Official reprint from UpToDate® www.uptodate.com
©2025 UpToDate®

胃癌的流行病学

Authors: Annie On On Chan, MD, Benjamin CY Wong, DSc, MD, PhD
Section Editor: Rachna T Shroff, MD, MS, FASCO
Deputy Editor: Sonali M Shah, MD

翻译: 宋娜, 主治医师

Contributor Disclosures

所有专题都会依据新发表的证据和同行评议过程而更新。

文献评审有效期至： 2025-02. | **专题最后更新日期：** 2025-03-06.

There is a newer version of this topic available in English. 该专题有一个更新版本英文版本。

引言

早在公元前3000年，古埃及就有关于胃癌的象形文字碑文和纸莎草手稿记载。第一项针对癌症发病率和死亡率进行的主要统计分析采用了1760-1839年在意大利维罗纳收集的数据，结果显示胃癌是最常见和最致命的癌症。目前，胃癌仍是最重要的恶性疾病之一，其分布具有显著的地理和地区差异。

胃腺癌根据解剖部位主要分为贲门癌(胃近端/上部)和非贲门癌(胃下部) (图 1)。胃贲门癌发生在食管-胃交界处的邻近区域，因此与食管腺癌有一些相同的流行病学特征。非贲门胃癌(又称远端胃癌)更常见，发生在胃下部。

本文将介绍胃癌的流行病学。胃癌的危险因素将单独讨论。(参见 “胃癌的危险因素”)

发病率

全球发病率 — 胃癌是全球第五大癌症[1]。全球和各国的发病率可查询WHO GLOBOCAN数据库 (图 2)[2]。

全球胃癌发病率因地理区域而异，具体如下：

- 东亚(蒙古国、中国、韩国和日本)、南美洲安第斯地区和东欧的发病率最高[3]。

- 北美、北欧以及非洲和东南亚的大多数国家发病率最低[4]。 美国每年有26,000多例新诊断胃癌，约11,000例胃癌死亡病例[5]。
- 大多数(70%以上)的胃癌发生于资源有限国家[4]。

需注意，近几十年来，胃癌的全球发病率迅速下降[6-10]，部分原因可能是识别出了某些危险因素，如幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*)及其他膳食和环境风险。然而，胃癌发病率在发现幽门螺杆菌之前就已经明确下降了。冰箱的普及是发病率下降的关键[11,12]。据推测，冰箱改善了食物的储存，从而减少盐腌制的食物，并防止细菌和真菌污染。冷藏技术也使人们更容易获取新鲜食物和蔬菜，而新鲜食物和蔬菜可能是预防癌症的重要抗氧化物来源。(参见 “胃癌的危险因素”，关于‘环境危险因素’一节)

不同国家和地区的胃癌发病率下降速度也有差异。发病率下降最先出现在胃癌发病率低的国家，如美国(始于20世纪30年代)，而在胃癌发病率高的国家(如日本)则下降更缓慢。英国的胃癌发病率持续下降，从1971-1975年至1996-2000年，男性相对危险度从1.14降至0.84，女性从1.18降至0.81[13]。与其他国家相比，中国的胃癌发病率下降幅度较小。尽管中国胃癌发病率总体下降，但早发型胃癌的发病率却在上升[3]。女性年龄标准化发病率和死亡率的下降趋势比男性更为显著[3]。

地区差异 — 胃癌发病率也存在地区差异，如下所示：

- **移民因素**–移民(特别是国际移民)可改变患病风险，因为移民会适应当地生活方式并转变为当地发病模式，特别是第二、三代移民。从胃癌高发国家移民到低发国家后，胃癌发病风险常会降低。这些发现强烈提示，环境因素在胃癌的病因中起着重要作用，而且人们会在生命早期就接触到危险因素。对移居美国的日本移民进行研究证实，早期的环境因素暴露(而不是遗传因素)对死亡率和发病率的影响较大[14,15]。在美国出生的后代死亡率下降，趋向美国白人的更低水平。
- **南北地区差异**–据观察，多个国家的胃癌发病率和死亡率存在南北差异，北方地区的死亡风险高于南方地区。这种梯度在北半球特别显著[16-18]，而在南半球，南方地区的死亡风险趋于更高[19,20]。日本似乎也存在这种南北差异，东北辖区的胃癌发病率和死亡率更高[21]。在英格兰和威尔士，整个国家的发病率和死亡率有2倍的差异，其中南部和东部地区较低，北部和西部地区较高，这一点在威尔士西北地区尤其显著[22]。在中国，各省间胃癌的发病率和死亡率也有差异(一般是北方很高，南方相对低)[18,23]。

