
中 国 中 西 医 结 合 学 会 团 体 标 准

T/CAIM 016—2021

胃癌中西医结合诊疗专家共识

Expert Consensus for Diagnosis and Treatment of

Gastric Cancer with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

2021-8-11 发布

2021-8-23 实施

中国中西医结合学会 发布

目 次

前言.....	I
引言.....	II
胃癌中西医结合诊疗专家共识.....	1
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 病因和发病机制.....	1
5 胃癌的诊断与分型.....	1
5.1 胃癌诊断标准.....	2
5.2 胃癌的分型.....	2
5.2.1 概述.....	2
5.2.2 病理分型.....	2
5.2.3 Lauren 分型.....	2
5.2.4 Borrmann 分型.....	2
5.2.5 分子分型.....	2
5.3 胃癌的中医证候诊断.....	3
6 胃癌的中西医结合治疗.....	3
6.1 中西医结合的临床路径.....	3
6.2 现代医学治疗原则和方法.....	3
6.2.1 治疗原则.....	3
6.2.2 治疗方法.....	4
6.2.2.1 早期胃癌的内镜下治疗.....	4
6.2.2.2 进展期胃癌的手术治疗.....	4
6.2.2.3 胃癌的围手术期治疗.....	4
6.2.2.4 晚期胃癌的姑息性治疗.....	4
6.2.2.5 胃癌的营养治疗.....	5
6.3 中西医结合对胃癌临床难点的切入与治疗.....	5
6.3.1 中医协同手术干预复发转移.....	5
6.3.2 中医减少抗肿瘤治疗的不良反应.....	5
6.3.2.1 中医协同化疗.....	6

6.3.2.2 中医协同放疗.....	6
6.3.3 中医缓解晚期胃癌并发症.....	6
6.3.3.1 癌因性疲乏.....	6
6.3.3.2 癌痛.....	7
6.3.3.3 癌性发热.....	8
6.3.3.4 消化道不完全性梗阻.....	8
6.4 针灸疗法.....	9
6.5 中医外治法.....	9
7 胃癌的康复调养.....	9
附录.....	11
参考文献.....	13

前 言

本共识按照 GB/T1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》规则起草。

本共识由中国中西医结合学会提出并归口。

本共识起草单位：江苏省中医院、南京大学医学院附属鼓楼医院、江苏省肿瘤医院。

本共识主要起草人：刘沈林、刘宝瑞、舒鹏、姚学权、王瑞平、刘福坤、邹玺、钱军、江志伟、陆建伟、陈玉超、吴晓宇、钱晓萍、程海波、魏嘉、朱超林、李烜、卢伟等。

引言

胃癌（gastric cancer）是原发于胃黏膜上皮的恶性肿瘤，绝大多数为腺癌。2020年全球胃癌新发病例约108.9万例，居恶性肿瘤发病人数的第5位，中国约占43.9%；2020年全球因胃癌死亡病例约76.9万例，居恶性肿瘤死亡人数的第4位，其中48.6%死亡病例发生在中国^[1]。我国胃癌发病率仅次于肺癌居第二位，5年总体生存率仅为35.1%^[2]。近年来随着胃镜检查的普及，早期胃癌比例逐年提高，胃癌在性别、年龄上，男性多于女性，55-70岁为高发年龄段。在发病地域方面，我国以青海、宁夏、甘肃等省最多，其次为江苏、浙江、福建、上海等沿海省市^[3]。

由于常见、高发、治愈困难，胃癌已成为严重威胁人类健康和生命的重大疾病。不断提高胃癌的防治水平，努力攻克治疗上的难点，已成为医学领域面临的严峻课题。根据胃癌当前的防治现状，充分发挥中西医结合在胃癌治疗中的独特作用，显得十分必要。这是基于一方面我国胃癌患者人数众多，对中医的治疗需求较大；另一方面，尽管肿瘤治疗的新药物、新技术、新疗法不断涌现，但我们仍然面对临床疗效不甚理想、相当多的胃癌患者术后复发转移、晚期胃癌患者生存时间短、生活质量难以提高的局面。

大量的临床研究表明，中医药在协同胃癌术后抗复发转移、减少抗肿瘤治疗的不良反应，以及缓解晚期胃癌并发症等方面，具有积极的疗效^[4-7]。针对胃癌的发病特点和治疗上的难点问题，充分发挥中西医的互补作用，能够不断提高我国胃癌的治疗水平。

根据国家中医药管理局联合国家卫健委，关于在临床实践的基础上，对重大疑难疾病开展中西医联合攻关，总结经验，突出疗效，形成独具特色的中西医结合专家共识的要求，由项目单位按照GB/T1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》规则，组织国内中西医肿瘤专家针对胃癌的中西医结合临床治疗问题，开展了多轮讨论和征求意见，形成了胃癌中西医结合诊疗专家共识意见。编制参考了NCCN胃癌实践指南（2020 V1版）^[8]、胃癌诊疗规范（2018年版）^[9]、中国临床肿瘤学会胃癌诊疗指南（2020年版）^[10]、中医临床诊疗指南释义（肿瘤疾病分册）^[11]、恶性肿瘤中医诊疗指南^[12]，以及在调研文献的基础上，认真总结临床一线经验，充分反映当前中西医结合诊治胃癌的水平。本共识以临床为重点，针对胃癌治疗的难点，体现了中西医结合治疗的优势和作用。

胃癌中西医结合诊疗专家共识

1 范围

本共识从我国胃癌的诊疗实际出发，重点介绍了胃癌的术语与定义、病因和发病机制、诊断要点，中西医结合的治疗方法与临床路径。针对胃癌的治疗难点，包括胃癌术后复发转移、放化疗的毒副作用、晚期胃癌的并发症等问题，力图发挥中西医诊疗的互补作用，体现中西医结合治疗的优势。本共识适用于中医、中西医结合肿瘤专业人员参考应用。

2 规范性引用文件

- NCCN 胃癌实践指南（2020 V1 版）
- 胃癌诊疗规范（2018 年版）
- 中国临床肿瘤学会胃癌诊疗指南（2020 年版）

3 术语和定义

胃癌是原发于胃黏膜上皮的恶性肿瘤，可发生在胃的任何部位，以胃窦、胃角、胃体和贲门常见。早期胃癌常无特异的症状，随着疾病的进展可出现类似胃炎、溃疡病的症状，主要有上腹饱胀、食欲减退。进展期胃癌除上述症状外，常有上腹部肿块、胃部疼痛、恶心呕吐、呕血黑便等。晚期患者可出现严重消瘦、贫血、水肿、发热、黄疸和恶液质，以及锁骨上淋巴结肿大、腹部肿物、腹水征、胃肠梗阻等体征。

虽然历代中医文献中无“胃癌”病名一词，但根据临床表现和古代医籍的描述，胃癌归属于中医“胃脘痛”、“噎膈”、“反胃”、“积聚”、“伏梁”等病症的范畴。

4 病因和发病机制

现代医学认为胃癌的致病因素有：

1) 环境和饮食因素：经常食用霉变食品、咸菜、腌制烟熏食品以及过多摄入食盐，可增加危险性。慢性萎缩性胃炎、胃部分切除等患者，因胃酸分泌不足，有利于胃内细菌繁殖。硝酸盐在胃内被细菌还原成亚硝酸盐，再与胺结合生成致癌物亚硝胺，长期作用于胃黏膜易诱发癌变。

2) 感染因素：幽门螺杆菌（Hp）感染与胃癌有共同的流行病学特点。1994 年 WHO 的国际癌肿研究机构将 Hp 感染定为人类I类（即肯定的）致癌原。

3) 遗传因素：10%的胃癌患者有家族史，具有胃癌家族史者，其发病率明显升高。浸润型胃癌的家族发病倾向更显著，提示该型胃癌与遗传因素关系更密切。

4) 癌前变化：肠上皮化生、萎缩性胃炎及异型增生、胃息肉、残胃炎、胃溃疡、Menetrier 病等，均有报道与胃癌发生相关。

胃癌的发生是一个多阶段、多步骤的过程：慢性浅表性胃炎→萎缩性胃炎→肠化生、异型增生→粘膜内癌（早期胃癌）→进展期胃癌，诸多癌基因和抑癌基因参与这一过程。

中医认为胃癌的发病因素有：

1) 饮食不节（洁）：《内经》曰：“饮食自倍，肠胃乃伤。”《彭祖摄生养性论》云：“食过则症块成疾，饮过则痰癖结聚气风。”因暴饮暴食，饥饱失常；或向日好饮，嗜酒无度；或进食盐腌熏烤、霉腐不洁之物；或恣啖肥甘厚味，腥臊刺激之品，皆可伤脾败胃，导致运化失常，生湿生痰，痰凝毒结。

