

# 胃癌診治共識



國家衛生研究院

National Health Research Institutes (NHRI)

癌症研究組

Division of Cancer Research

臺灣癌症臨床研究合作組織

Taiwan Cooperative Oncology Group (TCOG)

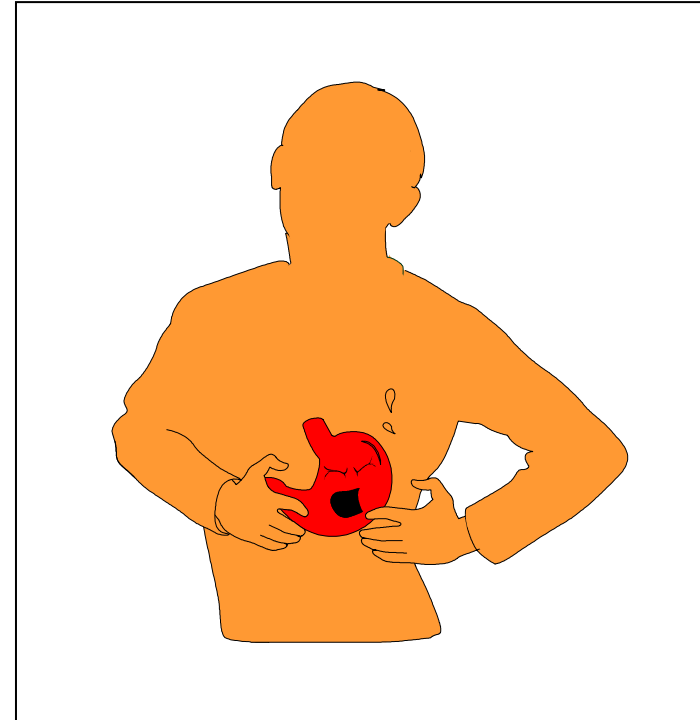
11529 臺北市南港區研究院路二段 128 號

No. 128, Yen-Chiu-Yuan Road, Sec. 2,

NanKang, Taipei 11529, Taiwan, R.O.C.

TEL : 886-2-26534401 FAX : 886-2-27823755

國家衛生研究院網址 : <http://www.nhri.org.tw>



國家衛生研究院

癌症研究組



臺灣癌症臨床研究合作組織 印行

中華民國八十八年六月出版

本共識手冊內所提之各種治療意見，為原則性之建議，希望能為癌症患者及其家屬提供一個正確的指引。然而，醫藥科技持續在進步，每位患者的病情亦不盡相同；醫師應就病人之病情做個別的考量，病人和家屬亦應與醫師溝通討論，以決定最適當之治療方式。



# 癌症治療共識建立之源由

# 目 錄

自 1982 年起，癌症已成為國內十大死因排名的第一位，每年罹患癌症人數已突破三萬人，可說是國人健康的最大威脅。但是癌症之治療，在各醫學中心間或同一醫學中心內不同醫師間，有時也會有不同的作法，如此常對患者或家屬帶來困擾，甚至影響癌症治療之進行。

有鑑於此，國家衛生研究院癌症研究組『臺灣癌症臨床研究合作組織』，集合臺灣 22 家以上重要醫學中心及區域醫院，並網羅癌症相關領域專家，依據臺灣目前重要癌症成立不同的疾病委員會，經由不斷的開會、討論及溝通，並藉助國外及國內專家的經驗累積，對癌症診斷、手術方式、分期標準、放射與化學治療的適用性等，凝聚出治療共識。這些共識可為患者及其家屬提供一個正確的指引，並規範醫師治療的方向，不啻是醫界摒棄成見、尋求共識、走向合作的開始。我們不希望臺灣癌症病人在罹患癌症後，盲目信從非正統、不正確的治療方式；有了正確的治療共識，即可讓病患及其家屬有所遵循。

集合醫學界基礎及臨床方面專家的力量，來提昇臺灣本土臨床醫學的水準，是國家衛生研究院一向努力的目標，此次發佈癌症醫療標準的治療共識，對國內之臨床治療，可說影響深遠。我們將秉持此一精神，次第將臺灣常見之癌症，訂定出治療共識。此外，所有的共識皆會刊載於國家衛生研究院之網頁上 (<http://www.nhri.org.tw>)，單行本亦會出刊，提供民眾索取。

