

# 胃癌防治～胃腸科醫師的叮嚀

◎林口長庚胃腸科主治醫師 陳邦基

## 胃癌 世界排名第二的癌症死因

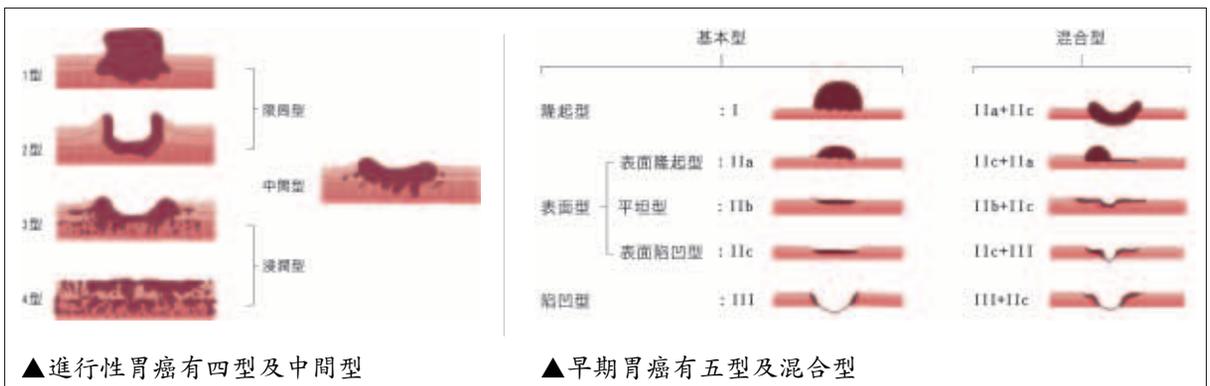
近年來媒體連番報導，台塑長媳陳靜文（2007）不幸因胃癌過世，藝人甄珍（2009）、徐華鳳（2008）胃癌手術成功，旅日棒球名人王貞治（2006）亦曾因胃癌二度手術。胃癌因而再度受到國人重視。

胃癌是世界排名第二的癌症死因，次於肺癌，也是世界排名第四的好發癌症，次於肺、乳、大腸癌。西元2009年在台灣十大癌症死因排名第五，次於肝、肺、大腸及乳癌。近年來雖有下降的趨勢，但以全球來看，台灣仍屬高盛行區，每年死亡人數也無明顯的下降。因此，胃癌在台灣仍然是一種不可輕忽的胃腸道癌症，國人必須慎重的來面對！

## 胃癌的兩大風險因素為環境及遺傳

胃癌9成以上都屬腺癌。1965年Lauren依組織型態不同，將其分為瀰漫型及腸型。前者常無前驅病灶、組織分化不良、預後差，多見於女性及年輕人。後者則與環境及飲食關係較大，常有前驅病灶，多見於男性及年紀大者，是胃癌流行地區之主要型態，與幽門桿菌感染有密切關係。

由於胃癌是由多種因子，經多重步驟而產生的，因此能做到「早期發現、早期治療」誠屬不易，要做到「預防勝於治療」更是困難。但若可從以往經驗研究找出可能相關危險因子來加以防範，多少也可以減少一些憾事的產生。目前環境及遺傳是較受到重視的兩大風險





因素。

#### \* 環境因素

##### 一、幽門螺旋桿菌：

幽門桿菌會引起慢性活動性胃炎，導致慢性萎縮性胃炎，腸上皮化生、細胞分化不良，最後產生胃癌。1994年世界衛生組織（WHO）將幽門桿菌列為胃癌之第一級致癌因子。一般而言，感染者會增加2~6倍罹癌的危險性，但在台灣因成年人約有5成的感染率，因此其角色較不易確認。總體而言，感染者有1~2%致癌的機率。

##### 二、飲食：

二次世界大戰後，冰箱普及，已開發國家之胃癌呈下降趨勢，歸功於食物保存方式之改善，少吃高鹽、醃漬食物，新鮮蔬果含抗氧化之維他命C，其他如胡蘿蔔素、維他命A、E、鈣、硒、魚肉、綠茶、烏龍茶等對胃癌的預防有正面的功用。而油炸、燒烤、煙燻、高脂、紅肉、發酵豆類、加工食品則有負面影響。食物中的硝酸鹽，經高溫作用後在胃內起化學作用成亞硝酸鹽，與胺類形成致癌物亞硝酸胺。抽菸及喝酒也不好。若長期服用阿斯匹林或非類固醇抗炎藥COX-2抑制劑，理論上有化學預防作用，但對胃黏膜也有引起潰瘍及出血的不利作用。

#### \* 遺傳因素

一等親有胃癌者，胃癌機率會增加2~3倍。尤其是年紀輕、瀰漫型胃癌。法國拿破崙家族是有名的例子。拿破崙（享年52歲）、父親（39歲）、祖父（40歲）、兄弟一人、姊妹三人、一家人皆罹胃癌。由於先天基因結構有缺陷，腫瘤抑制基因被壓抑或不活化，加上腫瘤生長基因被激發以致長癌。在一些多發性息肉症候群病人，胃癌的機率亦較高。血型A型的人也可能有正相關

