

胃癌规范化诊疗指南(试行)

1 范围

本规范制定了胃癌（包括食管胃交界癌）的诊断依据、诊断、鉴别诊断、治疗原则和治疗方案。

本标准主要适用于农村重大疾病医疗保障工作定点医院对胃癌的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

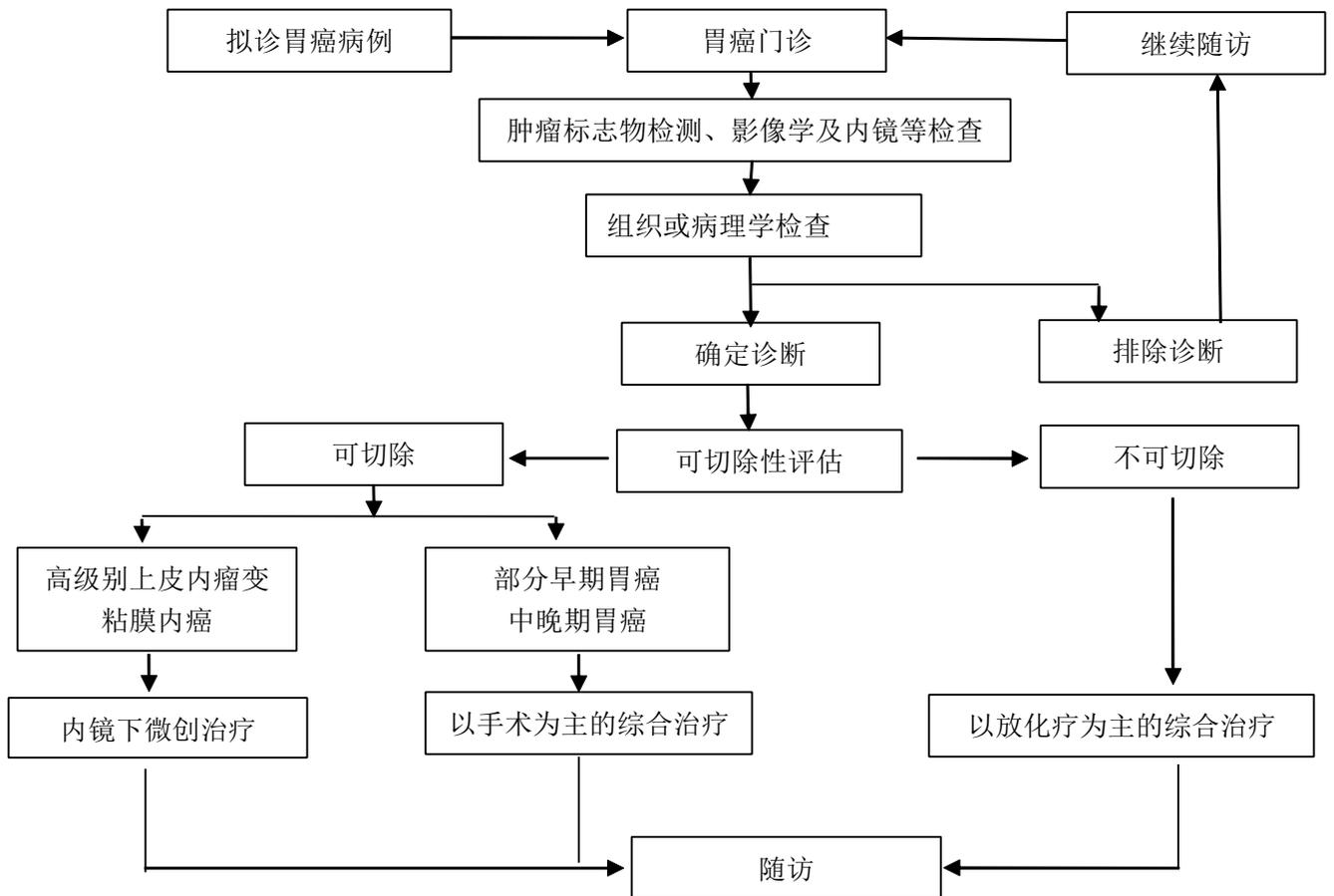
早期胃癌(early gastric cancer,EGC)：是指病变局限于粘膜或粘膜下层，不论有无淋巴结转移的胃癌，在肉眼下大体类型分为隆起型(I型)、浅表型(II型)、凹陷型(III型)和混合型。

3 缩略语

下列缩略语适用于本指南。

CEA：(carcinoembryonic antigen) 癌胚抗原

4 诊治流程图



5 诊断依据

5.1 病因

胃癌的病因迄今尚未阐明，但多种因素会影响胃癌的发生。目前所知主要与下列因素相关：①幽门螺杆菌感染；②亚硝基化合物；③高亚硝酸盐的摄入；④二羧基化合物；⑤真菌；⑥遗传性。