2) 情志内伤：《类证治裁·郁证》言：“七情内起之郁，始而伤气，继必及血，终乃成劳。”不良的情绪变化首先影响体内气机，气血逆乱而伤及脏腑。肝主疏泄，因心理失衡，情志不和，易致肝气郁结，“气结则血凝”，气滞血瘀是肿瘤的重要发病因素。

3) 正气不足：《医宗必读·积聚》曰：“积之成者，正气不足，而后邪气踞之。”《景岳全书》指出：“矧少年少见此证，而惟中衰耗伤者多有之。”中医认为肿瘤的形成必然与人体正气不足有关，这是肿瘤发病的重要内因。

4) 感受外邪：六淫之邪侵袭人体稽留不去，脏腑受损，则气机升降失常；或因气候反常，经常寒温不摄，则脾胃受损，痰湿内生，瘀血留滞，久而生变，均可引起肿瘤的发生。正如《灵枢·五变》所曰：“脾胃之间，寒温不次，邪气稍至，蓄积留止，大聚乃起。”

综上所述，人体正气不足，脾胃虚弱是胃癌发生的根本内因，气滞、血瘀、痰凝、毒结是胃癌发病的重要病理因素，两者互为因果。有“因虚致病，因病致虚，虚实夹杂”的病机特点^[13,14]。另外，近年中医研究还认为^[15]，“癌毒”是导致人体癌变的特异性致病因子，是在脏腑、气血失调的基础上，受内外多种因素诱导而产生的核心致病因素，具有毒根深藏、流窜浸淫、治后复发、缠绵难愈等致病特点，这对胃癌病机的认识具有一定意义。

5 胃癌的诊断与分型

5.1 胃癌诊断标准

胃癌诊断包括定性诊断、定位诊断和分期诊断等方面，组织病理学是胃癌确诊和治疗的依据，胸腹盆腔 CT 是治疗前临床分期的基本手段，MRI、腹腔镜探查及 PET-CT 可用于怀疑肝转移、腹膜转移及全身转移时的辅助检查手段。术前诊断应重视术前分期（cTNM 分期）的重要性，术后组织病理学诊断（pTNM 分期）是明确胃癌的组织学类型、全面评估病情进展、判断患者预后、制定针对性的个体化治疗方案的重要依据。

定性诊断：采用胃镜检查进行病变部位活检及病理检查等方法明确病变是否为癌、肿瘤的分化程度以及特殊分子表达情况等与胃癌自身性质和生物行为学特点密切相关的属性与特征。除常规组织学类型，还应该明确 Lauren 分型及 HER2 表达状态。

分期诊断：胃癌的分期诊断主要目的是在制订治疗方案之前充分了解疾病的严重程度及特点，以便为选择合理的治疗模式提供充分的依据。胃癌的严重程度可集中体现在局部浸润深度、淋巴结转移程度以及远处转移存在与否 3 个方面，在临床工作中应选择合适的辅助检查方法以期获得更为准确的分期诊断信息。目前一般均参照国际抗癌联盟及美国肿瘤联合会胃癌 TNM 分期系统（第 8 版）进行编制。

5.2 胃癌的分型

5.2.1 概述：胃癌一旦经组织病理学确诊后，需进行相关的基因检测，根据检测结果，可对治疗方案的制定，及胃癌的预后，提供一定的参考作用。指导治疗：I 级推荐：确诊为胃腺癌的病例均需 HER2 检测（1A 类证据）^[16]；II 级推荐：拟采用 PD-1/PD-L1 抑制剂治疗的患者，评估胃癌组织中 EBV 感染状态（2A 类证据），MSI/dMMR 状态和 PD-L1 的表达（2 类证据）。胃癌预后：III 级推荐：HER2 检测（3 类证据），MSI/MMR 检测（3 类证据）。

5.2.2 病理分型：

- 1) 腺癌：包括乳头状腺癌、管状腺癌与黏液腺癌，根据其分化程度分为高分化、中分化与低分化 3 种。
- 2) 未分化癌。
- 3) 黏液癌（印戒细胞癌）。
- 4) 特殊类型癌：包括腺鳞癌、鳞状细胞癌、类癌等。

5.2.3 Lauren 分型：

- 1) 肠型：一般具有明显的腺管结构，瘤细胞呈柱状或立方形，以高、中分化腺体为主，有时在其浸润前沿可见低分化腺体成分。常发生于肠化生的背景下，多呈局限性生长。
- 2) 弥漫型：多呈弥漫性生长，缺乏细胞连接，一般不形成腺管，以低分化腺癌或印戒细胞癌为主，有时伴有明显间质纤维结缔组织增生。
- 3) 混合型：有 10%-15% 的胃癌同时兼有肠型和弥漫型的特征，称为混合型。

5.2.4 Borrmann 分型：

- 1) Borrmann I （结节蕈伞型）：肿瘤呈结节、息肉状，表面可有溃疡，溃疡较浅，主要向腔内生长，切面界限较清楚。
- 2) Borrmann II （局部溃疡型）：溃疡较深，边缘隆起，肿瘤较局限，周围浸润不明显，切面界限较清楚。
- 3) Borrmann III （浸润溃疡型）：溃疡基底较大，边缘不清楚，周围及深部浸润明显，切面界限不清。
- 4) Borrmann IV （弥漫浸润型）：癌组织在胃壁内弥漫浸润性生长，浸润部胃壁增厚变硬，皱襞消失，粘膜变平，有时伴浅溃痕，若累及全胃，则形成所谓“皮革胃”。

5.2.5 分子分型：

- 1) 染色体不稳定（CIN）型：好发于胃食管结合部或贲门，多属 Lauren 分型中的肠型，特点为 TP53 基因突变多见，显著异倍体性，表皮生长因子受体（EGFR）基因扩增致 EGFR（PY1068）磷酸化水平升高，受体酪氨酸激酶（RTK）基因局部扩增。
- 2) 微卫星不稳定（MSI）型：好发于胃窦或幽门，多见于女性，初诊年龄偏高（中位年龄 72 岁）。特点为重复 DNA 序列突变增加，包括编码靶向致癌信号蛋白的基因突变；有胃型 CIMP、MHL1 超甲基化。
- 3) 基因稳定（GS）型：好发于胃窦或幽门，初诊年龄偏低（中位年龄 59 岁），其组织学变异多属 Lauren 分型中的弥漫型，特点为 CDH1、ARID1A、RHOA 基因突变或 RHO 家族 GTP 酶活化蛋白基因融合现象（CLDN18-ARHGAP 融合）多见。
- 4) EB 病毒阳性型：好发于胃底或胃体，多见于男性，特点为较高频率的 PIK3CA、ARID1A 和 BCOR 基因突变，DNA 极度超甲基化，JAK2、CD274 和 PDCD1LG2 基因扩增，致 PD-L1 和 PD-L2 免

疫抑制蛋白过表达。

5.3 胃癌的中医证候诊断

本共识列举了胃癌常见证候的要素，供临床辨证分型时参考使用^[12,17-18]。

病位证候要素

脏腑	症状特点
胃	胃痛腹胀，脘痞纳呆，恶心呕吐，嗳气呃逆，嘈杂泛酸，呕血。
肝	胸胁苦满，气郁不舒，急躁易怒，头晕目眩，胁下胀痛，口苦，舌红，脉弦或细弦。
脾	面色萎黄，食欲不振，餐后饱胀，泄泻肠鸣，腹部隐痛，倦怠乏力，黑便。
肾	面色㿠白，五更泄泻，完谷不化，形寒肢冷，腰膝酸软。