藉此，我要對所有參與草擬共識的醫師及專家學者們表達由衷的謝意。他們在百忙之中南北奔波，只求對臺灣癌症尋求最佳的治療共識，其參與之熱忱和苦幹的精神，實在令人敬佩。

國家衛生研究院 院長

吳成文

一、簡介 .....	1
二、臨床表現與診斷 .....	3
三、胃癌之臨床與病理分類 .....	4
四、擴散途徑 .....	6
五、臨床病理分期 .....	8
六、治療 .....	10
七、預後 .....	14
胃癌研究委員會名單 .....	15
參與討論之學會名單 .....	18

## 胃癌診治共識

### 一、簡介

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 胡蘿蔔素的食物得胃癌的危險性較低。

## 二、臨床表現與診斷

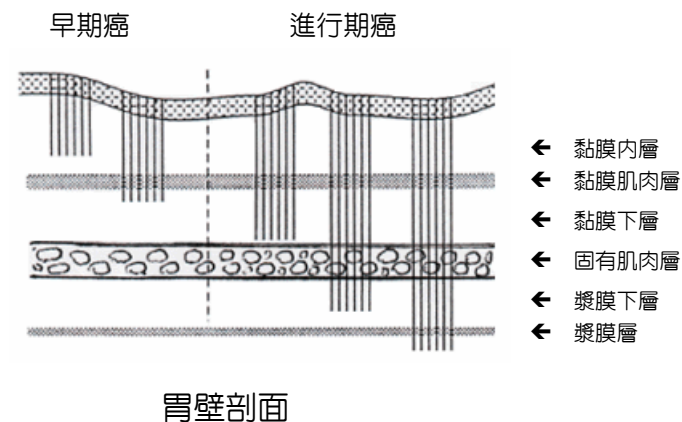
由於胃癌病人沒有特定的臨床症狀，因此大部份病人被診斷出來時，已是晚期胃癌了。有些病人的症狀類似消化性潰瘍，所呈現的上腹疼痛可被一般抗潰瘍用藥緩解，以致延遲早期診斷出胃癌。病人可能有體重減輕、食慾不振、疲倦、上腹部不舒服，嚴重時可合併發生腹水，但這些無一為胃癌特定症狀。有些病人的病徵與病灶的位置有關。如吞嚥困難，其病灶可能在賁門蔓延至食道胃交接處。病人如有持續性嘔吐，病灶可能在胃竇而引起幽門阻塞。解黑便或血便也是重要症狀。肛門指診或婦科指診，有時可摸到很大的卵巢轉移腫瘤或骨盆腔有大量癌細胞播種，這類情況亦可能導致直腸阻塞。肝臟腫大時，可能表示肝臟已有轉移。胃癌細胞也可經由淋巴系統轉移至淺表淋巴腺，尤其是左鎖骨上淋巴腺。

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%。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。大多數惡性潰瘍排列不整齊、疏鬆、色澤蒼白及潰瘍邊緣境界不明確。手術前得到病理診斷非常重要，必要時需要重覆胃內視鏡切片檢查，以便儘可能先獲得病理診斷的證實。上消化道 X 光攝影較內視鏡能看到胃整體的結構，可以確定病灶的位置、型態、浸潤的範圍，有助於手術前評估胃的切除範圍 (部份胃切除或全胃切除)。