5.2 高危人群

5.2.1 性别：男性患胃癌的几率为女性的 1.5 倍。

5.3.2 年龄：胃癌的发病率随着年龄的增加而显著升高。

5.3.3 饮食：加盐腌制蔬菜或烟熏肉和鱼。

5.3.4 吸烟：吸烟男性死于胃癌的人数是不吸烟男性的 2 倍。

5.3.5 治疗：接受过胃部手术。

5.3.6 癌前疾病：慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉。

5.3.7 家族肿瘤疾病史：包括家族胃癌史，遗传性非息肉性肠癌，家族性腺瘤性息肉等遗传性疾病等。

5.3.8 恶性贫血：常合并萎缩性胃炎。

5.3.9 肥胖：超过正常体重 20~25 公斤的男性患胃癌风险更高。

5.3.10 经济状况：经济较差的地区，胃癌的发病率较高。

5.3 症状

5.3.1 发病时间

发病到就诊时间，在 3 个月之内占 10%，在 3 个月至 2 年之间占 70%，在 2 年以上占 20%。

5.3.2 主要症状

没有特异性表现。癌症早期几乎不会有症状，以消瘦为最多，其次为胃区疼痛、食欲不振、呕吐等。初诊时患者多已属晚期。早期胃癌的首发症状，可为上腹不适(包括上腹痛，多偶发)，或饱食后剑突下胀满、烧灼或轻度痉挛性痛，可自行缓解；或食欲减退，稍食即饱。癌发生于贲门者有进食时哽噎感，位于幽门部

者食后有饱胀痛，偶因癌破溃出血而有呕血或柏油便，或因胃酸低，胃排空快而腹泻，或患者原有长期消化不良病史，致发生胃癌时虽亦出现某些症状，但易被忽略。少数患者因上腹部肿物或因消瘦，乏力，胃穿孔或转移灶而就诊。

5.4 体征

5.4.1 早期胃癌可无任何体征。

5.4.2 中晚期胃癌以上腹压痛最常见。1/3 患者可扪及结节状肿块，坚实而移动、多位于腹部偏右相当于胃窦处，有压痛。胃体肿瘤有时可触及，但位于贲门者则不能扪到。

5.4.3 转移性体征

转移到肝脏可使之肿大并可扪及结节，腹膜有转移时可发生腹水，出现移动性浊音。有远处淋巴结转移时可摸到 Virchow 淋巴结，质硬而不能移动。肛门指检在直肠膀胱间凹陷可摸到肿块。在脐孔处也可扪到坚硬结节，并发 Krukenberg 瘤时阴道指检可扪到两侧卵巢肿大。

5.4.4 伴癌综合征

包括反复发作性血栓静脉炎 (Trousseau 征)、黑棘皮病 (皮肤皱摺处有色素沉着，尤其在两腋)、皮炎、膜性肾病、微血管病性溶血性贫血等。

5.5 辅助检查

5.5.1 实验室检查

5.5.1.1 血液检查 常见贫血，约 50% 为缺铁性贫血，是长

期失血所致；或由营养缺乏导致恶性贫血，则见巨幼细胞贫血；血沉增快。

5.5.1.2 大便潜血试验 大便潜血试验常呈持续阳性，检测方便，可辅助诊断。

5.5.1.3 肿瘤标志物检测 目前临床所用胃癌标志物主要有CEA、CA19-9等，但特异性均不强，联合检测可增加其灵敏性及特异性。

5.5.1.3.1 CEA 癌胚抗原是一种富含多糖的蛋白复合物，是胚胎和胎儿期产生的癌胚抗原，可评价胃癌的预后。与进展低分化腺癌相关，亦与肿瘤大小、浆膜面浸润、淋巴结转移相关，可与其它指标联合应用以评价胃癌的化疗疗效。如CEA水平下降范围 $>50\%$ 或降至正常范围并持续4周以上，可作为治疗有效指标，如治疗后持续增高，提示预后不良。

5.5.1.3.2 CA19-9（可选择） 是一类含黏液成分的大分子糖蛋白，与肿瘤大小、淋巴结转移及浸润深度相关，是胃癌患者独立判定预后的指标。血清中高水平的CA19-9提示胃癌患者生存期缩短，可与其他指标联合应用提示胃癌的腹膜复发、腹腔种植，是比CEA更为敏感的指标。

5.5.2 影像学检查

5.5.2.1 胸部X射线检查 必须同时拍胸部正位和侧位片，排除有无肺转移，对于胸片发现病灶而难以定性的可选用胸部增强CT检查。

5.5.2.2 上消化道造影检查 作为胃癌诊断首选常规检查。行气钡双重对比造影有助于观察肿瘤在胃腔内浸润范围、肿块部位及胃腔狭窄程度、有无幽门梗阻等，并可通过观察胃粘膜的形态、胃壁的柔软程度等，与胃炎性病变、胃壁在性病变及胃淋巴瘤等相鉴别。