病性证候要素

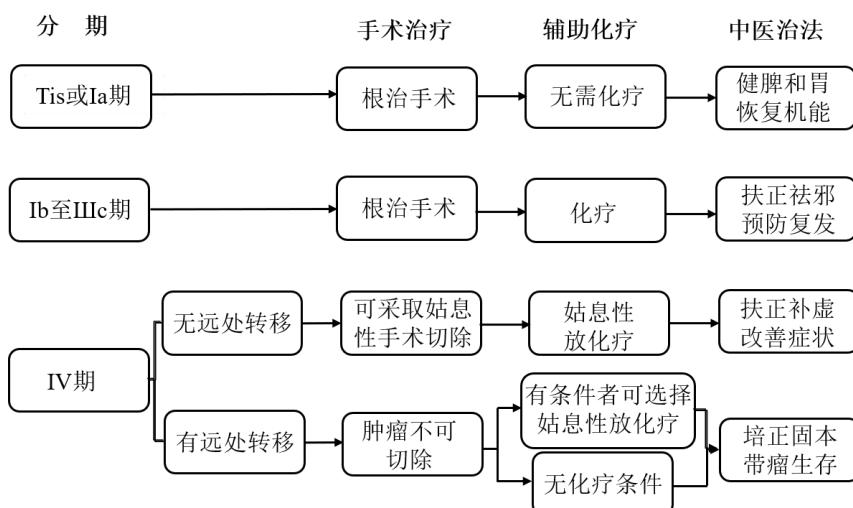
病性	症状特点
气虚	神疲乏力，气短懒言，形体消瘦，自汗畏风，舌淡胖或舌边齿痕，苔白滑或薄白，脉虚。
血虚	面色无华，头晕眼花，爪甲色淡，或心悸怔忡、失眠健忘、月经闭止，舌质淡，脉细弱。
阴虚	咽干口燥，两目干涩，或形体消瘦，大便干结，潮热盗汗，五心烦热，口渴欲饮，舌红少津，脉细数。
阳虚	面色㿠白，畏寒肢冷，脘腹冷痛，喜温喜按，小便清长，大便溏泄，或浮肿，舌淡苔白，脉沉迟或细弱。
气滞	腹中积块柔软，时聚时散，攻窜胀痛，脘胁胀痛不适，嗳气矢气频作，苔薄，脉弦。
血瘀	腹部积块明显，质地较硬，固定不移，隐痛或刺痛，形体消瘦，面色晦暗黧黑，舌质紫黯或有瘀斑、瘀点，脉细涩。
痰湿	胸闷恶心，呕吐痰涎，吞咽噎堵，纳呆，舌苔白腻，脉滑或濡。
热毒	身热目赤，尿黄便秘，口渴，烦躁不宁，吐血，舌红或绛，苔黄而干，脉滑数。

6 胃癌的中西医结合治疗

6.1 中西医结合的临床路径

胃癌中西医结合的目的是取长补短，相互配合，提高疗效。肿瘤难治难愈，临床难点较多，中医药在肿瘤的不同分期和西医不同治疗方法下的辅助协同，能够充分发挥中医的特色和优势^[13,19]。由于中西医的理论体系和治疗方法不同，需要在结合的方法、路径和临床难点问题上加以明确，便于运用。中医在结合方面，主要是辅助胃癌现代医学治疗，以及对不能耐受西医抗肿瘤治疗的中晚期胃癌患者，以中医药为主，改善症状，减轻痛苦，延长生存期。

胃癌中西医结合临床治疗路径图



6.2 现代医学治疗原则和方法

6.2.1 治疗原则

根据肿瘤病理学类型及临床分期，结合患者症状特点和功能状态，采取多学科诊疗（multidisciplinary team, MDT）模式，有计划、合理地应用手术、化疗、放疗和生物靶向等治疗手段，达到根治或最大限度地控制肿瘤，延长患者生存期，改善生活质量的目的。

6.2.2 治疗方法

6.2.2.1 早期胃癌的内镜下治疗

早期胃癌指癌组织局限于胃黏膜层及黏膜下层，不论其范围大小和有否淋巴结转移。对于符合绝对适应症的早期胃癌，可选择内镜下治疗，内镜下治疗主要包括内镜下黏膜切除术（endoscopic mucosal resection, EMR）和内镜黏膜下剥离术（endoscopic submucosal dissection, ESD）。在未获得明确的循证学证据的情况下，暂不推荐扩大内镜下切除的适应证，但是在充分说明标准治疗为外科胃切除手术及淋巴结转移等风险，取得患者理解与同意的情况下，因年龄、并存疾病等原因而难以选择胃切除的早期胃癌，在估计淋巴结转移发生率的前提下，可选择内镜切除。

6.2.2.2 进展期胃癌的手术治疗

标准手术以治愈为目的，胃切除范围依据肿瘤部位决定，应保证切缘与肿瘤边缘的足够距离。应根据胃切除类型行相应胃周和伴随腹腔干具名血管的淋巴结清扫。对于进展期可切除胃癌，预防性加行腹主动脉旁淋巴结清扫，并不能提高远期生存。对于治疗性的腹主动脉旁淋巴结清扫的价值目前存在争议。

对于I期胃癌的远端胃切除术，腹腔镜下手术可作为常规选择，对比开腹手术其安全性相当，短期效果有优势^[20]。因此可以作为常规治疗选择。国内 CLASS-01 试验提示对于 T2-4aN0M0 胃癌的远端胃切除术，腹腔镜与开腹手术 3 年生存率无明显差异^[21]。早期胃癌的腹腔镜下全胃切除尚无大型前瞻性研究，尽管仍无充分的科学依据，可以在有丰富经验的医疗中心开展。

在不影响胃癌手术根治性的前提下，消化道重建方式可以依据患者自身情况及术者的手术经验进行选择。对于远端胃切除，Billroth I式和 Billroth II式是最常用的方法，对于肿瘤位置靠下，尤其是已侵犯幽门及十二指肠者，且肿瘤复发后再次手术机会较大，对这类进展期胃癌更倾向推荐 Billroth II式吻合，Roux-en-Y 吻合能更有效地减轻胆汁反流，预防残胃炎的发生；但其手术操作相对复杂而且增加了术后并发症的发生。

6.2.2.3 胃癌的围手术期治疗

6.2.2.3.1 新辅助治疗

新辅助治疗的概念是基于肿瘤可切除，通过两个周期及以上的术前治疗（如化疗或放化疗），使肿瘤降期、提高 R0 切除率、控制微小转移灶、减少术后的复发转移，提高术后生存率。

胃癌的新辅助治疗，尤其是新辅助化疗，在西方国家已证实优于单纯手术。对于可切除的局部进展期胃癌，尽管在如何选择受益人群及最佳治疗方案的选择上存在争议，但是应用新辅助治疗的理念仍日益得到胃肠肿瘤内外科医生的认可，在患者充分理解，可以耐受的情况下，T2N0 及以上病人均可接受围手术期化疗。

新辅助化疗方案，应当采用铂类与氟尿嘧啶类联合的两药方案，或在两药方案基础上联合紫杉类组成三药联合的化疗方案，不宜单药应用。

新辅助放化疗，尤其是胃食管结合部腺癌，在西方多个临床研究提示该治疗方案能够改善术后病理缓解率，但对于其他原发部位胃癌的治疗效果，特别是对比围手术期化疗模式的优势，尚有待正在开展的III期临床研究证据。

6.2.2.3.2 辅助治疗

术后病理为II及III期的术后患者，建议术后辅助化疗。目前对于术后病理I期的患者是否可以从术后辅助化疗中获益尚不明确，建议对于I期合并高危因素如低龄，组织学分级高级别或低分化，神经侵犯，或血管、淋巴管浸润等人群行研究性治疗。

联合化疗在 6 个月内完成，单药化疗不宜超过 1 年。辅助化疗方案推荐氟尿嘧啶类药物联合铂类或紫杉类的两药联合方案。对体力状况差、高龄、不耐受两药联合方案者，考虑采用口服氟尿嘧啶类药物的单药化疗。

根治术后放化疗：对于各种原因导致手术未能达到 D2 标准的进展期胃癌术后患者，以及具有局部复发高危因素（淋巴结转移率较高、切除安全距离不足等）者，术后氟尿嘧啶类药物联合顺铂的同步放化疗仍可作为治疗推荐。对于手术未能达到 R0 切除者（非远处转移因素），推荐术后放化疗或 MDT 讨论决定治疗方案。

