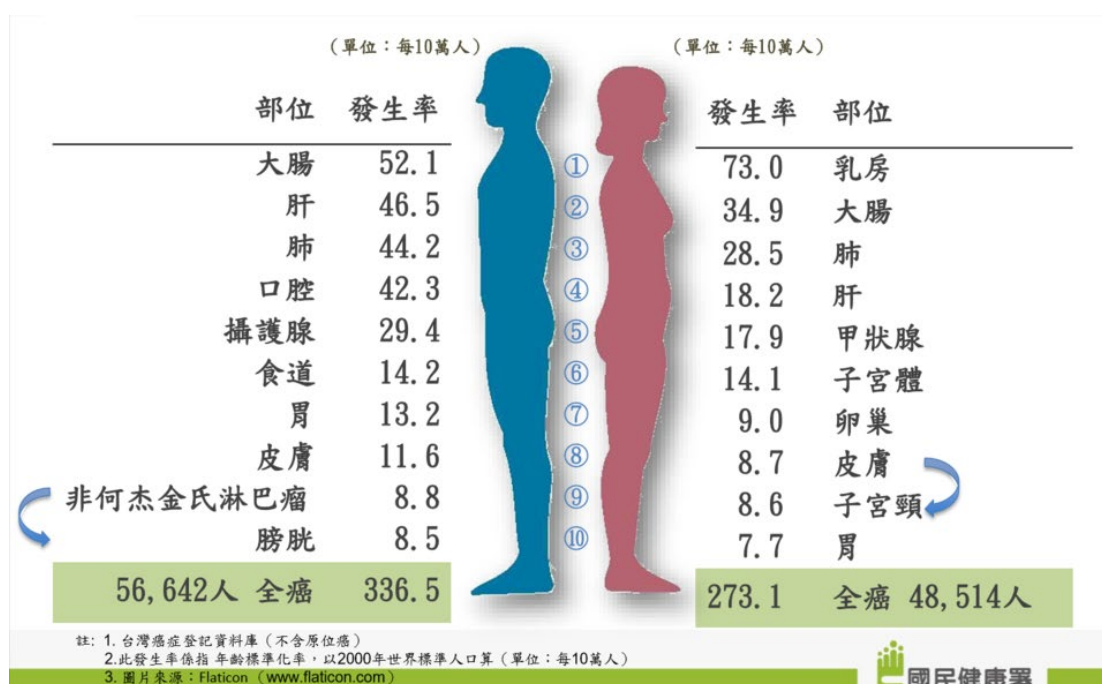


大腸直腸癌

近年來隨著人們生活品質的不斷提高，飲食結構的改變，大腸直腸癌的發生率逐年上升。依據衛福部國健署統計的癌症發生率及死亡率，大腸直腸癌已經分別上升到第一名及第三位(表 1)。近年來檢查方法的進步，特別是糞便潛血檢查及內視鏡檢查的普及，使得大腸直腸癌的診斷率增加。手術方法的進步，化學治療及放射線治療的輔助，也使得存活率有所提升。



2015 年男女十大癌症發生率。圖／國健署提供

流行病學

大腸直腸癌的真正病因和發病機理尚不完全明確，國內外資料表明，城市的發病率高於農村，故認為大腸直腸癌的發病與環境因素有關，與生活方式和飲食結構亦有關，飲食中有肉類、脂肪、精製碳水化合物含量過多，高纖維成份缺乏，導致糞便在腸道內停留時間較長，使糞便中各種致癌物質對腸壁作用的時間延長，是重要的致癌因素之一。高脂肪飲食富於膽固醇，又可刺激分泌更多的膽汁，使更多的膽酸進入腸道，增加了腸內容物中膽固醇的含量。膽固醇經腸道內厭氧

菌的作用，可產生致癌物或促致癌物質，誘發大腸直腸癌。另外，某些危險因子，如腺瘤和家族性大腸息肉症、慢潰瘍性結腸炎被認為是大腸直腸癌的癌前病變，與大腸直腸癌關係密切。

高危險因子如下：

1. 曾經發現有大腸直腸息肉者。
2. 大腸直腸癌術後患者。
3. 一等親親屬曾罹患大腸直腸癌或息肉。
4. 大腸發炎性疾病患者。
5. 家族性大腸息肉症的家族。
6. 遺傳性非息肉性大腸直腸癌的家族。

