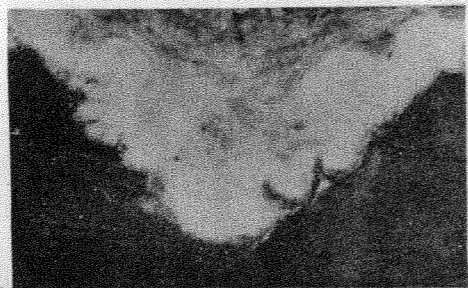




← a. 立姿充滿造影。  
由胃角(gastric Angle)到幽門(Pylorus)顯有明顯地陰影缺損於小彎側(Lesser curvature)。

→ b. 雙重造影。  
於X-ray film有顯明地瘤陰影。

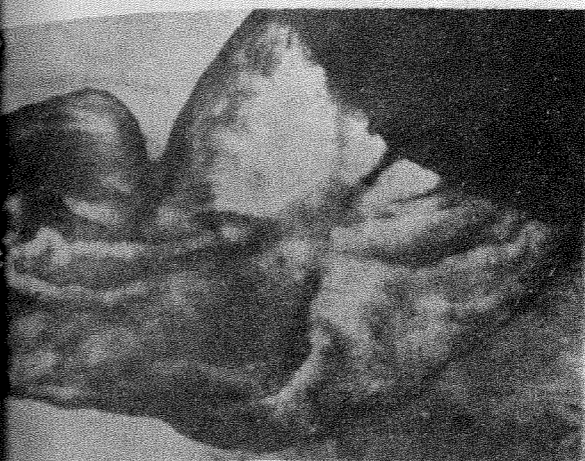


→ c. 手術後的標本及腫瘤地橫切面。

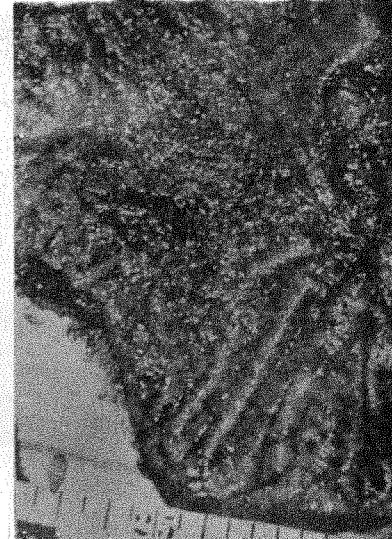
Borrmann I型



Borrmann III型



← 二重造影  
於胃體部(Body Korpus下部之Posterior wall)顯明地rugae的集中，rugae不規則與中斷。



↑手術後標本：  
於相片右下部份為比較小的B-I

# 早期胃癌之簡介

## 胃癌之簡介

## 早期胃癌簡介

# 早期胃癌之簡介

李正雄

## 早期胃癌之簡介



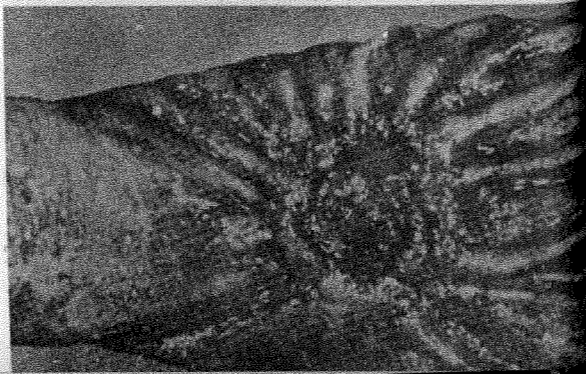
↑腹部臥姿充滿造影。  
明顯地胃角陰影缺損。

Borrmann II型

→ 壓迫造影。  