6.2.2.4 晚期胃癌的姑息性治疗

对于晚期胃癌的治疗，目的为缓解肿瘤导致的临床症状，改善生活质量及延长生存期。适用于全身状况良好、主要脏器功能基本正常的无法切除、术后复发转移或姑息性切除术后的患者。禁忌用于严重器官功能障碍，不可控制的合并疾病及预计生存期不足 3 个月者。此类胃癌的治疗优先推荐 MDT 决定

个体化治疗方案或者鼓励参加临床研究。

常用的系统化疗药物包括：5-氟尿嘧啶（5-FU）、卡培他滨、替吉奥、顺铂、奥沙利铂、紫杉醇、多西他赛、白蛋白紫杉醇、伊立替康、表阿霉素等，靶向治疗药物包括：曲妥珠单抗、阿帕替尼。化疗方案包括2药联合或3药联合方案，2药方案包括：5-FU/LV+顺铂（FP）、卡培他滨+顺铂（XP）、替吉奥+顺铂（SP）、5-FU+奥沙利铂（FOLFOX）、卡培他滨+奥沙利铂（XELOX）、替吉奥+奥沙利铂（SOX）、卡培他滨+紫杉醇、卡培他滨+多西他赛、5-FU+伊立替康（FOLFIRI）等。对HER2表达呈阳性（免疫组化染色呈+++，或免疫组化染色呈++且FISH检测呈阳性）的晚期胃癌患者，一线治疗应在化疗的基础上，联合使用分子靶向治疗药物曲妥珠单抗。既往2个化疗方案失败的晚期胃癌患者，身体状况良好情况下，可采用抗血管类靶向药物阿帕替尼治疗。

PD-1/PD-L1的免疫治疗，基于前瞻性临床研究结果支持^[22-24]，目前免疫检查点抑制剂纳武利尤单抗和帕博利珠单抗已获批晚期胃癌的治疗，国内外还有多个新型抗PD1抗体也正在申请适应证。另外，帕博利珠单抗亦被批准用于所有MSI-H或dMMR的晚期实体瘤患者的后线治疗^[25]。

6.2.2.5 胃癌的营养治疗

恶性肿瘤营养不良，也被称为癌症厌食-恶液质综合征。胃癌患者易发生营养不良，其中5%的胃癌患者6个月内体重减轻约10%，而在晚期胃癌患者中营养不良发生高达80%。原因主要有以下几个方面：

- 1) 肿瘤相关性因素：恶性肿瘤患者由于机体代谢障碍导致营养不良，高代谢的癌细胞导致机体糖代谢增强，蛋白质和脂肪分解加快，使患者有饱腹感而厌食。
- 2) 机械性因素：胃癌肿块导致幽门梗阻，使患者无法正常进食。
- 3) 治疗性因素：放化疗毒性反应、手术损伤等导致胃肠黏膜损伤，从而影响患者的消化与吸收功能；加上应激反应，使患者代谢加快，能量消耗增加。

目前无证据表明营养支持会促进肿瘤生长；相反营养不良可使该类患者对手术、化疗、放疗等抗肿瘤治疗的耐受性、有效性下降，毒副作用增加，机体体力状态下降，器官功能损害，生活质量低下，生存时间缩短。营养支持治疗是胃癌综合治疗中的一部分^[25]，在胃癌的综合治疗中发挥着越来越重要的作用，应贯穿综合治疗的全过程。国内外指南推荐只要胃肠道功能允许，优先选择肠内营养。

6.3 中西医结合对胃癌临床难点的切入与治疗

6.3.1 中医协同手术干预复发转移

胃癌具有高复发转移的特点，II、III期胃癌术后患者约有60%在2-3年内复发转移，进展期胃癌患者5年生存率仅30%-40%，因此降低胃癌复发转移率具有重要意义^[27]。中医协同胃癌手术治疗，一方面针对术后体虚状态，予以补益气血，调整功能，促进恢复，为后续肿瘤治疗创造条件；另一方面在手术、化疗后至出现复发转移的治疗空窗期，以中医药扶正祛邪，巩固治疗，提高免疫，清除余毒，以减少术后复发转移的风险。

辨证论治

1) 气血不足证：本证多见于胃癌手术损伤气血所致，表现为面色少华，头晕乏力，心慌气短，饮食不振，失眠少寐，或贫血明显，舌质淡，脉细弱。治法：补气养血；主方：当归补血汤（出自《内外伤辨惑论》）合十全大补汤加减（出自《太平惠民和剂局方》）。药物：黄芪15g、人参15g、党参15g、炒白术10g、当归10g、熟地15g、阿胶10g、枸杞子10g、桑葚子10g、鸡血藤10g、炙甘草3g、红枣10g、龙眼肉5g等。14剂，每日1剂，早晚温服。

2) 中虚气滞证：本证多见于胃癌术后消化功能障碍，表现为食欲减退，脘腹饱胀，稍食胀甚，大便溏薄，肠鸣矢气，乏力形瘦，舌苔薄白或腻，脉细。治法：健脾理气；主方：香砂六君子汤（出自《古今名医方论》）合参苓白术散加减（出自《太平惠民和剂局方》）。药物：炒党参15g、炒白术10g、茯苓15g、炙甘草3g、陈皮6g、法半夏10g、木香10g、砂仁3g、枳壳10g、佛手10g、淮山药15g、炒扁豆15g、焦山楂15g、六神曲15g等。14剂，每日1剂，早晚温服。

3) 肝胃不和证：本证多见于胃癌术后患者心理压力，或胆汁反流所致，表现为脘胁胀痛，嗳气频频，食欲不振，或伴泛酸、烧心、嘈杂，尤以平卧时症状明显，舌质红，苔薄白或黄，脉细弦。治法：疏肝和胃；主方：柴胡疏肝散（出自《景岳全书》）合左金丸加减（出自《丹溪心法》）。药物：醋柴胡6g、枳壳10g、郁金10g、制香附10g、青皮6g、木香10g、佛手10g、苏梗10g、当归10g、白芍10g、香橼皮10g、绿梅花10g、炙甘草3等。14剂，每日1剂，早晚温服。

4) 脾胃虚寒证：本证多见于素体阳虚，复加手术伤正所致，表现为胃脘隐痛，喜暖喜按，遇冷加重，或呕吐清水，朝食暮吐，暮食朝吐，大便溏薄，或面色㿠白，四肢欠温，神疲乏力，舌淡苔白，脉细弱。治法：温中和胃；主方：黄芪建中汤（出自《金匱要略》）合理中汤加减（出自《伤寒论》）。药物：炙黄芪15g、炒党参15g、炒白术10g、干姜3g、桂枝5g、白芍10g、陈皮6g、木香10g、砂仁3g、

厚朴 10g、茯苓 15g、炙甘草 3g、红枣 10g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

常用中成药：八珍颗粒、十全大补丸、香砂六君丸，遵药品说明书服用。

6.3.2 中医减少抗肿瘤治疗的不良反应

6.3.2.1 中医协同化疗

胃癌常见的化疗毒副作用有：骨髓抑制所致的白细胞、血小板减少和贫血症状；消化道毒性如恶心呕吐、食欲减退、腹泻、便秘、口腔溃疡等；肝毒性引起不同程度的肝细胞损害、胆汁淤积，出现血清丙氨酸氨基转移酶及胆红素升高、肝区隐痛等；神经末梢毒性反应所致的指端麻木，以及脱发现象。中医治疗的作用主要在于减轻化疗的毒副反应，改善临床症状^[28-30]。

辨证论治

1) 胃失和降证：本证常因化疗引起，停药后多数症状可逐渐缓解，表现为恶心呕吐，所吐多为食物、痰涎或水液，或干呕无物，进食即呕，胃痛饱胀，舌质淡红，苔薄白，脉细。治法：和胃降逆；主方：橘皮竹茹汤（出自《金匮要略》）合旋覆代赭汤加减（出自《伤寒论》）。药物：橘皮 10g、姜竹茹 10g、法半夏 10g、茯苓 15g、太子参 15g、炒白术 10g、炙甘草 3g、炒谷芽 15g、旋覆花 15g、代赭石 15g、生姜 3 片、大枣 10g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

