

胃癌的诊断与治疗（一）

主 持 人：王金万 主任医师，教授，硕士生导师
研究方向：实体瘤化疗与生物治疗，新药临床试验

人员组成：冯 强 主治医师
研究方向：肿瘤外科治疗

郑朝旭 主治医师
研究方向：肿瘤外科治疗

郝学志 主治医师
研究方向：实体瘤化疗与生物治疗，新药临床试验

黄宝星 副主任医师
研究方向：医疗行政管理及肿瘤的姑息治疗

王 竞 主治医师，硕士
研究方向：实体瘤化疗与生物治疗，新药临床试验

崔成旭 副主任医师
研究方向：实体瘤化疗与生物治疗，新药临床试验

宋永文 副主任医师
研究方向：肿瘤放射治疗

杨 林 主治医师，硕士
研究方向：实体瘤化疗与生物治疗，新药临床试验

胃癌的首诊症状及诊断

冯 强 袁兴华

【摘要】 胃癌的临床表现常缺乏特异性，易导致误诊或漏诊。本文对胃癌患者就诊时常见的主诉症状加以分析，从病史采集、体格检查，其他辅助检查等方面阐述胃癌诊断的基本步骤，并要求基层医师树立肿瘤意识，尤其要重视胃癌患病高危人群的检查工作。

【关键词】 胃肿瘤 症状 诊断
【中图分类号】 R 735.2 【文献标识码】 A

【Abstract】 The clinical symptoms of stomach cancer are often non-specific and make its diagnosis wrong or missed. The paper tries to analyze the common symptoms of the stomach cancer patients at presentation. The discussions focus on the history taking, physical examination and other diagnostic procedures to illustrate the basic diagnostic steps of the stomach cancer. The grass-root physicians are advised to maintain the tumor concept and especially to pay more attention to administrating checkups in high-risk populations of stomach cancer.

【Key word】 Stomach neoplasms Symptoms Diagnosis

胃癌患者就诊时，其主诉、症状常无特异性，易与其他消化道疾病混淆，而处于不同年龄阶段及不同病期的胃癌患者，其临床症状又略有不同。如何根据就诊时的主诉、体格检查及相关辅助检查及早诊断胃癌，是提高患者治愈率、改善预后的关键。

- 1 首诊症状
- 1.1 上腹痛 是胃癌最常见的症状。初起时仅感上腹胀、沉重感，常被认为是胃炎、溃疡病等，给予相应治疗后可暂缓解，但短期内又重复发作。如疾病进一步发展，症状将加重，疼痛发作频繁并可向腰背部放射，此时已是疾病的中晚期表现。
- 1.2 食欲减退、消瘦、乏力 这是另一组常见而又不特异的症状，但有时可作为胃癌的首发症状。本组症状可能为疾病消耗出现恶病质，亦可能为进食后腹胀不适而自动限食所致。
- 1.3 恶心、呕吐 早期可能仅表现为进食后饱胀或轻度恶心感，此症状常是因肿瘤引起梗阻或胃功能紊乱所致。
- 1.4 出血和黑便 为溃疡形成、肿瘤侵蚀黏膜下血管所致，可在病变早期出现，约 20% 的早期胃癌患者出现此症状。
- 1.5 其他症状 贲门部肿瘤早期可有进食不顺利感，进而发展为吞咽困难及食物反流。胃癌引起急性穿孔则有全腹疼痛及腹膜炎的症状。部分患者可出现腹泻、便秘及下腹不适，也可有发热等。

- 2 诊断步骤
- 2.1 病史采集 由于胃癌患者的就诊症状常无特异性，因此，尽可能详细采集病史则显得极为重要。
- 2.1.1 腹部疼痛 胃癌的典型胃痛表现为疼痛无节律性，进食不能缓解，但病变初起时仅感上腹不适，被当作胃炎或溃疡病给予相应治疗后，症状可暂时缓解，如症状缓解后，短期内又有发作，就要予以注意，不要一味等待出现上述典型的疼痛

症状才考虑胃癌的可能；胸骨后或心前区的疼痛提示贲门或是食管胃连接部位的肿瘤；疼痛日渐加重且变为持续性，常提示病变侵及胃壁全层，且多见于溃疡性癌；胃癌侵及胰腺时，疼痛剧烈且向背部放射；全腹痛或腹膜炎症状常提示肿瘤引起胃穿孔。

2.1.2 胃功能紊乱 出现进食哽咽或吞咽困难表明肿瘤多位于贲门周围；呕吐物为隔夜宿食，有腐烂臭味，提示胃窦部肿瘤伴幽门梗阻；呕出咖啡样液及排出柏油样便，表明癌肿破溃或侵及血管引起出血，凡无胃病史的老年患者一旦出现黑便必须警惕胃癌的可能。

