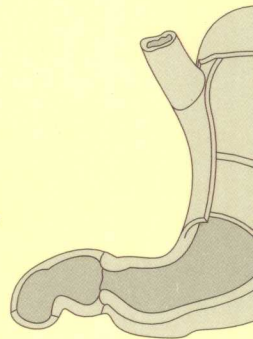
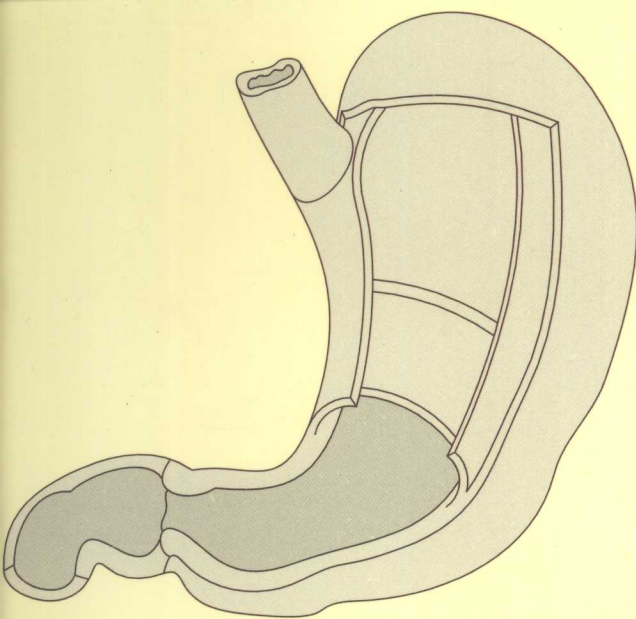


WEIAI DE
ZAOQI FANGZHI



陈世耀 刘天舒 马丽黎 编著
姚礼庆 王吉耀 主审



胃癌的 早期防治

复旦大学出版社
www.fudanpress.com.cn

目录

东世耀 刘天舒 马丽黎 编著
兆礼庆 王吉耀 主审



胃癌的 早期防治

复旦大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

胃癌的早期防治/陈世耀,刘天舒,马丽黎编著. —上海:复旦大学出版社, 2009. 2

ISBN 978-7-309-06429-2

I. 胃… II. ①陈…②刘…③马… III. 胃肿瘤-防治 IV. R735.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 202688 号

胃癌的早期防治

陈世耀 刘天舒 马丽黎 编著

出版发行 复旦大学出版社

上海市国权路 579 号 邮编 200433

86-21-65642857(门市零售)

86-21-65100562(团体订购) 86-21-65109143(外埠邮购)

fupnet@fudanpress.com <http://www.fudanpress.com>

责任编辑 宫建平

出品人 贺圣遂

印刷 常熟华顺印刷有限公司

开本 787×960 1/16

印张 4

字数 47 千

版次 2009 年 2 月第一版第一次印刷

印数 1—11 000

书号 ISBN 978-7-309-06429-2/R·1067

定价 22.00 元

如有印装质量问题,请向复旦大学出版社发行部调换。

版权所有 侵权必究

前言

胃癌是最常见的恶性肿瘤之一。全球范围内，胃癌的三分之二发生在中国、日本和韩国。中国是胃癌的高发区，其发病率居所有恶性肿瘤的第二位，仅次于肺癌。每年约有17万新发病例，平均2~3分钟就有1名中国人死于胃癌。

从上海市疾病预防控制中心监测的数据可以更加准确地了解到胃癌对人们工作和生活的影 响。2004年，上海平均发病率为41.90/10万(这一数据在国内仅为中等发病地区)。男性高于女性，随年龄增加逐渐增多。从图1可以看到，从35岁以后开始逐渐增加，到80岁时达到250/10万，且男性(400/10万)明显高于女性(150/10万)。