2) 脾虚湿盛证：本证多见于化疗所致的胃肠功能紊乱，表现为大便溏稀，或泻下如水，肠鸣漉漉，或完谷不化，腹部胀满，食欲不振，舌苔白腻，脉濡细。治法：健脾化湿；主方：参苓白术散（出自《太平惠民和剂局方》）合胃苓汤加减（出自《普济方》）。药物：党参 15g、炒白术 10g、淮山药 15g、茯苓 15g、白扁豆 15g、薏仁 15g、莲子 15g、陈皮 10g、木香 10g、砂仁 3g、炙甘草 3g、焦山楂 15g、六神曲 15g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

3) 肝脾两伤证：本证多见于化疗引起的“药毒致损”，肝功能损害，表现为肝区隐痛，食欲减退，脘腹痞胀，或形体消瘦，肢软乏力，尿黄，或肝功能检查异常，舌苔薄白，脉细弦。治法：补益肝脾；主方：归芍六君子汤（出自《笔花医镜》）合六味地黄丸加减（出自《景岳全书》）。药物：党参 15g、黄芪 15g、炒白术 10g、淮山药 15g、陈皮 6g、法半夏 10g、枳壳 10g、郁金 10g、当归 10g、白芍 10g、生地 15g、茯苓 15g、炙甘草 3g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

4) 气虚血滞证：本证多见于化疔损及末梢神经，表现为手足指（趾）端麻木或胀痛，甚则握物失稳，指端爪甲色暗，或脱发现象明显，常伴面色萎黄、神疲乏力，苔白，舌质淡紫，脉细涩。治法：益气和血；主方：黄芪桂枝五物汤加减（出自《金匮要略》）。药物：黄芪 15g、党参 15g、当归 10g、熟地 15g、白芍 10g、川芎 10g、桂枝 5g、桑枝 10g、鸡血藤 10g、制首乌 10g、片姜黄 10g、路路通 10g、炙甘草 3g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

常用中成药：槐耳颗粒、生脉饮口服液、胃瘤安合剂，遵药品说明书服用。

6.3.2.2 中医协同放疗

随着放射技术的发展，对部分治疗有困难的进展性胃癌进行术前放疗，能使癌灶发生不同程度的退缩，放疗后 2 周行手术治疗能提高切除率，并能降低腹腔和血行转移率。对手术区有残留的肿瘤或可疑残留的进展期胃癌行术中放疗，可提高 5 年生存率。对术后肝内转移、胰腺转移进行局部放射可以缓解梗阻性黄疸和疼痛。放疗的毒副反应多以消化道症状为主，如食欲不振、恶心呕吐、全身不适等。

辨证论治

1) 胃热阴伤证：本证多见于放射性胃炎引起的消化道症状，表现为胃脘灼热疼痛，尤以进食刺痛明显，口干 口苦，或恶心呕吐，大便秘结，或心下痞块，呕血便血，舌红少津，苔薄黄糙，脉细弦。治法：养阴清胃；主方：沙参麦冬汤（出自《温病条辨》）合竹叶石膏汤加减（出自《伤寒论》）。药物：生地 15g、沙参 15g、麦冬 15g、玉竹 10g、天花粉 15g、石斛 15g、芦根 15g、生石膏 10g、黄连 3g、山栀 10g、赤芍 10g、丹皮 10g、生甘草 3g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

2) 气阴两虚证：本证多见于胃癌放疗损伤气阴，影响消化功能，表现为胃脘隐痛，或有灼热，食欲不振，脘痞作胀，或乏力虚汗，口干欲饮，大便秘结，舌红少苔或有裂纹，脉细数。治法：益气滋阴；主方：生脉散（出自《医学启源》）合益胃汤加减（出自《温病条辨》）。药物：太子参 15g、麦冬 15g、五味子 5g、生地 15g、玉竹 10g、沙参 15g、石斛 15g、天花粉 15g、佛手花 10g、淮山药 15g、绿萼梅 10g、炙甘草 3g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

常用中成药：参脉注射液、麦味地黄丸，遵药品说明书服用。

6.3.3 中医缓解晚期胃癌并发症

6.3.3.1 癌因性疲乏

癌症引起的疲乏称为癌因性疲乏，与正常人的疲乏相比，其疲乏特点是发生快、程度重、持续时间长、充分休息后仍不能缓解。癌因性疲乏的治疗需要鼓励患者参加规律性的有氧活动，指导患者在活动中节约体力。对于随性疾病，可考虑使用某种药物辅助治疗，积极控制疲乏症状^[31]。

中医虽无“癌因性疲乏”的病名，但“疲乏”是中医临床常见症状，依据其虚弱、疲乏、抑郁等症状特点，可归属于“虚劳”、“虚损”、“劳倦”等病证范畴。

癌因性疲乏的核心是正气虚弱，以脾、肺、肝、肾虚弱为主，表现气血阴阳亏虚，脏腑功能失调的相应症状。根据“虚则补之，损者益之”的治则，治法宜扶正气，恢复体能，以扶正为主，祛邪则处于次要位置。

辨证论治

1) 气血两虚证：表现为神疲肢倦，少气懒言，语音低怯，眩晕失眠，自汗心悸，手足麻木，面白无华，唇舌爪甲色淡，心悸气短，舌淡而嫩，脉沉细无力。治法：补气养血；主方：人参养荣汤加减（出自《太平惠民和剂局方》）。药物：人参 15g、白术 10g、茯苓 15g、炙甘草 3g、当归 10g、白芍 10g、熟地黄 15g、川芎 10g、五味子 5g、远志 10g、肉桂 5g、黄芪 10g、陈皮 10g、生姜 3 片、大枣 10g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

2) 肝肾阴虚证：表现为神倦疲乏，头晕目眩，视物昏花，耳鸣健忘，失眠多梦，咽干口燥，潮热，五心烦热，盗汗，筋脉拘急或疼痛，腰膝酸软，舌红少苔，脉细数。治法：滋阴养肝肾；主方：六味地黄丸（出自《小儿药证直决》）合一贯煎（出自《续名医类案》）合生脉散加减（出自《医学启源》）。药物：生地黄 15g、茯苓 15g、泽泻 10g、山萸肉 15g、丹皮 10g、淮山药 15g、枸杞子 10g、当归 10g、北沙参 15g、麦冬 15g、人参 10g、五味子 5g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

3) 脾肾阳虚证：表现为神疲乏力，面色白，形寒肢冷，腰酸膝冷，腹部冷痛，或下利清谷，五更泄泻，或面浮肢肿，动则易汗，带下清稀，舌淡胖，苔白滑，脉沉细。治法：温肾健脾；主方：金匮肾气丸（出自《金匮要略》）或右归饮（出自《景岳全书》）。药物：熟地黄 15g、山药 15g、山萸肉 15g、附子 5g、肉桂 3g、菟丝子 10g、鹿角胶 10g、枸杞子 10g、当归 10g、杜仲 15g、沙苑子 15g、川断 10g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

4) 肝脾不调证：表现为胸胁胀满，精神抑郁，食少纳呆，腹胀便溏，或腹痛欲泻，泻后痛减，或月经不调，心烦失眠，舌苔白或腻，脉细弦。治法：疏肝健脾；主方：逍遥散（《太平圣民和剂局方》）合香砂六君子汤加减（《古今名医方论》）。药物：柴胡 6g、香附 10g、当归 10g、白芍 10g、枳壳 10g、白蒺藜 10g、合欢皮 15g、郁金 10g、甘草 3g、党参 15g、茯苓 15g、白术 10g、陈皮 6g、半夏 10g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

常用中成药：参芪扶正注射液、养正消积胶囊、参芪片、归脾丸、八珍颗粒，遵药品说明书服用。

6.3.3.2 癌痛

疼痛是癌症患者最常见的并发症之一，癌性疼痛严重影响患者的生活质量和日常工作。剧烈疼痛者常伴有情绪反应，包括恐惧、焦虑、紧张、不安、失眠等，控制疼痛有时甚至是患者迫在眉睫的唯一诉求。尽管近几年对三阶梯止痛原则的理解和评价有一定分歧，但是各种指南坚持“WHO 三阶梯癌痛治疗原则”基本没有改变，其基本原则依然是：提倡在全面评估癌痛的基础上根据患者疼痛的程度，按时、按阶梯给药，以控制慢性持续性疼痛、尽可能采用口服给药途径、治疗中注意个体化原则及注意具体细节等^[32]。