顯有不規則的niche(癌性niche)周圍的皺襞(rugae, folds)中斷。



→手術後的標本。  
周圍的rugae中斷，不規則的潰瘍形成，及邊緣(Rand wall)隆起，為典型之B-II型。

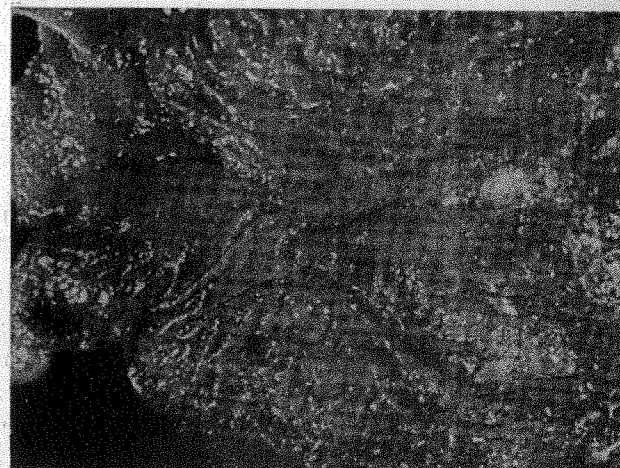


Borrmann IV型

← 腹部臥姿充滿造影(大量造影劑)。

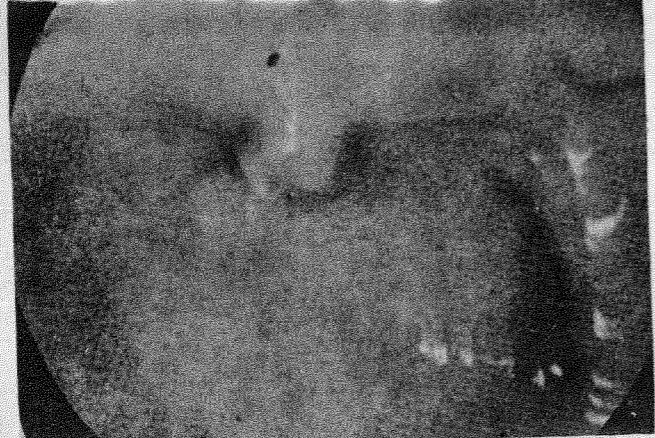


隆部(Fornix)到胃角及體部(Body)影完全縮小界線不整齊，此為硬性癌(erhus)的X-ray特徵



↑手術後的標本：  
胃粘膜表面肥厚而硬。





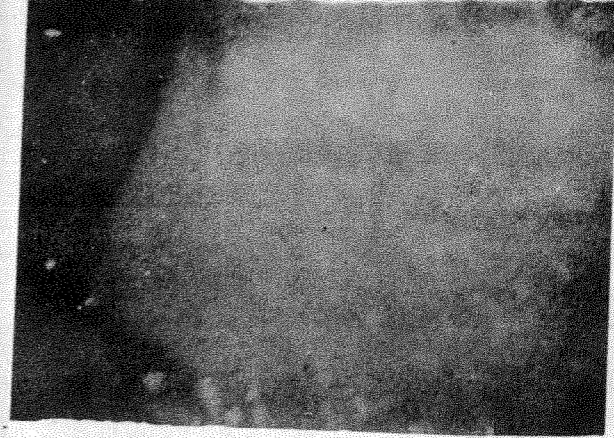
↑胃角部(右邊)之前壁(ant. wall)呈乳頭狀突起,突起前端伴有Erosion.  
(內視鏡Endoscopy Ex.film)。



↑手術材料由大彎切開上為ant. wall下為Post. wall此poly約2×1.5於肉眼分類為I型,於病理診斷為腺癌。



立姿充滿造影(大量造影劑)由胃角到幽門部的僵直顯有硬的現象與邊緣不規則。(此film難被診斷為早期癌,只是被認可疑,後又許多X-ray及內視鏡等檢查才被斷定出(對於診斷者)此型往往有這樣的困難。



