

大体类型

❖ 早期胃癌：

❖ 隆起型(I型)

❖ 平坦型(II型)

浅表隆起型(IIa型)

浅表平坦型(IIb型)

浅表凹陷型(IIc型)

小胃癌（病灶直径 $<1\text{cm}$ ）

微小胃癌（病灶直径 $<0.5\text{cm}$ ）

进展期胃癌(Bormann分型)

隆起型(I型)

局限溃疡型(II型)——多见

浸润溃疡型(III型)——多见

弥漫浸润型(IV型)

累及胃大部或全胃时称“皮革胃”

组织学分类

❖ Lauren分类（1965）：



肠型：起源于肠化上皮，多分化良好。



弥漫型：源于胃固有上皮，分化较差。

JRSGC分类（1981）

- ❖ 乳头状型
- ❖ 管状型
- ❖ 低分化型
- ❖ 粘液型
- ❖ 印戒细胞型

WHO分类（2000）

- ❖ 腺癌（肠型、弥漫型）
- ❖ 乳头状腺癌
- ❖ 管状腺癌
- ❖ 粘液腺癌
- ❖ 印戒细胞癌
- ❖ 腺鳞癌
- ❖ 鳞状细胞癌
- ❖ 小细胞癌
- ❖ 未分化癌
- ❖ 其他

组织学分级

❖ 高分化

❖ 中分化

❖ 低分化

❖ 未分化

治疗原则

手术

外科手术是胃癌的首要治疗方法。

被广泛认可的胃癌手术治疗原则是有足够切缘(5cm)的完全切除，但约50%的局灶性胃癌患者无法进行根治性手术(R0)。

R0:切缘无肉眼或显微镜下肿瘤残留

❖ R1:显微镜下肿瘤残留

❖ R2:有肉眼肿瘤残留，但无远处病灶

- ❖ 近端切缘和远端切缘应该距离肿瘤>5cm。如有可能应该尽可能避免切除脾脏。可以考虑放置空肠营养管。
- ❖ 远端胃癌：胃大部切除的效果与全胃切除相当，而并发症明显减少。
- ❖ 对近端胃癌的手术方式选择有争议：两种手术方式均会出现术后营养障碍。
- ❖ 如果存在腹膜受累，远处转移或主要血管侵犯或包裹，则肿瘤无法切除。

淋巴结切除

日本胃癌协会胃周淋巴结分站病理学检查和评估指南：

- ❖ N1站：小弯侧（1、3、5组）
- ❖ 大弯侧（2、4、6组）
- ❖ N2站：胃左动脉
- ❖ 肝总动脉
- ❖ 腹腔动脉
- ❖ 脾动脉
- ❖ N3、N4站：腹主动脉旁

- ❖ **D0切除：** N1站淋巴结没有清除。
- ❖ **D1切除：** 将受累的远端胃或全胃切除，并包括大、小网膜。
- ❖ **D2切除：** 还要求切除网膜囊与横结肠系膜前叶，同时彻底清扫相应的动脉旁淋巴结。

日本：强调淋巴结扩大清扫

- * **D2**为标准的常规手术方式
- * 部分病例D3、D4.
- * 回顾性分析结果
- * 目前在日本尚无前瞻性研究报道
- * 循证医学结论不可靠

西方：D2及以上与D1相比无生存优势

- ❖ 可能原因有：人种体型的不同，
 - ❖ 手术操作的熟练度不同，
 - ❖ 胃癌的生物学行为不同
 - ❖ 或辅助治疗的不同
-
- ❖ 我国总的认为胃癌**D2**根治术是标准术式

胃癌的微创治疗

- 内镜下粘膜切除术（EMR）
- 腹腔镜下胃癌局部切除术（LWR）
- 腹腔镜下胃癌根治术?!
- 各种保留功能的微创手术

内镜下粘膜切除术（EMR）

理论依据：

胃粘膜内癌：2%—5%LN+，（提示98-95%可不必廓清LN）

粘膜下癌：15%—20%LN+。

日本胃癌协会认为一般无淋巴结转移：

-----粘膜内癌直径<20mm、分化型且无溃疡的

适应症：

粘膜内癌且无淋巴结转移者

日本国立癌症中心医院推荐：

粘膜内癌直径<30mm，

组织学---高、中分化且无溃疡者

Hyung等：

粘膜内癌，分化型直径<25mm

或未分化型直径<15mm 者可行EMR

内镜下粘膜切除术（EMR）

发展现状：

90年代初期EMR：粘膜内癌直径 $<10\text{mm}$ 且无溃疡的病灶，



技术进步

粘膜内癌直径 $<30\text{mm}$ 的病灶。

技术方法：（四种）

剥脱活检法、

内镜下双圈套息肉切除法、

盐酸肾上腺素局部注射切除法

透明塑料管套法。

EMR所面临的最大问题：

是术前诊断如何避免低估病灶的浸润深度和淋巴结转移状况。

腹腔镜下胃癌局部切除术

适应症：

早期胃癌且无淋巴结转移者（粘膜内癌/粘膜下癌）

Hyung等：

粘膜下癌者：分化型病变直径 $<25\text{mm}$

或未分化型病变直径 $<15\text{mm}$ 的行LWR

Ohgami：

术前诊断为粘膜内癌估计EMR完全切除有困难的，隆起型病变直径 $<25\text{mm}$ 或凹陷型病变直径 $<15\text{mm}$ 且不伴溃疡的可行LWR

