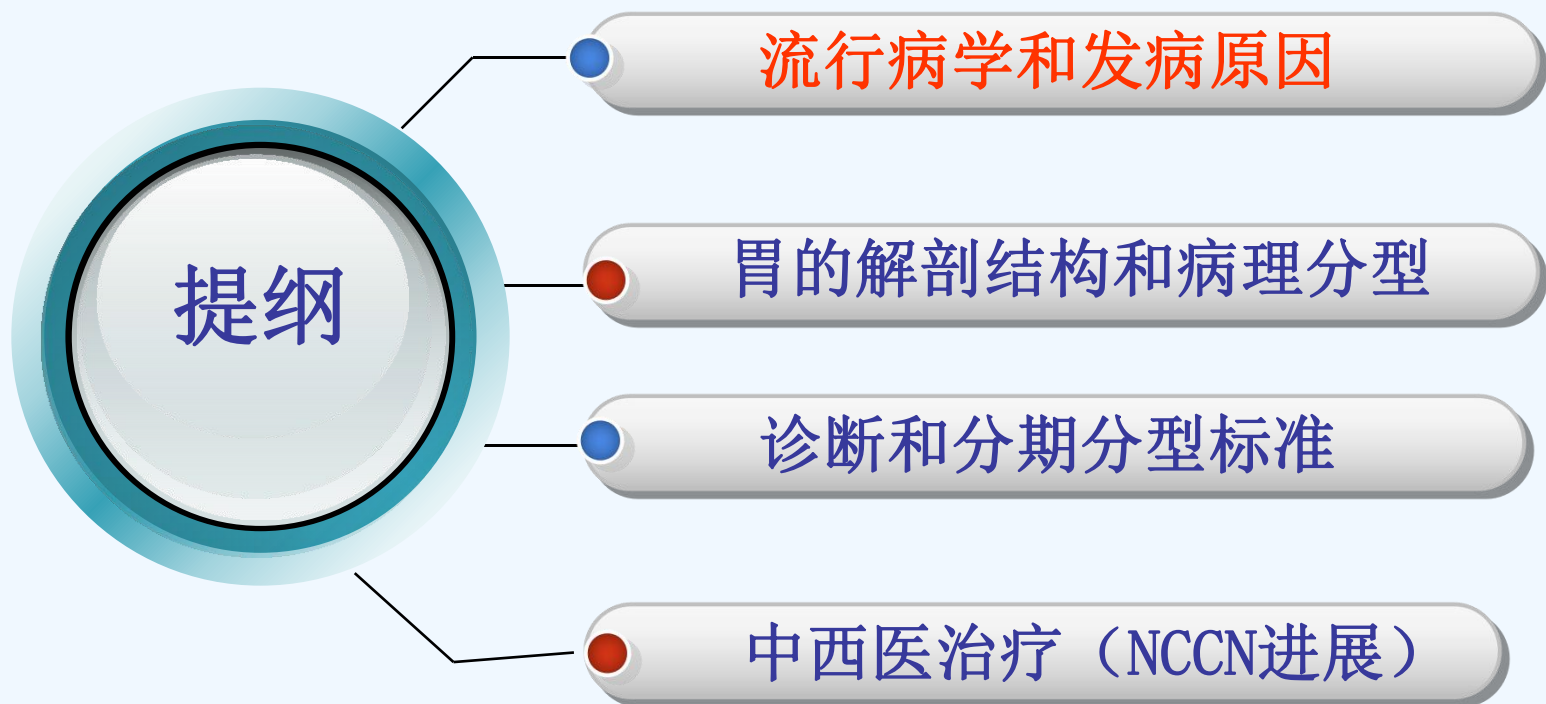


原发性胃癌的中西医研究进展

讲解内容（2009新进展）



世界各地胃癌发病率不同

世界平均上胃癌发病率约为17.6/10万，高的可超过100/10万，低的则不足10/10万

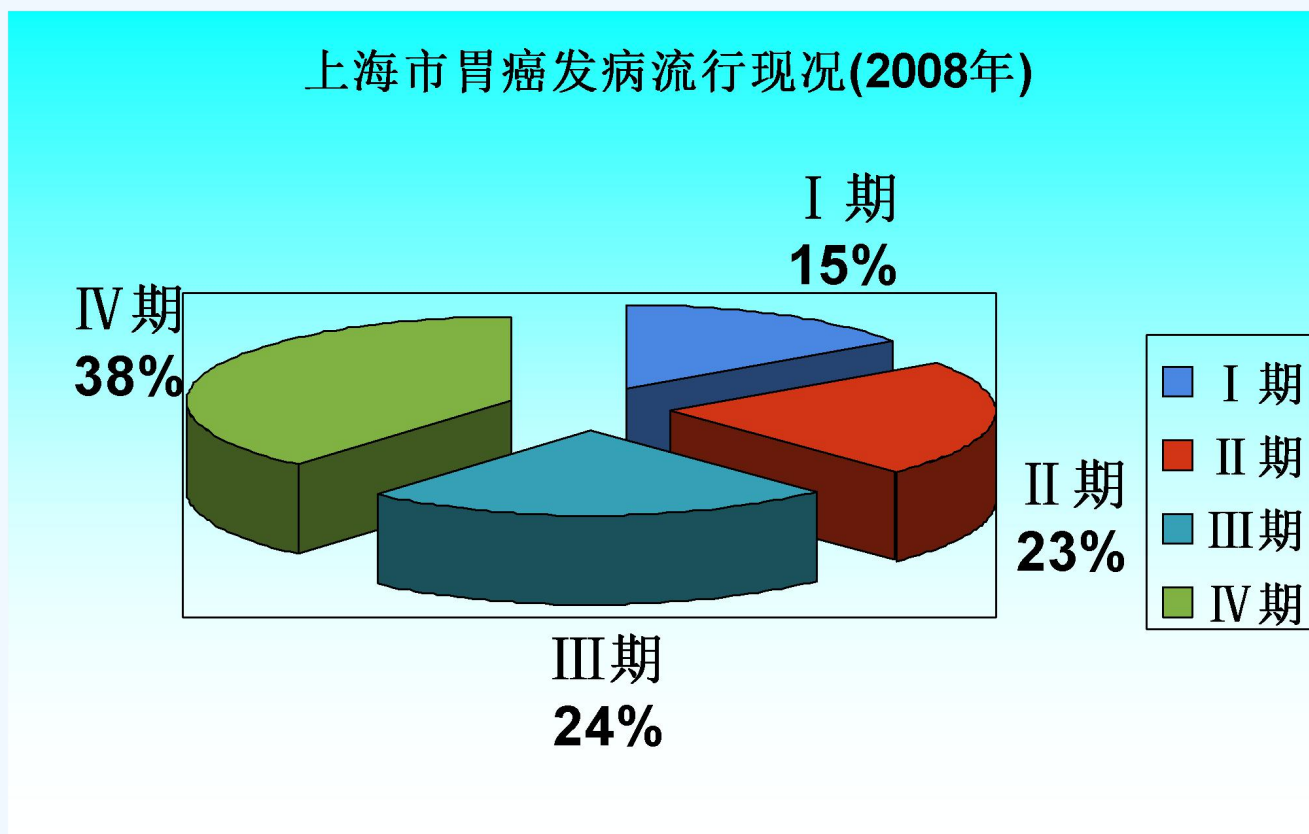
日本、智利、哥斯达黎加和匈牙利为高发地区
非洲、北美洲许多地区以及印度和印度尼西亚等国，胃癌的发病率较低

流行病学

- ★ 而胃癌是我国的第二大常见肿瘤。 我国属胃癌较高发病区
- ★ 中国胃癌男女人口死亡率
男性为**20.9/10万**，女性为**10.2/10万**
高居各类恶性肿瘤之首
- ★ 存在明显城乡差异
城市：15.3/10万，农村：24.4/10万
农村是城市的1.6倍

流行病学

我国III/IV期胃癌占总胃癌患者60%以上



流行病学

中国胃癌患者预后-----5年生存率

AJCC分期	美国	日本	中国
I A	78%	95%	93.7%
I B	58%	86%	80.2%
II	34%	71%	65.7%
III A	20%	59%	44.8%
III B	8%	35%	23.1%
IV	7%	17%	10.8%
总计	28%	61.4%	40%

