

胃癌簡介

林口長庚紀念醫院 一般外科 楊宏仁醫師 趙子傑醫師

前言

胃位於人體的上腹部，上承食道，下連十二指腸，是人體重要的消化器官之一。胃癌可以在胃的任何部位發生，它包含了許多不同種的組織型態，但絕大多數的胃癌是由胃黏膜上皮細胞癌化生成的腺癌(Adenocarcinoma)，約佔所有胃部癌症的 90%到 95%，一般所稱的胃癌即指胃腺癌。就流行病學的角度而言，胃癌在全世界的罹病率正逐年緩慢下降中。在台灣亦有相同的趨勢，不過到目前為止，胃癌仍是台灣常見的癌症之一，且居十大癌症死因的前幾位。

胃癌的致病因子

胃癌確實的致病原因並不是很清楚，許多的因素被認為可能與胃癌的發生有關，這些因素包括：

1. 感染幽門螺旋桿菌(*Helicobacter Pylori*)--- 幽門螺旋桿菌會造成胃黏膜的慢性發炎及萎縮，進而出現某些的癌前變化(Precancerous change)。目前幽門螺旋桿菌的長期感染被認為與胃癌的發生有密切的關係。
2. 攝食過多煙燻、鹽醃及醬漬的食物。鹽漬食物容易在胃中生成致癌物質亞硝酸胺，而煙燻食物則含有大量的多環碳氫化合物，長期食用這兩類食物的人發生胃癌的機率較高，日本及冰島人民的高胃癌發生率便是最佳的說明。相反的，多吃富含β胡蘿蔔素及維他命 C 的新鮮蔬菜水果則可降低胃癌的罹患率。
3. 抽煙及過量飲酒
4. 攝食過量的紅肉。有研究顯示經常的攝取紅肉可能會增加胃癌的發生率。
5. 遺傳因素。血型 A 型的人較易得胃癌，有胃癌家族史的人罹患胃癌的機率也較高。另外，某些家族性癌症症候群，如 Lynch Syndrome 及 Familial Adenomatous Polyposis 的病患，胃癌的罹患率也較高。
6. 惡性貧血。此種病人血清中的某種抗體會作用在胃黏膜上及細胞，使黏膜受

到破壞萎縮，進而增加了癌化的危險性。

7. 部份胃切除術後。曾因消化性潰瘍或其他原因而接受部份胃切除的病人，由於胃部內在環境在手術後起了重大的變化，胃黏膜容易受到逆流至胃的膽汁、胰液、腸液等刺激，在經年累月的慢性刺激下，胃黏膜癌化產生所謂的殘胃癌。一般而言，殘胃癌通常發生在胃部分切除手術十五年後。

8. 胃腺瘤性息肉。胃內常見的增生性息肉通常不會癌化，但腺瘤性息肉癌化的機會就很高。

胃癌的擴散與分期

胃癌是由胃黏膜上皮細胞癌化而來的，隨著腫瘤的擴展，它會逐漸侵入胃壁到達黏膜下層、肌肉層、漿膜層甚至穿透整層胃壁而直接侵入四周的器官及組織。胃癌的擴散方式大致可歸納為四種方式。