各种保留功能的微创手术

- 腹腔镜辅助下保留迷走神经的胃癌根治术
- 腹腔镜下保留迷走神经的部分胃切除术
- 保留幽门的胃切除术
(Pylorus-preserving gastrectomy, PPG)

腹腔镜辅助下保留迷走神经的胃癌根治术

适应症：

肿瘤浸润粘膜层，术前无任何证据显示淋巴结转移的（ N_0 ）；

病灶不适合EMR或腹腔镜下局部切除的。

肿瘤大小和组织学类型不受限制，

上腹部手术史不是绝对禁忌症

腹腔镜下保留迷走神经的部分胃切除术

适应症：

肿瘤浸润粘膜或粘膜下（ T_1 ）；

病灶位于胃中、下1 / 3，距幽门环4cm以上；

如果是凹陷型病变直径要 $<20\text{mm}$ ；

术前估计不适合行LWR或EMR；或是EMR术后的残留癌灶。

保留幽门的胃切除术

(Pylorus-preserving gastrectomy, PPG)

1967年Maki首先提出PPG作为改良的远端胃大部切除术用于治疗胃溃疡

1991年Kodama和Koyama用PPG治疗早期胃癌，

目前日本胃癌协会仍把PPG治疗早期胃癌列为临床试验阶段

放疗

- ❖ 无法切除的胃癌：中等剂量外放射放疗联合5-FU可以提高生存率。
- ❖ 可以手术的胃癌：术前新辅助化放疗尚在临床研究阶段，仍有争议。

可切除胃癌的放化疗

- ❖ 术前治疗：**ECF**方案作为术前及术后辅助化疗方案已基本得到共识。
- ❖ 术后治疗：术后放化疗是否会改善**D2**根治术后患者的预后生存有待探讨。但对于**D0/D1**术后患者，仍应采用术后化放疗。
- ❖ 术中放疗和调强放疗对胃癌的作用尚需研究。

化疗（联合化疗）

- ❖ MF
- ❖ FAM
- ❖ FAMe-CEAP
- ❖ EAP
- ❖ CF/5-FU
- ❖ 其他：免疫治疗、中药治疗、基因治疗

诊断检查

初步诊断检查可以将患者归入到下列两组之一：（1）局灶性胃癌（I至III期，或M0）和（2）转移性胃癌（IV期或M1）。局灶性胃癌患者可以进一步分为：

- 身体状况良好（可以耐受腹部大手术）且肿瘤可以切除；
- 身体状况良好，但肿瘤无法切除；
- 身体状况差，无法耐受腹部大手术。

进一步评估（腹腔镜探查）

- ❖ 探查后分期：
- ❖ 局灶性胃癌（M0）
- ❖ 转移性胃癌（M1）

初始治疗

- ❖ 对于身体条件允许，肿瘤可以切除的T1期胃癌或存在活动性出血的患者，推荐进行手术治疗。
- ❖ 对于肿瘤无法切除的局灶性胃癌患者，推荐放疗（**45~50.4Gy**）+放疗增敏剂（**5-FU**）联合治疗（1类），也可选择进行姑息性治疗。
- ❖ 术前放化疗方案**5-FU** /甲酰四氢叶酸、氟尿嘧啶、铂、紫杉醇、伊立替康

辅助治疗

- ❖ 部分R0切除且术后没有肿瘤转移证据的胃癌患者可以接受辅助性化放疗。
- ❖ R0切除术后病理分期为T1/T2N0M0其期的患者可以继续观察。
- ❖ 所有达到R0切除的T3、T4期或任何T伴淋巴结转移，或R1切除的胃癌患者接受放疗（45～50.4Gy）+放疗增敏剂（5-FU）（首选）联合治疗+ 5-FU /(+/-)甲酰四氢叶酸。

- ❖ R2手术切除的胃癌患者可以选择下列治疗：
- ❖ 放疗（45～50.4Gy）+放疗增敏剂（5-FU、卡培他滨）
- ❖ 姑息化疗
- ❖ 最佳支持治疗（患者身体状况很差）
- ❖ 身体状况差或身体状况好但肿瘤无法切除的患者完成全部或主要治疗后应重新分期后：继续观察、手术切除、姑息性治疗（最佳支持治疗、化疗和临床试验）。

随访和检测

- ❖ 全面的病史询问和体格检查
- ❖ 前3年每4~6个月一次，之后每年一次。
- ❖ 项目：全血细胞计数、血小板计数、SMA-12，内镜和其他放射线检查等
- ❖ 接受胃次全切或全胃切除的患者应监测维生素B12水平。

小 结

- 早期诊断是关键
- 综合治疗是提高进展期胃癌的出路
- 循证医学是选择治疗方案的依据