↑於胃角到Autrum小彎side,境界不明並呈有變色(白色)不規則的斑狀(zone),白色斑狀即是病變部份。



↑手術材料,病灶有3×4.0cm表面平滑周圍均呈輕微地隆起,中心為伴潰瘍(ul II)的潰瘍。

立姿壓迫造影(大量造影劑時)於胃體,下部顯有姆指 I 型(隆起型)大之陰影欠損,其邊緣為凹凸不規則,胃角也受此腫瘤的牽引而變形,這樣的case,大約惡性為多。

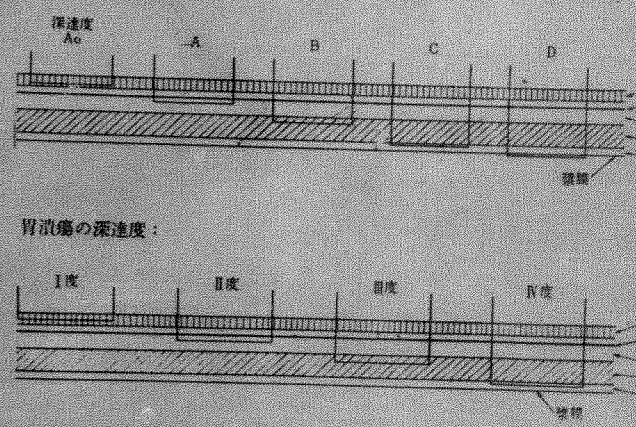
II b型(表面平坦型)

前言

所謂胃癌,早期胃癌之定義,這個問題曾被爭論了許久。由於癌對於胃壁的浸潤及其浸潤的程度而以肉眼來判斷,由於各人的觀點有異,對於早期胃癌分類之判定更步入主觀的境地。如初期癌(Incipient Cancer),表在性癌、粘膜癌,原位癌(Carcinoma in situ)等各式各樣的名詞,這當然於觀念上就容易使人模糊了,因此於一九二八年德國醫學者Borrmann氏最始把胃癌的肉眼分類法供於世(圖2)迄今亦仍被採用於對於進行癌肉眼分類法。由於胃癌居於首位的日本,他們更追踵研究胃癌浸潤之性質,轉移,傳播(Dissemination)之因果關係由病理組織形態學來追求,由組織學的切片來觀其發生次序,根據專家們的推論,癌化的開端是於粘膜腺的頸部發生的而逐漸對週圍深部浸潤而侵入筋層(muscularis propria)或漿膜(Serosa)由淋巴腺或血行轉移到別的臟器,胃壁內之深達度(圖1)及浸潤範圍與預後之關連性含有鉅大的意義,又依據病理組織學的檢查而配合於臨床上(內視鏡ENDOSCOPY)對於胃癌的分類法。

進行胃癌與早期胃癌之區別

早期胃癌:癌的浸潤於粘膜層或粘膜筋板及粘膜下層為止,亦即固有筋層以上稱之。  
進行胃癌:癌的浸潤已超過粘膜下層,而達固有筋層稱之。  
右表上圖為胃癌深達度及組織之切片圖,早期胃癌即不超於B的深達度,亦即不超於固有筋層。目前深達度的表示法均以m、mm、gm、m.p.、ss、s來代而很少以Ao、A、B或C、D來表示。  
右表下圖為胃潰瘍之深達度。稱為ulcer 1~IV, ul. I也是我們所稱之Erosion。

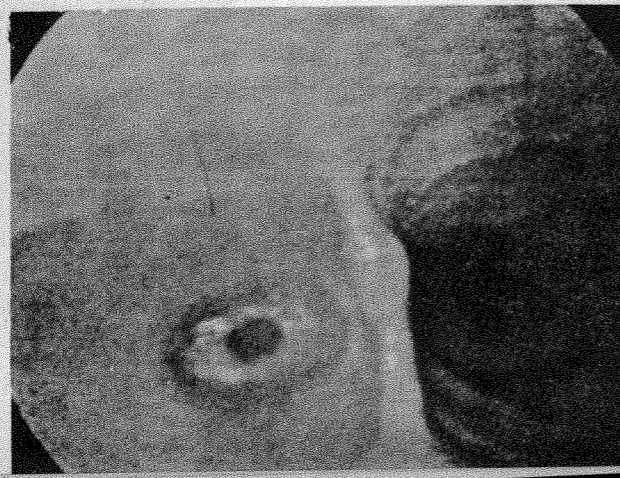


立姿壓迫造影(大量造影劑)

