的发生与人机体哪些因素有关?	(13)
12. 胃癌是一种传染病吗?	(14)
13. 胃癌可以预防吗? 何谓三级预防?	(14)
14. 如何选择抗癌食谱以减少胃癌的发生?	(15)
15. 慢性萎缩性胃炎如何防止其癌变?	(17)
16. 如何预防胃溃疡恶(癌)变? 什么类型的胃溃疡恶变率最高?	(17)
17. 早期胃癌的概念与定义是什么?	(18)
18. 早期胃癌发病年龄、性别、好发部位、肿瘤大小有何临床特点? ...	(19)
19. 早期胃癌的肉眼分型如何判断?	(20)
20. 我国对早期胃癌分型方案是什么?	(21)

21. 隆起型(I型)与凹陷型(Ⅰc+Ⅱ型)胃癌临床病理特点有何不同?	(22)
22. 早期胃癌的病理组织学类型有哪些?	(23)
23. 早期胃癌的扩散与转移的临床病理特点是什么?	(24)
24. 早期胃癌的转移、预后与哪些因素有关?	(25)
25. 何谓特殊类型的早期胃癌?	(26)
26. “一点癌”是否需行外科手术治疗?	(27)
27. 何谓进展期胃癌? 它与早期胃癌有何不同?	(28)
28. 目前对进展期胃癌的大体形态分型有几种方法?	(29)
29. 进展期胃癌的病理组织学分型有哪些?	(30)
30. 什么是胃癌的生物学行为? 有何临床意义?	(32)
31. 进展期胃癌扩散转移的方式是什么? 有何临床意义?	(33)
32. 影响胃癌扩散转移的因素有哪些?	(34)
33. 进展期胃癌血行扩散中少见的组织脏器有哪些?	(36)
34. 影响胃癌预后的病理因素有哪些?	(37)
35. 胃癌的分期有何临床意义?	(38)
36. 什么是曾宪九的胃癌临床分期法?	(39)
37. 什么是胃癌的TNM分期法?	(40)
38. 何谓 Kennedy 胃癌分期? 与TNM分期有何不同?	(42)
39. 什么是PHNS分期法? 有何优点?	(43)
40. 我国胃癌协作组对胃癌如何分期?	(44)
41. 胃癌合理的临床病理分期是什么?	(45)
42. 为什么胃癌的疗效评定以5年生存率来评价?	(47)
43. 进展期(中晚期)胃癌的大体形态分型有何临床意义?	(48)
44. 什么是“奔马型”胃癌? 其临床病理特点是什么?	(49)
45. 什么是“牛步型”胃癌?	(50)
46. 胃癌的发病年龄有何特点? 性别有何差异?	(51)
47. 我国进展期胃癌好发部位、肿瘤大小、大体及组织学类型有何特点?	(52)
48. 什么是转移性胃癌? 它与一般胃癌有何不同?	(53)

49. 什么是胃类癌? 临床有何特点?	(54)
50. 何谓胃癌宿主的免疫反应?	(55)
51. 胃癌病人免疫功能的改变有何临床意义?	(56)
52. 胃癌病人免疫形态学的变化有何临床意义?	(57)
53. 胃癌病人胃周淋巴结的免疫反应有何临床意义?	(58)
54. 什么是胃癌宿主对肿瘤的非免疫反应? 有何临床意义?	(59)
55. 怀疑胃癌的病人应做哪些详细检查?	(59)
56. 胃癌应与哪些疾病进行鉴别诊断?	(61)
57. 胃癌病人有哪些常见的临床表现?	(62)
58. 什么是胃癌的相关抗原? 有何临床意义?	(64)
59. 胃癌常用的X线检查方法及注意事项有哪些?	(65)
60. 什么是胃双重对比造影? 其临床应用价值如何?	(66)
61. 胃双重对比造影比一般钡餐透视有何优点?	(67)
62. 如何提高双重对比造影的正确诊断率?	(68)
63. 什么是胃小沟、胃小区和胃小凹? 其正常X线表现是什么?	(69)
64. 什么是胃双重对比造影的精密检查?	(69)
65. 早期胃癌有哪些基本的X线表现?	(70)
66. 如何提高早期胃癌的X线正确诊断率?	(71)
67. 不同类型的早期胃癌在X线表现上有何特点?	(72)
68. 什么是早期胃癌X线诊断限度?	(74)
69. 中期胃癌的X线表现有哪些特点?	(75)
70. 不同类型的晚期胃癌有哪些X线表现?	(76)
71. 哪些类型的胃癌X线检查容易漏诊? 原因何在?	(77)
72. 什么是胃癌X线“量”的诊断? 有何临床意义?	(78)
73. 纤维胃镜检查胃癌有何优越性?	(79)
74. 纤维胃镜在胃癌诊断中的临床价值是什么?	(80)
75. 胃镜下早期胃癌的形态变化有何特点?	(81)
76. 如何提高胃镜对早期胃癌的诊断率?	(82)
77. 特殊类型的早期胃癌胃镜下有何形态学特点?	(84)

