



消化系统疾病

---

# 胃 癌

(gastric carcinoma)

杨建丽

学时数：1学时



## 讲授目的和要求

---

- 1、掌握本病的诊断要点。
- 2、熟悉本病的临床表现。
- 3、了解本病的病因、发病机制。



# 讲授主要内容

---

概述

病因和发病机制

病理

临床表现

实验室和其他检查

诊断标准

治疗



# 概述

---

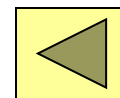
胃癌居消化道恶性肿瘤的首位，腺癌占95%以上。

有色人种比白种人易患本病；

北美、西欧、澳大利亚和新西兰发病率较低，  
而日本、中国、智利、爱尔兰及俄罗斯发病率较高；  
我国北方高于南方，沿海省份比内地高。

男女之比约为2:1。

55～70岁为高发年龄段，35岁以下较低。





# 病因和发病机制

---

## 发病机制

胃癌的发生是一个多步骤、多因素进行性发展的过程。

相关癌基因:ras、bcl-2

相关抑癌基因: p53、APC、DCC、MCC

相关生长因子: EGF、TGF- $\alpha$



## 环境和饮食因素

---

环境因素：

火山岩地带、微量元素比例失调、化学污染。

饮食因素：

多吃霉粮、霉制食品、腌制鱼肉、咸菜、烟熏食物，增加胃癌发生危险性。

牛奶、新鲜蔬菜、水果、Vit C可降低其发病率。



## 幽门螺杆菌（HP）感染

---

HP感染与胃癌有共同的流行病学特点，胃癌高发区HP感染率高；动物实验HP可直接诱发胃癌。

可能机制：

1、HP导致的慢性炎症→内源性致突变原。

胃黏膜萎缩、肠化、不典型增生→癌变。

2、HP可还原亚硝酸盐，N-亚硝基化合物是公认的致癌物。

3、HP代谢产物促进上皮细胞变异。



## 遗传因素

---

胃癌有明显的家族聚集现象，浸润性胃癌有更高的家族发病倾向。

遗传素质使致癌物质对易感者更易致癌。





## 癌前状态

---

**癌前疾病**——指与胃癌相关的胃良性疾病。

**癌前病变**——指易转变成癌组织的病理组织学变化。



## 癌前疾病

---

### 1、慢性萎缩性胃炎：

CSG→CAG→肠上皮化生、异型增生→癌变。

### 2、胃息肉：

炎性息肉：多<2cm，癌变率低。

腺瘤性息肉：癌变率高，>2cm的广基息肉。

### 3、残胃炎：毕Ⅱ式胃大部切除术后10～15年发生，

残胃癌发生率在0.6%～2.5%。

### 4、胃溃疡：发生率在0.5%～2%。

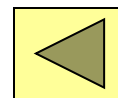


## 癌前病变

---

**肠型化生：**分小肠型和大肠型。

**异型增生：**胃黏膜腺管结构及上皮细胞失去正常的状态出现异型性改变，组织学上介于良恶性之间。





# 病 理

---

好发部位：胃窦(58%)、贲门(20%)、胃体(15%)、全胃或大部分胃(7%)。

早期胃癌：指病灶局限且深度不超过黏膜下层的胃癌，而不论有无淋巴结转移。

进展期胃癌：胃癌深度超过黏膜下层，侵及肌层者称中期胃癌；侵及浆膜或浆膜外者称晚期胃癌。



# 组织病理学

---

按分化程度：分化良好、分化中等、分化差

按腺体的形成及黏液分泌能力又可分为：

管状腺癌：分化良好。

黏液腺癌：又称印戒细胞癌。

髓样癌：分化较差。

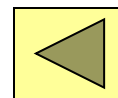
弥散型癌：分化极差。



## 侵袭与转移

---

- ①直接蔓延：直接侵入邻近器官；
- ②淋巴转移：通过淋巴管转移到淋巴结，最常见，Virchow淋巴结；
- ③血行播散：以累及肝多见；
- ④腹腔内种植：癌细胞脱落入腹腔可种植于肠壁和盆腔，如种植于卵巢称Krukenberg瘤。





# 临床表现

---

早期胃癌：患者多无症状或有轻度非特异性消化不良症状。

进展期胃癌：上腹痛，伴纳差、腹胀、上腹部不适，体重下降。

并发症或转移症状：咽下困难、幽门梗阻，上消化道出血的表现，转移到受累器官出现相应症状(肝、肺)。

体征：上腹部包块，上腹压痛，淋巴结肿大，腹膜转移可发生腹水。



## 伴癌综合征:

反复发作表浅性血栓性静脉炎 (Trousseau征)

黑棘皮病

皮炎

膜性肾病

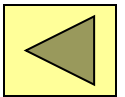




## 并发症

---

- 出血
- 幽门或贲门梗阻
- 穿孔





# 实验室和其他检查

---

实验室检查：Hb下降，粪OBT持续阳性，胃液分析示胃酸↓，CEA↑。

X线检查：X线检查对胃癌诊断依然有较大价值。X线征象包括局部胃壁僵硬、皱襞中断，蠕动波消失，凸入胃腔内的充盈缺损，恶性溃疡直径多大于2.5cm，边缘不整齐，可示半月征、环堤征。