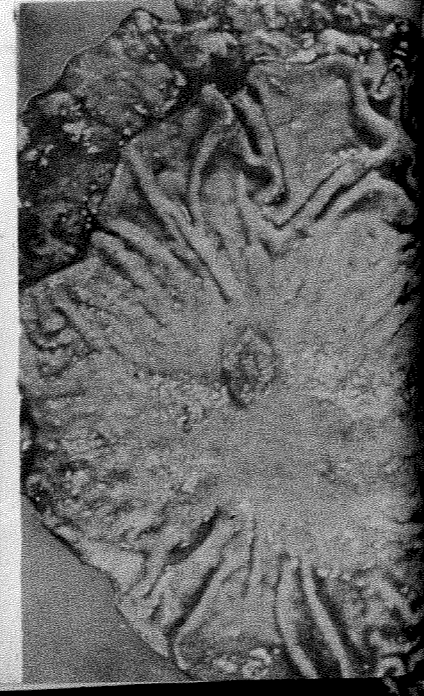
胃角部顯有比手的姆指頭大的欠損陰影存在,像整齊但表面凹凸及網狀的陰影呈現出,後10個月的觀察及Biopsy才被診斷出為腺(Adenocarcinoma)。

II a型(表面隆起型)

↑Gastro camera film胃角部呈有橢圓形隆起又Pylorus ring前壁附近有個小的polyp存在,後又經過10個月的觀察及Biopsy被證明為惡性。



手術材料,胃角部小彎呈1.5×2.0形顯有許多小的niche而rugae的中斷及扁平粘膜隆起為IIa型。



立姿充滿造影。胃角部顯有硬的變化又於壓迫及二重造影顯有許多小的niche而rugae的中斷及不規則的集中。此照片只能顯示出胃角有異常而已。

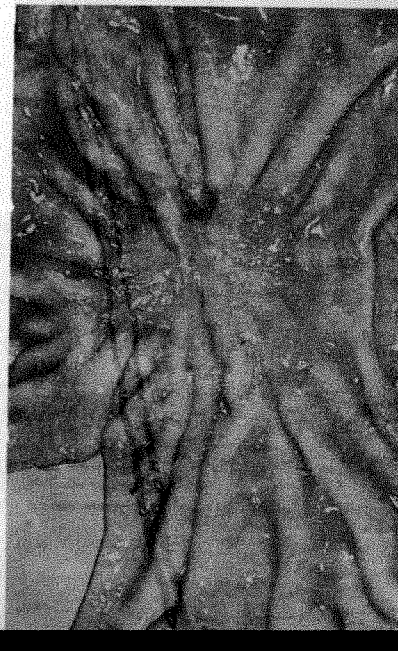


II c型(表面陷凹型)