78. 浸润固有肌层(pm 或 mp)的中期胃癌在胃镜检查中如何判断? ...	(85)
79. 晚期胃癌(ssm)胃镜下有何特点?	(86)
80. 不同部位的进展期胃癌胃镜检查应注意什么?	(87)
81. 残胃癌在胃镜诊断中有何特点?	(88)
82. 提高内窥镜下胃癌检出率的辅助检查方法有哪些?	(89)
83. 胃粘膜染色对胃癌诊断有何临床价值?	(90)
84. 胃镜诊断与外科治疗有何重要关系?	(91)
85. 何谓胃癌外科治疗的解剖学基础?	(92)
86. 胃癌活体标本中淋巴结分组分站的解剖标志如何划分?	(93)
87. 腹腔韧带与胃各部、淋巴结、血管分布的关系如何?	(95)
88. 熟知腹腔韧带与胃各部淋巴结、血管分布有何临床意义? ...	(96)
89. 什么是胃癌的生物学行为?	(97)
90. 胃癌生物学行为的主要临床表现是什么? 有何临床意义?	(98)
91. 早期胃癌的生物学特点是什么?	(99)
92. 进展期胃癌的外科分型有何临床意义?	(100)
93. 评价进展期胃癌呈浸润性生长的生物学行为有何临床意义?	(101)
94. 熟知进展期胃癌的生物学行为在外科治疗中有何意义? ...	(102)
95. 胃癌的浆膜分型有何临床意义?	(103)
96. 进展期胃癌转移淋巴结形态分型有何临床意义?	(104)
97. 进展期胃癌术中如何判断其胃切除范围?	(106)
98. 胃癌病人机体免疫功能好坏对外科治疗有何影响?	(107)
99. 胃癌进展程度与机体免疫功能之间有何关系?	(108)
100. 手术切除胃癌病灶对机体免疫功能有何影响?	(109)
101. 胃癌根治术区域淋巴结的清除对机体免疫功能有何影响?	(110)
102. 胃癌手术合并脾切除对机体免疫功能有何影响?	(111)
103. 胃癌手术治疗的适应症如何选择?	(112)

104. 胃癌手术治疗前的必要条件是什么?	(113)
105. 胃癌外科切除的基本原则应注意些什么?	(114)
106. 我国胃癌外科治疗的现状如何?	(116)
107. 什么是胃癌根治术? 用哪些指标来判断?	(117)
108. 什么是胃癌扩大根治术和超根治术?	(118)
109. 什么是 Appleby 手术? 疗效如何评价?	(119)
110. 如何评价胃癌扩大根治术的疗效?	(120)
111. 对胃癌行姑息性切除术应如何评价?	(121)
112. 胃癌外科治疗的术式有哪些? 如何选择?	(122)
113. 全胃切除治疗胃癌的适应症及禁忌症有哪些?	(123)
114. 全胃切除消化道重建的方法有哪些? 如何评价?	(125)
115. 胃癌根治术的步骤及操作要点有哪些?	(126)
116. 影响胃癌手术疗效的因素有哪些?	(129)
117. 如何提高胃癌术后 5 年生存率?	(130)
118. 如何评价胃癌腹腔广泛扩散(P_2 、 P_3)的姑息切除手术? ...	(132)
119. 胃癌肝转移的临床特点及外科如何治疗?	(133)
120. 胃癌肺转移的临床特点是什么? 如何治疗?	(134)
121. Krukenber(库鲁柏尔)氏瘤的临床特点及如何治疗?	(135)
122. 胃癌骨转移如何诊断和治疗?	(137)
123. 如何较正确地判断早期胃癌的生物学行为?	(138)
124. 早期胃癌手术切除范围及淋巴结清扫与进展期有何不同?	(139)
125. 早期胃癌的手术疗效如何? 怎样防止复发?	(140)
126. 全胃切除治疗胃癌手术后并发症有哪些? 如何预防?	(141)
127. 胃癌行全胃切除术的入路途径有几种? 有何优缺点?	(144)
128. 全胃切除治疗胃癌的价值如何评价?	(145)
129. 胃底贲门癌根治性切除的基本原则及手术入路有哪些?	(146)
130. Appleby 手术的基本操作步骤有哪些?	(148)
131. 胃癌根治术及姑息切除术后的早期并发症有哪些?	(149)