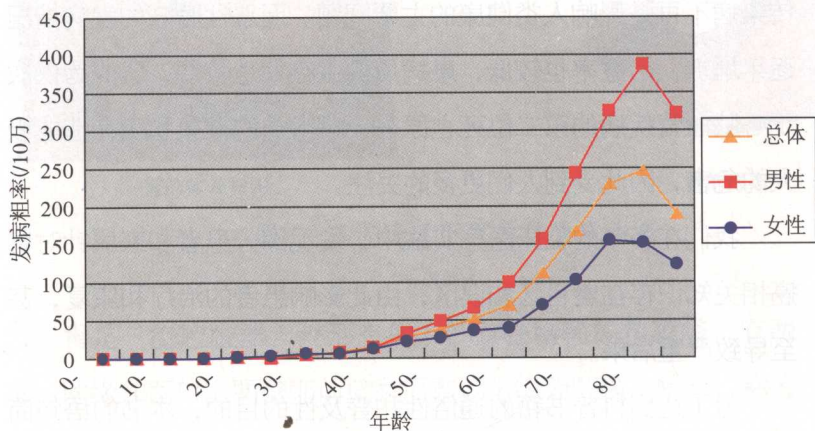


图1 上海市2004年按年龄分组胃癌发病率资料

近年来大量的临床资料表明，胃癌的发病年龄有明显的年轻化趋势，35岁以下青年人胃癌的发病率明显增加。在复旦大学附属中山医院收治的住院胃癌患者中，35岁以下青年人胃癌占5.4%。青年人胃癌发病率的不断增加，严重影响了人们的工作和



生活，给社会和家庭带来了巨大的经济负担和精神压力。

再让我们看看临床治疗情况，复旦大学附属中山医院1993~1996年的资料：在收治入院的胃癌病人中，能接受手术切除的病例仅占住院胃癌病人的63%。这些病人尚不包括因发现较晚不能接受手术治疗而未入院的病人。10年之后的2003~2004年，接受手术切除的比例也只有73%，且手术切除后胃癌患者的5年存活率仍然为20%~40%。究其原因，多因临床诊治较晚，如早期胃癌的诊治比例在1993~1996年仅为5.1%，2003~2004年上升到16.5%。然而，与日本(早期胃癌诊治比例为70%)、韩国(早期胃癌诊治比例为43%)相比较，我们还有很大差距。

随着医疗技术的进步与发展，以及生活方式的改变、环境的变化及人口老龄化，疾病谱的构成也发生了相应变化，急性病、传染病不再是影响人类健康的主要问题。而恶性肿瘤的发病情况逐年增加，治愈率也较低，患病后的生存期也较短，已成为仅次于心脑血管疾病的第二位死亡原因，对人类的健康和生存造成极大的危害，因此受到人们更多的关注。

我们在多年的临床医疗实践中，发现部分患者和家属针对胃癌相关知识存在着盲区和误区，由此影响患者的治疗和康复，甚至导致严重后果。

为了达到科普书籍的通俗性和普及性的目的，本书的语句简洁流畅，结构层次清晰；在解释某些现象和临床症状时，力求叙述通俗易懂，并配有彩色图片，以增强对相关内容的理解。

编者

2009年1月

目 录

前言 /01

1. 胃的位置、解剖与功能 /01

2. 胃癌的发生与分期 /03

3. 哪些因素与胃癌的发生有关 /04

4. 幽门螺杆菌感染相关的问题 /04

(1) 幽门螺杆菌是怎么回事/04

(2) 怎样知道是否感染幽门螺杆菌或者是否已被杀灭/06

(3) 如何杀灭幽门螺杆菌/06

(4) 哪些人需要杀灭幽门螺杆菌/07

5. 胃癌有哪些临床表现 /07

6. 如何早期发现胃癌 /08

7. 胃癌的有效诊断方法 /09

8. 胃镜检查的前前后后 /10

(1) 胃镜检查是如何完成的，很痛苦吗/10

(2) 胃镜检查前要做哪些准备/11

(3) 如何配合医生完成胃镜检查/13

(4) 胃镜检查后需要注意什么/13

9. 关于胃镜检查的常见问题 /14

- (1) 胃镜检查与X线钡餐造影检查有什么不同/14
- (2) 如何选择做胃镜检查或是做X线钡餐造影检查/14
- (3) 吹口气能代替胃镜检查吗/15
- (4) 如何看懂胃镜检查报告单/16
- (5) 如何看胃镜检查后的病理检查报告单/19
- (6) 如何处理胃镜检查报告与病理检查报告之间的矛盾/20