1. 經淋巴轉移。癌細胞會侵入淋巴管中，通常先轉移到胃週邊的淋巴結，再到其他腹內淋巴結，厲害的話在左鎖骨上淋巴結亦會有轉移。

2. 經血液轉移。如果癌細胞進入血流，會先循著門脈循環來到肝臟造成肝臟的轉移，其他如肺臟、骨骼、腦部亦是胃癌轉移好發之處。

3. 直接侵犯。如前所言，胃癌可以直接侵犯到周圍臟器，較常見被侵犯的器官包括胰臟、肝臟、橫結腸、脾臟等。

4. 腹膜擴散。癌細胞可以掉離胃本體而在腹腔中他處形成腫瘤，也就是 腹膜播種 (Peritoneal Seeding)。

臨床上胃癌分為四期，分期的主要依據 TNM 三項因素，分別是

Tumor 腫瘤在胃癌侵犯的深淺程度。

Lymph Node 淋巴結轉移的狀態。

Metastasis 有無遠處轉移。

臨床上以上述三項因素為依據來決定病患胃癌的期別。一般而言，癌症的分期可以作為擬定治療方針的參考，更可作為判斷預後的依據。

胃癌的臨床表徵

胃癌的臨床表徵與它的腫瘤位置及侵犯的程度有關。較早期的胃癌很難單從症狀上與胃炎或消化性潰瘍作鑑別診斷，病患可能出現消化不良或上腹脹氣，胃部不適或輕微悶痛、噁心或食慾不振等非特異症狀。隨著癌症侵犯程度的加劇，病人可能進一步出現吞嚥困難、嘔吐、胃痛、血便、體重減輕等較嚴重的情況。並非所有前述的症狀皆與癌症有關，大多數的輕微症狀仍是良性疾病引起的居多，但如果症狀持續存在一段過長的時間，一定要懷疑有無胃癌的可能性。

診斷及術前評估

目前在台灣並無針對胃癌所進行的大規模篩檢計劃。臨床上懷疑胃癌的病人，通常需要先接受胃鏡檢查，如果醫師在胃鏡下發現可疑的病灶，便會對病灶摘取數片小塊組織，並將取得的樣本送病理檢驗，而胃癌的確定診斷通常也就是仰賴胃鏡切片檢查。上消化道 X 光攝影則可從另一不同的角度提供腫瘤位置及侵犯範圍等資料。腹部超音波或電腦斷層掃描，則可用來檢視肝臟是否有癌症轉移、淋巴節是否有腫大、有無其他腹內轉移或鄰近臟器的侵犯。內視鏡超音波是一種附有超音波探頭的胃鏡，它可以判斷胃癌在胃壁侵犯的深淺程度，鄰近的淋巴節有否變大，週邊的臟器組織有否波及，對於胃癌的術前分期有相當的助益。胸部 X 光檢查則可以看是否有肺部轉移。當然，其他的基本實驗室抽血檢查，如血球計數、肝腎功能等，也都是在術前需要充分檢查清楚的。

胃癌的治療

胃癌的治療包括外科手術、化學治療、以及放射線治療三大部分，但現今仍以外科切除手術為主。

如果腫瘤僅侷限於黏膜上皮層且符合某些特定條件，則可嘗試 內視鏡黏膜切除術。一般而言，大部分的胃癌病患需接受傳統的胃切除手術，外科醫師會根據病患的實際情況決定合適的手術方式，最常見的方式有：

1. 次全胃切除 (Subtotal Gastrectomy)

通常適用於較遠端處（即靠十二指腸端）的胃癌，手術時切除包含腫瘤在內的三分之二至四分之三的胃，並以十二指腸或空腸與剩下的胃作吻合，以恢復消化道的連續性。

2. 全胃切除 (Total Gastrectomy)

通常用於較近端處（靠食道端）或廣泛侵犯的胃癌，手術時切除全部的胃，並以空腸與食道作吻合。

如果有鄰近臟器的侵犯且經評估是可切除的，則被侵犯的部分臟器亦需同時切除。此外胃癌手術的另一重點就是"淋巴廓清術"，亦即清除腹內局部區域的淋巴

節，因為淋巴節裏可能會有轉移出來的癌細胞。淋巴廓清術究竟應做到何種程度，目前仍有爭議，一般較備廣泛接受的是做到所謂的"第二級廓清"即可。

外科手術後，醫師會根據病患的個別情況諸如年齡、健康狀態、癌症期別、術中有無肉眼可見的殘留組織、胃切除邊緣是否有腫瘤侵犯、有無遠處轉移等因素，決定是否需要進一步給予化學治療或放射治療。當然，詳細的治療內容還是必須與您的醫師作進一步的討論。

術後追縱及預後

胃癌病患接受胃切除手術後，除了飲食習慣的調整外，更重要的就是定期的門診追縱，醫師可以定期的檢視您的身體，並藉由抽血、X光、胃鏡等檢查來持續監測您的健康，並偵測是否有癌症復發的情況。

胃癌病患的預後與其期別有密切的關聯，根據日本胃癌學會近年的資料顯示，經過適當的治療，第一期胃癌病患的五年存活率高達 90% (IA: 93%, IB: 87%)，第二期則降低為 68%，第三期則又更低 (IIIA: 50%, IIIB: 31%)，第四期更只有 17%。因此，唯有提高警覺，早期發現早期治療，才能有根除胃癌而長期存活的机会。