癌痛属中医“痛证”范畴，古代文献中就有与癌痛相关的记载，如《内经》曰：“大骨枯槁，大肉下陷，胸中气满，喘息不便，内痛引肩颈。”再如，《证治要诀》云：“痞积在胃脘，大如覆杯，痞塞不通，背痛心痛。”

辨证治疗应首先分清虚实，即辨清“失荣”与“不通”，再辨寒热等病邪属性、脏腑部位以及伴有症状，按标本缓急施治。急性和重度疼痛应结合运用西医镇痛药物，以迅速控制疼痛，减轻患者痛苦，提高生活质量的目的^[33]。

辨证论治

1) 肝郁气滞证：表现以脘腹或胸胁胀痛为主，窜痛不定，时轻时重，情绪悲观忧郁，舌苔薄白，脉细弦。治法：疏肝理气；主方：柴胡疏肝散加减（出自《医学统旨》）。药物：柴胡 6g、白芍 10g、当归 10g、枳壳 10g、香附 10g、木香 10g、青皮 6g、陈皮 6g、炒川楝子 10g、郁金 10g、延胡索 10g、徐长卿 10g、八月札 10g、甘松 10g、九香虫 3g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

2) 中虚胃寒证：表现以隐痛、钝痛居多，痛有定处，喜暖喜按，得暖则缓，体虚形瘦，汗多，神疲，舌苔薄，舌质淡，脉细弱。治法：温中和胃；主方：黄芪建中汤加减（出自《金匮要略》）。药物：黄芪 15g、党参 15g、白术 10g、当归 10g、陈皮 6g、茯苓 15g、法半夏 10g、干姜 3g、元胡 10g、山药 15g、白芍 10g、桂枝 6g、甘草 3g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

3) 痰湿阻滞证：表现为痛而重着，伴有胸脘痞满，腹胀身困，头晕痰多，嗜睡，舌苔腻，脉滑。治法：化湿利气；主方：香砂平胃散加减（出自《中医方剂大辞典》）。药物：胆南星 15g、法半夏 10g、陈皮 6g、木香 10g、砂仁 3g、枳实 10g、菖蒲 15g、郁金 10g、制川朴 10g、制苍术 10g、威灵仙 15g、

薏苡仁 15g、山慈姑 10g、莱菔子 15g、猪苓 15g、僵蚕 10g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

4) 阳虚寒凝证：表现为疼痛较剧，形寒怕冷，得温则舒，骨节酸痛，痛处不移，舌苔白，脉紧。治法：温经散寒；主方：阳和汤加减（出自《外科全生集》）。药物：制川乌 10g、熟地黄 15g、威灵仙 15g、炮姜 3g、透骨草 10g、肉桂 3g、骨碎补 15g、羌活 10g、独活 10g、鹿角胶 10g、白芥子 10g、刘寄奴 10g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

5) 瘀血内阻证：表现为刺痛拒按，痛有定处，舌质黯或有瘀点瘀斑，脉涩。治法：活血化瘀；主方：失笑散（出自《太平惠民和剂局方》）合桃红四物汤加减（出自《医宗金鉴》）加减。药物：桃仁 10g、红花 10g、当归 10g、赤芍 10g、川芎 10g、蒲黄 10g、五灵脂 10g、元胡 10g、丹皮 10g、丹参 10g、乳香 10g、没药 10g、三棱 10g、莪术 10g、虎杖 15g、鸡血藤 15g、郁金 10g、土鳖虫 10g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

常用中成药：逍遥丸、华蟾素胶囊、血府逐瘀口服液、鳖甲煎丸，遵药品说明书服用。

6.3.3.3 癌性发热

癌性发热多见于胃癌的中晚期，临床表现为低热、夜间与午后规律反复出现，而白细胞、中性粒细胞等实验室检查一般处于正常范围，治疗多以物理降温、非甾体类抗炎药、糖皮质激素等为主，短期效果明显，但长期作用有限，且存在恶心、呕吐等消化道不良反应。

癌性发热属于中医“内伤发热”的范畴，以脏腑机能亏虚，气血阴阳失调为基本病机。《素问·调经论》记载：“有所劳倦，形气衰少，谷气不盛，上焦不行，下脘不通，胃气热，热气熏胸中，故内热。”

癌性发热为肿瘤本身所致，在治疗肿瘤的同时，中医以对症退热为主，据证候、病机的不同分别采用相应治法^[34]。

辨证论治

1) 气虚发热证：表现为发热可因劳累后发作或加剧，倦怠乏力，气短懒言，自汗，舌质淡，苔薄白，脉细弱。治法：甘温除热；主方：补中益气汤加减（出自《内外伤辨惑论》）。药物：黄芪 30g、党参 15g、白术 10g、当归 10g、陈皮 6g、升麻 6g、柴胡 6g、生姜 3 片、大枣 10g、炙甘草 3g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

2) 血虚发热证：表现以低热为多，头晕眼花，心悸不宁，面白少华，唇甲色淡，舌质淡，脉细弱。治法：益气养血；主方：归脾汤加减（出自《正体类要》）。药物：黄芪 30g、党参 15g、茯苓 15g、白术 10g、当归 10g、龙眼肉 6g、远志 10g、酸枣仁 10g、木香 10g，炙甘草 3g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

3) 阴虚发热证：表现为午后潮热，或夜间发热，手足心热，少寐多梦，盗汗，口干咽燥，舌质红，或有裂纹，苔少或无苔，脉细数。治法：滋阴清热；主方：青蒿鳖甲汤加减（出自《温病条辨》）。药物：青蒿 6g、鳖甲 10g、生地 15g、知母 6g、丹皮 10g、银柴胡 10g、胡黄连 10g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

4) 气郁发热证：表现为低热或潮热，热势受情绪影响而有波动，胁肋胀满，易烦躁易怒，口干而苦，舌红，苔黄，脉弦数。治法：解郁清热；主方：丹栀逍遥散加减（出自《内科摘要》）。药物：牡丹皮 10g、栀子 10g、柴胡 6g、薄荷 6g、白芍 10g、当归 10g、白术 10g、茯苓 15g、炙甘草 3g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

5) 痰湿郁热证：表现为低热，午后热甚，胸闷脘痞，渴不欲饮，不思纳谷，大便黏滞不爽，舌苔白腻或黄腻，脉濡数。治法：清热化痰；主方：黄连温胆汤加减（出自《六因条辨》）。药物：黄连 6g、炒竹茹 10g、枳实 10g、半夏 10g、陈皮 6g、茯苓 10g、炙甘草 3g、生姜 6g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

6) 血瘀发热证：表现为午后或夜晚发热，口干咽燥，痛有定处或肿块，面色萎黄或晦暗，舌质青紫或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩。治法：活血化瘀；主方：血府逐瘀汤加减（出自《医林改错》）。药物：当归 10g、川芎 10g、赤芍 10g、生地黄 15g、桃仁 10g、红花 10g、牛膝 10g、桔梗 5g、枳壳 10g、炙甘草 3g、柴胡 6g 等。14 剂，每日 1 剂，早晚温服。

常用中成药：新癀片、痰热清胶囊，遵药品说明书服用。

6.3.3.4 消化道不完全性梗阻

消化道不完全性梗阻是晚期胃癌常见的并发症之一，发生原因多为胃窦部及幽门管恶性肿瘤生长，胃癌术后吻合口复发，或晚期胃癌淋巴结和腹腔广泛转移压迫。消化道不完全性梗阻严重影响病人生存质量，梗阻引起的恶心、呕吐及进食困难等常导致病人电解质紊乱和营养失衡，阻碍后续放化疗进程，甚至直接加速病人死亡。

对于合并消化道不完全性梗阻的患者，支持/姑息治疗的主要目的是减轻消化道症状，并且在可能的情况下允许恢复口服进食。

根据消化道不完全性梗阻的临床表现，属中医“噎膈”、“反胃”、“呕吐”范畴。

辨证论治

1) 脾胃虚寒证：表现为食后脘腹胀满，朝食暮吐，暮食朝吐，宿谷不化，吐后则舒，神疲乏力，面色清白，手足不温，大便溏少，舌质淡，苔白腻，脉细缓无力。治法：温中健脾，和胃降逆；主方：丁香透膈汤加减（出自《医学入门》）。药物：党参10g、白术10g、半夏10g、丁香6g、香附10g、木香10g、砂仁3g、白豆蔻10g、干姜3g、威灵仙10g、神曲15g、麦芽15g、炙甘草3g等。14剂，每日1剂，早晚温服。