10. 关于慢性胃炎癌变的几个问题 /22

- (1) 萎缩性胃炎会不会癌变/22
- (2) 肠上皮化生是怎么一回事/22
- (3) 肠上皮化生是如何产生的/23
- (4) 肠上皮化生是早期胃癌的表现吗/23
- (5) 肠上皮化生如何分型/24
- (6) 如何理解肠上皮化生是萎缩性胃炎发展到胃癌的中间环节/24
- (7) 肠上皮化生会消失或逆转吗/25
- (8) 肠上皮化生病人要注意什么，如何处理/25
- (9) 肠上皮化生需要手术切除吗/26
- (10) 不典型增生是怎么一回事/26
- (11) 胃镜能诊断不典型增生吗/27
- (12) 哪些因素会促使不典型增生发生和发展/27
- (13) 不典型增生是早期胃癌吗/27

(14) 不典型增生需要手术治疗吗/28

(15) 得了萎缩性胃炎怎么办/28

11. 胃癌有哪些治疗手段 /29

12. 哪些病人可以选择胃镜下手术切除，如何准备，有什么风险 /30

13. 胃癌治疗相关的问题 /32

(1) 胃癌有哪些种类，其治疗方法有区别吗/32

(2) 胃癌手术以后是否一定要化疗/32

(3) 如果胃癌发现时已经不是早期，还有手术治疗的可能性吗/33

(4) 化疗后的呕吐反应有多大/33

(5) 治疗胃癌有新药吗/33

(6) 如何处理胃癌疼痛/34

14. 胃癌患者的预后及随访相关问题 /36

(1) 胃癌患者生活中应注意哪些问题/36

(2) 胃癌可以治愈吗/36

(3) 胃癌患者在手术以后，何时来门诊定期检查/36

(4) 胃癌患者应该在哪个部门接受治疗和随访/37

15. 警惕，青年人胃癌！ /37

(1) 青年人患胃癌的比例/37

(2) 青年人胃癌的特点/38

(3) 争取早期发现及早期治疗/39

16. 胃癌的早诊早治, 我们的差距有多远 /40

17. 胃癌是怎样扩散及转移的 /42

(1) 直接浸润/42

(2) 沿淋巴管扩散/42

(3) 血行性转移/43

(4) 腹膜种植和女性生殖器官的转移/44

18. 认识胃的其他肿瘤 /45

(1) 胃镜检查中发现“隆起”是怎么回事/45

(2) 如何鉴别隆起的原因/45

(3) 如何处理胃黏膜下肿瘤/46

(4) 胃黏膜下肿瘤的内镜治疗/47

19. 复旦大学附属中山医院开展的胃癌内镜治疗特色技术 /48

(1) 复旦大学附属中山医院内镜中心介绍/48

(2) 胃癌的内镜诊断与治疗技术/49

20. 复旦大学附属中山医院内镜诊疗中心专家介绍 /52

21. 复旦大学附属中山医院肿瘤内科介绍 /54

22. 复旦大学附属中山医院肿瘤内科专家介绍 /54

1. 胃的位置、解剖与功能

胃是人体重要的消化器官，人们一日三餐吃进去的食物，通过口腔和食管进入胃内贮存与消化，然后再送到小肠吸收。胃在哪里呢？请看图2所显示的正常情况下胃的位置和形态。胃位于上腹部，体表投影相当于两侧肋弓组成的夹角之间。其周围脏器包括：右侧和上部为肝脏，左侧有脾脏，后壁下部与胰腺相邻。