胃镜检查：胃镜结合黏膜活检是诊断胃癌最可靠的手段。确诊率达95%~99%以上。



## 早期胃癌内镜分类法：

I 型（息肉样型）：广基无蒂，常 $>2\text{cm}$ 。

II 型（浅表型）：本型最常见，又分三个亚型。

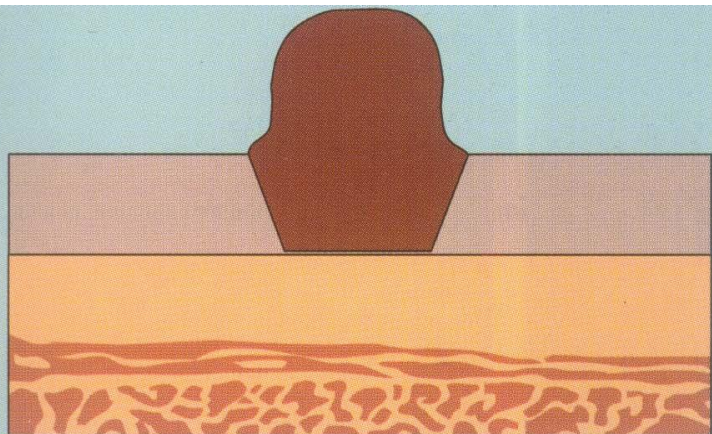
II<sub>a</sub>型（浅表隆起型）：病变稍高出黏膜， $<0.5\text{cm}$ 。

II<sub>b</sub>型（浅表平坦型）：病变表面粗糙呈颗粒状。

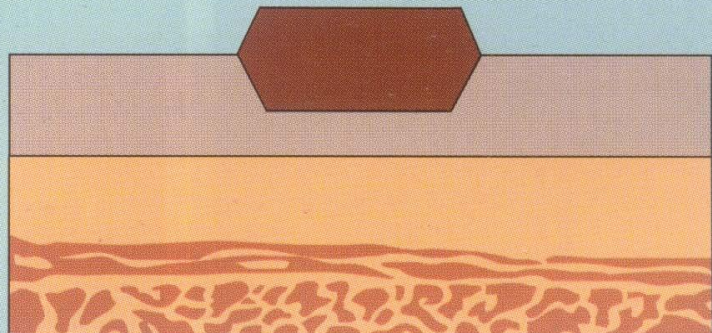
II<sub>c</sub>型（浅表凹陷型）：凹陷 $<0.5\text{cm}$ ，底面粗糙。