东方国家胃癌预后好可能原因？



➤ 早期诊断

- 日韩国家在 ≥ 40 岁的人群中每2年开展一次全国性胃癌筛查（如上消化道造影/胃镜）
- 治愈切除患者 $> 50\%$ 为 I 期患者

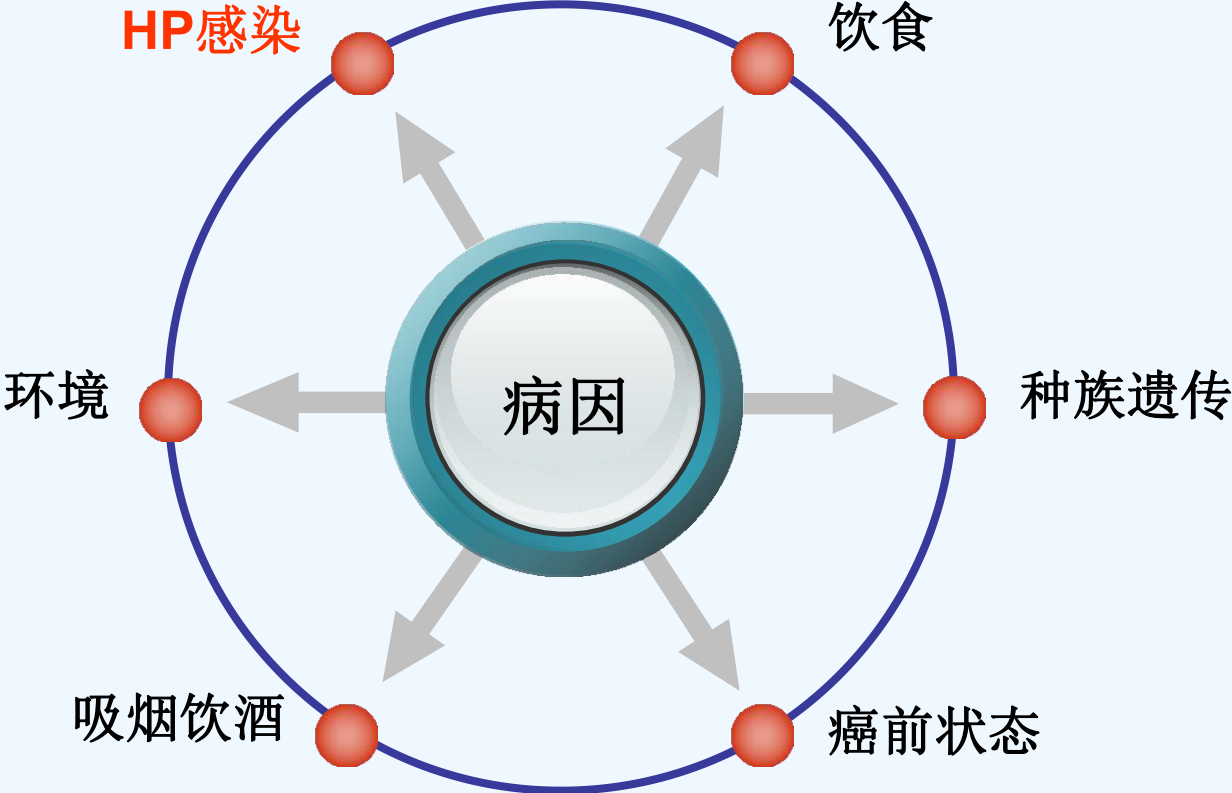
➤ 治疗差异

- 手术：D2切除术是东方国家的标准治疗方案
- 亚洲人群治疗效果佳：年龄轻、体型瘦

➤ 发病部位不同

- 胃食管交接癌发病率低

发病病因



发病病因



遗传因素

胃癌患者的亲属中，一级亲属患病率>二级亲属患病率>一般人群患病率。其中一级亲属的患病率是一般人群的2-3倍。

一小部分胃癌（1%-3%）与遗传性胃癌易感综合征有关。据估计，25%的常染色体显性遗传性弥漫型胃癌易感家族存在上皮钙粘素突变；这一类胃癌被称为遗传性弥漫型胃癌。

例：拿破仑一家，其父、祖父、3个姐妹和4个兄弟，以及本人都死于胃癌。

发病病因



饮食因素

Mirvish的“亚硝酰胺病因学说”，含氮化合物随膳食、饮水等进入胃内，在一定条件下发生亚硝化反应，形成致癌性亚硝酰胺化合物，导致胃粘膜癌变。

亚硝胺类化合物已成功在动物体内诱导胃癌。**腌制、烟熏、烤炙**食品及存放过久的食品（尤其是鱼和肉类）与胃癌的危险性增加有关。相反，大量新鲜水果和蔬菜的摄入可降低胃癌的危险性。最近日本和美国胃癌发病率的下降都被认为与饮食情况的改善密切相关。

发病病因

环境因素

移民美国的日本人从第二代开始，胃癌发病率低于居住在本土的日本人

胃癌多发于高纬度地区，距离赤道越远的国家，发病率越高。

对接受放射治疗病人的研究发现，暴露于15-30Gy的照射量可使胃癌危险性增加2-3倍。可能提示胃癌的发生与电离辐射有关。

发病病因

癌前状态

胃腺瘤性息肉：>2cm者有恶变倾向，多发>单发。

胃溃疡：癌变率为5%。

萎缩性胃炎：癌变率为10%。重度不典型增生者，约3/4有潜在的胃癌危险性。

残胃癌：1.3%—8.9%，且与手术后经过时间呈正比。

发病病因



吸烟与饮酒

据估计，全球范围内，11%的胃癌与吸烟密切相关。吸烟人群戒烟后需要经过20年，其胃癌患病危险才能降至正常人群的水平。

日本研究：通常情况下，喝酒和胃癌是没有明显关联的。

例外的：大量饮用红酒和伏特加酒与胃癌发病率升高有关。

日本医师的研究表明：

香烟根数（每天）	相对风险(95%)
从不/已戒	1.0
1-19	1.7(1.1-2.6)
20+	1.8(1.1-3.0)

发病病因

胃幽门螺杆菌（HP）

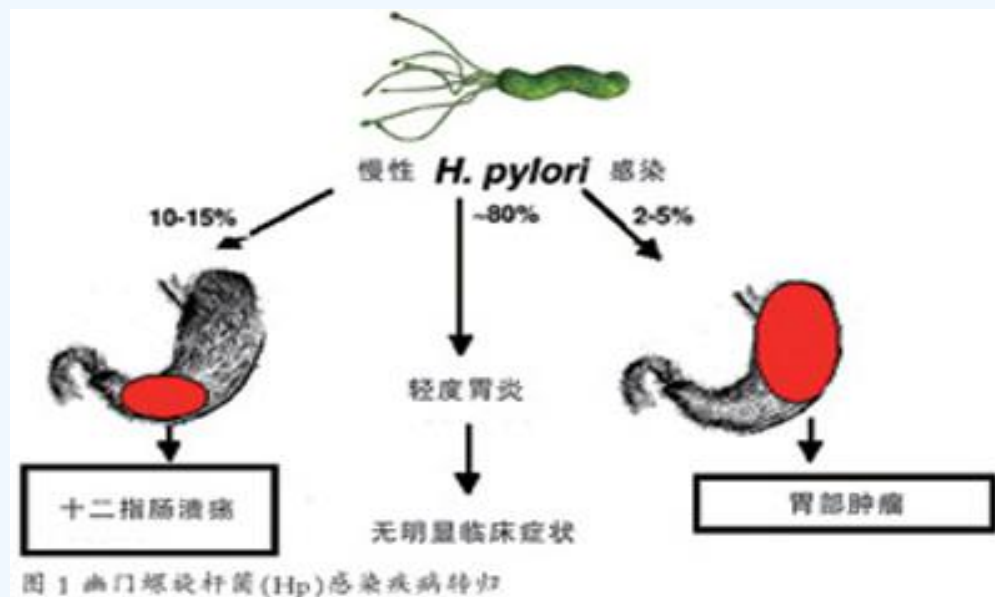
——重要危险因子和启动因子之一

HP感染与胃癌发生有相关性。在我国胃癌死亡率低的广东从化市，Hp感染率为34.5%，而胃癌死亡率高的福建长乐市，其Hp感染率为59.4%，西藏喇嘛可以达到90%。