2) 瘀血内结证：表现为饮食难下，或虽下而复吐出，甚或呕出物如赤豆汁，胸膈疼痛，固着不移，肌肤枯燥，形体消瘦，舌质紫暗，脉细涩。治法：滋阴养血，破血行瘀；主方：通幽汤加减（出自《脾胃论》）。药物：生地15g、熟地15g、当归10g、桃仁10g、红花10g、三棱10g、莪术10g、炙穿山甲10g、急性子15g、威灵仙15g、甘草3g等。14剂，每日1剂，早晚温服。

3) 津亏热结证：表现为食入格拒不下，入而复出，甚则水饮难进，心烦口干，胃脘灼热，大便干结如羊矢，形体消瘦，皮肤干枯，小便短赤，舌质光红，干裂少津，脉细数。治法：滋阴生津，润肠通便；主方：增液承气汤加减（出自《温病条辨》）。药物：玄参15g、麦冬15g、生地15g、大黄10g、芒硝6g、天花粉15g、玉竹15g、炙乌梅15g、芦根15g、竹茹15g、生姜3片、半枝莲15g等。14剂，每日1剂，早晚温服。

4) 气虚阳微证：表现为水饮不下，泛吐多量黏液白沫，面浮足肿，面色㿠白，形寒气短，精神疲惫，腹胀，舌质淡，苔白，脉细弱。治法：温补脾肾；主方：补气运脾汤加减（出自《准绳类方》）。药物：黄芪15g、党参15g、白术10g、茯苓15g、砂仁3g、熟地15g、山药15g、山萸肉15g、当归10g、肉苁蓉10g、菟丝子10g、生姜3片、大枣10g、甘草3g等。14剂，每日1剂，早晚温服。

常用中成药：四磨汤口服液、木香顺气丸、消食导滞丸。

6.4 针灸疗法

1) 针刺止痛

可选用：中脘、下脘、章门、脾俞、胃俞、膈俞、足三里、三阴交、丰隆、公孙、肾俞。平补平泻法，留针30分钟，每日1次。

2) 艾灸止痛

可选用：中脘、下脘、胃俞、脾俞、关元、神阙、足三里、三阴交。温和灸，20分钟，每日灸1次。

3) 针刺止呃

可针刺双侧内关、足三里。平补平泻法，留针40分钟，每日1次。

6.5 中医外治法

1) 止呕止泻

丁香10g，肉桂10g，半夏10g，山奈10g，研磨为粉，生姜及甘油调和成药饼，置于神阙穴，并使用艾条灸^[28]。

2) 抗癌止痛

消积止痛膏：樟脑、阿魏、丁香、白芷、藤黄等分为末，撒于胶布，贴于患处，热敷，每日3次，5天为1个疗程^[33]。

7 胃癌的康复调养

胃癌患者的精神心理异常会对生理病理及治疗产生较大影响，通过相应的措施缓解精神压力，减轻心理痛苦至关重要。《黄帝内经》提出精神疏导法，即：“告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦。”通过说理分析，开导安慰，使患者了解病情，树立信心，消除病人焦虑、苦闷、紧张等心理，更好地配合治疗。

胃癌由于发病部位特殊，其营养不良较其他肿瘤更为严重。平衡饮食对肿瘤患者康复有益，蛋白质、脂肪、淀粉、维生素、矿物质及微量元素等均应合理搭配。中医食疗对胃癌不同阶段的营养调摄有益。根据《内经》：“形不足者，温之以气；精不足者，补之以味”的原则，胃癌术后气短乏力、形体消瘦、食欲减退者，以甘温益气之品为主；放疗后阴津受损者，以酸甘化阴之味为主。食物品种可根据患者的食欲和体质不同而科学选配，保证营养的摄入。饮食宜“软、烂、慢、热”，不强调过分忌口，注意营养均衡。

适当的运动锻炼对胃癌康复有益，运动能够提高生活质量，改善生理功能，缓解心理压力，减轻相关癌因性疲乏。中医运动疗法的基本原则是“劳而不使极”，“动中有静，动静结合”。其掌握的方法是“微微出汗而不喘”，不追求过度运动而消耗体能。运动的强弱、时间长短，常因人而异，遵循循序渐进的方式。通过适度的运动，使百脉通畅、气血调和，进而使五脏六腑安定。中医的传统运动方法如太极拳、

八段锦、五禽戏以及气功等，均适合胃癌病人的运动锻炼。

胃癌中西医结合诊疗日益受到临床重视，成为肿瘤综合诊治的重要组成部分。由于肿瘤难治难愈，特别是术后复发转移、放化疗的毒副作用、以及晚期胃癌的并发症等，是目前临床面对的难点问题，也是中西医结合和医学研究的重要切入点。随着研究的深入和认识经验的积累，中西医结合工作正在不断深化和发展。尽管本共识凝聚了国内众多中西医结合胃癌专家的经验与智慧，但在编写过程中难免存在不足与疏漏，其科学性、实用性仍旧需要在实践中不断验证和继续完善。希望各位同行在应用过程中提出问题和建议，不断积累新的证据，便于进一步修改参用。

利益冲突：所有作者均声明不存在利益冲突。

执笔人：刘沈林（江苏省中医院）、刘宝瑞（南京大学医学院附属鼓楼医院）、舒鹏（江苏省中医院）、姚学权（江苏省中医院）。

编写专家：刘沈林（江苏省中医院）、刘宝瑞（南京大学医学院附属鼓楼医院）、舒鹏（江苏省中医院）、姚学权（江苏省中医院）、王瑞平（江苏省中医院）、刘福坤（江苏省中医院）、邹玺（江苏省中医院）、钱军（江苏省中医院）、江志伟（江苏省中医院）、陆建伟（江苏省肿瘤医院）、陈玉超（江苏省中医院）、吴晓宇（江苏省中医院）、钱晓萍（南京大学医学院附属鼓楼医院）、程海波（南京中医药大学）、魏嘉（南京大学医学院附属鼓楼医院）、朱超林（江苏省中医院）、李烜（江苏省中医院）、卢伟（江苏省中医院）。

征求意见专家（按姓氏笔画）：冯利（中国医学科学院肿瘤医院）、冯继峰（江苏省肿瘤医院）、冯培民（成都中医药大学附属医院）、刘凤斌（广州中医药大学第一附属医院）、刘平（上海中医药大学）、刘泽萱（江苏省中医院）、刘鲁明（复旦大学附属肿瘤医院）、花宝金（中国中医科学院广安门医院）、杨宇飞（中国中医科学院西苑医院）、束永前（江苏省人民医院）、吴勉华（南京中医药大学）、张红叶（南京中医大学附属医院伦理委员会）、张俊（上海交通大学医学院附属瑞金医院）、张海波（广东省中医院）、罗秀丽（湖北省中医院）、赵爱光（上海中医药大学附属龙华医院）、胡长路（安徽省立医院）、胡陵静（重庆市中医院）、段培蓓（江苏省中医院）、姚毅（江苏省中医院）、凌扬（苏州大学附属常州肿瘤医院）、褚晓源（中国人民解放军东部战区总医院）、蔡修宇（中山大学附属肿瘤医院）、薛冬（北京大学肿瘤医院）、薛钧（江苏省中医院）。

附 录

(资料性附录)