III型（溃疡型）：黏膜糜烂比II<sub>c</sub>型深，但不超过黏膜下层。

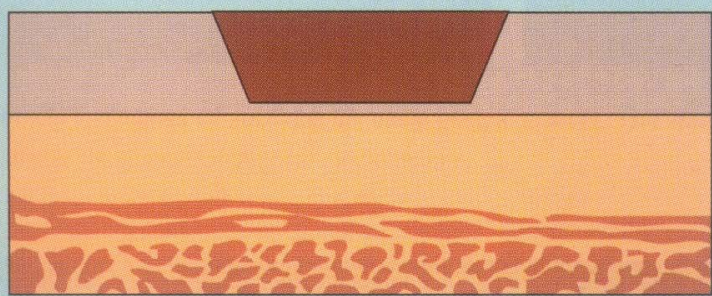




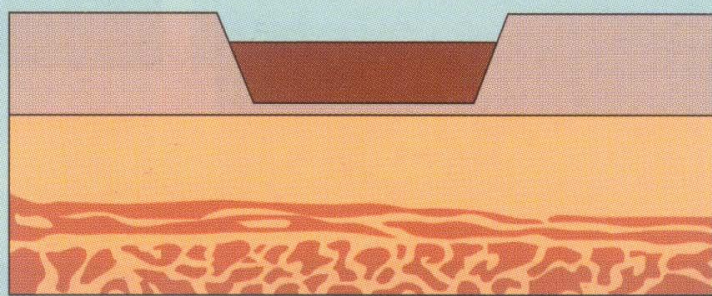
subtype  
IIa



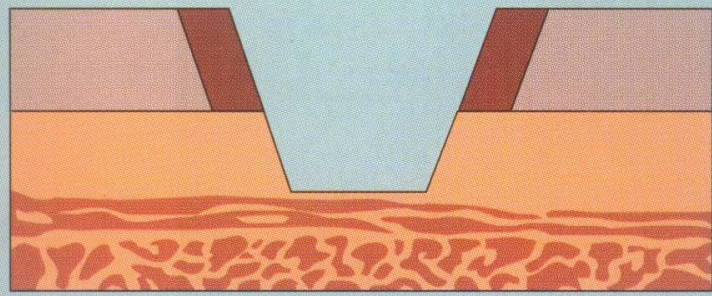
type



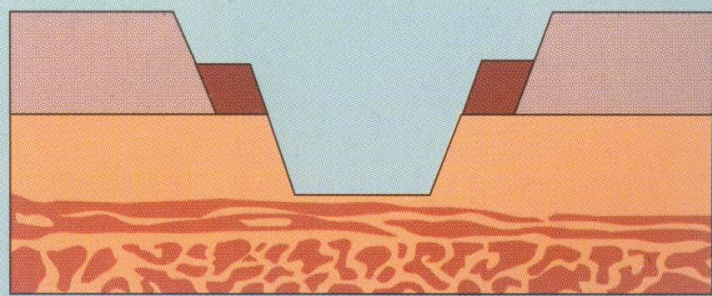
subtype  
IIc



II

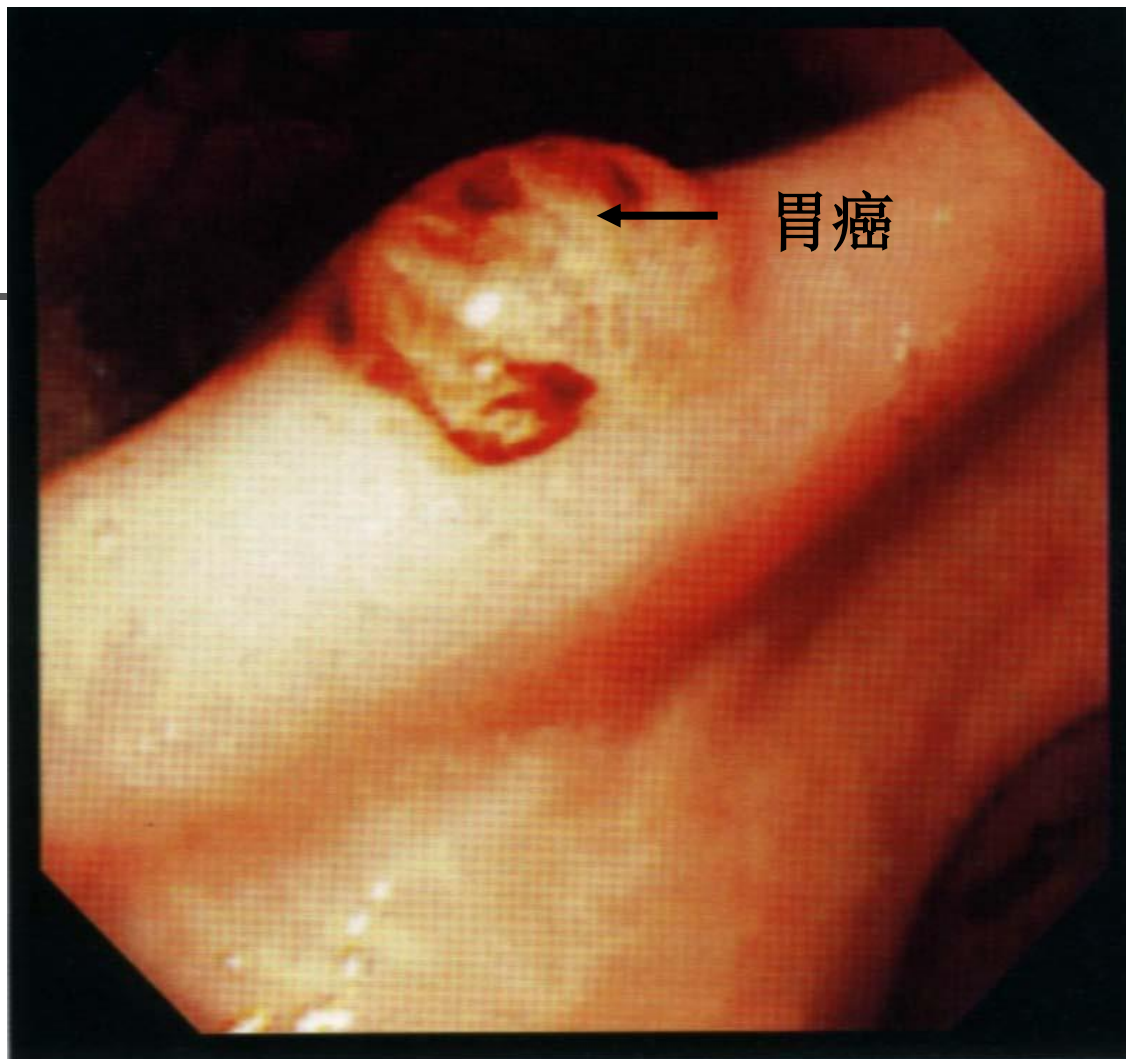