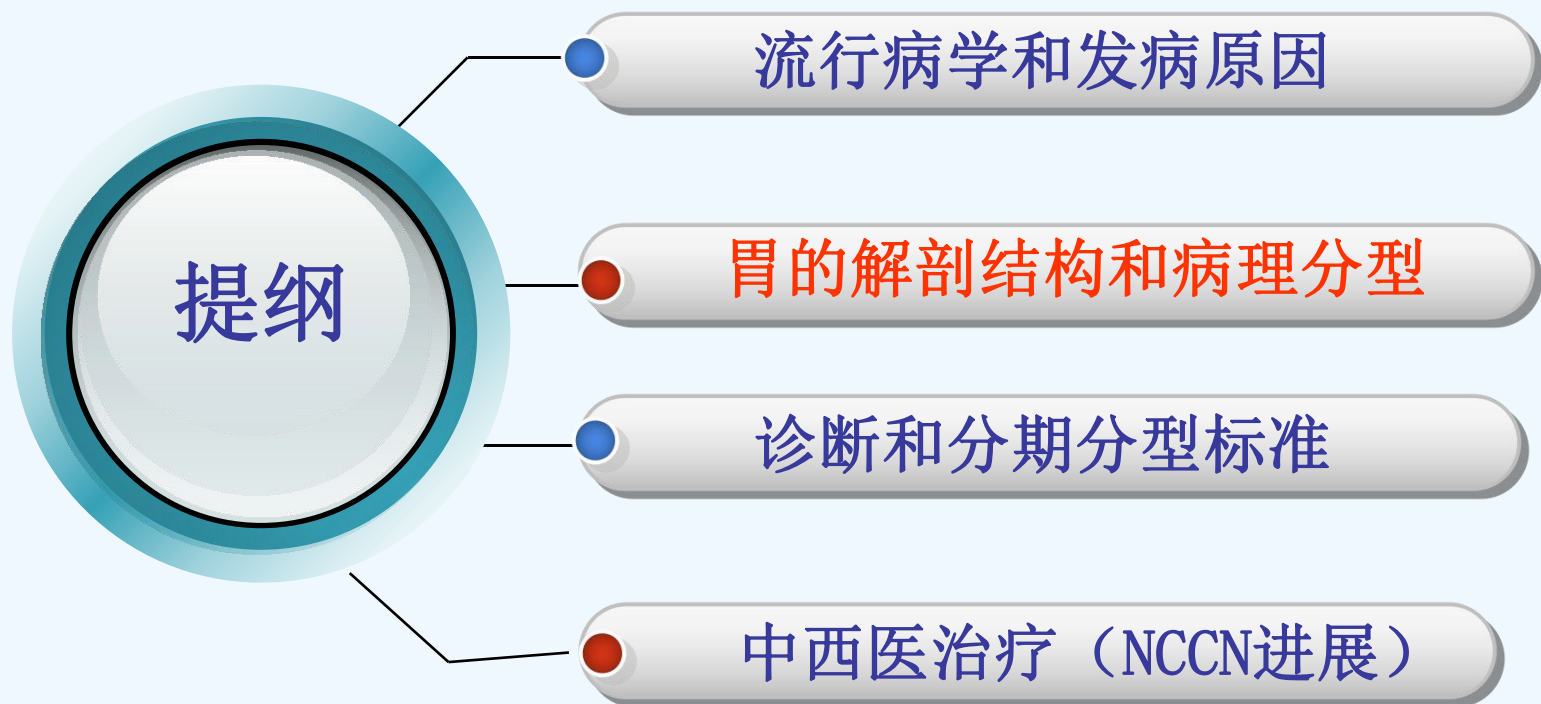
HP感染阳性者胃癌发生率较感染阴性者高3~6倍。

幽门螺旋杆菌与胃癌

清除HP感染与预防胃癌术后复发密切相关

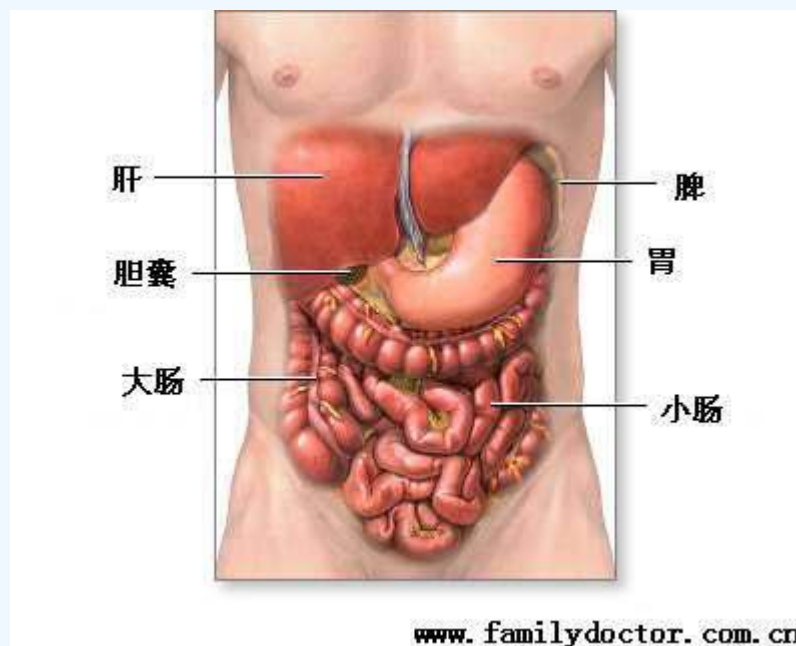


讲解内容（2009新进展）



解剖学（胃的比邻关系）

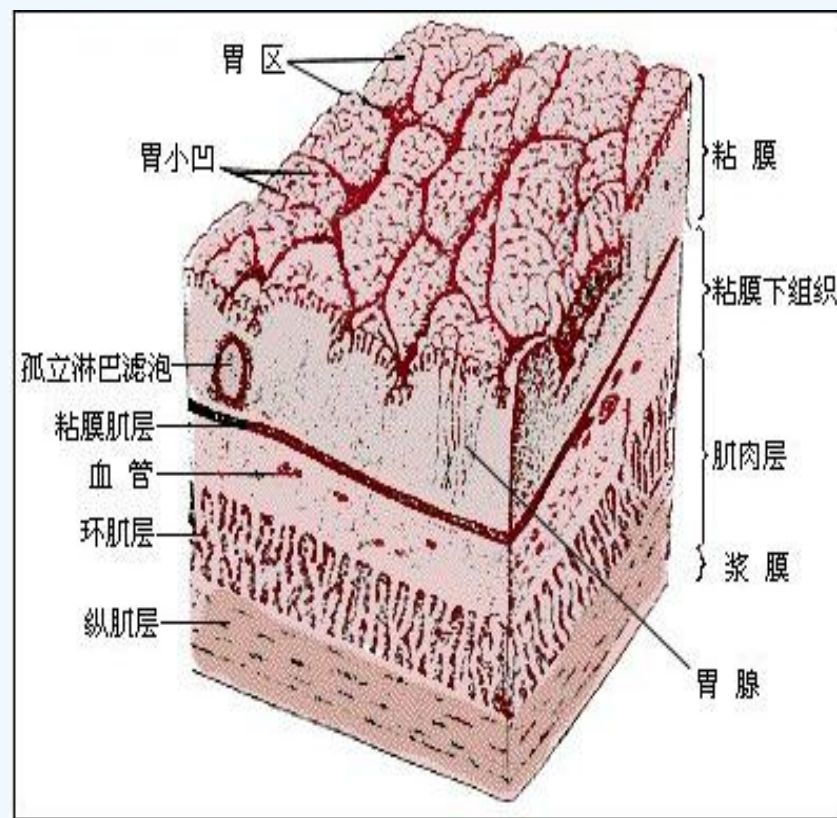
- 上接食道贲门
- 右上紧邻肝
- 右下后紧邻十二指肠
- 后紧邻胰脏
- 左紧邻脾脏



解剖学（胃的结构）

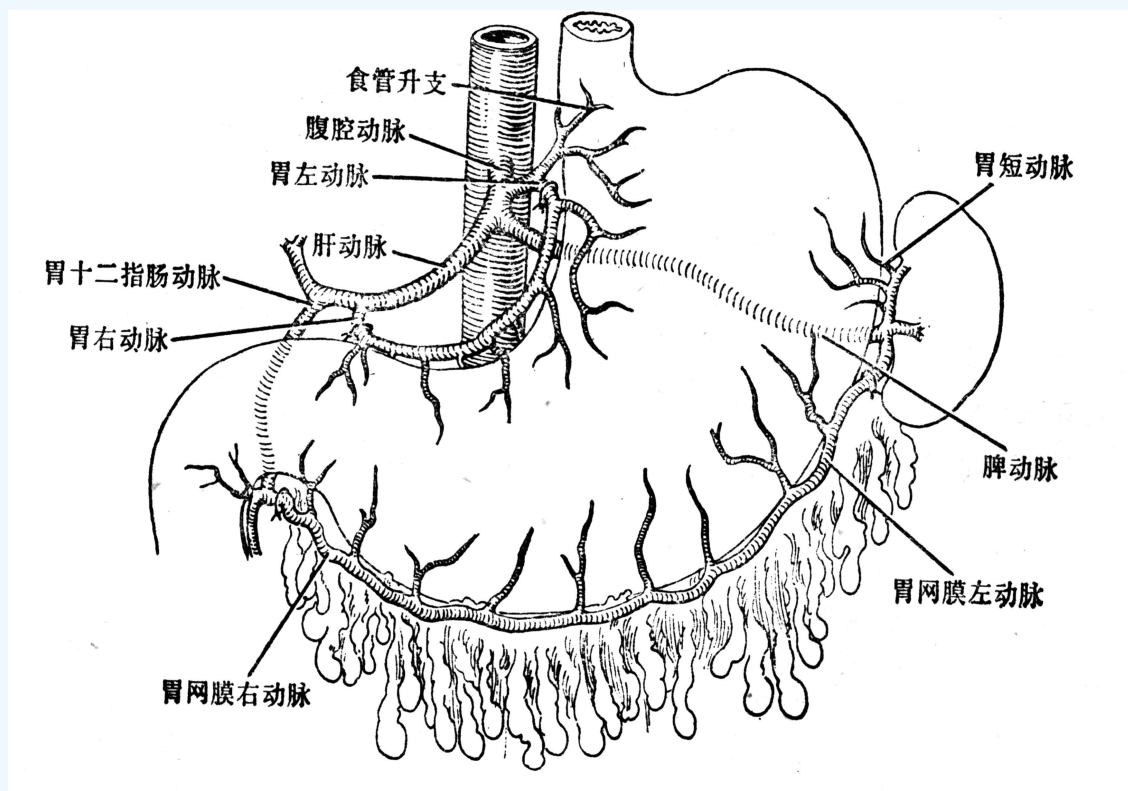
胃的结构：胃壁从外向内由浆膜、肌层、黏膜下层和黏膜层构成

- 浆膜：属于腹膜脏层的一部分；
- 肌层：形成幽门括约肌（幽门口）；
- 黏膜下层：为疏松结缔组织，内有丰富的血管和淋巴管；
- 黏膜层：厚约0.7-0.8毫米，胃在空虚时黏膜形成许多不规则皱襞。