## 三、胃癌之臨床與病理分類

胃腺癌侵犯之深度與淋巴腺轉移的機會與病人的預後關係密切。所以要仔細觀察，依其浸潤深度可分為：

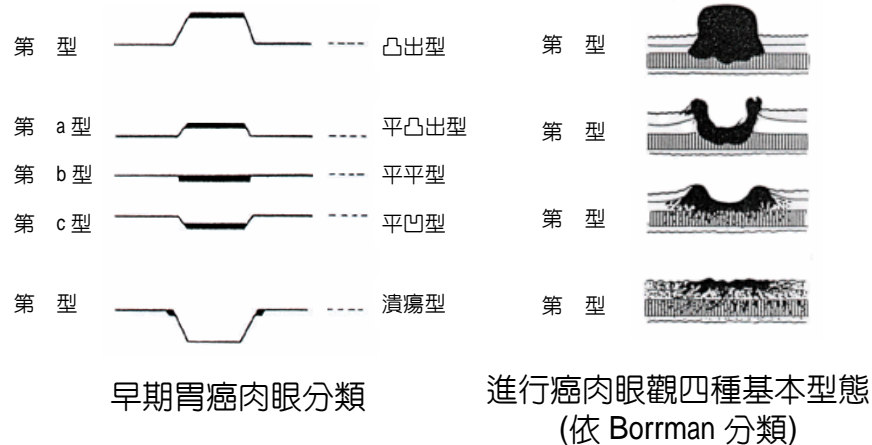
黏膜內層	intramucosal	(im)
黏膜肌肉層	muscularis mucosae	(mm)
黏膜下層	submucosa	(sm)
固有肌肉層	muscular propria	(mp)
漿膜下層	subserosa	(ss)
漿膜層	serosa exposure	(se)



胃壁剖面

臨床上依據腫瘤之侵犯深度，而分為進行癌 (advanced cancer) 和早期癌 (early cancer)。早期癌因僅侵犯胃壁之黏膜層 (mucosa) 或黏膜下層 (submucosa)，又可稱為表淺型。進行癌依 1926 年德國病理醫師 Borrmann 將肉眼觀的形態分為四種基本類型：第一型是息肉型或凸出型；第二型是

周圍具有隆起邊緣的潰瘍稱為凹陷型；第 Ⅱ型是潰瘍且其邊緣已有浸潤者；第 Ⅲ型是廣泛性浸潤型，無明顯界限，向胃腔內凸出不明顯，黏膜可有潰瘍，胃壁增厚變硬，若擴及全胃時稱皮革胃（革袋狀胃癌）。早期胃癌根據日本內視鏡學會的分類標準，可分為三個基本型：第 Ⅰ型是指凸出型，具有表淺性明顯的隆起。第 Ⅰ型又分為 a、b 及 c 三種亞型，a 即平凸型，意思是說只有些微的隆起者；b 是平平型，無任何隆起或陷凹；c 是平凹型，即略有凹陷者。第 Ⅱ型是潰瘍型，但癌細胞僅侷限於潰瘍周邊黏膜。



#### 四、擴散途徑

胃癌細胞經由黏膜下層內循淋巴管道順胃長軸方向擴散。胃癌細胞可經由每一層直接浸潤食道，但主要是經由黏膜下層淋巴管。由於胃賁門處的淋巴管和食道的淋巴管相通，因此胃癌擴展至食道下部的情況並非少見，尤其是賁門癌和革袋狀胃癌常會發生食道的蔓延。向遠端擴展主要是經由肌肉層直接浸潤或經由漿膜下層淋巴管方能越過幽門環進入十二指腸。胃癌蔓延至十二指腸的病例少見，而且大多不超過幽門以下兩公分之內的範圍。癌細胞垂直向深層浸潤可穿透固有肌肉層至漿膜層。穿透漿膜後可直接侵入鄰近器官組織如大小網膜、橫結腸、胰臟、腹壁、左葉肝臟及脾臟等。

癌細胞穿透漿膜後，游離之癌細胞可脫落至腹腔內而造成腹膜或其他內臟表面之播種性轉移。在女性尚可轉移入卵巢，往往為雙側性，稱為 Krukenberg 氏瘤（亦有認為可經淋巴轉移至卵巢）。經由門脈或全身性的血行性轉移最常見於肝臟，也可轉移至其他器官如肺、骨、腦。

因為胃具有豐富的淋巴引流系統，淋巴轉移因而成為胃癌最主要的轉移形式。轉移的頻率和癌細胞浸潤胃壁的深度成正相關的關係，由內而外淋巴腺轉移率在黏膜內癌有 3~5%，黏膜下層有 15~20%，固有肌肉層為 40~41%，漿膜下層為 60~72%，穿透漿膜後為 75~78%。淋巴腺轉移的部位和程度與胃癌的部位、大小及組織學類別都有關