5.5.2.3 CT 检查 CT 检查已广泛应用于临床，有助于观察胃部肿瘤对胃壁的浸润深度、与周围脏器的关系、有无淋巴结转移和远处（如肝脏、卵巢、腹膜、网膜等）转移。对于胃部肿瘤较大者，建议行腹部、盆腔 CT 检查，以了解盆腔有无转移，特别是对于女性患者，观察有无卵巢转移。对于无 CT 造影剂过敏的患者，均应行增强 CT 扫描，有助于检出微小转移灶。

5.5.2.4 MRI 检查（可选） 受设备、扫描技术及检查费用等因素影响，MRI 检查目前尚不能作为胃癌患者的常规检查，但对于超声或 CT 检查怀疑肝转移的患者，MRI 有助于明确诊断。

5.5.2.5 超声检查 超声检查简单易行、价格便宜，可作为胃癌患者的常规检查。主要用于发现腹盆腔重要器官及淋巴结有无转移，也可用于锁骨上、颈部淋巴结检查。对于有条件的医院还可开展超声导引下行肝脏、淋巴结穿刺活检，有助于肿瘤诊断及分期。

各种检查诊断报告均应体现 TNM 分期理念。

5.5.3 腔镜检查

5.5.3.1 内镜检查 是胃癌诊断中最重要的手段之一，对于

胃癌的定性定位诊断和手术方案的选择具有重要作用。对拟行手术治疗的患者为必需的常规检查项目。此外，内镜检查前必须充分准备，建议应用去泡剂和去粘液剂，仔细观察各部位，采集图片，对可疑部位应用染色和放大技术进一步观察，进行指示性活检，这是提高早期胃癌检出率的关键。提高胃癌的发现率，是现阶段降低胃癌死亡率的重要手段之一。

5.5.3.2 超声内镜检查 可直接观察病变本身，还可通过超声探头探测肿瘤浸润深度及胃周肿大淋巴结，是一种较为可靠的胃癌术前分期方法，有助于胃癌的诊断、临床分期及制定手术方案。

5.5.4 细胞学检查

5.5.4.1 内镜细胞学检查 在纤维镜直视下，用冲洗、擦刷及印片3种方法取细胞，其阳性率较高；或插入胃管用缓冲液反复冲洗胃壁，再收集缓冲液，沉渣后作涂片进行细胞学检查，两种细胞学检查阳性率均可达90%以上。

5.5.4.2 腹水细胞学或术中腹腔冲洗或灌洗细胞学检查 可明确是否存在腹腔游离癌细胞（FCC），对指导临床分期具有重要意义。

5.5.4.3 穿刺细胞学检查 明确诊断锁骨上淋巴结有无转移。

6 分类和分期

6.1 胃癌的分类

胃肿瘤组织学分类（WHO，2000）

上皮性肿瘤

上皮内肿瘤-腺瘤	8140/0
癌	
腺癌	8140/3
肠型	8144/3
弥漫型	8145/3
乳头状腺癌	8260/3
管状腺癌	8211/3
粘液腺癌	8480/3
印戒细胞癌	8490/3
腺鳞癌	8569/3
鳞状细胞癌	8070/3
小细胞癌	8041/3
未分化癌	8020/3
其他	
类癌（高分化神经内分泌肿瘤）	8240/3

非上皮性肿瘤

平滑肌瘤	8890/0
神经鞘瘤	9560/0
颗粒细胞瘤	9580/0
血管球瘤	8711/0
平滑肌肉瘤	8890/3
胃肠道间质瘤	8936/1
良性	8936/0
不确定恶性潜能	8936/1
恶性	8936/3
Kaposi 肉瘤	9140/3
其他	

恶性淋巴瘤

边缘区 B 细胞淋巴瘤，MALT 型	9699/3
套细胞淋巴瘤	9673/0
弥漫性大 B 细胞淋巴瘤	9680/3
其他	

继发性肿瘤

6.2 分期

目前为止胃癌的分期仍未完全一致，较常使用的是美国分期系统，日本胃癌分期系统和国际抗癌联盟（UICC）三种。目前最新的胃癌分期采用美国癌症联合协会（AJCC）公布的 2009 年胃癌国际分期。

