

《胃癌筛查与早诊早治方案(2024 年版)》发布 胃癌防控的关键在于“早”

● 本报记者 张思玮

胃癌是一种较为常见的癌症,严重威胁我国居民身体健康。

相关监测数据显示,2022 年我国胃癌新发 35.87 万例,死亡 26.04 万例,分别占全部恶性肿瘤的 7.43% 和 10.11%。胃癌发病率和死亡率分别为 25.41/10 万和 18.44/10 万。

“我国是世界上胃癌高发的国家,而遏制胃癌的最有效办法就是对高危人群进行有效的早筛。”北京大学肿瘤医院内镜中心主任吴齐在采访时表示,科学防控胃癌,早筛是关键。

近年来我国胃癌患者 5 年生存率虽有所提高,但仍处于较低水平,如早期发现、早期治疗,5 年生存率可显著提高。

鉴于此,为贯彻落实《健康中国行动——癌症防治行动实施方案(2023—2030 年)》有关要求,进一步规范食管癌和胃癌的筛查与早诊早治工作,指导各级癌症防治机构提高防治能力,提升防治效果,国家卫生健康委员会近日组织专家研究制定了《胃癌筛查与早诊早治方案(2024 年版)》(以下简称方案)。

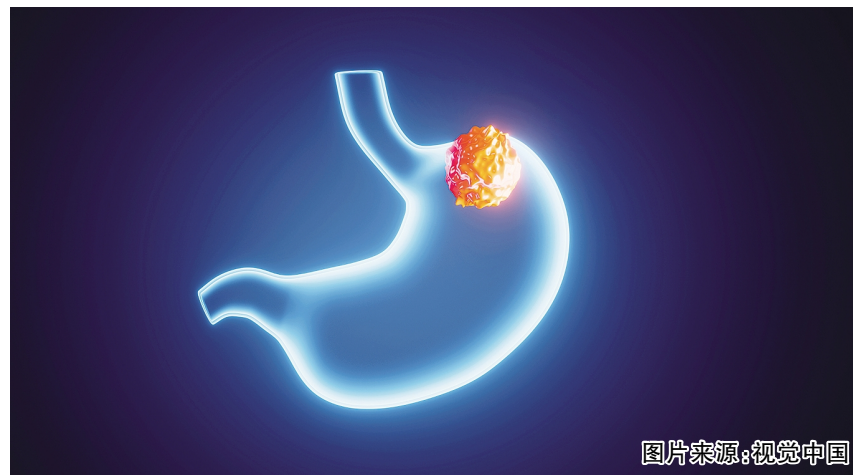
据悉,方案主要包括相关癌症流行病学情况、高风险人群界定、筛查对象、筛查方法、筛查频率、早诊早治原则和随访管理等,供各地推广使用。

胃癌的高发与多种因素相关

流行病学调查资料显示,我国各地区胃癌死亡率存在明显差异,胃癌高发于东南沿海和西北、华北、东北等部分人口众多的农村地区。比如,辽宁省庄河县、福建省长乐县、山东省临朐县、甘肃省武威市、江苏省盐城市等地,一直是胃癌高发区域。

“原因除了与当地的某种微量元素缺乏有关,还与饮食习惯、百姓健康意识、幽门螺杆菌感染、家族遗传等有关。”吴齐团队曾在山东临朐进行胃癌流行病学调查发现,当地的老百姓长期食用腌制、高盐、烟熏类食物或不新鲜的蔬果。

研究已经证实,高盐饮食、腌制食品,包括加工肉类以及蔬菜(如泡菜)中的致癌物质——亚硝酸盐含量高,长期摄入、过多食用都会诱发胃癌。这些



图片来源:视觉中国

食物中的致癌物质(如亚硝酸盐和多环芳烃)能直接损伤、刺激胃黏膜,久而久之可能诱发恶性变。此外,不健康的烹饪方式如长时间高温烧烤,也会产生大量致癌物。

中国医学科学院肿瘤医院胰胃外科病区主任田艳涛表示,约有 70% 的胃癌病例与幽门螺杆菌(Hp)感染相关。而某些病毒感染,如 EBV 病毒感染,也会增加胃癌的风险。

此外,一些特定的基因突变,如 DNA 错配修复基因突变导致的微卫星不稳定,也与遗传性胃癌密切相关。另有研究指出,A 型血与胃癌有关。与其他血型相比,A 型血患者中幽门螺杆菌的感染比例更高。