係。胃壁外淋巴腺轉移的規則通常是從鄰近原發病灶開始，沿局部動脈伴行的淋巴系統向四周擴散，最後匯集至腹主動脈周圍。淋巴腺轉移率由近至遠依次遞減。此外也可轉移至遠處淋巴組織，例如循胸管至左鎖骨上淋巴腺，或至左腋下淋巴腺。

## 五、臨床病理分期

TNM 分期系統為國際間普遍接受的分期系統。T 代表癌細胞浸潤胃壁的深度，分為 4 期 (T1 ~ 4)；N 代表淋巴腺轉移之有無及其轉移個數；M 代表遠處轉移。

### TNM 胃癌分期 (1997 年版)

#### 原發病灶 (T)

Tx 原發病灶無法評估。

T0 無原發病灶。

Tis 原位癌。黏膜內腫瘤並未浸潤至黏膜肌層。

T1 腫瘤浸潤至黏膜肌層或黏膜下層。

T2 腫瘤浸潤至固有肌肉層或漿膜下層。

T3 腫瘤穿透漿膜 (即內臟上腹膜) 但並未浸潤附近器官 (脾臟、橫結腸、肝臟、橫膈膜、胰臟、腹壁、腎上腺、腎臟、小腸和後腹腔)。

T4 腫瘤浸潤鄰近器官。

\* 經由胃壁內直接侵入十二指腸或食道，其深度之判定應選定其中最深一處 (包括胃) 為基準。

#### 局部淋巴結 (N)

局部性淋巴結是指胃大彎及小彎、左胃動脈、總肝動脈、肝-十二指腸韌帶、脾動脈及腹腔動脈之淋巴結。

Nx 無法評估區域內淋巴結轉移狀況。

N0 無區域淋巴結轉移。

- N1 1 ~ 6 個淋巴結轉移。
- N2 7 ~ 15 個淋巴結轉移。
- N3 超過 15 個淋巴結轉移。

#### 遠處轉移 (M)

- Mx 無法評估有無遠處轉移。
- M0 無遠處轉移。
- M1 包括腹腔內遠處淋巴結 (如後胰臟、腸系膜及主動脈旁淋巴結) 及其他遠處轉移。

#### 分期

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage A	T1	N0	M0
Stage B	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stage	T1	N2	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stage A	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
Stage B	T3	N2	M0
Stage	T4	N1, N2, N3	M0
	T1, T2, T3	N3	M0
	Any T	Any N	M1

## 六、治療

### 1. 手術治療

胃癌的治療以外科手術為主。切除之範圍根據腫瘤發生之位置、大小、肉眼觀型態及為達到切斷端無殘留癌細胞之目的，外科醫師可採行全胃切除配合食道-空腸吻合或部分胃切除 (約切除 75%~80%之胃部)，配合殘胃十二指腸或空腸吻合的重建手術，維持腸道之暢通和病人術後進食之能力。但有關根治的手術方法，數十年來一直有爭議，主要在於手術範圍的大小。日本學者主張淋巴腺廣泛廓清手術，認為效果良好，然而此項手術所引發的爭論不少，仍有待前瞻隨機性臨床試驗評估其價值。此項手術費時、併發症多、住院日數長。傳統歐美手術除切除胃並加上大網膜切除，因而緊貼胃組織的周邊淋巴腺，會一併被切除。

對於不能作根治切除的病例，得儘量爭取姑息性切除，對緩解症狀、減少併發症、延長生命均有好處。此外，癌病灶若有大量出血時，作姑息性切除亦可免除病人因出血休克致死。

下列情況，得不考慮作胃切除之姑息手術：(1) 多處腹腔轉移；(2) 兩側肝臟多處轉移；(3) 兩側肝臟及腹腔皆有轉移。此類病例之術式選擇，主要考慮改進生活品質。最有效的是針對癌病灶引起的狹窄所作的繞道手術。在腹



膜播種及肝臟轉移等多項其他因素同時存在時，不考慮作此術式。病人的全身狀態及年齡也是考慮的因素。對於賁門癌引起的狹窄，可作胃造瘻術。廣範圍胃下部癌阻塞且繞道手術不克繞行時，可作空腸造瘻術。以上造瘻術可供給給給；但在有腹水時，不給作造瘻術。