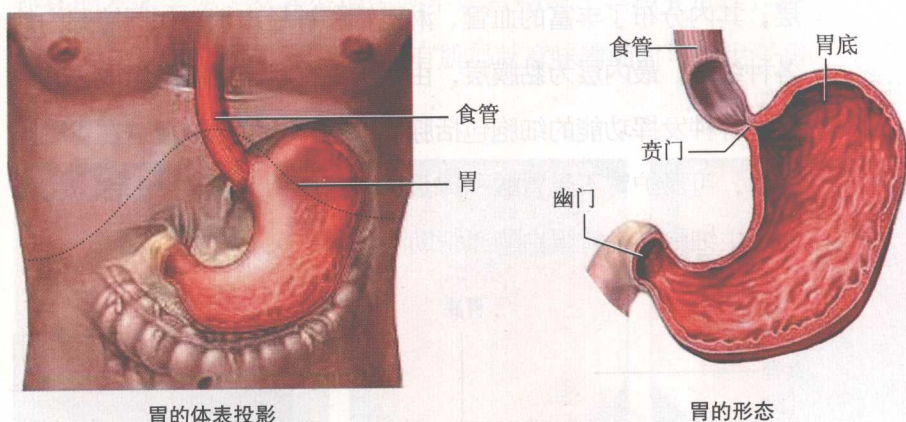


图2 正常情况下胃的位置及形态

胃是一空腔脏器，外形有如人们背在胸前的包裹袋，有两壁、两缘和两口。两壁即前壁和后壁。上缘为凹缘，较短，称为胃小弯，其最低点有较明显的转角，叫胃角切迹，胃镜下这一部位又称为胃角。下缘较长，称为胃大弯。胃与食管连接处为入口，称为贲门。胃与十二指肠连接处为出口，称为幽门。

解剖学上将胃分为4个部分：靠近贲门的部分叫做贲门；贲门平面以上，向左上方膨出的部分称为胃底；胃角切迹到幽门的这部分称为胃窦；胃底和胃窦之间的部分称为胃体。

我们可以用房屋墙壁的4层结构来帮助理解胃壁的组织结构(图3)和功能。墙壁最外面一层为涂料或大理石砖;第二层是最牢的钢筋混凝土结构,最坚韧;第三层为内墙石灰或水泥组成的较松散结构,其内布满各种线路和水管;第四层为内墙涂料或木板结构,表面放置了很多电线插座或各种功能开关。胃壁的结构正如房屋的墙壁一样也分为4层结构,从外到内分别为:外层(第一层)为浆膜层,是一膜状结构;第二层为肌层,是保持胃的形态和发挥蠕动功能帮助消化食物最重要的一层;第三层为黏膜下层,其内分布了丰富的血管、淋巴管和神经末梢,如同墙壁内的各种线路;最内层为黏膜层,由单层高柱状上皮细胞组成,其中含有各种发挥功能的细胞包括腺体细胞,分泌黏液覆盖在胃黏膜表面,可保护胃不受胃酸和胃蛋白酶的侵蚀,还有壁细胞分泌胃酸、主细胞产生胃蛋白酶原帮助消化食物等。