缩略词表

- NCCN: national comprehensive cancer network, 美国国立综合癌症网络
 COX-2: cyclooxygenase-2, 环氧合酶-2
 VEGF: vascular endothelial growth factor, 血管内皮生长因子
 c-met: c-mesenchymal-epithelial transition factor, 间质表皮转化因子
 EGFR: epidermal growth factor receptor, 表皮生长因子受体
 β-Cat: β-catenin, β-环连蛋白
 Hp: helicobacter pylori, 幽门螺旋杆菌
 EBV: Epstein-Barr virus, 人类疱疹病毒
 MD: Menetrier disease, Menetrier 病
 CT: computed tomography, 计算机断层扫描
 MRI: magnetic resonance imaging, 磁共振成像
 PET-CT: positron emission tomography computed tomography, 正电子发射计算机断层显像
 cTNM: clinical tumor node metastasis, 原发灶区域淋巴结及远处转移情况临床分期
 pTNM: pathological tumor node metastasis, 原发灶区域淋巴结及远处转移情况病理分期
 HER2: human epidermal growthFactor receptor 2, 人表皮生长因子受体-2
 PD-1: programmed cell death 1, 程序性死亡受体 1
 PD-L1: programmed death ligand 1, 程序性死亡受体配体 1
 PD-L2: programmed death ligand 2, 程序性死亡受体配体 2
 MSI: microsatellite instability, 微卫星不稳定性
 MMR: DNA mismatch repair, DNA 错配修复
 CIN: chromosome instability, 染色体不稳定
 TP53: tumor protein p53, 肿瘤蛋白 p53
 RTK: receptor tyrosine kinase, 受体酪氨酸激酶
 CIMP: CpG Island Methylator Phenotype, CpG 岛甲基化表型
 MHL1: methylation haplotype load 1, 甲基化单倍型负荷 1
 GS: geneticallystable, 基因稳定
 CDH1: Cadherin 1, CDH1 基因
 ARID1A: AT-rich interacting domain-containing protein 1A, ARID1A 基因
 RHOA: Ras Homolog Family Member A, RHOA 基因
 RHO: Ras homologous, RHO 家族
 GTP: guanine triphosphate enzyme, GTP 酶
 CLDN18-ARHGAP: claudin18-Rho GTPase Activating Protein fusion, CLDN18-ARHGAP 融合
 PIK3CA: Phosphatidylinositol-4,5-Bisphosphate 3-Kinase Catalytic Subunit Alpha, PIK3CA 基因
 ARID1A: AT-rich interacting domain-containing protein 1A, ARID1A 基因
 BCOR: BCL-6 transcriptional corepressor, BCOR 基因
 JAK2: tyrosine kinase, JAK2 基因
 CD274: CD274 Molecule
 PDCD1LG2: programmed cell death 1 ligand, PDCD1LG2 基因
 MDT: multidisciplinary team, 多学科综合治疗
 EMR: endoscopic mucosal resection, 内镜下黏膜切除术
 ESD: endoscopic submucosal dissection, 内镜黏膜下剥离术
 cStageI: clinical stage I, 临床分期 I 期
 Roux-en-Y: 胆总管空肠吻合术
 MDT: Multi-Disciplinary Treatment, 多学科会诊
 5-FU: 5-Fluorouracil, 5-氟尿嘧啶
 FISH: fluorescence in situ hybridization, 荧光原位杂交
 MSI-H: microsatellite instability high, 微卫星高度不稳定性
 dMMR: different mismatch repair, 错配修复缺陷

CRF: cancer related fatigue, 癌因性疲乏

WHO: World Health Organization, 世界卫生组织

参考文献

- [1] Lyon, France: International Agency for Research on Cancer [EB/OL]. [2020-11-20]. <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>.
- [2] Zeng H, Chen W, Zheng R, et al. Changing cancer survival in China during 2003-15: a pooled analysis of 17 population-based cancer registries. *Lancet Glob Health*. 2018;6(5):e555-e567. doi:10.1016/S2214-109X(18)30127-X.
- [3] Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. *CA Cancer J Clin*, 2016, 66(2):115-132.
- [4] Shu P, Tang HJ, Zhou B, et al. Effect of Yiqi Huayu Jiedu decoction on stages II and III gastric cancer, a multicenter, prospective, cohort study[J]. *Medicine*, 2019, 98:47.
- [5] 邹玺,陈玉超,胡守友,等.健脾养正消癥方对胃癌患者晚期生存期和生活质量的影响[J].南京中医药大学学报,2015,31(3):201-205.
- [6] 田永立,夏宁俊,李烜,等.中西医结合临床路径方案治疗胃癌患者100例临床观察[J].中医杂志,2014,22:1921-1925.
- [7] 舒鹏,刘沈林,王瑞平.益气化瘀解毒方抗胃癌复发转移201例临床研究[J]. 江苏中医药,2014,04:23-24.
- [8] NCCN胃癌实践指南 (2020 V1版)
- [9] 国家卫生健康委员会.胃癌诊疗规范 (2018年版) [J].中华消化病与影像杂志,2019,9(3):118-144.
- [10] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会.中国临床肿瘤学会胃癌诊疗指南 (2020) [M].人民卫生出版社, 2020.
- [11] 花宝金.中医临床诊疗指南释义—肿瘤疾病分册[M].中国中医药出版社, 2015.
- [12] 林洪生.恶性肿瘤中医诊疗指南[M].人民卫生出版社, 2014.
- [13] 刘沈林.胃癌临床治疗的实践与思考[J].中国中西医结合杂志,2019,01:13-14.
- [14] 刘沈林.中医药治疗胃癌临床述评[J].江苏中医药,2019,51(04):1-5.
- [15] 程海波.癌毒病机理论探讨[J].中医杂志,2014,20:1711-1715.
- [16] 中国临床肿瘤学会抗肿瘤药物安全管理专家委员会,中国抗癌协会胃癌专业委员会,肿瘤病理专业委员会.HER阳性晚期胃癌分子靶向治疗的中国专家共识 (2016版) .临床肿瘤学杂志,2016,21(9):831-839.
- [17] 朱文锋.证素辨证学[M].人民卫生出版社,2008.
- [18] 中医内科常见病诊疗指南—中医病证部分[A].中华中医药学会,2008.
- [19] 肿瘤中医诊疗指南[A].中华中医药学会,2008.
- [20] Katai Hitoshi, Mizusawa Junki, Katayama Hiroshi, et al. Short-term surgical outcomes from a phase III study of laparoscopy-assisted versus open distal gastrectomy with nodal dissection for clinical stage IA/IB gastric cancer: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0912 [J]. *Gastric Cancer*, 2017, 20(4):699-708.
- [21] Yu J, Huang CM, Sun YH, et al. Effect of Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy on 3-Year Disease-Free Survival in Patients With Locally Advanced Gastric Cancer: The CLASS-01 Randomized Clinical Trial [J]. *JAMA*, 2019, 321(20).
- [22] Seung TK, Razvan C, Adam JB, et al. Comprehensive molecular characterization of clinical responses to PD-1 inhibition in metastatic gastric cancer [J]. *Nat Med*, 2018, 24(9):1449-1458.
- [23] Kang YK, Boku N, Satoh T, et al. Nivolumab in patients with advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer refractory to, or intolerant of, at least two previous chemotherapy regimens(ONO-4538-12, ATTRACTON-2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*, 2017, 390 (10111):2461-2471.
- [24] Fuchs CS, Doi T, Jang RW, et al. Safety and efficacy of pembrolizumab monotherapy in patients with previously treated advanced gastric and gastroesophageal junction cancer: phase 2 clinical KEY-NOTE-059 trial. *JAMA Oncol*, 2018, 4(5): e180013.
- [25] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会.中国临床肿瘤学会 (CSCO) 免疫检查点抑制剂临床应用指南2020[M].人民卫生出版社, 2020.
- [26] Birnstein E, Schattner M. Nutritional Support in Esophagogastric Cancers[J]. *Surg Oncol Clin N Am*, 2017 Apr;26(2):325-333.
- [27] 曹毛毛,陈万青.中国恶性肿瘤流行情况及防控现状[J].中国肿瘤临床, 2019,46(3):145-149.
- [28] 中医化疗致消化道反应诊疗指南 (草案) [A].中华中医药学会, 2007:3.
- [29] 中医化疗致肝损害诊疗指南 (草案) [A].中华中医药学会, 2007:3.

- [30] 中医化疗致骨髓抑制诊疗指南（草案）[A].中华中医药学会, 2007:3.
- [31]《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组.中成药治疗癌因性疲乏临床应用指南(2020年) .中国中西医结合杂志,2021, 1-8.
- [32] 癌症疼痛诊疗规范（2018 年版）[J].临床肿瘤学杂志,2018,23(10):937-944.
- [33] 中医癌性疼痛诊疗指南（草案）[A].中华中医药学会, 2007:3.
- [34] 中医癌性发热诊疗指南（草案）[A].中华中医药学会, 2007:3.