## 2. 胃內視鏡之切除治療

最近學者報告，對於少數特殊型態之早期胃癌，若評估其淋巴腺轉移的可能性很小時，可以進行胃內視鏡高頻率電刀切除。在胃內視鏡下將 3.7% 鹽水或 50% 葡萄糖注入病灶黏膜下，使之隆起，用圈套器套住病灶以高頻電刀切除。切下的標本，進行病理檢查，判定有無脈管侵犯。如果用微波凝固、激化氯化或碳化只能達到去除病灶的目的，不能取得完整標本。近來內視鏡超音波之應用可更準確的評估胃鄰近淋巴腺是否有腫大，能更進一步提高胃內視鏡切除治療之安全性。唯其治療的結果仍待與傳統開腹手術比較評估。

## 3. 抗癌化學療法

對於進行期胃癌的化學療法，單藥物和合併多種藥物治療都曾被廣泛地試驗。胃癌是對化學療法呈中度反應的癌症，單種藥物抗癌藥物，例如 5-FU、trimetrexate、mitomycin C、hydroxyurea、adriamycin、epirubicin 和 carmustine (BCNU) 都有 18~30% 的部份反應率。雖然合併

使用這些藥物或加上對其他癌症有效的抗癌藥物如 VP-16、cisplatin 等，在無法手術切除或術後復發的胃癌，約可獲得 40~70% 的腫瘤緩解率（可測量的腫瘤總和面積經治療後縮小超過百分之五十且維持一個月以上稱之為緩解），且大多數患者胃癌相關症狀亦可獲得有效之改善。根據國內外數篇近來隨機分組第三期臨床試驗顯示，化學治療能有意義的延長轉移性及復發性胃癌之存活期（未接受治療者中僅存活期為 3~4 個月，而接受治療者為 8~10 個月）。

## 4. 化學輔助療法

由於合併多劑處方對部分晚期胃癌有不錯的治療效果，激發了學者對於胃癌術後輔助療法的興趣。手術後輔助性化學治療之目的在於延遲或減少手術後腫瘤的復發，希望進而達到延長病人之無病存活期（disease-free survival），甚至存活期（overall survival）。輔助性化學治療一般使用於高復發率之危險群，如大腸癌通常使用於有淋巴腺轉移之病例：5-Fu/leucovorin 或 5-Fu/levamisole 之輔助性化療，可降低近 1/3 之復發率，並提高近 1/3 之五年存活期。至於胃癌輔助性化療成效之報告結果較不一致。有些認為可有效延長病患之無病存活期與存活期，有些則認為毫無助益。因而，截至目前輔助性化療仍不能作為胃癌術後之標準治療。至於輔助性化療在胃癌術後治療之定位，則仍有待大型隨機分組之第三期臨床試驗檢驗。

## 5. 放射療法

胃腺癌為對放射線呈中等敏感的惡性腫瘤，加上胃正常黏膜及鄰近器官（脊椎、腎臟、小腸和肝臟）對放射線相對敏感，所以放射治療並不作為單獨的治療方式。如果以化學藥物作全身治療及當作放射增敏劑再加上放射治療，對不能切除的胃腺癌可能有些療效。對於具高復發率危險的胃癌病患，手術後輔助性的放射治療併用化學治療對於局部復發率的降低及存活期的延長亦可能有所幫助，但合適的放射治療劑量，所併用的化學治療藥物及適應症的條件仍有待確定。若癌細胞擴散至脊髓、骨骼、腦或其它部位造成症狀時，緩解性放射治療能減輕症狀、提高生活品質。

## 6. 免疫治療

和其他癌症病人一樣，胃癌病人的細胞性及體液性免疫力減退。細菌粹取物在日本、韓國廣為用來與化學藥物治療合併使用以治療轉移性胃癌或當作術後之輔助性治療，然其確切療效，仍有待進一步證實。胃癌免疫治療法的開拓仍有待大家的努力。