132. 胃癌术后吻合口瘘发生的原因是什么? 如何预防?	(151)
133. 胃癌术后吻合口瘘如何诊断和治疗?	(153)
134. 如何诊断和治疗胃癌术后吻合口机械性梗阻?	(155)
135. 胃癌术后并发肠梗阻如何诊治?	(156)
136. 胃癌术后为何易发生急性胆囊炎? 怎样治疗?	(157)
137. 胃癌术后并发急性胰腺炎如何防治?	(158)
138. 胃癌手术易发生哪些血管并发症? 如何预防和处理?	(160)
139. 什么是胃癌术后残胃排空延迟症? 如何诊断和治疗?	(161)
140. 如何防治胃癌术后反流性胃炎及食管炎?	(163)
141. 胃癌根治术中如何预防和处理医源性脾损伤?	(164)
142. 胃癌根治术中易损伤哪些主要血管? 如何预防和处理?	(166)
143. 什么是残胃癌和残胃再(复)发癌?	(168)
144. 残胃复发癌临床病理有何特点?	(169)
145. 残胃癌应如何分类?	(170)
146. 如何判定残胃癌(广义)是原癌复发? 还是残胃内新生癌?	(172)
147. 残胃癌和残胃复发癌治疗的基本原则是什么? 其适应症及术式应如何选择?	(172)
148. 对远处转移($M_1N_3^+$)的晚期胃癌是否要积极地切除原发病灶?	(174)
149. 胃癌病人术前行放射治疗有无临床价值?	(175)
150. 胃癌术前放射治疗疗效肯定为何没有普遍推广应用呢?	(176)
151. 胃癌术前放疗要注意什么?	(177)
152. 如何判断胃癌术前放射治疗的效果?	(178)
153. 胃癌术前放疗有何副作用? 如何预防?	(179)
154. 胃癌术中放疗的临床价值如何? 如何选择适应症?	(180)
155. 目前胃癌常用的疗效较为肯定的化疗药物有哪些?	(181)
156. 胃癌辅助化疗的目的和方法有哪些?	(183)

157. 目前胃癌常用的联合化疗方案有哪些？效果如何？	(184)
158. 对胃癌术前化疗的疗效及方法如何评价？	(186)
159. 胃癌病人术中、术后化疗方案如何选择？	(187)
160. IV期胃癌姑息切除或不能切除的病人如何选用化疗药物？	(188)
161. 什么是胃癌的升压化疗？	(189)
162. 对晚期胃癌动脉插管化疗如何评价？	(190)
163. 晚期胃癌可行局部化疗吗？	(191)
164. 如何提高胃癌化学治疗的疗效？	(191)
165. 如何评价中药在胃癌综合治疗中的临床价值？	(192)
166. 胃癌病人的化疗毒副作用应用中药可以防治吗？	(194)
167. 胃癌术后如何正确选择中医药辅助治疗？	(195)
168. 胃癌术后中医药辅助治疗的临床价值如何评定？	(196)
169. 中医药治疗胃癌如何辨证施治？	(197)
170. 什么是胃癌的免疫治疗？	(198)
171. 胃癌免疫治疗中要注意哪些问题？	(199)
172. 胃癌免疫疗法的适应症如何选择？其疗效如何？	(199)
173. 对胃癌病人免疫功能的研究有何临床价值？	(201)
174. 胃癌免疫治疗常用的制剂有哪些？如何选用？	(203)
175. 非胃癌性的胃原发恶性肿瘤有哪些？	(204)
176. 什么是胃多原发性恶性肿瘤？如何诊断和合理治疗？	(206)
177. 什么是特殊类型的进展期胃癌？有何临床病理特点？	(207)
178. Borrmann氏4型胃癌外科治疗要注意什么？	(208)
179. 胃癌的生物学行为与腹膜播种转移有何关系？	(209)
180. 如何做到胃癌合理根治术？	(210)
181. 胃癌病人出现脉管内癌栓的临床意义是什么？有何病理特征？	(211)
182. 胃癌病人为什么会出现跳跃式淋巴结转移？有何临床意义？ ...	(213)
183. 妊娠及哺乳期胃癌有何临床及病理特点？治疗及预后如何？ ...	(214)