解剖学（胃的血供）

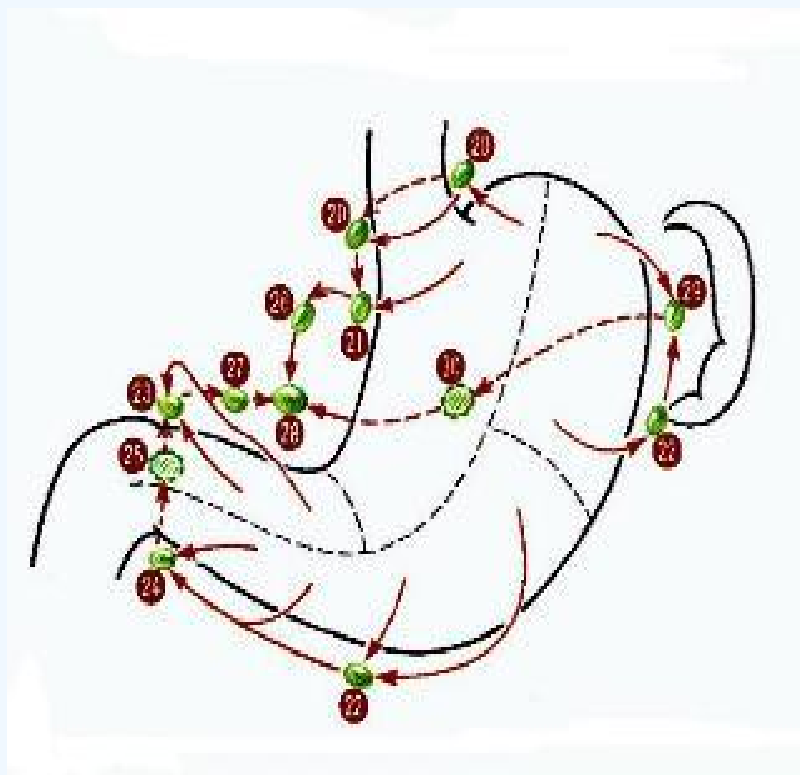
- 胃的血运十分丰富，血液来自腹腔动脉分支，保证胃的生理功能所需



解剖学（胃的淋巴引流）

- 胃的淋巴十分丰富，可从黏膜层引流到黏膜下层淋巴网，再经淋巴管汇流至胃周围的淋巴结，行走方向与胃的动脉方向基本一致。

- 胃上淋巴结
- 胃下淋巴结
- 幽门淋巴结
- 胰脾淋巴结
- 腹腔淋巴结
- 乳糜池
- 胸导管
- 左颈静脉



好发部位

- ▶ 胃癌好发于胃窦部位及胃体部，特别是小弯侧为多。资料统计，胃窦小弯最多，占43.7%；其次为胃体小弯，占19.5%；贲门部占9.0%；胃角部占6.5%；胃体大弯与胃底部最少见。

病理大体分型（1）

早期胃癌

➤ 病变仅侵及粘膜或粘膜下

根据病灶形态分三型：

I 型（隆起型）

II 型（浅表型） 常见

II a（浅表隆起型）

II b（浅表平坦型）

II c（浅表凹陷型）

III 型（凹陷型）

病理大体分型 (1)



隆起型 (I型) 早期胃癌



表面隆起型 (IIa型) 早期胃癌



凹陷型 (III型) 早期胃癌



混合型早期胃癌

病理大体分型 (2)

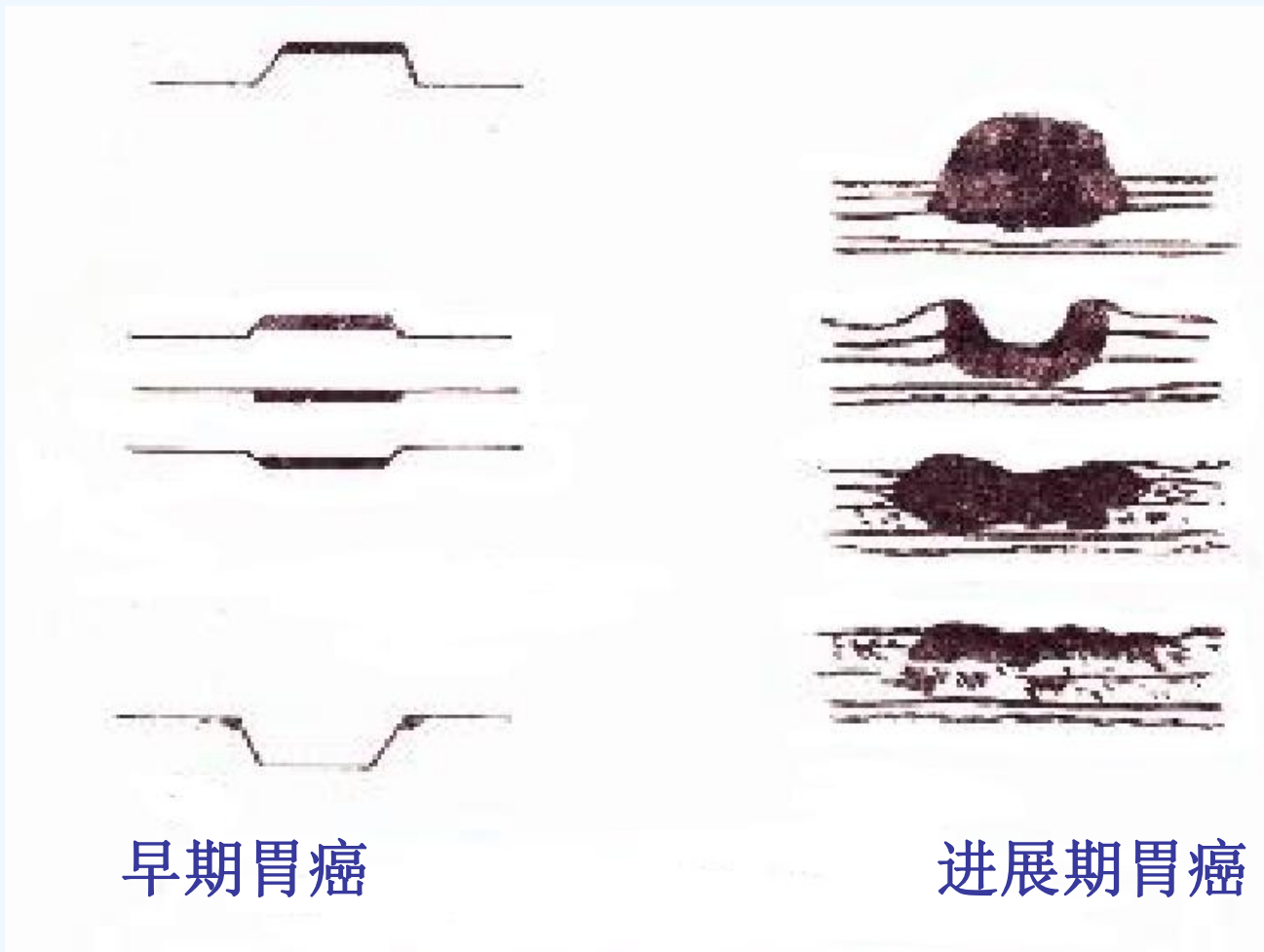
进展期胃癌 (中晚期)