2.1.3 全身情况 食欲减退、消瘦、乏力，当与胃痛症状同时出现又能排除肝炎时，应想到胃癌的可能。部分患者可有低热、贫血等表现，都应予以重视。

2.2 体格检查 体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征是常规检查，此外，要重点检查以下几个方面。

2.2.1 皮肤与黏膜 皮肤、睑结膜苍白，提示可能为肿瘤出血导致的贫血表现；肿瘤累及肝门则可引起皮肤、巩膜黄染。

2.2.2 浅表淋巴结 左锁骨上淋巴结肿大，提示肿瘤已通过胸导管发生远处转移；少数患者可有左腋下淋巴结转移。

2.2.3 腹部检查 上腹部见扩张之胃型，并可闻及震水声，提示肿瘤已导致幽门梗阻；位于幽门和胃体前壁较大的肿瘤可在上腹部扪及包块；女性患者在中下腹扪及可推动的肿块，常提示为 Krukenberg 瘤可能；肿瘤还可经肝圆韧带转移至脐周，形成脐周包块；膜转移时可出现腹水；癌穿孔则出现全腹压痛及腹膜炎症状。

2.2.4 肛诊 晚期胃癌有盆腔种植时，直肠指检于膀胱（子宫）直肠窝内可扪及结节。

2.2.5 其他 小肠或系膜转移使肠腔缩窄可导致部分或完全性肠梗阻；肿瘤侵及结肠时可形成胃结肠瘘，此时患者口腔可有粪臭味，大便内可有未消化的食物等。

2.3 实验室检查

2.3.1 常规检查 血常规、便常规，了解患者是否有贫血或消化道出血的表现。

2.3.2 生化免疫检测 癌胚抗原（CEA）、组织多肽抗原（TPA）、CA₁₉₋₉、CA₇₄₋₂等，在胃肠道肿瘤中可有升高，但缺乏特异性，只能作为辅助诊断的依据。

2.4 影像学检查

2.4.1 X线胃双重对比造影 能清楚地显示胃黏膜的细微结构，对胃癌的诊断，特别是胃癌的早期诊断有独特的效果。可见表面不光滑、边缘清晰的充盈缺损或边缘不规则但较浅（深2~3 mm）的龛影，龛影底部呈结节状，周围黏膜集中，或仅表现为胃小区融合。

2.4.2 CT检查 胃癌的主要CT征象为胃壁增厚、肿块和局部胃壁的异常强化等。CT检查，特别是螺旋CT对胃癌的定

位、定性、大体分型、肌层和浆膜受累情况、邻近器官（胰、肝）的侵犯或淋巴结转移等，均能提供有价值的信息^[1]。

2.4.3 B超和MRI检查 对判断进展期胃癌和临床分期有一定作用，但对胃癌检查和诊断其临床价值有限。

2.5 内镜检查

2.5.1 肉眼观察 早期胃癌可表现为局部隆起性病变、黏膜凹陷糜烂或仅表现为黏膜发红、苍白、粗糙、失去光泽。进展期胃癌病灶明显突入肠腔，呈肿块状或菜花状；或表面凹陷形成明显溃疡，与周围黏膜分界不清；部分病例由于癌组织弥漫性浸润，使胃壁变厚、僵硬、胃腔变窄、胃蠕动消失，称为“皮革样”胃癌。

2.5.2 活组织检查 经内镜用活检钳钳取病灶并送病理检查。隆起型癌多数是分化型癌，癌组织呈连续性生长，除白苔附着处外，无论取哪个部位都能取到癌，凹陷灶中央或边缘均可取，若有褪色区，则该处活检阳性率较高^[2]。

2.5.3 细胞学检查 内镜直视下做细胞学检查可与活检结果互相验证，收取细胞在活检后进行，方法为将细胞刷从内镜活检钳道插入，在病灶处反复摩擦或转动，然后将刷子退至活检孔下口处一起退镜，涂片两张送检。也可采用吸引冲洗法收集细胞。

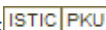
2.6 明确诊断 病史、体格检查及实验室检查符合胃癌特点，且X线钡剂双重造影或内镜发现占位性病变，即可临床诊断胃癌，但最终确诊胃癌还须根据活组织检查或细胞学检查结果。