AJCC 胃癌 TNM 分期（2009 年第七版）

T 分期

Tx: 原发性肿瘤无法评估

T0: 无原发性肿瘤证据

Tis: 原位癌，上皮内肿瘤，未侵犯固有层

T1: 肿瘤侵犯固有膜、粘膜肌层或粘膜下层

T1a 肿瘤侵犯固有膜或粘膜肌层

T1b 肿瘤侵犯粘膜下层

T2: 肿瘤侵犯固有肌层

T3: 肿瘤穿透浆膜下结缔组织，而未侵犯脏层腹膜或临近结构

T4: 肿瘤侵犯浆膜（脏层腹膜或临近结构）

T4a: 肿瘤侵犯浆膜（脏层腹膜）

T4b: 肿瘤侵犯邻近结构

注：1. 肿瘤穿透肌层，进入胃结肠或肝胃韧带，或进入大网膜、小网膜，但未穿透覆盖这些结构的脏层腹膜，这种情况肿瘤就为T3，如果穿透了这些结构的脏层腹膜肿瘤就为T4。
2. 胃的邻近结构包括脾、横结肠、肝、膈肌、胰腺、腹壁、肾上腺、肾、小肠和后腹膜。

3. 肿瘤由胃壁延伸到十二指肠或食管，T 由包括胃在内的最严重处的浸润深度决定。

N 分期

Nx: 区域淋巴结无法评估

N0: 区域淋巴结无转移

N1: 1-2 枚区域淋巴结转移

N2: 3-6 枚区域淋巴结转移

N3: 7 个或 7 枚以上区域淋巴结转移

N3a: 7-15 个区域淋巴结转移

N3b: 16 个或 16 个以上区域淋巴结转移

注：不论切除及检查的淋巴结总数，若所有淋巴结都没有转移，定为 pN0。

M 分期

M0: 无远处脏器和淋巴结转移

M1: 已转移至远处淋巴结和/或其他脏器

AJCC 胃癌 TNM 分期表（2009 年第七版）

0 期	Tis	N0	M0
IA 期	T1	N0	M0
IB 期	T2	N0	M0
	T1	N1	M0
IIA 期	T3	N0	M0

	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
IIB 期	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
IIIA 期	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
IIIB 期	T4b	N0	M0
	T4b	N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
IIIC 期	T4b	N2	M0
	T4b	N3	M0
	T4a	N3	M0
IV 期	任何 T	任何 N	M1

7 诊断和鉴别诊断

7.1 诊断

7.1.1 临床诊断

主要依据：①早期可无症状和体征，或出现上腹部疼痛、饱胀不适、食欲减退；或原有胃溃疡症状加剧，腹痛为持续性或失去节律性，按溃疡病治疗症状不缓解，可出现呕血、黑便；②晚期体重下降，进行性贫血、低热，上腹部可触及包块并有压痛，可有左锁骨上淋巴结肿大、腹水及恶病质；③贲门部癌侵犯食管，

可引起咽下困难；幽门部癌可出现幽门梗阻症状和体征；④实验室检查早期可疑胃癌，游离胃酸低度或缺乏，红血球压积、血红蛋白、红细胞下降，大便潜血(+)；肿瘤标志物异常增高；⑤影像学检查提示胃癌（胃气钡双重对比造影、CT）。

7.1.2 病理诊断

主要依据胃镜活检组织学病理诊断。有条件的医疗卫生机构，应行免疫组化检查鉴别肿瘤的组织学分型或确定肿瘤的神经内分泌状况。近年来，临床更重视胃癌的术前分期，根据术前分期制定合理治疗方案。

7.2 鉴别诊断

7.2.1 与胃部良性疾病的鉴别

7.2.1.1 胃溃疡 胃癌无特征性的症状和体征，特别是青年人胃癌常被误诊为胃溃疡或慢性胃炎。胃溃疡的某些典型 X 线表现可作为诊断依据，如龛影一般突出于腔外，直径在 2cm 以内，其口部光滑整齐，周围粘膜呈辐射状，胃壁柔软可扩张等；而进展期溃疡型癌的龛影较大，且位于腔内，常伴有指压痕及裂隙破坏，局部胃壁僵硬，胃腔扩张性差等。但某些胼胝性溃疡易与溃疡型癌相混淆，需要进一步作胃镜活检予以鉴别。

7.2.1.2 胃息肉（胃腺瘤或腺瘤性息肉） 来源于胃粘膜上皮的良性肿瘤可发生于任何年龄，但以 60~70 岁多见。较小的腺瘤可无任何症状，较大者可引起上腹部饱胀不适，隐痛、恶心。腺瘤表面粘膜糜烂、溃疡出血而引起黑便，临床表现疑似胃癌。