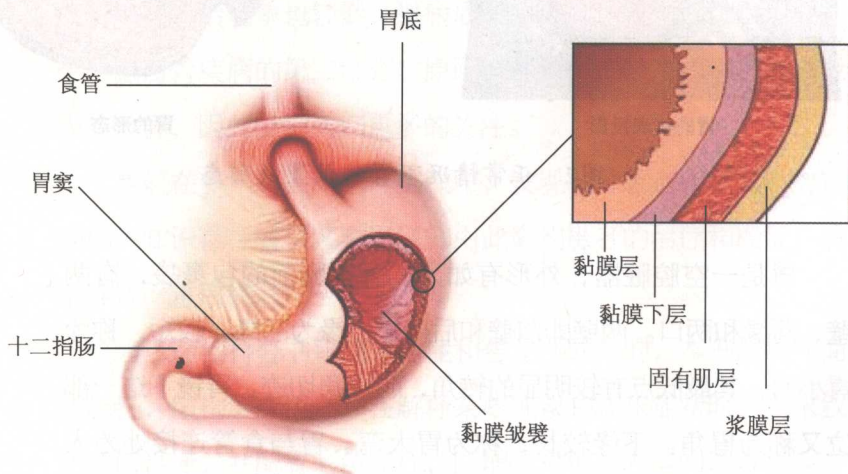


图3 胃的组织结构示意图

2. 胃癌的发生与分期

胃癌是胃黏膜上皮细胞形态和行为发生变化、生长失去控制的结果。在胃的恶性肿瘤中，95%是腺癌，发生于胃黏膜层，也就是我们通常所说的胃癌。胃癌的发生有一个缓慢的过程，普遍接受的观点是：从慢性胃炎(图4)、胃腺体萎缩、胃黏膜肠腺化生、异型增生到早期胃癌、进展期胃癌、胃癌周围浸润和远处转移的发病学说。从异型增生到早期胃癌是一个转变过程，肿瘤组织一旦突破黏膜下层到达固有肌层就意味着随时可发生浸润转移。



图4 慢性胃炎

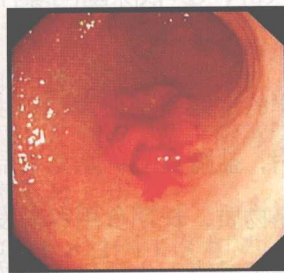


图5 早期胃癌

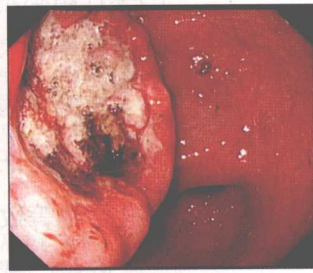


图6 进展期胃癌

临床上，将癌组织局限于黏膜层和黏膜下层定义为早期胃癌(图5)，癌组织浸润达固有肌层或浆膜层称为进展期胃癌(图6)。进展期胃癌依据其形态特征分为隆起结节型(鲍曼Ⅰ型)、局限溃疡型(鲍曼Ⅱ型)、浸润溃疡型(鲍曼Ⅲ型)和弥漫浸润型(鲍曼Ⅳ型)4种类型。而病理组织学上，胃癌依据来源分为乳头状腺癌、管状腺癌、黏液腺癌、黏液印戒细胞癌，且恶性程度逐渐增加；依据分化程度分为高分化、中分化、低分化和未分化胃癌，分化越低，恶性程度也越高。

3. 哪些因素与胃癌的发生有关

世界卫生组织将幽门螺杆菌列为胃癌第Ⅰ类致癌原。

幽门螺杆菌是慢性活动性胃炎的主要致病原因，在消化性溃疡病的发生中起着重要的作用。基于以下证据，1994年世界卫生组织(WHO)将幽门螺杆菌列为胃癌第Ⅰ类致癌原：① 幽门螺杆菌高感染地区其胃癌发病率也高；② 胃癌患者中检出的幽门螺杆菌感染率明显高于非胃癌一般人群；③ 对幽门螺杆菌感染人群进行长期随访发现其胃癌或者癌前病变发生率明显高于无幽门螺杆菌感染人群；④ 根除幽门螺杆菌感染，胃癌的发生率下降，胃癌手术后复发率下降。