性别 — 无论是在资源丰富还是资源有限国家，男性的胃癌发病率均高于女性 (图 2)。

时间趋势

组织学类型的变化 — 胃癌主要有两种组织学类型：肠型和弥漫型，其流行病学、病因、发病机制和行为都有所不同(参见 “胃癌的病理学和分子发病机制”，关于‘肠型与弥漫型’一节)。

- **肠型**–肠型胃癌更常见于男性和老年人群。其在高风险地区更流行，可能与环境因素相关。
- **弥漫型**–弥漫型或浸润型胃癌的发病无性别倾向，更常见于较年轻人群，预后比肠型胃癌差。

肠型胃癌的发病率在世界范围内有所下降，与胃癌发病率的整体下降相一致。而弥漫型胃癌的下降则更为平缓。因此，在一些报道的研究中，弥漫型胃癌目前约占胃癌的30%[16,17]。

胃近端肿瘤 — 尽管胃癌的发病率整体下降，但胃贲门癌的发病率却急剧上升 (图 1)[18]。这种从胃远端到近端的转变可能一定程度是由于远端胃癌的减少。然而，也有研究提出，贲门癌是不同于其他位置胃癌的一种疾病。

胃近端肿瘤的人口统计学特征和病理学特征与Barrett相关食管腺癌有相同之处，更可能发生于男性，这与食管下1/3癌症发病率增加以男性为主的现象相一致。胃近端肿瘤与远端肿瘤的不同之处还在于，其与重度胃炎(以萎缩和/或肠上皮化生为特点)无关。此外，近端肿瘤往往比远端肿瘤更具侵袭性。与较远端癌症相比，贲门癌与环境因素和化学致癌物质(如烟草和酒精)的关联可能更为紧密[19]。(参见 “食管癌的流行病学和危险因素”)

年轻成人的发病率上升 — 无论是在低发病率还是高发病率国家，50岁以下年轻成人的胃癌(贲门癌和非贲门癌)发病率都有所上升[20-22]。目前尚不清楚抗生素和抑酸剂使用增加导致自身免疫性胃炎和菌群失调的患病率上升，是否为年轻成人胃癌发病率上升的原因[4]。

死亡率

胃癌是全球第四大癌症死亡原因[4]，其死亡率高，因为大多数胃癌患者就诊时已是晚期[24]。不过，全球胃癌死亡率在稳步下降，不同地区的下降速度存在差异[4,23]。全球和各国的死亡率可查询WHO GLOBOCAN数据库[2]。

观察数据还表明，胃癌死亡率因种族和族群而异。在美国，白人的胃癌死亡率(2.1/100,000)低于印第安人/阿拉斯加原住民(5.6/100,000)、黑人(5/100,000)、西班牙语裔/拉丁裔(4.8/100,000)或亚裔/太平洋岛裔(4.7/100,000)[5]。

学会指南链接

部分国家和地区的学会指南和政府指南的链接参见其他专题。(参见 “学会指南链接：胃癌”)

总结与推荐

- **发病率**–胃癌是全球主要癌症之一。(参见上文'全球发病率')
  - 全球胃癌发病率因地理区域而异 (图 2)。东亚、南美安第斯山脉地区和东欧的发病率最高，而北美、北欧，以及非洲和东南亚大部分国家的发病率最低。
  - 近几十年来，胃癌的全球发病率迅速下降，但不同国家和地区的下降速度存在差异。发病率下降的部分原因可能是识别出了某些危险因素，如幽门螺杆菌及其他膳食和环境风险。(参见 "胃癌的危险因素"，关于'环境危险因素'一节)
  - 其他区域因素也会影响发病率，如移民因素。(参见上文'地区差异')
- 胃癌发病率的重要趋势
  - **组织学**–与弥漫型胃癌相比，肠型胃癌的全球发病率下降更为显著。肠型胃癌发病率下降与胃癌发病率总体下降相一致，而弥漫型胃癌发病率下降得更为缓慢。(参见上文'组织学类型的变化')
  - **部位**–胃贲门癌的发病率有所增加 (图 1)。这种从胃远端到近端的转变可能部分是由于远端胃癌减少。(参见上文'胃近端肿瘤')
  - **年龄**–无论是在低发病率还是高发病率国家，年轻成人(<50岁)的胃癌(贲门癌和非贲门癌)发病率都有所上升。(参见上文'年轻成人的发病率上升')
- **死亡率**–胃癌是全球癌症死亡的第四大原因，其死亡率高，因为大多数胃癌患者就诊时已是晚期。不过，全球胃癌死亡率在稳步下降，不同地区的下降速度存在差异。(参见上文'死亡率')