X线钡餐检查显示为直径1cm左右，边界完整的圆形充盈缺损，带蒂腺瘤推压时可移动。胃腺瘤常与隆起型早期胃癌相混淆，宜胃镜活检予以确诊。

7.2.1.3 胃平滑肌瘤 可发生于任何年龄，多见于50岁以下。其瘤体多单发，大小2~4cm，好发于胃窦及胃体部，呈圆形或椭圆形。患者常有上腹饱胀不适、隐痛或胀痛。当肿瘤增大、供血不足，形成溃疡时亦可出现间歇性呕血或黑便，约有2%可恶变成平滑肌肉瘤。胃镜检查可与胃癌相区别，但难以确定属平滑肌瘤或平滑肌肉瘤。

7.2.1.4 胃巨大皱襞症 与浸润型胃癌相似，好发于胃上部大小弯处。良性巨大皱襞X线检查可见胃粘膜呈环状或弯曲改变，而浸润型胃癌粘膜多为直线形增粗。另外，巨大皱襞症常伴有低蛋白血症，而浸润型胃癌可见恶液质。

7.2.1.5 肥厚性胃窦炎 多由幽门螺旋杆菌感染引起，可引起胃窦狭窄、蠕动消失，胃壁有伸展性；浸润型胃癌粘膜平坦或呈颗粒变形、胃壁僵硬、低张造影，两者区别较大。

7.2.1.6 疣状胃炎 多发于青年，常合并十二指肠溃疡，与胃癌较易鉴别。

7.2.1.7 胃黏膜脱垂 胃黏膜脱垂症是由于异常松弛的胃粘膜逆行进入食管或脱入十二指肠球部导致胃黏膜脱垂。通过X线钡餐检查可确诊。腹痛呈周期性、节律性，经胃镜检查较易区别。

7.2.2 与其他胃部恶性肿瘤相鉴别

7.2.2.1 原发性恶性淋巴瘤 占胃部恶性肿瘤的 0.5%~8%。

多见于青壮年，好发于胃窦、幽门前区及胃小弯。病变源于粘膜下层的淋巴组织可向周围扩展而累及胃壁全层，病灶部浆膜或粘膜常完整。当病灶浸润粘膜 40%~80%时，发生大小不等、深浅不一的溃疡。临床表现有上腹部饱胀、疼痛、恶心、呕吐、黑便、胃纳减退、消瘦、乏力、贫血等非特异性症状。乙醇常可诱发胃淋巴瘤患者腹痛的发生，少许患者伴有全身皮肤瘙痒症。X 线钡餐检查病灶的表现率可达 93%~100%，但能确诊为胃淋巴瘤者仅 10%左右。特征性改变为弥漫性胃粘膜皱襞不规则增厚，有不规则地图形多发性溃疡，溃疡边缘粘膜隆起增厚形成大皱襞；单发或多发的圆形充盈缺损，呈“鹅卵石样”改变。

7.2.2.2 胃肉瘤 占胃恶性肿瘤的 0.25%~3%，多见于老年。

好发于胃底、胃体，瘤体一般较大，常在 10cm 以上，呈球形或半球形，由于瘤体巨大其中央部常因血供不足而形成溃疡。临床表现主要为上腹部疼痛、不适、恶心、呕吐、胃纳减退、消瘦、发热、上消化道出血。多数患者因瘤体巨大，在腹部可扪及肿物，局部有压痛。X 线钡餐检查可见粘膜下型胃平滑肌肉瘤，于胃腔内可见边缘整齐的球形充盈缺损，其中央常有典型的“脐样”龛影；浆膜下型者则仅见胃壁受压及推移征象；胃底平滑肌肉瘤在胃泡内空气的对比下可见半弧形状组织块影。胃镜检查时粘膜下型平滑肌肉瘤的表面粘膜呈半透明状，其周围粘膜可呈“桥形”

皱襞。肿瘤向胃壁浸润时，其边界不清，可见溃疡及粗大之粘膜皱襞，胃壁僵硬，一般与胃癌不难鉴别。

此外，胃癌需与胃粘膜脱垂、胃类癌、胃底静脉曲张、假性淋巴瘤、异物肉芽肿等病变相鉴别。当上腹部摸到肿块时需与横结肠或胰腺肿块相区别。有肝转移者与原发性肝癌者相区别。鉴别诊断主要通过 X 线、钡餐造影、胃镜和活组织病理检查。

8 治疗

8.1 治疗原则

临床上应采取综合治疗的原则。根据病人的机体状况，肿瘤的病理类型、侵犯范围（病期）和发展趋向，有计划地、合理地应用现有的治疗手段，以期最大程度地根治、控制肿瘤和提高治愈率，改善病人的生活质量。对拟行放、化疗的病人，应做 Karnofsky 或 ECOG 评分（见附录 3）。