内镜学检查为首选

那么,哪些人群是胃癌的高风险人群? 方案指出,年龄 ≥ 45 岁,且符合以下任意一项者均可认定为高风险人群。1. 居住于胃癌高发地区;2. 父母、子女以及兄弟姐妹等一级亲属中有胃癌病史;3. 尿素呼气试验(UBT)、血清 Hp 抗体、粪便 Hp 抗原检测任一呈阳性;4. 有吸烟、重度饮酒、高盐饮食、喜食腌制食品等不良生活方式和饮食习惯。5. 患有慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉、手术后残胃、肥厚性胃炎、恶性贫血等疾病。

一旦被“圈定”为高风险人群,定期体检和专项筛查是早期发现胃癌的有效方法。

针对有胃癌家族史的高风险人群,或者长期胃部不适的个体,田艳涛建议其必须定期进行胃镜检查。45 岁以上尤其是有幽门螺杆菌感染史或者诸

如胃溃疡等胃部疾病的个体,需进行定期胃部检查和治疗,以预防胃癌的发生。

方案推荐胃癌筛查采用内镜学检查,应首选普通白光内镜检查,对发现的可疑病灶采用特殊内镜技术(窄带成像技术结合放大内镜、蓝激光成像放大内镜、色素内镜、激光共聚焦显微内镜、荧光内镜等)检查并进行活检。不能耐受常规内镜检查者可进行麻醉/镇静内镜或经鼻超细内镜检查,也可考虑使用磁控胶囊胃镜。

方案不建议将血清胃蛋白酶原(PG)检测、血清胃泌素-17(G-17)检测或血清胃癌相关抗原 MG7 等检测单独用于胃癌筛查,也不推荐使用其他生物标志物检测、上消化道钡餐造影、PET 检查等方法进行胃癌筛查。

田艳涛告诉记者,胃癌高风险人群原则上每 5 年进行 1 次内镜检查,但是有特殊情况的病变者应缩短筛查间隔。

比如,局限于胃窦或胃体的萎缩性胃炎或肠上皮化生患者,须每 3 年进行 1 次内镜检查。萎缩累及胃底或全胃患者,须每年进行 1 次内镜检查。低级别上皮内瘤变患者每年须进行 1 次内镜检查。高级别上皮内瘤变患者每 3~6 个月须进行 1 次内镜检查。

以手术为主的多学科综合治疗模式

“胃癌最可怕的不是消瘦、疼痛等症状,而是肿瘤发展到进展期,出现了全身转移的情况。一旦确诊为进展期胃癌,即便是通过手术、放化疗等治疗方法,患者的 5 年生存率也只有 10%~30%,

而早期胃癌的治愈率则能达到 90% 以上。”吴齐表示。

方案建议,所有癌前病变(低级别及高级别上皮内瘤变、慢性萎缩性胃炎、肠上皮化生等)与胃癌患者应及早接受规范化治疗,Hp 感染者应进行 Hp 根除治疗。

目前,病理学依然是诊断胃癌的金标准,需行内镜下活检。此外,临床分期诊断还应包括(颈)胸/腹(盆)部增强 CT,依据医疗条件可选择超声检查、超声内镜(EUS)、MRI 及 PET-CT 等影像学评估方法。

针对于癌前病变期,方案指出,有明确病灶的低级别上皮内瘤变患者,应结合内镜所见及病理复诊结果确定下一步处理措施;有明确病灶的高级别上皮内瘤变患者,应首选经内镜黏膜下剥离术(ESD)治疗。

针对于癌症早期,方案指出,有淋巴结转移可能性极低的早期病变患者,可行 ESD 治疗;对不符合 ESD 绝对适应证和相对适应证者,以胃切除术作为标准治疗方案,可考虑功能保留胃切除术,同时根据胃切除部位选择适当的淋巴结清扫范围。

针对于癌症进展期,方案指出,可手术的局部进展期胃癌患者首选以手术为主的多学科综合治疗模式,综合运用化疗、放疗、免疫治疗、靶向治疗等治疗方法。不可手术的局部进展期胃癌患者,方案推荐化疗、放疗为主的综合治疗。如治疗后获得转化机会,可考虑手术治疗。对于广泛进展期胃癌患者,方案推荐系统性药物治疗和最佳支持治疗。

田艳涛表示,近几年胃癌的新药主要集中在靶向药物和免疫检查点抑制剂,临床研究证实效果非常好,部分患者经过这些药物治疗甚至可以达到病理完全缓解。但现在还没有完全治愈胃癌的药物。药物治疗后完全缓解的患者并不占多数,而且即便是达到了完全缓解,一般也会建议补做外科手术力求根治,不做手术仍然有复发的可能。但随着研究的不断深入和新技术的应用,未来治愈胃癌的可能性逐渐增加。综合利用现有的药物和持续的研发创新是提高胃癌治疗效果的关键。