性。

除了上述兩大風險因子外，一些所謂的「前癌病變」之前驅病灶也要小心追蹤，如：

1. 慢性萎縮性胃炎：胃酸過低、細菌增生、致癌物增加、胃泌激素過高，常合併惡性貧血。
2. 腸上皮化生：分化不完整之亞型，5年內幾近一半致癌。
3. 胃黏膜發育不良：高度分化不良者，兩年內有80%的致癌率，可以視同癌症處理。
4. 胃息肉：腺瘤性息肉大於2公分，合併幽門桿菌感染時，危險性高。
5. 有家族性多發腺瘤性息肉症者，為高危險群。
6. 胃潰瘍合併幽門桿菌感染9年以上時，危險較高。
7. 手術切除之胃（殘胃），次全胃切除以胃空腸吻合者，10年後得殘胃癌之機率增加。

### 胃癌早期較無症狀難以被發現

由於胃癌在早期不一定有症狀，即使有也是非特異性的，因此大部分（80%）要到晚期出現症狀就醫時才被診斷出來。臨床症狀以出現頻率來說，上腹痛有80~90%，而食慾不振、體重減輕、嘔吐、解黑便約占50~60%，貧血或腹部摸到腫塊比例不到10%，症狀因類似胃炎、潰瘍或膽道疾病，可用藥物改善，以致延誤早期診斷時機。也可能出現上腹不適、腹脹、消化不良、疲倦、黃疸、腹水等不一而足。病灶如近賁門，易有吞嚥困難。如在幽門合併阻塞，會有嘔吐、脹氣、體重下降。如合併出血，則有黑便、血便、吐血、貧血。癌細胞可能轉移到左鎖骨上端淋巴結，肝、肺、卵巢、骨盆腔、直腸，甚至肚臍周

圍，腦部及骨骼。胃癌的蔓延轉移，除直接侵入鄰近器官如食道、十二指腸、左肝、脾、胰、橫結腸、腹壁等，也會經淋巴或血液轉移到較遠處。如有遠處轉移或腹部摸到腫塊，多已是較末期了。

### 胃癌的診斷方法

上消化道內視鏡（俗稱胃鏡）及 X 光鋇餐造影檢查是診斷胃癌的兩大利器。尤其是胃鏡檢查加上生檢切片的細胞病理組織檢查，有 95% 以上的確診率（一次取 6 個標本送檢）。而上消化道 X 光造影也有很好的參考價值，可同時觀察鄰近器官的相關變化。但不能切片，且對早期癌不易診斷是其缺點。其他如超音波、內視鏡超音波、電腦斷層、磁振造影、核醫掃描、正子掃描，則各有其輔助診斷轉移範圍的角色。至於檢測胃蛋白酶原、胃酸值、胃泌激素、癌胚抗原（CEA）及其他腫瘤標記如 CA19-9、CA72-4、GroES 抗體及肝功能，血紅素等其參考價值則視情況而定。

### 胃癌的治療方法

胃癌的治療以手術切除病灶為主，依腫瘤侵犯深度的不同，其術後 5 年存活率若早期癌則高於 90%，進行癌則低於 20%。可惜在台灣早期癌所佔比例不到 20%（日本有 50%）。早期癌指癌細胞局限於黏膜層或黏膜下層（較表淺的上兩層）。早期癌可以利用內視鏡將病灶切除，不必開腹，傷口復原快，稱為「內視鏡黏膜下切除術」（ESD）。進行癌依部位所在，可實施胃次全（3 分之 2）切除術，或胃全切除術。不能根治切除時，可做姑息（緩解）性手術，以改善症狀及生活品質，再併用化學療法或基因標靶治療（如賀癌平 Herceptin），部分病人也有不錯的療效。至於免

疫、放射或另類療法，效果較不確定。有報導指出近年國衛院代號 DBPR104 的化療藥物對胃癌在動物試驗有 84% 的療效。已經美國 FDA 通過，將進行第一期人體試驗。此由台灣自行研發的藥物，頗令人期待。

### 定期健康檢查 遠離危險因子

要早期診斷胃癌，唯有依靠胃鏡檢查（定期健檢），有時早期找到的胃癌，也未必是早期癌（還好此種情況很少見）。在高危險地區，如日本，60 年代以來就有「胃癌大量篩檢」的政策，確實可以找到一些早期癌，但花費的人力、物力也很可觀。在低危險地區，如歐美，例行性的大量篩檢並不適宜，單對高危險群來做檢查較合理。而在台灣可對 40 歲以上的中年族群，先檢測幽門桿菌，配合臨床症狀來決定是否作胃鏡檢查較為可行。如能兩年一次胃鏡檢查，更能發揮較大的功效。某些益生菌、乳酸菌有抑制幽門桿菌的作用，長期服用可以降低幽門桿菌對胃黏膜的破壞。不過最重要的還是要趨吉避凶，將有可能危害胃黏膜的危險因子降到最低程度才是上策。先排除有無幽門桿菌感染，加以處理，再加上日常生活飲食的調適，就可踏上成功的第一步。◊



▲胃鏡檢查是診斷胃癌的最佳利器