↓胃角到autrum小彎side廣範圍出血斑點,表面呈現穢污及陷凹狀亦是IIc的特徵照片。



↓手術後標本中心陷凹及廣範圍淺型潰瘍及ul II的潰瘍,周圍的rugae不規則其中,中斷,此Macro是IIc的典型。





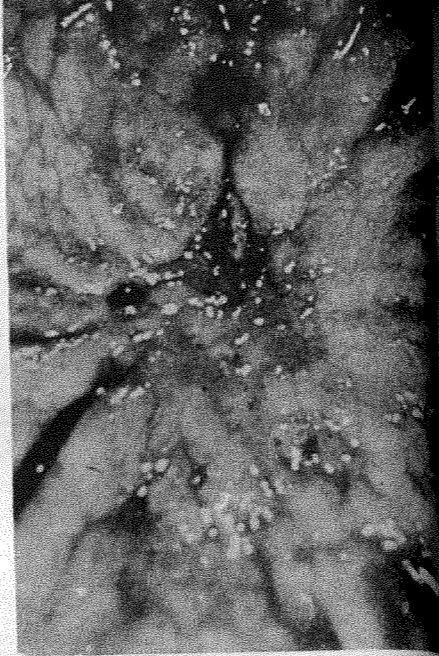


↑小彎胃角 *antrum* 側異常短縮與變形，出血斑點及粘膜廣泛的淺型潰瘍及 *Erosion*。周圍 *rugae* 中斷。

立姿充滿造影。

*Antrum* 小彎 *side* 之變形及中心部凸出及於壓迫造影顯有不整形 *nich* 及 *rugae* 的集中及 *rugae* 的中斷顯示出惡性潰瘍的跡象。

### III型 (陷凹型)

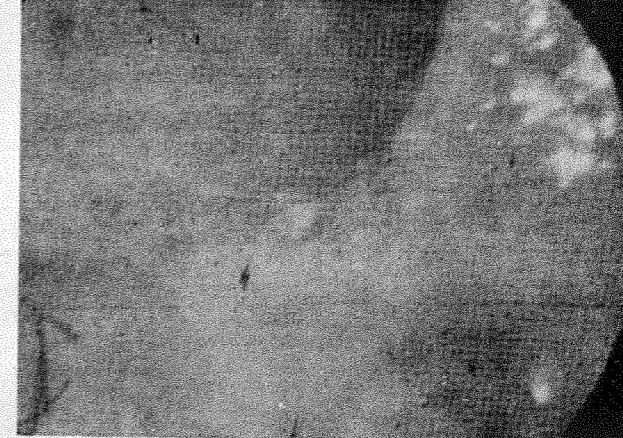


↑胃角~*antrum* 小彎側 1.5 × 1.5 cm 陷凹的潰瘍，*Erosion* 周圍粘膜 *rugae* 集中及中斷，屬 III 型。

立姿充滿造影。

胃角部附近有顯明之變形又於壓迫造影有豆大之不規則 *nich* 並有廣泛陰影斑。

### III+IIb型 (混合型)



↑於胃角靠 *post. wall* (後壁) 凹凸不平而淺的 *Erosion* 病變，不易被診斷出為良性或惡性而後經 *Biopsy* 才被決定是癌細胞的存在，可謂淺型的胃癌。

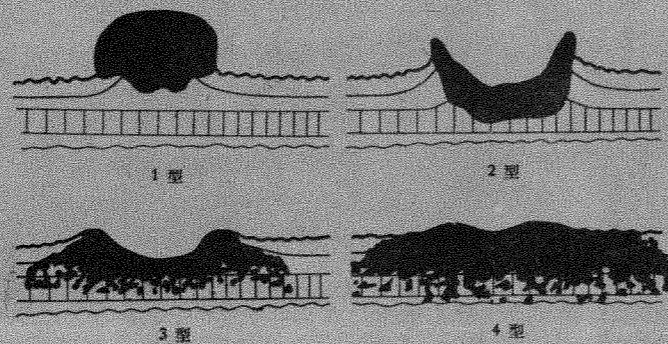


↑體下部 (*Korpus*) 後壁 (*P*) 的直徑 0.5 cm 的潰瘍 (*ul*) 0.5 × 0.5 cm 淺的潰瘍 (III) 伴有一小部份 *Cancer cell* 是手術後做病理檢查採取的原本來的潰瘍。