type III  
and  
subtype  
IIc

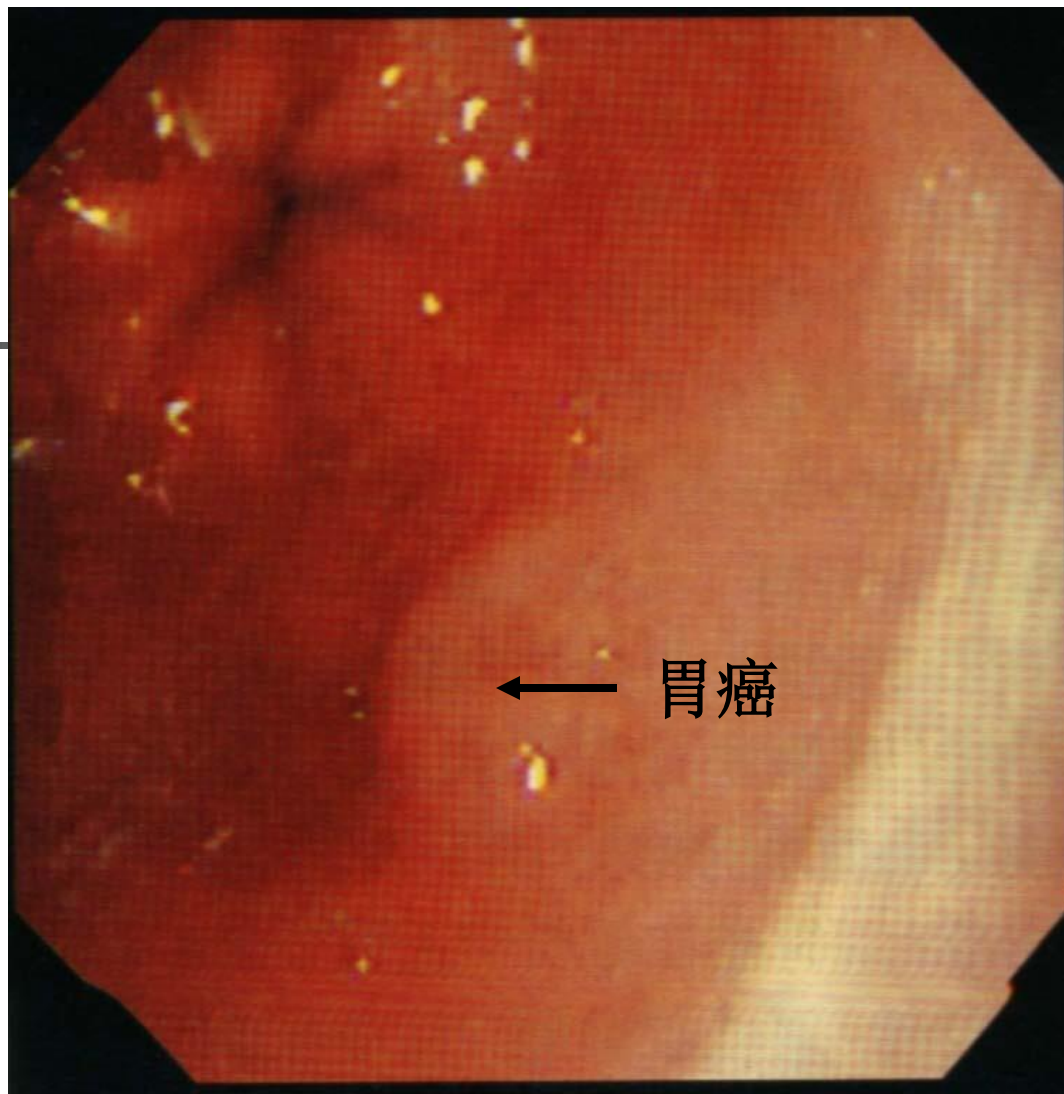


cancer
  muscularis propria

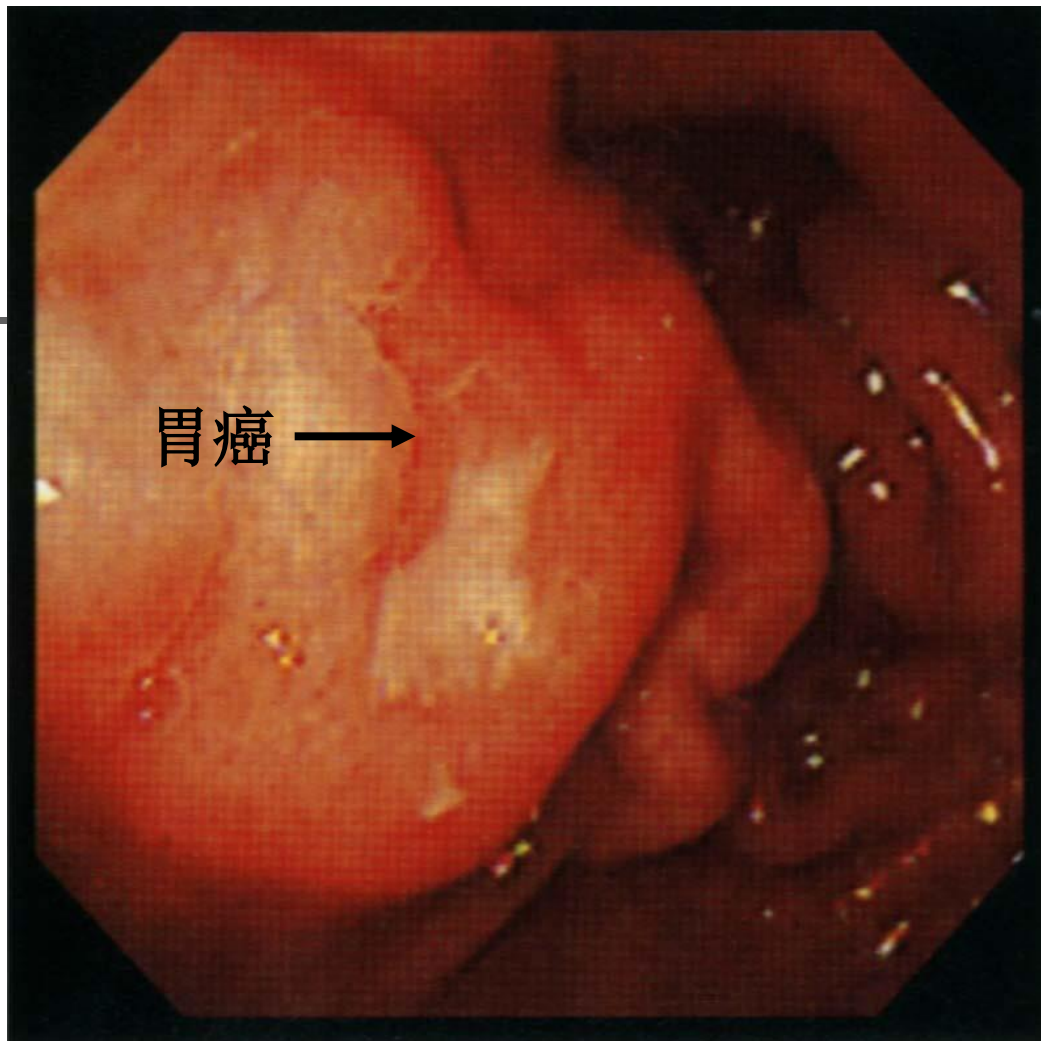




早期胃癌（I型）：胃角上息肉样隆起，表面充血、糜烂、伴有少许出血，活检示低分化腺癌，手术证实为黏膜内癌。



早期胃癌（IIa型）：胃窦后壁丘样隆起，类圆形、表面少许糜烂，活检示印戒细胞癌。



早期胃癌（III型）：胃窦前壁溃疡，形不规则、边不整、基底覆以黄白苔，活检示黏膜内黏液细胞癌。



