

胃癌



世界各地胃腺癌（以下簡稱胃癌）罹患率差異很大，日本、南美、東歐、部份中東地區 及中國地區為高罹患率地區。根據民國 86 年行政院衛生署的統計，胃癌位居臺灣男性十大癌症死因的第四位、女性胃癌居第六位，男性胃癌病人的罹患率為女性的兩倍。

以往胃癌大部份發生於胃下部，最近 10 至 15 年歐美病人胃上部癌及食道下端腺癌漸有增 加的趨勢。但在臺灣，仍然是胃下部癌居多。

胃癌之發生，深受環境因素影響。Lauren 於 1965 年，將胃腺癌依組織型態學分為兩大類：腸型和瀰漫型。此分類法有助於病因及流行病學因素的瞭解。

- 腸型源自胃癌前 驅病灶如萎縮性胃炎或腸型化生，較常見於男性及年老病人，而且是胃癌流行地區主要 的組織型態，顯示出其主要來自環境的影響。在實驗室中，持續性慢慢投予亞硝基化物，動物的胃會有小腸型上皮化生現象進而產生癌症；臨床上也觀察到胃癌高罹患區之族群常有高的慢性萎縮性胃炎及小腸型上皮化生現象。
- 瀰漫型胃癌並未有源自公認的胃癌前 驅病灶現象，在胃癌非盛行地區為主要的胃癌組織型態，較常見於女性及年輕病人。因良性疾患（如消化性潰瘍、慢性胃炎、息肉、外傷）而做過部份胃切除之殘餘胃，經過一段時間間隔（10 年以上），發生原發性癌病的現象，為所謂原發性殘胃癌。一般認為先前做過胃切除手術也是危險因子之一。

幽門螺旋桿菌被認為和胃癌有關。它是一種葛蘭氏陰性微需氧性螺旋狀桿菌，人體內的免疫系統及胃酸無法將之消滅，可長期存在胃黏膜。胃癌病人有較高的幽門螺旋桿菌感染率，但幽門螺旋桿菌和胃癌的關係尚待進一步研究證實。

大部份研究胃癌形成的學者認為食用生鮮蔬菜、水果及高纖維麵包較不易得胃癌。相反的，食用多量動物蛋白質及脂肪、高複雜性澱粉、高鹽醃漬之肉類或魚類和飲用水 內含硝酸鹽，得胃癌的危險性增加。食用富含維生素 A 和 C 以及β胡蘿蔔素的食物得胃 癌的危險性較低。

（本節內容摘錄自國衛院出版之胃癌診治共識）

依胃癌危險群做適當篩檢

目前胃癌並無明顯而且方便的篩檢工具。因為目前胃癌的診斷幾乎完全靠胃內視鏡的切片檢查。胃內視鏡檢查或上消化道 X 光攝影是胃癌診斷工具中的兩大利器。胃內視鏡 自從 1960 年代開始在臨床上應用，已成為診斷胃癌（特別是早期胃癌）的首要選擇，其敏感性和特異性皆很高。若再加上胃生體切片檢查，正確診斷率可高達 95%。而且胃內視鏡可觀察腫瘤的位置、大小、肉眼觀型態及附近胃黏膜異常狀態。以下因素皆會增 加胃癌發生的機率，因此必須加強追蹤檢查胃內視鏡。

- 幽門桿菌的感染
- 男性老年人
- 曾接受過部份的胃切除者
- 甚少攝取蔬菜及水果者
- 時常攝取高鹽分食物或醃漬保存食物者
- 慢性萎縮性胃炎或胃粘膜有小腸型上皮化生者
- 惡性貧血者
- 胃的腺性息肉
- 胃癌家族史
- 抽煙
- 巨大增生性胃炎（Menetrier ' s disease）
- 家族性腺性息肉

胃癌的診斷：

- 口服鋇劑上消化道 X 光透視攝影：

在口服鋇劑後，讓病人變換不同的位置，在 X 光透視下，從各種角度將胃的各部份顯相， 以判斷胃部病灶的部位。

- 上消化道內視鏡檢查：

胃鏡除了可觀察胃部黏膜微小變化外，更可以適時地經由胃鏡作活體切片病理檢查及細胞學檢查。

- 腹部超音波及電腦斷層攝影檢查：

對於胃癌手術前之分期、侵犯的程度及有無轉移等跡象的輔助診斷。

- 內視鏡超音波：

對於早期胃癌欲施行內視鏡黏膜切除術，此項檢查為必要之檢查

胃癌的治療：

胃癌的根治方法是以外科手術為主。只有經過開刀切除後的胃癌病人，存活率才能有所提高；而不能接受開刀的病人或其腫瘤已擴散到無法開刀者，預後就很不樂觀。

這主要是因為病人大致上還要承受外科手術本身的負面作用，而且其它的可能根治性療法（即局部性的放射治療或全身性的化學治療）成效並不好。但是許多臨床研究證明，放療和化療的綜合療法確實可以降低胃癌的局部復發率。

事實上，在全世界的癌症醫學領域裏，目前已有數個大型的科學性臨床試驗在探討如何適當地利用放療和化療這兩大利器，以求彌補胃癌手術治療的不足。

治療後的追蹤

上消化道內視鏡檢查（UGI endoscopy）建議每年至少一次，若病人不願接受胃鏡檢查，可選擇口服鋇劑上消化道 X 光透視攝影（UGI series）

依胃癌分期追蹤

- stage I：至少每六個月追蹤一次，持續三年。三年以後：每年追蹤一次。
- stage I 以外：至少每三個月追蹤一次，持續三年。三年~五年：每六個月追蹤一次。五年以後：每年追蹤一次。

追蹤項目

- 一般血液檢查
- 生化項目檢查（血糖、肝功能、腎功能）
- 腫瘤標誌（CEA, CA19-9）
- 胸部 X 光
- 腹部超音波或電腦斷層或核磁共振（依病人狀況選擇）