胃癌发病率的地区差别很大，与生活环境和饮食等因素密切相关。已经证明，盐腌食品、烟熏食品中由于含有苯并芘、亚硝基化合物等致癌物质，长期食用容易发生胃癌。

除幽门螺杆菌感染、生活环境和饮食因素以外，遗传因素、年龄增加、胃黏膜异型增生、胃部分切除术后(残胃)等都是胃癌发生的相关因素。

4. 幽门螺杆菌感染相关的问题

(1) 幽门螺杆菌是怎么回事

幽门螺杆菌是一种细菌，20世纪80年代从胃炎病人的胃窦黏膜组织中发现，是一种革兰阴性杆菌，大小约 $2.5 \sim 3$ 微米 $\times 0.5$ 微米(1毫米=1 000微米)，光学显微镜下呈S形或螺旋状，电镜下可见一端有鞭毛(图7)。幽门螺杆菌的英文为Helicobacter pylori，简

称Hp。因此临床上很多检查报告上简写为Hp。

幽门螺杆菌是慢性胃炎的病因，对消化性溃疡(包括胃溃疡和十二指肠溃疡)的发生起重要作用(图8)。根除幽门螺杆菌不仅能加速溃疡的愈合，同时明显降低溃疡的复发率。幽门螺杆菌与胃癌的发生密切相关，已列为胃癌的第Ⅰ类致癌原(图9)。



图7 幽门螺杆菌



图8 胃角溃疡



图9 胃癌(溃疡型)

年龄与幽门螺杆菌感染有关，随着年龄增加，幽门螺杆菌感染率每年增加1%~2%，成年人中幽门螺杆菌感染率达到50%以上。至50岁左右，其感染率不再上升。

2004年我们对上海地区1 822例市区和郊区人群进行了调查，结果显示：血清幽门螺杆菌抗体阳性1 080例(59.3%)，呼气试验阳性1 006例(55.2%)，总的幽门螺杆菌感染率为66.4%(图10)。

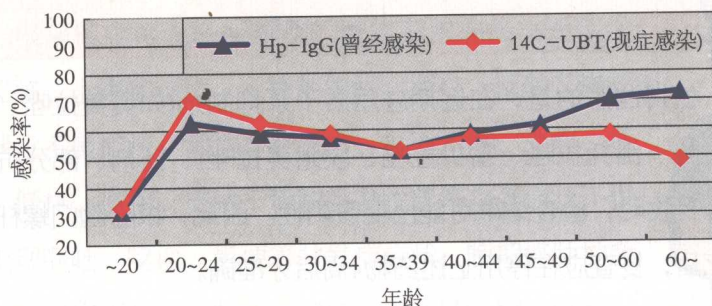
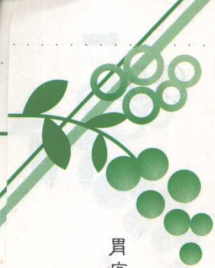


图10 上海地区2004年人群幽门螺杆菌感染调查结果

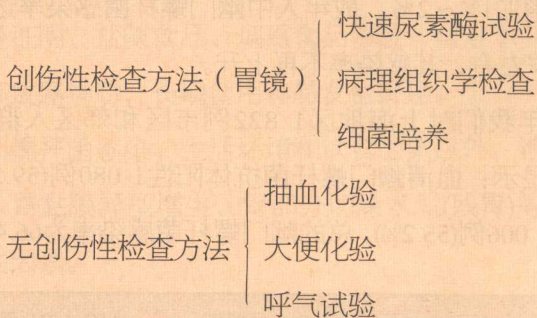


(2) 怎样知道是否感染幽门螺杆菌或者是否已被杀灭

有很多方法可以知道是否感染了幽门螺杆菌,通常分为创伤性检查和无创伤性检查两大类。创伤性检查即需要进行胃镜检查才能知道,包括快速尿素酶试验、病理染色检查、细菌培养,医生需要在胃镜检查时多取一块胃黏膜组织进一步检查。尿素酶检查仅需几分钟就能出结果;病理染色与病理组织学检查时间相似,一般需1周时间;细菌培养需要特殊条件,只在科研和特殊情况下如需要知道药物敏感性时才采用。无创伤性检查包括抽血化验、大便化验和呼气试验。抽血化验细菌抗体结果阳性仅表示曾经感染幽门螺杆菌而现在不一定感染,尤其不能用于治疗后随访;呼吸试验方法简便,是目前临床常用的方法,也是用于判定治疗后幽门螺杆菌是否根除的首选措施。