## 进展期胃癌：

仍用Bormann分型法：

I 型：息肉型，肿瘤向胃腔内生长隆起。

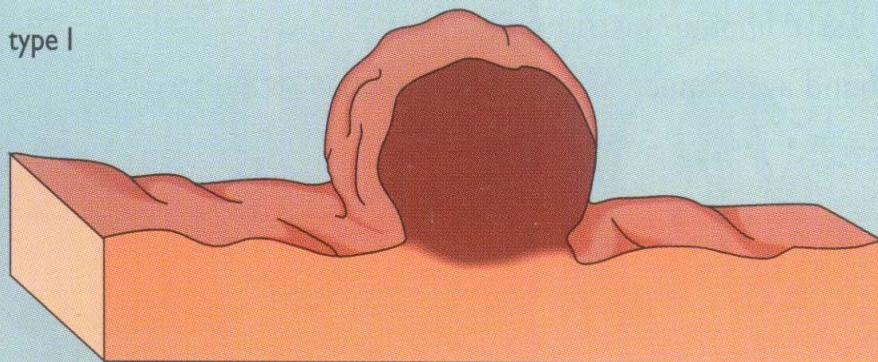
II 型：溃疡型，单个或多个溃疡，边缘隆起，与黏膜分界清楚。

III型：又称溃疡浸润型，隆起而有结节状的边缘向四周浸润，与正常黏膜分界不清，最常见。

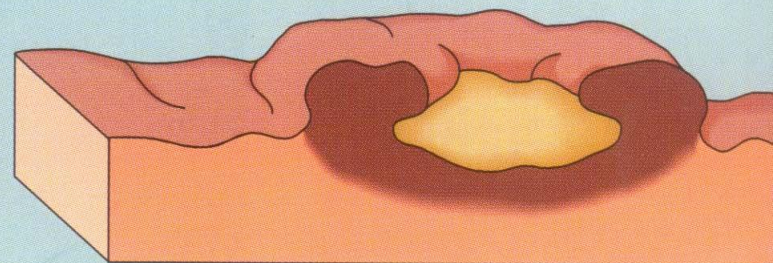
IV型：又称弥漫浸润型，癌发生于黏膜表层之下，向四周浸润扩散，伴纤维组织增生，少见。如累及全胃，则胃变成一固定而不能扩张的小胃，称为皮革胃(linitis plastica)。