## 進行胃癌 早期胃癌之分類

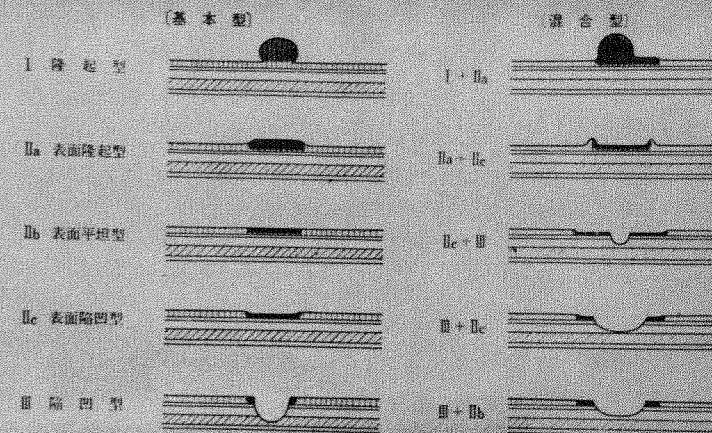
### A. Borrmann 之胃癌分類 (右圖四型)

- I 型: Polyp 狀之腫瘤 (隆起型)，手術之預後較良好
- II 型: 類似 I 型的隆起型但凸起的中心產生潰瘍，隆起的邊緣 (*Rand wall*) 很明顯，手術預後為好。
- III 型: 與 II 型潰瘍形成型很類似，但是周圍廣泛受到癌的浸潤與增殖，手術之預後較為差。
- IV 型: 粘膜表面多為平坦無潰瘍形成但粘膜下極廣泛的癌浸潤、增殖，觸覺時硬而無彈性故稱硬性癌 (*Scirrhus*)，手術之預後為不良，此型年青人為多。



### B. 早期胃癌分類 (右圖)

於 1962 年第四次日本內視鏡學會總會所提出分類型：隆起型 (I 型)，表面型 (II 型)，表面性又分 a、b、c 3 次型，陷凹型 (III 型)，也即是為臨床醫師通用的。目的地訂出，亦即 I、II、III 的記號謂之，即可推想到是隆起型，表面型或陷凹型的胃癌。依據專家們的統計，年齡在 50 歲以上者約以 I、IIa 的隆起型之癌腫瘤為多；年齡在 50 歲以下者大約為 IIc，IIc + III 或 III 亦即潰瘍邊緣伴有癌細胞的浸潤居多；於 14 歲或 16 歲的中學生也曾經被發覺過所謂的青年性胃癌。除基本三大型外尚有些演變而來之混合型 3，亦請參右圖。



立姿充滿造影。

胃角部僵硬及異常變形並體下部 (*Korpus*) *antrum* 小彎側 (*side*) 線 (胃壁) 不規則 Ⅱc + Ⅲ型 (混合型) 這 film 的診斷為惡性率極高。

↑於胃角~*antrum* 靠 *ant. wall* 有個橢圓形潰瘍又 *ulcer* 周圍伴有陷凹性淺的潰瘍或 *Erosion*，又像是 IIc，周圍 *rugae* 的中斷與集中，粗細不均勻。

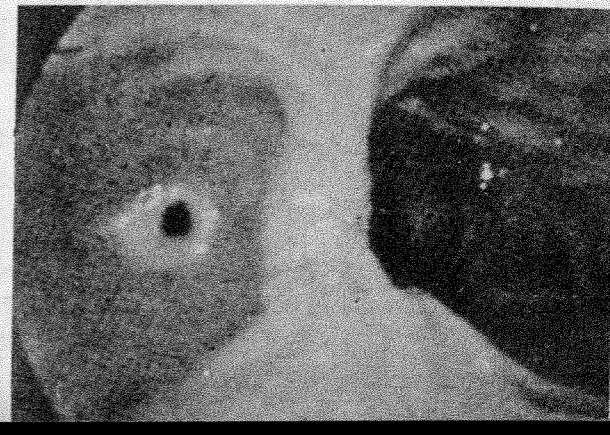
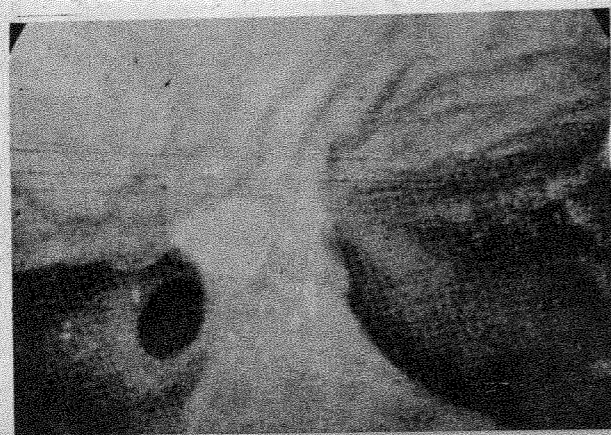
↑*antrum* ~ 胃角靠前壁 1.0 × 0.7 cm 潰瘍 (III) 周圍微細呈顆粒狀的陷凹，粘膜及顯明的 *rugae* 粗細及集中，中