➤ 病变深度超越粘膜下层

按Borrmann分型

I 型	(结节型)	3% ~ 5%
II 型	(溃疡局限型)	30% ~ 40%
III 型	(浸润溃疡型)	50%
IV 型	(弥漫浸润型)	10%

病理大体分型



早期胃癌

进展期胃癌

病理大体分型（3）

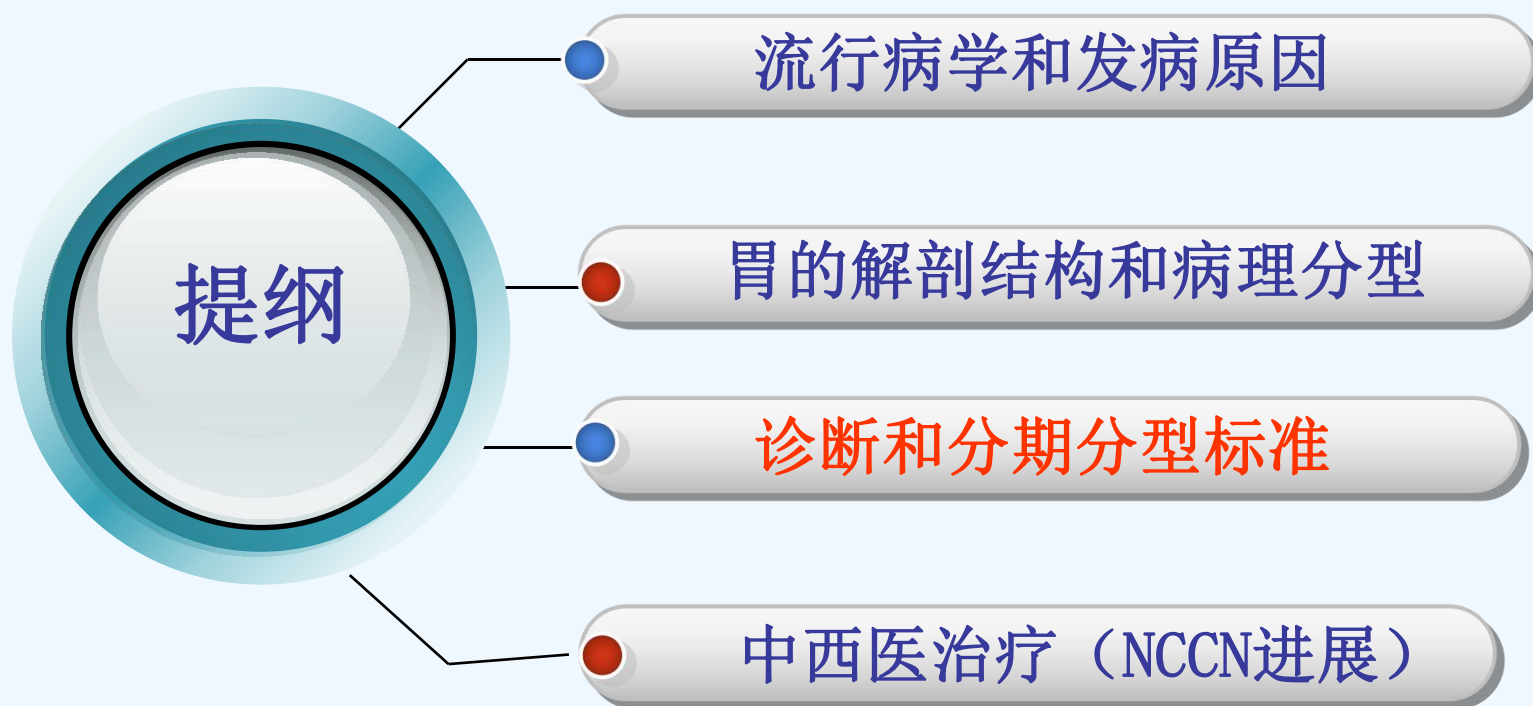
- 组织病理学分型（WHO）

胃癌分为：腺癌、鳞状细胞癌、腺鳞癌、类癌、未分化癌和不能分类的癌，腺癌又分为：管状腺癌、乳头状腺癌、黏液腺癌、印戒细胞癌

转移途径

- ❖ 直接浸润蔓延
- ❖ 淋巴转移（主要转移途径）
- ❖ 血行转移，多见肝，其次肺
- ❖ 腹膜种植转移

讲解内容（2009新进展）



早期诊断

- >40岁，尤男性，消化不良、胃痛、呕血、黑便
- 有胃癌家族史或慢性胃病、症状突然改变或加重
- 胃溃疡内科治疗2个月、X线检查溃疡反而增大
- 癌前病变，如慢性萎缩性胃炎伴肠化、不典型增生、胃息肉>2cm者
- 出现恶性肿瘤晚期症状
- 胃切除术后15年以上

临床表现（症状）

早期胃癌 无特异, 类似溃疡病表现

进展期胃癌 上腹痛和体重减轻为最常见

- 贲门癌累及食管下端可出现吞咽困难
- 幽门梗阻时出现恶心、呕吐
- 癌肿侵及血管可有呕血及黑便

晚期胃癌

消瘦、精神差、恶病质，有转移部位的相应症状

临床表现（体征）

- **早期：**无明显体征，偶有上腹部深压痛
- **进展期：**上腹部可扪及肿块
- **转移：**
 - 锁骨上淋巴结肿大
 - 肝脏转移：可有肝肿大、腹水
 - 直肠前凹种植：直肠指诊可摸到肿块

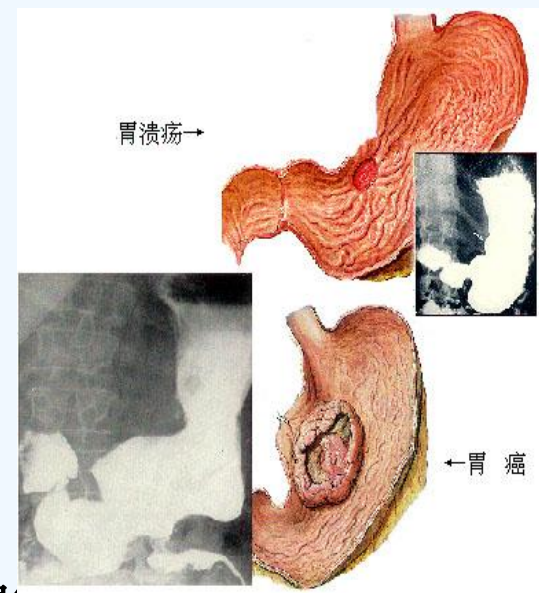
辅助检查

实验室检查：血常规、大便隐血、胃液分析

X线钡餐检查：

- 早期呈局限性表浅的充盈缺损，边缘不规则的龛影
- 进展期胃癌的X线表现，诊断率可达90%以上
 - 结节型：充盈缺损
 - 溃疡型：胃轮廓内龛影，边缘不齐，周围粘膜皱襞有中断
 - 浸润型：胃壁僵硬，蠕动消失，胃腔狭窄

胃镜+活组织检查：为目前最可靠的诊断手段



胃恶性肿瘤的分期制定

在肿瘤治疗中，治疗前进行准确分期、明确分期后采取最佳治疗手段进行正确的治疗，这是最合理的，也是获得肿瘤根治希望的基础，也是制定治疗方案的基础，

内镜观察黏膜表面病变形态
超声获得病变与消化管管壁各层次的相互关系及周围邻近重要脏器的超声影

➤ 影像学检查

内镜超声（EUS）：为早期胃癌必查项目

PET/CT：术前分期准确率提高到68%

腹腔镜：对腹腔种植和CT无法发现的转移。检出率提高

➤ 腹腔细胞学

NCCN首次提到其在术前分期中的价值

其阳性是胃癌患者根治术后复发的独立预后因素

检测简便但存在阳性率低和假阳性的问题。有必要进一步探索

美国癌症联合委员会 (AJCC)

原发肿瘤 (T)

- Tx 原发肿瘤无法评估
- T0 无原发肿瘤的证据
- Tis 原位癌：上皮内肿瘤，未侵犯固有层
- T1 肿瘤侵犯固有层或粘膜下层
- T2 肿瘤侵犯固有肌层或浆膜下层†
- T2a 肿瘤侵犯固有肌层
- T2b 肿瘤侵犯浆膜下层
- T3 肿瘤穿透浆膜（脏层腹膜）而尚未侵犯邻近结构
- T4 肿瘤侵犯邻近结构

区域淋巴结 (N)

- Nx 区域淋巴结无法评估
- N0 区域淋巴结无转移 §
- N1 1~6个区域淋巴结有转移
- N2 7~15个区域淋巴结有转移
- N3 15个以上区域淋巴结有转移

远处转移 (M)

- Mx 远处转移情况无法评估
- M0 无远处转移
- M1 有远处转移

组织学分级 (G)

- Gx 分级无法评估
- G1 高分化
- G2 中分化
- G3 低分化
- G4 未分化

- 0期: Tis N0 M0
- IA期: T1 N0 M0
- IB期: T1 N1 M0
- II期: T1 T2a/b N0 M0
- II期: T1 T2a/b N1 M0
- II期: T1 T3 N0 M0
- IIIA期: T2a/b N2 M0
- IIIA期: T3 N1 M0
- IIIA期: T4 N0 M0
- IIIB期: T3 N2 M0
- IV期: T4 N1~3 M0
- IV期: T1~3 N3 M0
- IV期: 任何T 任何N M1

日本胃癌学会（JGCA）分期

原发肿瘤（T）

- T1 肿瘤侵犯粘膜层和/或粘膜肌层（M）和/或粘膜下层（SM）
- T2 肿瘤侵犯固有肌层（MP）或浆膜下层（SS）†
- T3 肿瘤穿透浆膜（SE）†
- T4 肿瘤侵犯邻近结构（SI）‡
- Tx 不明

区域淋巴结（N）

- 淋巴结分组分站（见ST-3）
- 淋巴结转移程度
- N0 无淋巴结转移证据
- N1 第一站淋巴结有转移，第二、三站淋巴结无转移
- N2 第二站淋巴结有转移，第三站淋巴结无转移
- N3 第三站淋巴结有转移
- Nx 区域淋巴结无法评估