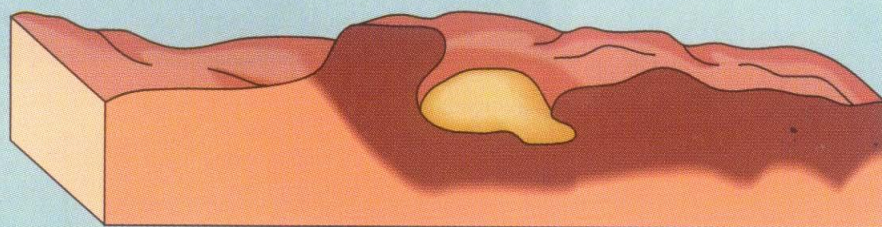
type I



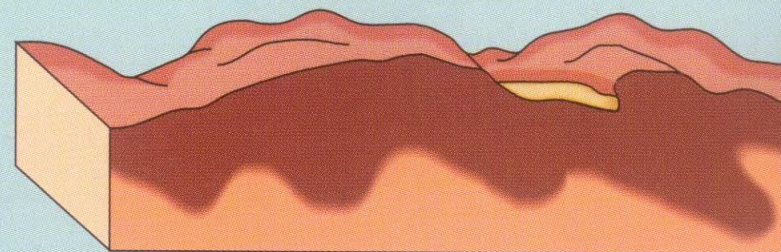
type II



type III

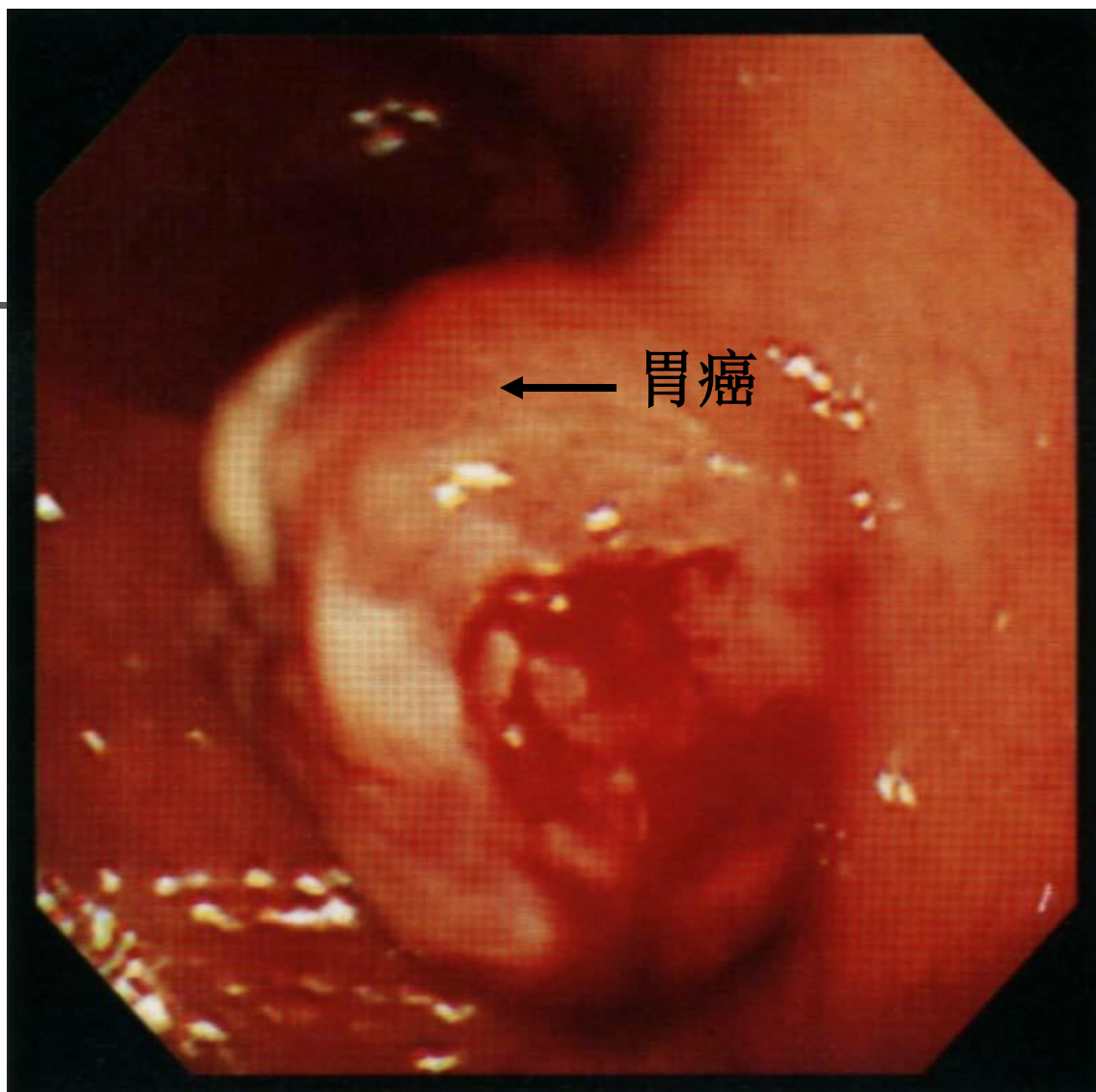


type IV

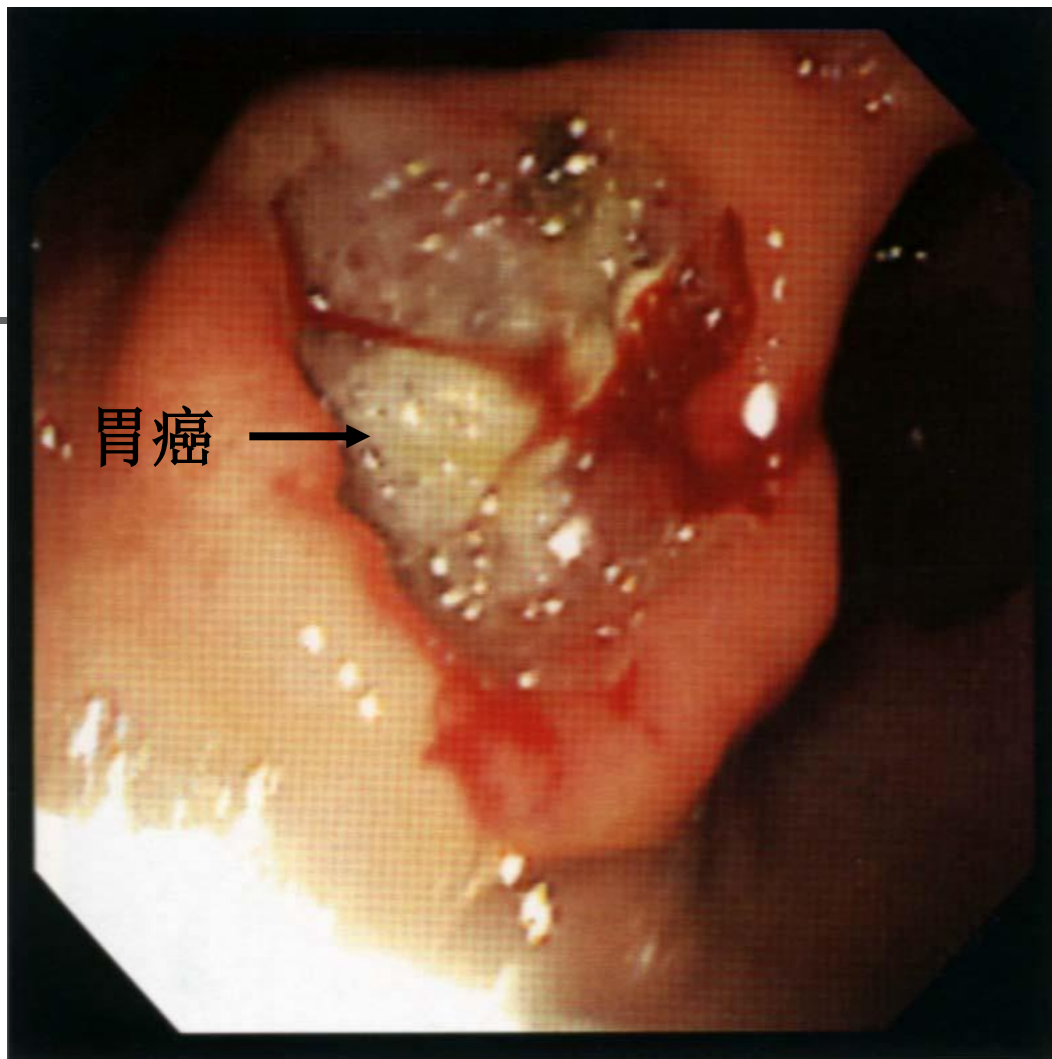


进展期胃癌Bormann分型

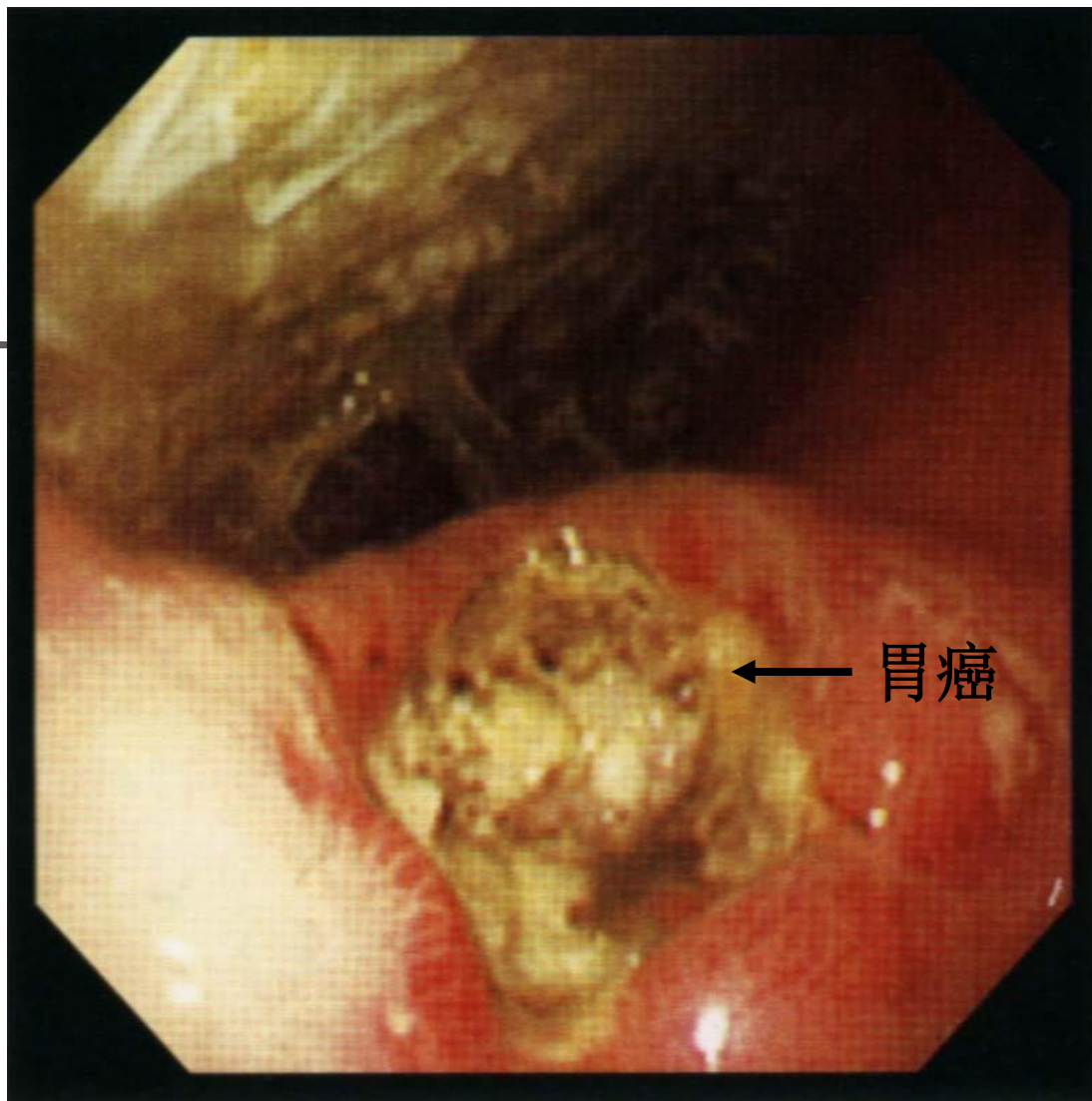




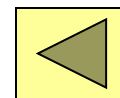
进展期胃癌（I型）：胃体后壁球形隆起，表面糜烂不平、伴出血。