立姿壓迫造影。

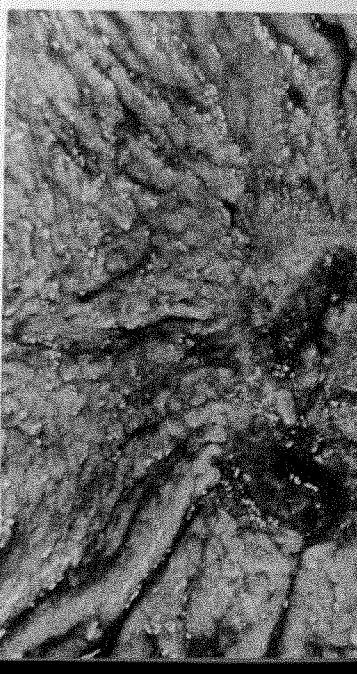
壓迫射影胃角部兩個指頭大，不規則的陰影，邊緣的 *rugae* 中斷顯有一個深，另一個淺的潰瘍存在。

### III+IIc型 (混合型)

↑胃角前壁為 0.7 × 1.5 cm 直徑與後壁 1.2 × 1.5 cm 的橢圓形潰瘍，為 III，周圍為陷凹的 IIc 型。



↓胃角部靠後壁形狀像富士山的噴火口似的潰瘍另一個於胃角較中間地方。





# 近世外科學三大金字塔之一 麻醉法之發現

易止信



← 立姿充滿造影術為瀑狀胃 (Cascade) 是機能性的原因，造影劑由食道吞下時噴門部往胃部彎曲呈個半月狀之袋狀體而後造影劑才由袋往下流呈瀑布似的稱之。  
胃小彎明顯地短縮，Antrum 輕度變形。



離幽門環 (pylorus ring) 3.5 cm 顯有淺形陷凹 1.5 × 2.0 cm 的 IIc 型。又離幽門環 2.5 cm 較偏大彎側 (greater curvature) 1.0 × 0.8 cm 的隆起型 IIa。又於 IIc 的中心部有個潰瘍 III 度 (ul III) 的存在。→

二重複癌 (IIc、IIa)

### 結語

除以上所提及者外，尚有許多混合型的病例，在此就省略了，最後簡單提二重複癌 (IIc, IIa) 及三重複癌 (IIc + III, III + IIc, IIc) 又本來內視鏡與手術材料的照片均為彩色，在此僅以黑白刊出。願不久的將來有彩色版可出現於醫藥學苑，甚切！！

### 作者簡介：

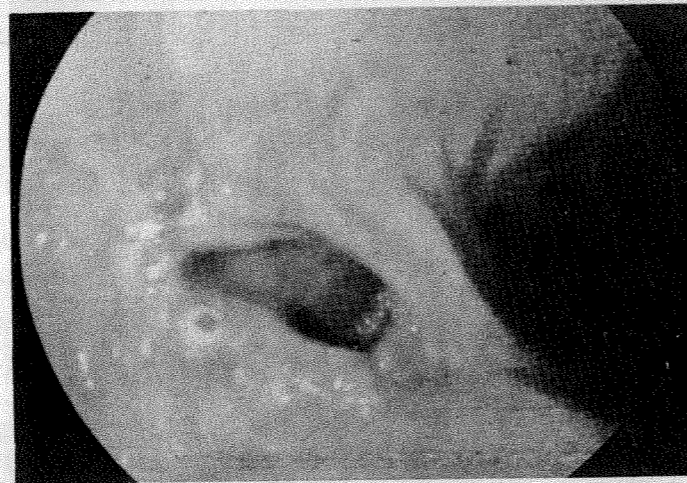
李正雄，係本學院醫科第二屆畢業，於民國五十七年初赴日本東京醫科大學深造迄今，專攻消化系統之病理，將於明年初奉派回國講學一年。◆◆◆