臨床症狀

大腸直腸癌在早期常無症狀，隨著病情的進展，病灶不斷擴大，可出現下述各種臨床表現：(1)腹部隱痛或脹氣，肛門深處疼痛，或有異常感。(2)大便習慣和大便性質的變化。常有排便次數增多和排便不盡而有殘便感或覺得排便困難，且頻頻產生便意等。此外，排便習慣也會改變，腹瀉或便秘，或腹瀉、便秘交替出現，時有所聞裏急後重。大便帶血或粘液，這些表現常被患者忽視。當腫瘤生長在肛門、直腸時，可使大便形狀發生改變，如大便變細、變形等。另一容易被忽視的表現是血便，80%-90%的直腸癌患者可有血便，而一些其他常見的腸道疾病如慢性腸炎及痔瘡等亦可有便血。當腫瘤大到一定程度時，可能會出現慢性不完全性機械性腸阻塞的表現，先腹部不適、腹脹，然後出現陣發性腹痛、腸鳴亢進、便秘或糞便變細以致無法排氣排便。因此患者注意的是，如果有上述症狀，必須想到大腸直腸腫瘤的可能，去做進一步詳細檢查，以確定診斷或排除之，千萬不可不經檢查，即按"腸炎"、"痔瘡"等病自行服藥或輕率治療，而貽誤本病的診治。(3)由於腫瘤出血引起慢性失血，胃腸功能紊亂，對營養物質的吸收和消化出現問題，患者可能出現貧血、消瘦、乏力及心悸等症狀。(4)由於腫瘤的壓迫和侵犯，可發生急性腸阻塞、腸穿孔和腹部膿腫及腹膜炎症狀。(5)晚期直腸癌由於腫瘤直接侵犯鄰近器官，男性可引起尿頻、排尿困難；女性則可出現陰道出血或陰道直腸瘻管。

診斷方法

大便潛血檢查是作為沒有症狀的人群中篩選普查使用而不是診斷用。(1)根據病史、體格檢查和肛門指診 70~80%的直腸癌可作出初步診斷。通過簡單的肛門指診，即可查出距肛門 7-8 公分部位的直腸內腫瘤。一般直腸癌的診斷並非十分困難，為減少誤診，肛門指診是必要的。(2)對於肛門指診陰性，大便潛血陽性的病人應進一步做氣鋇劑灌腸下消化道雙重對比攝影檢查。以往的單純鋇劑灌腸下消化道攝影檢查，對較小的病變常易遺漏。氣鋇劑灌腸下消化道雙重對比攝影檢查，是一種較好的檢查方法，對較早期癌症的發現率較高。(3) 根據需要可作直腸鏡、乙狀結腸鏡或電子結腸光纖維鏡檢查，可直接看到病灶情況及瞭解大腸直腸腔內腫瘤的形態、大小及範圍等情況。並能取切片做出病理學診斷，是診斷大腸直腸病變和癌症的依據。(4)腹部超音波、電腦斷層掃描對瞭解腹腔淋巴結和骨盆腔、肝臟轉移情況有一定的輔助，不能作為大腸直腸癌的早期診斷方法，而主要用於進一步明確了解大腸直腸癌腫瘤侵犯的深度、範圍和遠端轉移的部位，以及對已知的腫瘤進行分期，作為選擇治療方案的參考。另外，術後定期進行電腦斷層掃描檢查，可瞭解病情變化，對部分復發和轉移病例，能夠早期發現，早期治療。(5)目前在實驗室檢查方面，雖然尚無特異性的用於明確診斷用的腫瘤標誌物，但有些檢查項目對患者的療效判斷和預後，以及早期發現復發有很大幫助。其中血清癌胚抗原(CEA)檢查等，已在臨床廣泛應用。

大腸直腸癌轉移常見部位

大腸直腸癌的擴散途徑有：(1)局部擴散。先是腸壁內 擴散，侵犯肌層後易發生血行轉移，還可以侵襲腸周圍的器官，如膀胱、子宮、前列腺、小腸、胃、肝、胰等。(2)大腸 直腸癌淋巴結轉移。(3)血行轉移，多轉移至肝、肺、骨、腦、 卵巢，極少數會轉移至腎上腺和腎臟。(4)癌細胞脫落種植在 腹膜和盆腔形成結節。

大腸直腸癌之分期

大腸直腸癌 TNM 系統的定義 (2017 年, 第八版 TNM 分類):

1. 臨床及病理分期使用相同的分類法:

原發性腫瘤:[T]; 局部淋巴結: [N]; 遠端轉移:[M]

CLINICAL	STAGE CATEGORY DEFINITIONS	PATHOLOGIC
PRIMARY TUMOR(T)		
TX	Primary tumor cannot be assessed	TX
TO	No evidence of primary tumor	TO
Tis	Carcinoma in situ: intraepithelial or invasion of lamina propria*	Tis
T1	Tumor invades submucosa	T1
T2	Tumor invades muscularis propria	T2
T3	Tumor invades through the muscularis propria into pericolorectal tissues	T3
T4a	Tumor penetrates to the surface of the visceral peritoneum	T4a
T4b	Tumor directly invades or is adherent to other organs or structuresA	T4b

REGIONAL LYMPH NODES (N)		
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed	NX
NO	No regional lymph node metastasis	NO
N1	Metastasis in 1 to 3 regional lymph nodes	N1
N1a	Metastasis in 1 regional lymph node	N1a
N1 b	Metastasis in 2-3 regional lymph nodes	N1b
N1c	Tumor deposit(s) in the subserosa, mesentery, or non-peritonealized	N1c
N2	pericolic or perirectal tissues without regional nodal metastasis	N2
N2a	Metastasis in 4 or more regional lymph nodes	N2a
N2b	Metastasis in 4 to 6 regional lymph nodes	N2b