进展期胃癌（II型）：胃角巨大癌性溃疡，  
基底不平、厚苔，周边环堤样隆起。



进展期胃癌（III型）：胃角类圆形溃疡，  
基底不平结节状，病变向周边浸润。





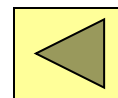
# 诊断标准

---

胃癌的诊断主要依据胃镜检查加活检以及X线钡餐。

对下列情况应及早和定期胃镜检查：

- 1、男性40岁以上，近期出现消化不良症状、呕吐或黑粪者。
- 2、良性溃疡但胃酸缺乏者。
- 3、慢性萎缩性胃炎伴肠化生或异型增生者。
- 4、胃溃疡经正规治疗2月无效。
- 5、大于2cm的胃息肉。
- 6、胃大部切除术后10年以上者。





# 治 疗

---

- **手术治疗：**是目前唯一可能根治胃癌的治疗手段，早期胃癌手术更佳，5年存活率达95%以上。
- **内镜下治疗：**早期胃癌内镜下做激光、微波、电灼治疗，或做剥离活检切除术。中晚期不能手术者，亦可作内镜下激光、微波治疗或向瘤实体注射抗癌药物、无水乙醇等。贲门梗阻者可放置内支架。



---

## ■化学治疗：

- 1、手术治疗的补充。
- 2、姑息治疗作用。
- 3、常用化疗药物：5-氟脲嘧啶、丝裂霉素、阿霉素、顺铂、依托泊苷等。联合用药较单一用药疗效好。介入化疗可减少化疗的副作用。

## ■其他疗法： 营养、免疫、基因、中医中药等。



# 复习思考题

---

- 1、试述胃癌的诊断要点。
- 2、哪些是胃癌的癌前疾病？
- 3、目前胃癌有哪些治疗措施？