肝转移（H）

- H0 无肝转移
- H1 有肝转移
- Hx 不清楚

腹膜转移（P）

- P0 无腹膜转移
- P1 有腹膜转移
- Px 不清楚

腹腔细胞学（CY）

- CY0 腹腔细胞学良性或无法确定
- CY1 腹腔细胞学可见癌细胞
- CYx 未做

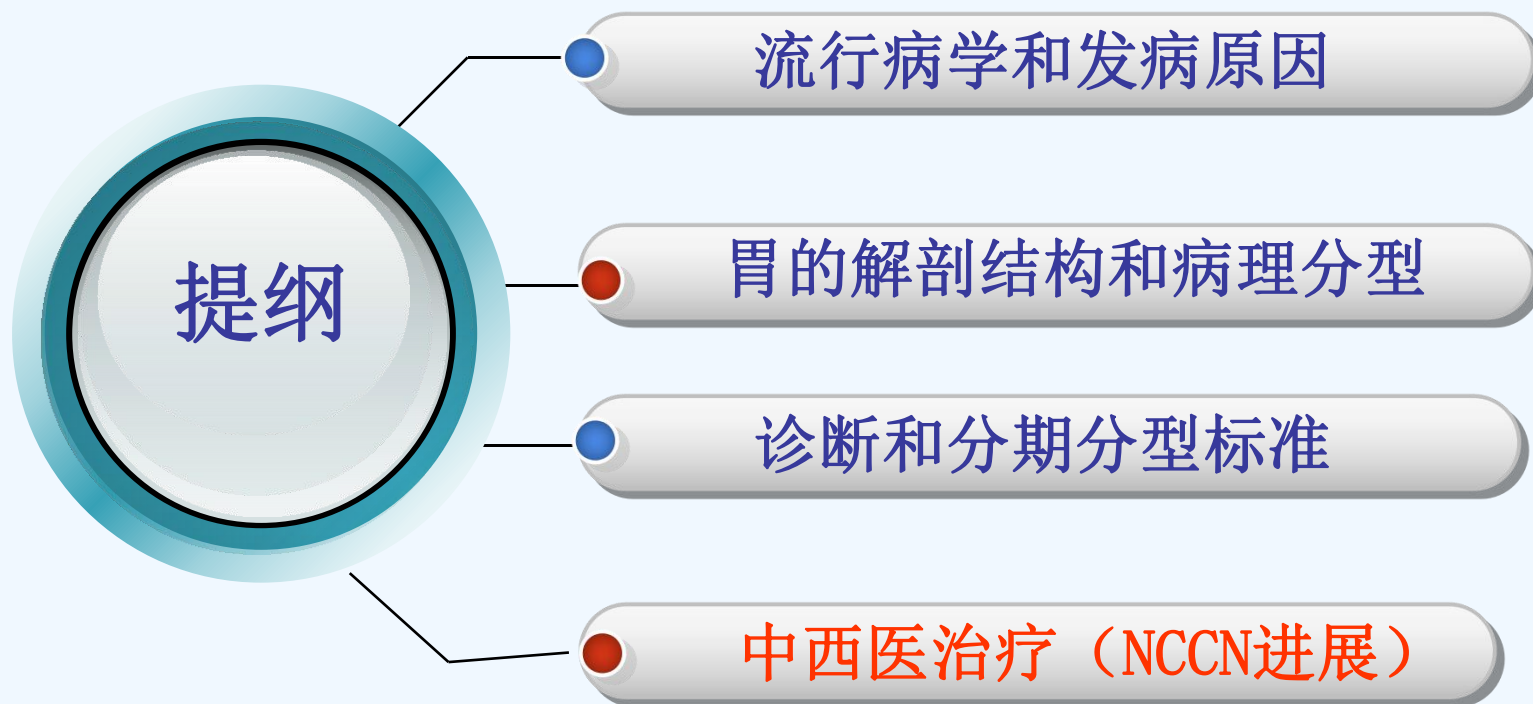
其他远处转移（M）§

- M0 腹膜、肝、腹腔细胞学外无远处转移
- M1 腹膜、肝、腹腔细胞学外有远处转移
- Mx 不清楚

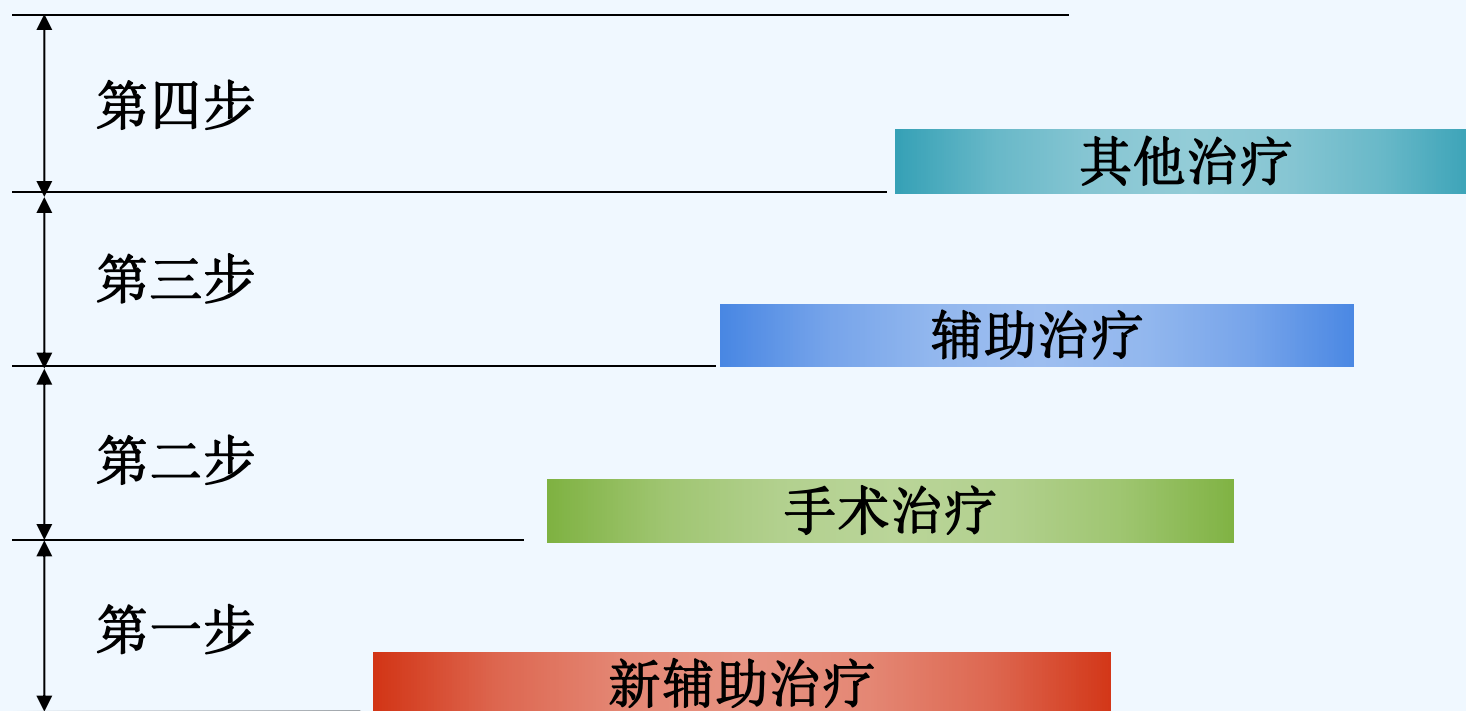
分期

	N0	N1	N2	N3
T1	IA	IB	II	IIIA
T2	IB	II	IIIA	
T3	II	IIIA	IIIB	
T4	IIIA	IIIB	IV	
H1、P1、 CY1、M1				

讲解内容（2009新进展）



治疗流程 (NEW)