胃癌的治疗主要分为手术治疗、放射治疗和化学治疗及其相关治疗。

8.2 手术治疗

8.2.1 手术治疗原则

手术切除是胃癌的主要治疗手段，也是目前能治愈胃癌的唯一方法。外科手术的病灶完整切除及胃断端 5cm 切缘，远侧部癌应切除十二指肠第一段 3~4 cm，近侧部癌应切除食管下端 3~4 cm，已被大多数学者认可。现常以 D 表示淋巴结清除范围，如 D1 手术指清除至第 1 站淋巴结，如果达不到第 1 站淋巴结清除

的要求则为 D0 手术，D2 手术指第 2 站淋巴结完全清除。

对于远端胃癌，次全胃切除较全胃切除并发症少；对于近端胃癌，肿瘤较早的可考虑行近端胃大部切除术；多数进展期近端胃癌宜施行全胃切除。

减状手术和姑息性切除的主要目的：①减状，如解决肿瘤引起的梗阻、出血、穿孔等；②减瘤，如将肉眼可见肿瘤尽可能切除，减少肿瘤负荷，便于术后进一步治疗（如放疗、化疗等）。晚期胃癌患者治疗的目的是改善生活质量。

8.2.2 手术治疗模式（适应证）

8.2.2.1 可切除的肿瘤 ①T1a~T3：应切除足够的胃，并保证显微镜下切缘阴性（一般距肿瘤已边缘 $\geq 5\text{cm}$ ）；②T4 肿瘤需将累及组织整块切除；③胃切除术需包括区域淋巴结清扫术(D)，推荐 D2 手术，切除至少 15 个或以上淋巴结；④常规或预防性脾切除并无必要，当脾脏或脾门受累时可考虑行脾切除术；⑤部分病人可考虑放置空肠营养管（尤其是推荐术后进行放化疗者）。

8.2.2.2 无法切除的肿瘤（姑息治疗） ①若无症状则不进行姑息性胃切除术；②不需要淋巴结清扫；③短路手术有助于缓解梗阻症状；④胃造口术和/或放置空肠营养管。

8.2.2.3 无法手术治愈的标准 ①影像学证实或高度怀疑或活检证实 N3 以上淋巴结转移；②肿瘤侵犯或包绕大血管；③远处转移或腹膜种植；④腹水细胞学检查阳性。

8.2.3 手术禁忌证

8.2.3.1 全身状况恶化无法耐受手术。

8.2.3.2 局部浸润过于广泛无法切除。

8.2.3.3 有远处转移的确切证据，包括多发淋巴结转移、腹膜广泛播散和肝脏多灶性转移等。

8.2.3.4 心、肺、肝、肾等重要脏器功能有明显缺陷，严重的低蛋白血症和贫血、营养不良无法耐受手术者。

8.3 放射治疗（不具备放疗条件者转上级医院）

放射治疗主要用于胃癌术后的辅助治疗，不可手术局部晚期胃癌的同步放化疗，以及晚期转移性胃癌的姑息减症治疗。

8.3.1 原则

8.3.1.1 胃癌无论术前或术后放疗均建议采用顺铂+/-氟尿嘧啶及其类似物为基础同步放化疗。

8.3.1.2 胃癌 D0-D1 根治性切除术后病理分期为 T3, T4 或 N+但无远处转移的病例应给予术后同步放化疗；标准 D2 根治术后病理分期为 T3, T4 或区域淋巴结转移较多的建议行术后同步放化疗。

8.3.1.3 非根治性切除局部有肿瘤残存病例(R1 或 R2)，只要没有远处转移均应考虑给予术后局部区域同步放化疗。

8.3.1.4 无远处转移的局部晚期不可手术切除胃癌。如果病人一般情况允许，到具备相应资质的医院给予同步放化疗，期望取得可手术切除的机会或长期控制的机会。

8.3.1.5 术后局部复发病例如果无法再次手术，之前未曾行

放疗，身体状况允许，可考虑同步放化疗。放化疗后 4-6 周评价疗效，期望争取再次手术切除，如无法手术建议局部提高剂量放疗并配合辅助化疗。

8.3.1.6 不可手术的晚期胃癌出现呕血、便血、吞咽不顺、腹痛、骨或其他部位转移灶引起疼痛，严重影响患者生活质量时，如果病人身体状况允许，通过同步放化疗或单纯放疗可起到很好的姑息减症作用。

8.3.1.7 放疗使用常规或转入具备条件的医院采用适形调强放疗技术。

8.3.1.8 需要术后辅助放疗的病例在放疗前要求肝肾功能和血象基本恢复正常。

8.3.2 疗效评价

放射治疗的疗效评价参照WHO实体瘤疗效评价标准或RECIST疗效评价标准（见附录4）。

8.3.3 重要器官保护

采用常规放疗技术或调强适形放疗技术时，应注意对胃周围脏器特别是肠道、肾脏、和脊髓的保护，以避免产生严重的放射性损伤。

8.3.4 放射治疗技术

三维适形放疗技术（3DCRT）和调强放疗技术（IMRT）是目前较先进的放疗技术。如医院具备此条件，可用于胃癌治疗，并用CT或PET/CT进行放疗计划设计。

8.4 化学治疗

胃癌化疗分为新辅助化疗(不具备条件者转上级医院实施)、术后辅助化疗和姑息性化疗。对于根治术后病理分期为 II 期和 III 期的患者,建议术后采用顺铂和 5-氟尿嘧啶为主的方案行辅助化疗。对于术后复发、或局部晚期不可切除、或转移性胃癌患者,采用以全身姑息性化疗为主的综合治疗。