184. 手术中外科医师如何对胃癌浆膜形态学改变进行肉眼分型? ...	(215)
185. 胃癌浆膜分型有何临床实用价值?	(217)
186. 胃癌术后腹膜腔转移与复发的机制是什么? 如何预防和治疗?	(218)
187. 胃癌腹腔脱落癌细胞阳性如何进行灭活处理?	(219)
188. 胃癌术后腹腔温热化疗的临床效果如何?	(221)
189. 胃癌术后化疗的时机如何选择? 疗程如何安排?	(222)
190. 胃癌术后化疗易出现哪些副作用? 如何预防和处理?	(224)
191. 胃癌腹腔游离癌细胞的检出与其生物学特性有何关系?	(225)
192. 胃癌病人手术前后生活饮食怎样安排方有助于康复?	(227)
193. 胃癌病人手术前后如何进行营养管理?	(229)
194. IV期胃癌可行根治性切除吗? 其手术指征是什么?	(230)
195. 胃癌治疗的首选方法是什么?	(232)
196. 胃癌手术切线端癌残留的原因是什么? 如何预防?	(233)
197. 胃癌病人术后为什么必须建立常规的随访制度?	(234)
198. 日本金原出版株式会社出版由胃癌研究会编写的“外科、病理胃癌 处理规约”的基本内容有哪些?	(236)
199. 我国胃癌诊治规范的基本内容是什么?	(237)
200. 今后对胃癌的基础与临床研究有何展望?	(239)

1. 胃癌诊治研究的发展概况如何？

远在 2000 多年前,我国多种古典医书中就有记载有关类似胃癌症状的描述,《内经》记有“胃病者腹,胃脘当心而痛……”;《金匱要略》记述“朝食暮吐……,名曰反胃”。国外 1839 年对溃疡癌变进行报道,1926 年 Hauser 提出了胃溃疡癌变的组织学诊断标准。同年 Borrmann 氏对胃癌进行了肉眼分型,世界各国病理学家沿用至今。20 世纪初期(1913 年)采用硫酸钡造影诊断胃癌,1930 年 Bary 研究胃粘膜 X 线变化及对胃癌的 X 线征象进行描述。1868 年胃镜研制的成功,对胃癌的诊断起到推动作用。1881 年成功地做了第一例胃癌切除,虽然病人术后 4 个月死亡,其标本一直保存于维也纳博物馆内。在此基础上,1897 年开展了全胃切除治疗胃癌。60 年代以后在胃癌的诊断及治疗方面。国内外有了突飞猛进的发展。1961 年日本学者白壁彦夫双重对比造影的问世,1958 年美国人 Hirshuity 光导纤维胃镜的研制成功,1961 年应用于临床,使胃癌的“三早”(早期发现、早期诊断、早期治疗)起到了划时代的作用。1948 年开展了全胃切除合并脾、胰尾切除,1951 年开展了胃切除合并胰十二指肠切除术,1953 年加拿大 Appleby 对胃癌施行腹腔动脉结扎切断并整块清除胃周转移淋巴结及血管框架内的脂肪及淋巴结的全胃切除术,后称 Appleby 手术,但手术效果并非令人满意。80 年代对胃癌又施行胃癌联合左上腹脏器切除术(其中有左肝、脾、胰体尾、左肾上腺)。