手术治疗原则

手术方式

远端（胃体+胃窦）：首选胃大部切除

近端（贲门）：根据情况选用全胃切除或近端胃大部切除

近端或远端肿瘤肉眼切缘 >5 cm为佳

无法根治性切除的标准：

腹膜种植或远处转移

肿瘤侵犯或包绕大血管

姑息性手术：

胃次全切除术或胃空肠吻合

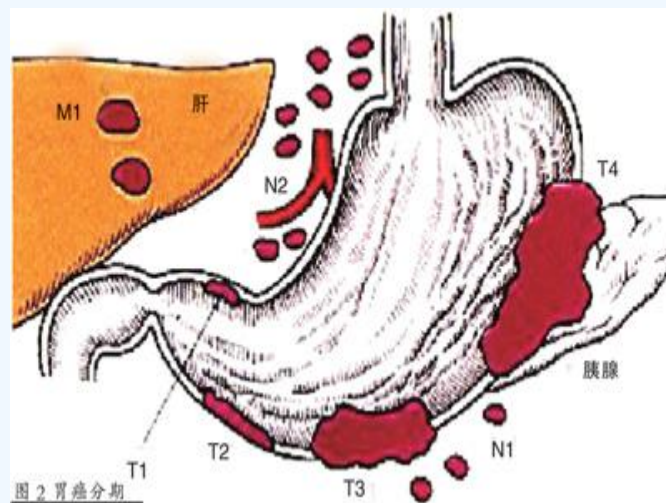
食道空肠吻合术（缓解梗阻、穿孔、出血）

淋巴结清扫术

N1站淋巴结：包括小弯侧胃周淋巴结（1、3、5组）和大弯侧胃周淋巴结（2、4、6组）

N2站淋巴结：包括胃左动脉淋巴结（7组）、肝总动脉淋巴结（8组）、腹腔动脉淋巴结（9组）和脾动脉淋巴结（10组和11组）

远处转移：更远处的淋巴结，包括腹主动脉旁淋巴结（N3）

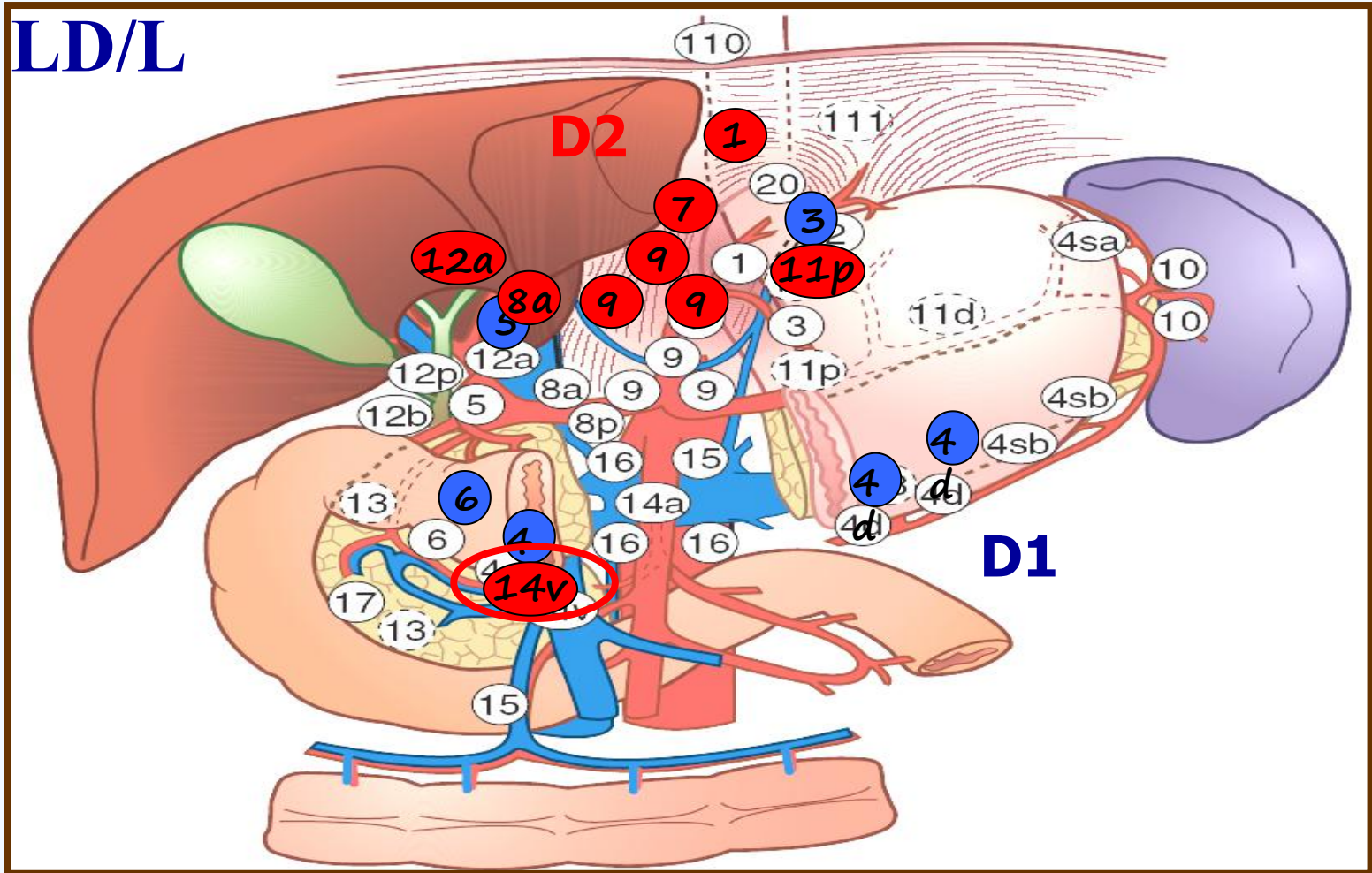


淋巴结清扫术



- D0切除：如果N1站淋巴结没有清除，则称为D0+
- **D1切除**（西方常用）：
区域淋巴结清扫
- **D2切除**（亚洲常用）：
至少切除/检查15个或更多淋巴，局部复发率低

Regional LN Group According to Location of Tumor



淋巴结清扫术

- 国际上对淋巴结清扫的范围仍存在争议
- 最近一项回顾性研究显示，更广泛的淋巴结清扫及分析对晚期胃癌患者的生存有重要影响。

研究纳入了美国监测数据库中诊断为晚期胃癌的1,377例患者

分析表明，多于15枚的N2淋巴结及多于20枚的N3淋巴结得到检测的患者生存期最长

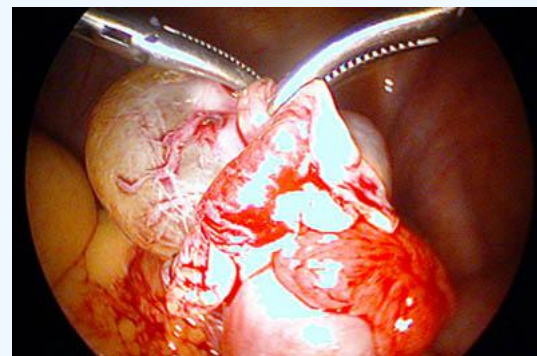
说明胃癌根治术切除淋巴结的数目与患者的预后呈正相关

内镜下粘膜切除术（EMR）



- 内镜下粘膜切除术是胃癌微创手术的重大进步。
- **适应证：** 原位癌和粘膜内癌（直径 <2cm, 无溃疡者）
- 常见并发症： 出血（9.1%）、穿孔（0.9%）。

腹腔镜切除术



- **优势**：术中出血少，术后疼痛轻，恢复快，肠道功能恢复早以及患者住院时间缩短。
- Huscher进行了一项前瞻性随机研究，比较59例远端胃癌患者行腹腔镜切除术或胃次全切除术的早期和5年临床结果。
 - 手术死亡率分别为3.3%和6.7%，
 - 5年总生存率分别为58.9%和55.7%
- 结果显示腹腔镜切除术优于开腹手术，尽管未达显著性差异。然而，进一步确定腹腔镜切除术在胃癌治疗中的地位尚需更大规模的随机临床研究。

新辅助治疗（化疗）

- 新辅助化疗：即术前辅助化疗。
- 目的：一是为了减小肿瘤的负荷（旨在降低原发性肿瘤的分期，增加手术切除的可能性）；
二是为了防止或延缓转移
- 适应证：II-IV期，M0

新辅助化疗方案方案及疗程

- ▶ 应遵循**高效低毒**原则，选择联合化疗方案，尽量避免选择单药；可考虑的化疗方案有：
 - ECF（推荐分级为1）或其衍生方案ECX、EOX、EOF（1类）
 - 氟尿嘧啶类药物包括卡培他滨联合顺铂或奥沙利铂（推荐分级为2），如FOLFOX、XELOX、XELOP等
- ▶ 术前化疗周期数：2-3周期
- ▶ 新辅助化疗多结合术后辅助化疗同时进行

新辅助化疗评价及手术时机



- 首方案无效，术前不再选择二线化疗
- 新辅助化疗尽量及时评价，最好不超过6周
- 如达到目的，应尽早手术，如患者一般情况允许，化疗停止3周左右手术为佳，可通过病理学来帮助判断化疗疗效

新辅助化疗与辅助化疗方案的关系

- ▶ 新辅助化疗不仅可以提高手术完整性切除率，同时又是患者术后辅助化疗方案选择的最重要决定因素之一。
- ▶ 术前新辅助化疗方案有效者，辅助化疗时可以继续原方案——要**考虑**患者术后消化道重建带来的病理生理变化，以及重复化疗的耐受性，必要时适当调整
- ▶ 新辅助化疗无效者，辅助化疗时应另选药物或方案，或联合放疗

新辅助治疗（放疗）

- 适应征：II和III期，切除困难，病灶>6cm
- 疗效：可改善局部控制率和生存率
- 报告：

Zhang等进行的一项随机临床研究显示，术前放疗显著提高生存率（30%vs 20%， $P=0.0094$ ）。与单纯手术相比，术前放疗的手术切除率更高（89.5%vs 79%），提示术前放疗可改善局部控制率和生存率。然而，术前放疗在西方国家患者中的作用还需进行临床研究来证实。

- 新辅助治疗中，放疗目前暂时只有低等级循证医学证据，需要进一步探索

下一步治疗

胃癌术后治疗？

- 化疗？
- 放化疗？



**胃癌术后复发转移模式
决定术后治疗模式的选择**

术后放疗



- 疗效：减少局部复发
- 适应征：姑息切除，或切缘阳性者或具危险因素者、侵犯全层、淋巴转移
- 放疗原则：胃癌放疗具有较大的技术难度，需要采取先进的放疗技术。专家组强烈建议使用CT模拟定位及三维适形放疗。
- 专家组推荐放疗剂量为45-50.4Gy，每日分割剂量为1.8 Gy。避免对正常脏器的损伤。

辅助化疗（术后化疗）

辅助化疗适宜人群：



我
适
合
吗？

- 有淋巴结转移者或T3/T4者根治术后应作辅助化疗
- T1-2N0M0一般情况下不行术后辅助化疗
- T2N0M0患者具有高危因素行术后辅助化疗：
分化程度差；淋巴管、血管、神经受侵；

辅助化疗（术后化疗）

术后辅助化疗方案选择



- 目前术后辅助化疗方案的选择尚未达成共识
 - 一般不主张三药联合
 - 多采用两药联合（包括卡培他滨联合顺铂或奥沙利铂）
 - 部分患者单药治疗（氟尿嘧啶类单药）
- 辅助化疗需要注意的问题
 - 考虑患者生理改变
 - 严密观察化疗副作用
 - 方案个体化选择

辅助化疗（术后化疗）

胃癌术后辅助化疗的疗程

- 尚无一致结论，欧美倾向于数月，日本多施行1年
- 由于没有进一步的循证医学依据，部分专家建议沿用结肠癌的经验以及有限的临床研究证据
 - 以6月为合适？
 - 最长不超过12月！



辅助化疗（术后化疗）

术后辅助化疗基本原则

- ▶ 术后辅助化疗开始时间：
 - 术后各脏器功能基本恢复正常，应尽早进行，最好在术后**4周**左右开始，不宜超过8-12周
 - 如超过3月再进行辅助化疗可能难以带来生存益处
- ▶ 手术分期越晚、淋巴结清扫越不彻底、高危因素越多，术后辅助化疗宜采取**联合**化疗
- ▶ 需结合患者术后体力恢复情况、年龄和伴随基础疾病来进行选择。
 - 如分期较早、高龄、体质差、营养摄入不足而又具有辅助化疗适应证者，推荐采用口服氟尿嘧啶类单药