## 七、預後

胃癌的治療成績近年來已有進步，早期胃癌治療成績相當理想，唯進行期胃癌仍未臻理想。五年存活率：Stage A 為 97.6%、Stage B 為 94.9%、Stage C 為 70.4%、Stage D 為 56.7%、Stage E 為 31.9%、Stage F 為 6.5%。至於廣泛性淋巴廓清切除手術是否扮演重要角色？已如前述仍有待前瞻性隨機性臨床試驗來判斷。影響胃癌預後最明顯的因素為癌細胞浸潤胃壁深度及淋巴腺轉移。

## 胃癌研究委員會名單

醫 院	科 別	姓 名
台北榮總	一般外科	吳秋文醫師 (主 委)
台北榮總	一般外科	羅世薰醫師 (總幹事)
三軍總醫院	一般外科	劉耀基醫師
三軍總醫院	病 理 科	韓鴻志醫師
仁愛醫院	消化系外科	李孟達醫師
仁愛醫院	病 理 科	繞麗順醫師
仁愛醫院	內 科	黃明哲醫師
台大醫院	外 科	林明燦醫師
台大醫院	病 理 部	孫家棟醫師
台大醫院	腫瘤醫學部	葉坤輝醫師
台大醫院	內 科 部	鄭安理醫師
台北病理中心	病 理 科	柯賢忠醫師
台北榮總	腫瘤內科	王緯書醫師
台北榮總	病 理 科	李芬瑤醫師
台北榮總	癌病中心	季匡華醫師
台北榮總	癌病中心	趙 毅醫師
台北榮總	細胞病理科	蔡世豪醫師
北醫醫院	病 理 科	方嘉郎醫師
北醫醫院	腸 胃 科	潘 憲醫師

醫 院	科 別	姓 名
恩主公醫院	外 科	李威傑醫師
振興醫院	腫瘤外科	常傳訓醫師
振興醫院	腸 胃 科	葉 淳醫師
振興醫院	病 理 科	鍾明燈醫師
馬偕醫院	腸胃內科	王蒼恩醫師
馬偕醫院	病 理 科	張國明醫師
馬偕醫院	一般外科	劉建良醫師
國泰醫院	病 理 科	黃世鴻醫師
國泰醫院	外 科	賴慶元醫師
萬芳醫院	外 科 部	謝茂志醫師
林口長庚	一般外科	王嘉修醫師
林口長庚	腸 胃 科	陳邦基醫師
林口長庚	病 理 科	陳澤卿醫師
林口長庚	放射腫瘤科	曾雁明醫師
慈濟醫院	病 理 科	鄭建睿醫師
台中榮總	一般外科	吳誠中醫師
台中榮總	放射腫瘤科	林進清醫師
台中榮總	病 理 部	陳榮達醫師
台中榮總	放射線部	黃振義醫師
台中榮總	外 科	葉大成醫師

醫 院	科 別	姓 名
彰基醫院	一般外科	張宏基醫師
成大醫院	外 科	沈延盛醫師
成大醫院	解剖病理科	簡崇和醫師
高雄榮總	一般外科	周楠華醫師
高雄榮總	外 科	莫景棠醫師
高雄榮總	外 科	陳以書醫師
高雄榮總	病理檢驗部	曾暉華醫師
高醫醫院	放 射 科	王建國醫師
高醫醫院	腫 瘤 科	詹昌明醫師
高醫醫院	病 理 科	劉景勳醫師
高醫醫院	病 理 科	蔡志仁醫師
高醫醫院	外 科	謝建勳醫師
國家衛生研究院	癌 症 組	陳立宗醫師

國家衛生研究院	癌 症 組	彭汪嘉康醫師
國家衛生研究院	TCOG	賴基銘醫師
國家衛生研究院	TCOG	劉滄梧醫師
國家衛生研究院	生 統 組	熊 昭主任
國家衛生研究院	生 統 組	劉仁沛教授

## 參與討論之學會名單

中華民國外科醫學會  
 中華民國消化外科醫學會  
 中華民國消化系醫學會  
 中華民國病理學會  
 中華民國臨床腫瘤醫學會  
 中華民國癌症醫學會  
 中華放射腫瘤學會