我国解放前对胃癌研究甚少,无大宗的病理与临床报道。解放后,党中央及卫生领导部门对胃癌的防治研究日益重视。

1953 年顾垲时报道了全胃切除治疗胃癌,1964 年傅培彬按胃癌淋巴结转移规律,开展了胃癌扩大根治术,同年张荫昌报告了胃癌的发生、发展、生长方式及扩散与转移的中国胃癌形态学的分型,将胃癌生长方式分为团生、巢生、弥漫生长三种类型,与国际 Mings 氏的膨胀型、浸润型基本吻合。1973 年我国引进导光纤维胃镜并应用于临床,使胃癌的早诊率逐年提高,5 年生存率由 70 年代的 23%左右提高到 40%~54%。1978 年在北京成立了全国胃癌协作组并召开了第一次全国胃癌学术会议,成立了胃癌防治研究十大专业组,每 4 年召开一次学术交流会,已达 5 次,对中国胃癌的防治研究制定防治规范、根治(D₂)术式为胃癌的标准术式,在此基础上根据病变程度行扩大或缩小,形成国人独有的胃癌防治经验。近年来对微小胃癌的非手术疗法也日益受到重视,并取得了较好的效果。

2. 我国胃癌地理分布有何特征?

胃癌分布全国各地,据不完全统计,全国每年约有 17 万病人死于胃癌,居各种恶性肿瘤之首。根据 29 个省、市、自治区 1973~1975 年死因调查结果,胃癌死亡占居民总死亡中的 2%~2.6%,在恶性肿瘤死因中占 23.03%。全国胃癌综合考察流行病学组发现,胃癌的相对高发区集中黄河上游、河西走廊、长江下游、闽江口;火山岩地带,太行山的变质岩地区,辽东半岛、胶东半岛等地。甘肃、青海宁夏、辽宁、山东半岛、上海、江苏、浙江、福建,这些地区又呈现相对集中,如甘肃的武威、张掖,福建的长乐、闽候、莆田,山东的栖霞、临朐;而广东、广西、贵州、云南相对为低发区。高发区的死亡率在 40/10 万以上,个别可达 70/10 万以上;低发区胃癌死亡率一般在 8/10

万以下。

不同的地理纬度及气候带、气候区胃癌的分布亦有差异。城乡分布亦有不同,农村胃癌死亡率高于城市。以胃癌死亡率较高的城市上海为例,他们统计 8 年的死亡资料,做了地区集聚性的显著试验,发现男性胃癌有集聚性。70 年代上海胃癌死亡有上升趋势,而 80 年代末则有下降趋势。胃癌随年龄增长而发病率增加,从 25 岁开始,70 岁达高峰,男女发病之比大约为 2.06:1。我国是一个多民族国家,饮食、生活习惯、居住环境差别较大,哈萨克族、回族则高于其他少数民族。全国胃癌协作组病理组对胃癌高低发区进行研究,发现了胃癌在组织病理学的差异,因此,对深入研究不同人群胃癌在组织病理学上的地理分布特征也有着重要的流行病学意义。

3. 胃癌发生的基本病因是什么?

胃癌发生真正病因目前尚不十分清楚,仍然处于探索研究阶段。近年来,通过大量临床、病理及流行病学资料分析,徐光炜总结出吸烟及高钠饮食是发生胃癌的主要原因。胃癌是多因素疾病,就目前研究资料得知,胃癌的病因因素众多,胃癌的发生与下列因素有关。

(1)饮食与生活习惯:众多调查资料表明,凡经济贫困的山区,居民以咸菜为主要副食者,胃癌发病率就显著增高。众所周知,食盐是胃癌的主要诱发因素,当每日进食盐超过 15 克以上,胃癌发生就显著增加。食盐可延长胃排空,破坏胃粘膜保护性机制而引起胃炎,而进盐过多,则食盐可成为一种促癌剂;相反的是居民经济条件好,副食品中以蛋白、新鲜黄绿蔬菜、水果摄入量多,则胃癌发生率就明显降低,说明以上食