胃癌发病率近来一直呈上升趋势，作为医务工作者，尤其是基层医院非肿瘤专科医生及社区医生头脑中要树立肿瘤意识，善于从患者的主诉中发现问题，并结合胃癌的临床特点，根据以上诊断步骤在详细搜集病史、完善体格检查的前提下，筛选出可疑胃癌患者，并做进一步辅助检查，做到早诊断、早治疗，避免漏诊、误诊。此外，我们认为对有下列症状的患者，尤其应提高对胃癌的警惕性：（1）过去有慢性胃病史，近期出现食欲减退、消瘦、贫血时，应引起重视；（2）年龄40岁以上，既往无胃病史，突然出现呕血和黑便，在除外门静脉高压引起的食管静脉曲张破裂出血的情况下，应想到胃癌或其他胃肿瘤；（3）年龄40岁以上，既往诊断为慢性萎缩性胃炎或不典型增生，近期症状加重，上腹胀满，隐痛，食欲减退，明显消瘦时应及时复查；（4）既往有慢性胃病史，大便潜血检查时，发现便潜血阳性（++），持续2周以上者，胃内可能有持续出血的病变，应提高对胃癌的警惕性。

参考文献

- 1 居胜红, 陈峰, 郑凯尔. 螺旋CT与钡餐、胃镜对胃癌诊断的比较研究[J]. 实用放射学杂志, 2002, 18(9): 767-770.
- 2 旋尧, 戈之争. 胃镜下胃癌的诊断和鉴别诊断[J]. 胃肠病学, 2003, 8(2): 106-109.

胃癌的首诊症状及诊断

作者: 冯强, 袁兴华
作者单位: 100021, 北京市, 中国医学科学院协和医科大学肿瘤医院腹外科
刊名: 中国全科医学 
英文刊名: CHINESE GENERAL PRACTICE
年, 卷(期): 2004, 7 (20)
被引用次数: 5次

参考文献(2条)

1. 居胜红;陈峰;郑凯尔 螺旋CT与钡餐、胃镜对胃癌诊断的比较研究[期刊论文]-实用放射学杂志 2002(09)
2. 旋尧;戈之争 胃镜下胃癌的诊断和鉴别诊断[期刊论文]-胃肠病学 2003(02)

本文读者也读过(10条)

1. 袁兴华, 邵永孚, 崔修铮 T2期胃癌术后复发因素分析[期刊论文]-中华外科杂志2000, 38 (7)
2. 郑朝旭, 袁兴华 胃癌的鉴别诊断[期刊论文]-中国全科医学2004, 7(20)
3. 谢玉权, 郑朝旭, 冯强, 方仪, 崔修铮, 袁兴华 早期胃癌肿瘤大小与预后关系分析[会议论文]-2008
4. 孙跃民, 傅军, 张伟, 郑朝旭, 袁兴华 吡柔比星在体外胃癌细胞温热化疗中协同作用的探讨[期刊论文]-中国肿瘤临床 2005, 32(18)
5. 谢晓红, 马苏亚, 严春阳, 潘群艳, 钱丽珍, 蒋君海, 严佳梅 超声检查对胃癌的诊断价值[期刊论文]-上海医学影像 2006, 15(1)
6. 郑朝旭, 袁兴华, 荣维淇, 孙跃民, 崔修铮, 赵平 66例胃癌腹腔冲洗细胞学的临床研究[期刊论文]-中华肿瘤杂志 2003, 25(2)
7. 郭志刚 胃癌的诊断与治疗[期刊论文]-中外健康文摘2011, 08(11)
8. 冯强, 袁兴华 胃癌的外科治疗[期刊论文]-中国全科医学2004, 7(22)
9. 张爱华, 张雅真, 陈洁瑛 老年胃癌患者术后并发症分析和护理[期刊论文]-现代中西医结合杂志2006, 15(24)
10. 王文生, WANG Wen-sheng 胃十二指肠穿孔的治疗[期刊论文]-中国医药导报2008, 5(10)

引证文献(5条)

1. 倪谷华 双重对比造影在胃癌诊断中的应用[期刊论文]-中国基层医药 2007(2)
2. 李荣宽, 生杰, 姜春萌 64例早期胃癌临床分析[期刊论文]-中国全科医学 2005(17)
3. 胡琴, 韦永明, 王银华 以胸闷为首发症状的胃癌1例[期刊论文]-皖南医学院学报 2011(4)
4. 邓国林, 闵广斌 128例早期胃癌临床诊治分析[期刊论文]-实用中西医结合临床 2007(3)
5. 赵民 41例早期胃癌内窥镜及临床诊断分析[期刊论文]-肿瘤研究与临床 2006(6)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_zgqkyx200420001.aspx