### 三重複型

↑ 胃角的對側 (大彎側) 前，後壁之病 (III + IIc、IIc + III、IIc) 變有不規則及陷凹，呈弧形之變化。

一 幽門 Antrum 小彎側，後壁 1.3 × 1.3 cm 淺陷凹 IIc，中心小潰瘍 (III)，前壁 2.1 × 1.3 cm 粘膜 Erosion 之陷凹，幽門側 0.5 × 1.2 cm 及噴門側 0.2 × 1.2 cm 淺的潰瘍。



在外科學進步之歷史上，有劃期的三大事件：第一為英人 Joseph Lister (1827-1912) 之發見消毒法，第二為美人 William Morton 之發見麻醉法，第三為德人 Friedrich Esmarch (1823-1908) 之創案驅血法。

就其中，Morton其人、其事，分析於次：

- (1) 生歿 公元 1819-1868，享 49 歲。
- (2) 本籍 Massachusetts 省 Boston 市。
- (3) 學歷 Baltimore 牙醫專校卒業，Harvard 大學研究科進修藥理學 (化學教授 Charles Jackson 指導) 醫學博士。
- (4) 經歷 Boston 牙醫診所開業 (與 Horace Wells 合作)。
- (5) 麻醉實驗一公開示範，乃真正麻醉世紀之肇始。
  - (一) 時間 1846 年 10 月 16 日上午 10 點 15 分。
  - (二) 地點 Boston 總醫院 (1821 年創立，附設於 Harvard 醫校) 手術室。
  - (三) 伙伴 Harvard 外科醫師 Dr. John C. Warren，為病患施行顎下腫瘤摘出。
  - (四) 目的 征服疼痛。
  - (五) 原理 純粹乙醚 (Ether) 為無色、有香氣之液體，比重為 0.72，沸點為 34.5°C。汽化熱為 84cal/1gr，極易揮發，吸入其蒸氣，即脫失知覺，在外科手術充麻醉劑：利用其吸收汽化熱之奪溫作用，以謀局部寒冷麻痺。(嘗使用白蘭地、香檳酒、鴉片酊、鴉片等無痛拔牙失敗。)
  - (六) 器材 自製乙醚吸入器，即在小型球形玻璃瓶旁，裝一短管。
  - (七) 方法 置病患唇邊，促其深呼吸，3 分鐘後，陷於

昏睡。

(八) 結果 全身知覺脫失成功，報告在 Boston 醫學雜誌刊載。翌年英國 Edinburgh 大學產科教授 Sir James Young Simpson 將氯仿 (Chloroform) 介紹為臨床應用。嗣後麻醉學之進步神速，真有一日千里之勢。

美國 Harvard 大學醫學院歷史悠久，聲譽崇高，環境優美。該院乃麻醉發源之地，可以自誇；附設乙醚紀念館，為表彰 Morton 博士之偉大業績，於白聖壁上，銘刻如次：

On October 16, 1846 in this room then the operating theater of the Hospital, was given the first public demonstration of Anesthesia to the extent of producing insensibility no pain during a serious surgical operation.

Surfural ether was administered by William Thomas Green Morton, a Boston dentist. The patient was Gilbert Abbott. The operation was the removal of a tumor under the jaw. The surgeon was John Collins Warren.

The patient declared that he had felt no pain during the operation and was discharged well December 7.

Knowledge of this discovery spread from this room throughout the civilized world and a new era for Surgery began.

本學院醫科講師

◆◆◆