术后化放疗

- **目的：** 预防局部复发
- 2001年SWOG9008/INT-0116研究是一项具有**里程碑意义**的临床研究。
- 入组对象： T3、 T4和/或淋巴结阳性的胃腺癌患者。在接受了切缘阴性的手术切除后，随机分为观察组和术后联合化放疗组，后者静脉化疗（5-FU+甲酰四氢叶酸）5个周期，同时在第2、3周期联合45 Gy的同步放疗。
- **结果：** 以局部复发为首次复发的比例在联合化放疗组明显降低、中位生存期明显延长、3年无复发生存率和总生存率显著提高。
- 但由于该试验纳入的病例中90%以上为D0/D1切除术，而D2根治术与D0/D1术后复发和转移模式已有不同，**存在争议**



晚期胃癌的治疗

- 约**40%**胃癌患者在确诊时已失去根治的机会
- **目的**：减轻痛苦、改善生活质量、尽可能延长生存期
- 作为慢性病治疗：与瘤共存

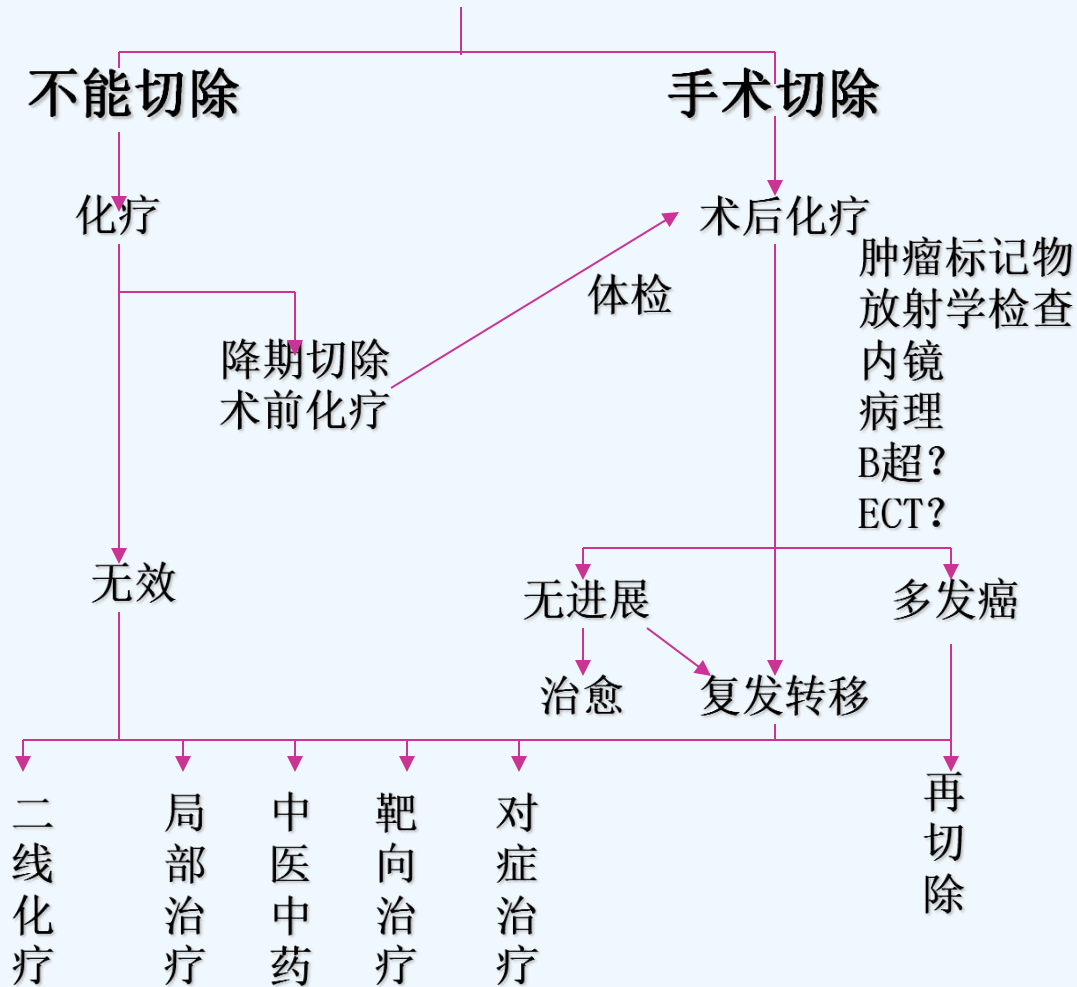
化学药物治疗

靶向治疗

支持性治疗

中医中药

进展期胃癌



化疗最新药物

奥沙利铂
乐沙定®

卡培他滨
希罗达®

多西紫杉醇
泰索帝®

紫杉醇
泰素®

依立替康
开普拓®

最佳支持治疗（姑息疗法）

- 目的：预防、降低和减轻患者痛苦并改善生活质量，提高健康感知程度及总体生存质量。
- 最佳支持治疗的选择取决于患者的症状。

梗阻：对食管梗阻的晚期胃癌患者，内窥镜下放置自扩性金属**支架**是安全、有效及微创的姑息性治疗方法

出血：手术或外照射和/或内镜治疗对出血患者可能有效

营养：需要营养支持的患者，可以经皮放置进食导管。

疼痛：疼痛控制可使用放疗和镇痛类药物。

中医中药治疗

➤ 中医学对胃癌的认识基于胃癌临床症状表现

可归属于中医学的“噎膈”“、反胃”、“翻胃”“、积聚”“、伏梁”“、胃脘痛”等范畴。

➤ 联合治疗优势

中药配合化疗提高抗癌疗效

中药配合化疗减轻毒副反应，提高生活质量

中西医结合治疗延长生存期

中西医结合治疗减少术后并发症的发生率

——肠梗阻、肠粘连、消化不良

中医中药治疗

- 根据胃癌病证特点，陈信义等人根据Meta荟萃分析初步拟定30个证候因素，包括：
 - 1) 外感六淫——风、寒、暑、湿、燥、火
 - 2) 内生五邪——内风、内寒、内火、内湿、内燥
 - 3) 气机紊乱——气虚、气滞、气郁、气逆、气脱、气陷
 - 4) 血液失衡——血虚、血瘀、血脱、血燥、出血
 - 5) 阴阳失和——阴虚、阳虚、阴盛、阳亢
 - 6) 其他证素——毒、痰、食、水
- 30个证素可以独立出现，也可以杂而合之，构成了胃癌特别是中晚期胃癌复杂的病因要素

胃癌的常用药对（孙桂芝）

	香附与高良姜		附子与干姜		枳实与白术
北	半夏与黄连		吴茱萸与黄连		金铃子与元胡
中	橘皮与竹茹		旋覆花与代赭石		石膏与知母
医	黄柏与苍术	→	桔梗与牛膝	→	白芍与柴胡
杂	藿香与佩兰		苍术与厚朴		黄芪与白芍
志	木香与乌药		白术与薏苡仁		麦芽与鸡内金

中医中药抗胃癌机制研究

1

细胞毒作用

2

抑制肿瘤血管生成

3

对肿瘤细胞凋亡的影响

4

对肿瘤基因的影响

5

对端粒及端粒酶的影响

总结

- 胃癌在一些国家是常见的疾病。在过去的40多年，西方国家胃癌的发病率呈下降趋势。然而，在过去的15年里，西方国家胃癌的发病部位逐渐移向近端，而非近端胃癌在日本及其他国家地区更为常见。
- 在胃癌组织学表现上，弥漫型胃癌也比肠型胃癌更常见。
- 幽门螺杆菌感染、吸烟和高盐饮食是胃癌发生的危险因素。小部分胃癌与遗传性胃癌易感综合征有关。

总结

- 对身体状况良好、可切除的局限性胃癌，**手术**是主要的治疗方法。然而在西方国家，对大多数患者来说只有手术治疗是不够的。远端胃癌首选胃次全切除术，而近端胃癌推荐近端切除或全胃切除。
- 根据最近的临床试验结果，推荐对身体状况好、可切除的局限性远端食管或胃食管结合部腺癌患者在围手术期采用ECF改良方案化疗（**1类**）。

2009NCCN指南推荐化疗方案

DCF

ECF改良方案（REAL-2）

伊立替康+顺铂

奥沙利铂+氟尿嘧啶类（5-FU或卡培他滨顺铂）

伊立替康+氟尿嘧啶类（5-FU或卡培他滨）

DCF改良方案

紫杉醇为基础的方案

亚洲（ML-17032）

DDP+氟尿嘧啶（中国）

DDP+卡培他滨

DDP+5-FU

口服氟尿嘧啶（老年或PS评分低）

V325试验中，显示DCF方案有效性的同时也暴露出该方案的严重不良反应，尤其是3/4级粒细胞减少，导致患者难以耐受DCF方案化疗。

总结

- 术后治疗**取决于**手术切缘和淋巴结状态。
- 体力状况良好的患者可以接受化疗或最佳支持治疗，而单用最佳支持治疗仅适用于体力状况差的患者。缓解晚期胃癌患者症状的治疗方法包括内镜下放置支架、激光手术、放疗和中医药治疗。

Thank You !