致谢

我们沉痛悼念于2024年3月去世的Mark Feldman, MD, MACP, AGAF, FACG。 UpToDate衷心感谢Dr. Feldman担任本专题亚专科编辑和长期参与UpToDate项目所做的贡献。

参考文献

1. Morgan E, Arnold M, Camargo MC, et al. The current and future incidence and mortality of gastric cancer in 185 countries, 2020-40: A population-based modelling study. EClinicalMedicine 2022; 47:101404.
2. Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Available at: https://gco.iarc.fr/ (Accessed on March 06, 2025).
3. He Y, Wang Y, Luan F, et al. Chinese and global burdens of gastric cancer from 1990 to

2019. Cancer Med 2021; 10:3461.

4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin 2021; 71:209.
5. Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. CA Cancer J Clin 2024; 74:12.
6. HAENSZEL W. Variation in incidence of and mortality from stomach cancer, with particular reference to the United States. J Natl Cancer Inst 1958; 21:213.
7. Muñoz N, Asvall J. Time trends of intestinal and diffuse types of gastric cancer in Norway. Int J Cancer 1971; 8:144.
8. Hirayama T. Epidemiology of cancer of the stomach with special reference to its recent decrease in Japan. Cancer Res 1975; 35:3460.
9. Cancer incidence in five continents. Waterhouse J, Muir C, Correa P, et al (Eds), Vol III, I ARC Scientific Publication no.15, International Agency for Research on Cancer, Lyon 19 76.
10. Zhu AL, Sonnenberg A. Is gastric cancer again rising? J Clin Gastroenterol 2012; 46:804.
11. Coggon D, Barker DJ, Cole RB, Nelson M. Stomach cancer and food storage. J Natl Cancer Inst 1989; 81:1178.
12. La Vecchia C, Negri E, D'Avanzo B, Franceschi S. Electric refrigerator use and gastric cancer risk. Br J Cancer 1990; 62:136.
13. Fitzsimmons D, Osmond C, George S, Johnson CD. Trends in stomach and pancreatic cancer incidence and mortality in England and Wales, 1951-2000. Br J Surg 2007; 94:1162.
14. Haenszel W, Kurihara M. Studies of Japanese migrants. I. Mortality from cancer and other diseases among Japanese in the United States. J Natl Cancer Inst 1968; 40:43.
15. Haenszel W, Kurihara M, Segi M, Lee RK. Stomach cancer among Japanese in Hawaii. J Natl Cancer Inst 1972; 49:969.
16. Ikeda Y, Mori M, Kamakura T, et al. Improvements in diagnosis have changed the incidence of histological types in advanced gastric cancer. Br J Cancer 1995; 72:424.
17. Korivi BR, Faria S, Aly A, et al. Intestinal and diffuse gastric cancer: a retrospective study comparing primary sites. Clin Imaging 2019; 56:33.

18. Powell J, McConkey CC. Increasing incidence of adenocarcinoma of the gastric cardia and adjacent sites. Br J Cancer 1990; 62:440.
19. Kalish RJ, Clancy PE, Orringer MB, Appelman HD. Clinical, epidemiologic, and morphologic comparison between adenocarcinomas arising in Barrett's esophageal mucosa and in the gastric cardia. Gastroenterology 1984; 86:461.
20. Sung H, Siegel RL, Rosenberg PS, Jemal A. Emerging cancer trends among young adults in the USA: analysis of a population-based cancer registry. Lancet Public Health 2019; 4:e137.
21. Camargo MC, Anderson WF, King JB, et al. Divergent trends for gastric cancer incidence by anatomical subsite in US adults. Gut 2011; 60:1644.
22. Li Y, Ren N, Zhang B, et al. Gastric cancer incidence trends in China and Japan from 1990 to 2019: Disentangling age-period-cohort patterns. Cancer 2023; 129:98.
23. Bertuccio P, Chatenoud L, Levi F, et al. Recent patterns in gastric cancer: a global overview. Int J Cancer 2009; 125:666.
24. Soerjomataram I, Cabasag C, Bardot A, et al. Cancer survival in Africa, central and south America, and Asia (SURVCAN-3): a population-based benchmarking study in 32 countries. Lancet Oncol 2023; 24:22.

专题 2616 版本 40.0.zh-Hans.1.0

© 2025 UpToDate, Inc. All rights reserved.