DISTANT METASTASIS (M)		
MO	No distant metastasis (no pathologic MO; use clinical M to complete stage group)	
M1	Distant metastasis	M1
M1a	Metastasis confined to one organ or site (e.g., liver, lung, ovary, non-regional node).	M1a
M1b	Metastases in more than one organ/site or the peritoneum.	M1b
M1C	Metastasis to the peritoneal surface is identified alone or with other site organ metastases	M1C

2. 分期 (AJCC 美國聯合癌症委員會/UICC 國際聯合癌症委員會)
 大腸直腸 TNM 系統分為:第 0 期; 第一期; 第二期; 第三期; 第四期

ANATOMIC STAGE • PROGNOSTIC GROUPS							
CLINICAL				PATHOLOGIC			
GROUP	T	N	M	GROUP	T	N	M
0	Tis	N0	M0	0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0	I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0		T2	N0	M0
II A	T3	N0	M0	II A	T3	N0	M0
II B	T4a	N0	M0	II B	T4a	N0	M0
II C	T4b	N0	M0	II C	T4b	N0	M0
III A	T1-2	N1/N1c	M0	III A	T1-2	N1/N1c	M0
	T1	N2a	M0		T1	N2a	M0
III B	T3-4a	N1	M0	III B	T3-4a	N1	M0
	T2-3	N2a	M0		T2-3	N2a	M0
III C	T1-2	N2b	M0	III C	T1-2	N2b	M0
	T4a	N2a	M0		T4a	N2a	M0
	T3-4a	N2b	M0		T3-4a	N2b	M0
IV A	T4b	N1-2	M0	IV A	T4b	N1-2	M0
	AnyT	AnyN	M1a		AnyT	AnyN	M1a
IV B	AnyT	AnyN	M1b	IV B	AnyT	AnyN	M1b
IV C	AnyT	AnyN	M1c	IV C	AnyT	AnyN	M1c

大腸直腸癌的治療

大腸直腸癌治療，最有效而且唯一可獲得治癒的方法是 手術切除。不能作根治性手術者，則改採取姑息性手術。除了 發生黃疸、腹水等晚期病症外，大腸直腸癌患者均應積極接受手術探查，切除病灶。手術的選擇有:(1)根治性切除術。適於病灶可完全切除，包括已有孤立的肝轉移病例。通過手術將病變的腸段和引流淋巴結整個切除，使大部分早期病人得到根治。如果直腸癌腫瘤比較小，腫瘤下緣距肛門緣 7~8cm 以上，應採取保留肛門而且作大腸、直腸或肛門吻合術，這樣既達到保留肛門功能 又可根治直腸癌的目的。文獻上已經證實，施行全腸系膜切除術(Total Mesorectal Excision)治療低位直腸癌，可達到和腹部會陰切除術同樣的局部復發率，而且可以保留病人

的肛門，避免永久性的人工造口，進而得到較好的生活品質。(2)姑息性手術。對於已有廣泛轉移，不可能根治的晚期病例，可作姑息性切除、繞道手術、大腸人工造口術，以解除阻塞等症狀。對於中、晚期病例可採用合併性治療，包括放射線治療及化學治療，希望能提高手術切除率及五年生存率。輔助性放射性治療適用於腫瘤較大、固定或浸潤較深的潰瘍型直腸癌，可提高手術切除率，可用於不能切除的直腸癌患者。輔助性化學治療適於有淋巴結轉移或是姑息性切除術後的病例。

手術後有幾項必須注意的事情。即使進行了根除性的切除手術，大腸癌和直腸癌仍然有 25~35%左右的病人，有復發的可能性。盡可能及早發現癌症的復發，再次手術切除仍有可能完全治癒。手術後的定期檢查是必要的。因此在手術後的 5 年以內有必要定期去醫院接受血液及其他檢查，一般認為手術後 2 年以內至少應當每 3 個月進行一次檢查，以後可以 6~12 個月進行一次檢查。另外，身體其他臟器也有發生癌症的可能性，因此在檢查時不要僅僅局限於大腸直腸癌本身，而應該同時也進行其他臟器的檢查。

結語

大腸直腸癌預防包括防止和消除已知的可能致癌的因素。合理健康膳食、多吃新鮮蔬菜、水果及高纖維食物，降低腸道致癌物濃度及縮短糞便在體內停留時間。正常人每人每天蔬菜的攝入量應該在 250 克以上。大腸直腸癌是最常見的消化道惡性腫瘤之一。近年來不少學者認為多數大腸直腸癌是由大腸直腸良性腺瘤惡變所致。切除大腸直腸內腺瘤，可以減少腺癌發生。目前美國癌症學會推薦的大腸直腸癌篩檢方法是建議一般民眾 40 歲以上無症狀者每年進行一次直腸指診，50 歲以上者每年進行一次直腸指診加上糞便潛血試驗。此外，50 歲以上者應每 3 至 5 年進行一次可彎曲的乙狀結腸鏡檢查，以期早期發現、早期診斷、早期治療。如果是高危險群的患者，應更積極進行大腸直腸癌的篩檢。