8.4.1 原则

8.4.1.1 掌握临床适应证。

8.4.1.2 强调治疗方案的规范化和个体化。

8.4.1.3 所选方案及使用药物可参照规范,并根据当地医院具体医疗条件实施。

8.4.2 疗效评价

化学治疗的疗效评价参照 WHO 实体瘤疗效评价标准或 RECIST 疗效评价标准(见附录 4)。

8.4.3 常用药物和方案

胃癌常用的化疗药物:5-氟尿嘧啶、卡培它滨、替吉奥、顺铂、依托泊苷、阿霉素、表阿霉素、紫杉醇、多西他赛、奥沙利铂、伊立替康等。

常用化疗方案:

CF 方案(顺铂/5-氟尿嘧啶)

ECF 方案(表阿霉素/顺铂/5-氟尿嘧啶)及其改良方案(卡培他滨代替 5-氟尿嘧啶)

XP 方案（卡培它滨/顺铂）

SP 方案（替吉奥/顺铂）

9 随访

胃癌术后辅助治疗结束后，2年内每隔3-4月应全面复查一次，2-5年内每半年复查一次。5年以后每年复查一次。包括体检，检测肿瘤相关标志物(CEA, CA19-9等)，X线胸片、超声、腹盆腔增强CT（半年至1年）、胃镜（每年一次）等。

附录 1

胃癌的病理学描述

胃、贲门癌标本大体检查常规

描述记录

(全胃、胃大部或残胃) 切除标本：大弯长____厘米，小弯长____厘米，附幽门环/十二指肠/食管下段，长____厘米____；于(贲门/胃底/胃体/胃窦；小弯/大弯侧) 见____型（早期和进展期）肿物（包括外观描写）：距上切缘____厘米，距下切缘____厘米，大小____×____×____厘米，切面性状____；浸润深度至____；累及/未累及幽门环/食管下段。肿物旁或肿物周围食管粘膜/肌壁内检查所见（糜烂/粗糙/颗粒状/凹陷/斑块//必要的阴性所见）。大弯找到淋巴结（数/多/十余/数十余）枚，直径____至____厘米；小弯找到淋巴结____（数/多/十余/数十余）枚，直径____至____厘米。大网膜，大小____×____×____厘米，有无肿瘤和淋巴结。

附录 2

胃癌病理诊断报告内容

1、肿瘤

需描述以下5项内容：①组织分型；②组织分级；③浸润深度；④食管或十二指肠浸润（如果切取）、脉管浸润；⑤神经周围浸润。

2、切缘

需描述近端切缘和远端切缘。

3、其他病理所见

包括以下8项内容①慢性胃炎；②肠化；③不典型增生；④萎缩；⑤腺瘤；⑥息肉；⑦幽门螺旋杆菌；⑧其他。

4、区域淋巴结（包括小弯、大弯、大网膜及单独送检淋巴结）

包括切除淋巴结的总数和受累的淋巴结数目。

5、远处转移

6、其他组织/器官

7、特殊的辅助检查结果（组织化学染色，免疫组化染色等）

有困难的病理提交上级医院会诊（提供原始病理报告以核对送检切片的正确，减少误差；提供充分的病变切片或蜡块以及术中所见等）。

附录 3

病人状况评分

1 Karnofsky评分 (KPS, 百分法)

评分见表 1。

表 1 Karnofsky 评分

100	正常, 无症状和体征, 无疾病证据
90	能正常活动, 有轻微症状和体征
80	勉强可进行正常活动, 有一些症状或体征
70	生活可自理, 但不能维持正常生活或工作
60	生活能大部分自理, 但偶尔需要别人帮助, 不能从事正常工作
50	需要一定帮助和护理, 以及给与药物治疗
40	生活不能自理, 需要特别照顾和治疗
30	生活严重不能自理, 有住院指征, 尚不到病重
20	病重, 完全失去自理能力, 需要住院和积极的支持治疗
10	重危, 临近死亡
0	死亡