怎样知道是否感染了幽门螺杆菌:



值得注意的是,在近期应用质子泵抑制剂(如奥美拉唑、兰索拉唑、潘托拉唑、雷贝拉唑、埃索美拉唑)、铋剂、部分抗生素等药物时,检查结果可能出现假阴性。因此,根除幽门螺杆菌治疗后,复查应在停用上述药物4周后才准确。

(3) 如何杀灭幽门螺杆菌

临床上对幽门螺杆菌治疗有效的抗生素只有阿莫西林(羟

氨苄青霉素)、克拉霉素、四环素、甲硝唑、呋喃唑酮、庆大霉素、氟喹诺酮类等。任何单一抗生素对幽门螺杆菌的根除率均低于30%。因此,医生常采用质子泵抑制剂(如奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、雷贝拉唑、埃索美拉唑),或者铋剂(如枸橼酸铋)加两种抗生素的三联联合治疗。



正规的根除幽门螺杆菌感染的治疗对每一个感染者都非常重要,标准剂量、足够疗程(一般7~10天)、药物合理选择与搭配是达到疗效的保障。由于克拉霉素、甲硝唑等耐药问题,治疗最好在消化专科医生指导下用药。

(4) 哪些人需要杀灭幽门螺杆菌

尽管目前没有强调所有人都应该检测是否感染幽门螺杆菌,但对存在胃癌高危因素的人群如胃癌高发区人群、胃癌家族史人群、40岁以上人群、萎缩性胃炎伴有肠上皮化生人群、胃大部切除手术后(残胃)人群应该检测,并对感染人群进行根除治疗。

5. 胃癌有哪些临床表现

早期胃癌可无任何症状。进展期胃癌最早表现上腹疼痛、上腹部不适、上腹部饱胀、恶心、反酸、烧心等消化不良症状;常常伴有乏力、食欲不振、消瘦、贫血、低热、便秘、皮肤干燥和毛发脱落等全身症状;也可出现呕吐、呕血、黑便等并发症症状;晚期癌肿扩散转移,可出现腹水、肝大、黄疸,以及肺、脑、盆腔、骨髓等转移部位症状。以下症状称为胃癌的报警症状,需要及时





就医并安排相关检查，以确定是否发生胃癌或者其他疾病。



胃癌的报警症状：

(1) 近期发生上述消化不良症状，或者消化不良症状发生变化，或者消化不良症状持续不能缓解，或者消化不良症状短期(1~2周)应用抗酸、促动力药物治疗无效。

(2) 出现或者伴有吞咽困难、呕吐宿食、不明原因骨骼疼痛、消瘦、贫血、黑便、淋巴结(锁骨上或者腋下)肿大、腹部盆腔包块等症状或者体征。

(3) 常规检查(如体检)发现肝内占位性病变、胸腔积液、腹水、盆腔占位性病变、粪便隐血、肿瘤标记物(CEA, CA199, AFP, CA125, CA724)异常升高。

6. 如何早期发现胃癌

做到以下3点是发现早期胃癌的重要措施：

(1) 在胃癌高发区进行普查，可以采用粪便隐血试验进行筛查。

(2) 对胃癌高危人群进行定期检查。年龄>40岁，有胃癌家族史、胃肠道息肉史、反复幽门螺杆菌感染未能根除、胃黏膜巨大皱襞、胃大部切除(残胃)史、慢性萎缩性胃炎伴有肠化生或者异型增生等都列入高危人群，在医生的指导下1年或者2年接受胃镜检查1次。

(3) 出现前面提到的报警症状，应及时就医并安排相关检查。