2 Zubrod-ECOG-WHO 评分 (ZPS, 5 分法)

评分见表 2。

表 2 Zubrod-ECOG-WHO

0	正常活动
1	症轻状, 生活自理, 能从事轻体力活动
2	能耐受肿瘤的症状, 生活自理, 但白天卧床时间不超过 50%
3	肿瘤症状严重, 白天卧床时间超过 50%, 但还能起床站立, 部分生活自理
4	自理
5	病重卧床不起
	死亡

附录 4

放射及化学治疗疗效判定标准

1 WHO实体瘤疗效评价标准（1981）

1.1 完全缓解(CR) 肿瘤完全消失超过 1 个月。

1.2 部分缓解(PR) 肿瘤最大直径及最大垂直直径的乘积缩小达 50%，其他病变无增大，持续超过 1 个月。

1.3 病变稳定(SD) 病变两径乘积缩小不超过 50%，增大不超过 25%，持续超过 1 个月。

1.4 病变进展(PD) 病变两径乘积增大超过 25%。

2 RECIST疗效评价标准(2000)

2.1 靶病灶的评价

2.1.1 完全缓解(CR) 所有靶病灶消失。

2.1.2 部分缓解(PR) 靶病灶最长径之和与基线状态比较，至少减少 30%。

2.1.3 病变进展(PD) 靶病灶最长径之和与治疗开始之后所记录到的最小的靶病灶最长径之和比较，增加 20%，或者出现一个或多个新病灶。

2.1.4 病变稳定(SD) 介于部分缓解和疾病进展之间。

2.2 非靶病灶的评价

2.2.1 完全缓解(CR) 所有非靶病灶消失和肿瘤标志物恢

复正常。

2.2.2 未完全缓解/稳定 (IR/SD) 存在一个或多个非靶病灶和/或肿瘤标志物持续高于正常值。

2.2.3 病变进展 (PD) 出现一个或多个新病灶和/或已有的非靶病灶明确进展。

2.3 最佳总疗效的评价

最佳总疗效的评价是指从治疗开始到疾病进展或复发之间所测量到的最小值。通常，病人最好疗效的分类由病灶测量和确认组成。

参考文献

- 1、Ajani JA, Bekaii-Saab T, Yang G, et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology:gastric cancer. 2009.
- 2、Karam SM. Cellular origin of gastric cancer. Ann N Y Acad Sci, 2008, 1138:162-168
- 3、Hamashima C , Shibuya D , Yamazaki H , et al. The Japanese guidelines for gastric cancer screening. Jpn J Clin Oncol, 2008, 38(4):259-267.
- 4、Leung WK, Wu MS, Kakugawa Y, et al. Asia Pacific Working Group on Gastric Cancer. Screening for gastric cancer in Asia: current evidence and practice. Lancet Oncol, 2008, 9(3):279-287.
- 5、朱正纲, 严超, 陈克敏, 等。内镜超声检查与多层螺旋CT对胃癌术前分期的对比研究. 中华胃肠外科杂志, 2002, 5(2):99-103
- 6、Jatzko GR, Lisborg PH, Denk H, et al. A 10-year experience with Japanese-type radical lymph node dissection for gastric cancer outside of Japan. Cancer, 1995, 76(8):1302-1312.
- 7、Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin, 2005, 55: 74-108

8、Sierra A , Regueira FM, Hernandez-LiWgin JL, et al. Role of the extended lymphadenectomy in gastric cancer surgery: experience in a single institution. *Ann Surg Oncol*, 2003 , 10(3): 219-226.

9、董志伟, 谷铎之. 临床肿瘤学. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 9-27.

10、Enzinger PC, Benedetti JK, Meyerhardt JA, et al. Impact of hospital volume on recurrence and survival after surgery for gastric cancer. 2007, 245(3):426-434.

11、MacDonald, JS, Smalley SR, Benedetti J, et al. Chemoradio-therapy after surgery compared with surgery alone for adeno-carcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. *N Engl JMed* , 2001, 345:725-730.

12、Smalley SR, Gunderson L, Tepper JE, et al. Gastric surgical adjuvant radiotherapy consensus report-rationale and treatment implementation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2002, 52:283-293.

13、孙燕主编. 抗肿瘤药物手册. 人民卫生出版社. 2007:32-35.

14、Greene FL, Page DL, Fleming ID, et al. *AJCC Cancer Staging Manual*, 6th ed. New York: Springer-Verlag, 2002.

Roder RD, Bottcher K, Busch R, et al. Classification of regional lymph node metastases from gastric carcinoma. *Cancer*, 1998;82:621-631.

15、Brennan MF. lymph node dissection for gastric cancer. *N Engl J Med* , 1999 , 340:956-958

16、Schwars RE, Lagala-Nevarez K. Recurrence patterns after radical gastrectomy for gastric cancer. Prognostic factors and implications for postoperative adjuvant therapy. *Ann Surg Oncol*, 2002,9: 294-400.