



大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (24)

大腸直腸外科醫師 熊維羆

大腸直腸肛門疾患簡介 小腸癌篩檢

在美國小腸癌的發生率約為大腸直腸癌的五十分之一，但由於飲食習慣的改變，所以近年來有上升的趨勢，小腸腫瘤初期沒有特殊症狀，有些患者是持續不明原因，腹痛，噁心，嘔吐，貧血等症狀，在大腸，十二指腸及胃部都找不到問題，最後發現腫瘤在小腸，臨床上，也有不少入直到腫瘤塞住腸道，甚至破裂出血才就醫，根據統計，當小腸腫瘤產生阻塞而腹部脹痛，以及出血導致貧血等明顯症狀時，約有四分之三已是小腸癌，這是由於小腸癌症狀不明顯，且對於胃鏡與大腸鏡等內視鏡檢查而言，小腸實在地處偏遠，尤其是空腸及迴腸，根本無法早期診斷出病灶，因此往往在腸阻塞或出血嚴重時才被發現，甚至有不少的小腸癌是在剖腹手術時才被發現，往往已錯失治療良機，若是能早期藉由篩檢診斷出來，且加手術根除，將可大大提高存活率，小腸癌是相當少見的腫瘤，在所有腸胃道腫瘤中，所佔比例不到5%，發生在小腸的惡性腫瘤包括腺癌，類癌，肉瘤以及淋巴瘤等，依其種類不同，治療對策及存活情況也不完全一樣，以腺癌為例，如果發現時已有轉移，則存活期可能只剩幾個月，但若是發現時，淋巴結陽性，但仍侷限於小腸，那麼開刀切除腫瘤後，五年存活率約有12%到35%，但若是淋巴瘤，對化學治療反應良好，五年存活率還可以超過五成，如果是腸胃道基質瘤，甚至可以長期存活，事實上，在臨床上小腸病變本來就不多，而小腸腫瘤的早期診斷及篩檢更為不易，在臨床經驗上其術前確診僅在20%至50%之間，而誤診率則高達70%至90% 罹患者由症狀的出現至確診往往已經歷了一段長時間，亦即大多數小腸腫瘤在被確診時已進入末晚期了，其誤診率較高的原因，不外是小腸腫瘤本身缺乏其特異性的症狀及表徵，而空腸或十二指腸腫瘤所引起的腹痛或出血，常易被誤認為一般性常見的上消化道性潰瘍甚至慢性胃炎，而迴腸末端的小腸腫瘤所引起的腹痛，亦

易被誤診為結腸憩室炎，急性闌尾炎，或其他相關的婦科急症，此外，醫護人員對小腸腫瘤本身的認知尚屬不足，因此，小腸腫瘤的某些非特異性的臨床症狀常被一般性的“急性腹症”病因所掩蓋，因此絕大多數小腸腫瘤罹者在發生併發症時才被診斷出來，而使得某些較為惡性的小腸腫瘤已發生遠端器官的轉移，真是令人扼腕不已，在臨床上倘若能提高小腸腫瘤的早期診斷，必然對其治療及預後有很大的影響，事實上，病患在臨床上一旦主訴不明原因的腹痛，腸阻塞，消化道出血，腸道穿孔甚至腹部腫塊，則應要排除小腸腫瘤存在之處，更甚者，在腹痛，腹部腫塊以及消化道同時出現，而X光攝影檢查出現不明原因腸阻塞，或糞便反覆出現不明原因的陽性潛血反應，在經上消化道或下消化道內視鏡檢查後，亦尋找不到病源時，則應高度懷疑小腸腫瘤存在的可能性，此外，不明原因的成人反覆發性腸套疊，亦要先排除小腸腫瘤的鑑別診斷，整體而言”早期發現，早期診斷，早期治療”仍是小腸癌防治的不二法門，要提升小腸癌的檢出率，就是要靠”小腸癌篩檢”。希望儘量從一般大眾之中，找出比較可能發生小腸癌的人，接受進一步的檢查和定期追蹤，所以針對的是沒有任何徵狀的民眾，“早期發現，早期診斷，早期治療”以維護健康，保障生命，如果是已經有徵狀的人，則不論年齡，都必須接受進一步的診斷檢查

小腸癌篩檢方法介紹如下：

(一)X光攝影檢查：腹部平面X光攝影檢查可篩檢出是否有腸阻塞的現象，亦可判斷阻塞部位的高低及嚴重度，事實上，小腸低張銀劑X光攝影檢查，全消化道銀劑



X光攝影檢查，小腸氣銀雙重X光攝影檢查亦是診斷小腸腫瘤的首選方法，其陽性率在50%至60%之間，有時迴盲腸末端的小腫瘤亦可經由大腸銀劑逆行灌注法，X光攝影檢查而被篩檢出來，

(二)小腸內視鏡及內視鏡超音波掃描檢查：基本上，胃十二指腸內視鏡或小腸內視鏡，甚至內視鏡超音波掃描檢查能直接找到病灶所在，由此可觀察到腫瘤外形，生長部位以及侵犯範圍，同時可施行細胞學以及切片組織病理檢查，而得到較明確的診斷，此外，亦可經由腹腔檢查來對某些可疑的硬塊或結節進行觀察甚至切片組織病理檢查

(三)電腦斷層掃描檢查(CT)以及核磁共振造影檢查(MRI)：通過CT以及MRI亦可瞭解小腸腫瘤的大小，位置，腫瘤的良惡性，腫瘤侵犯組織的程度，周圍淋巴結以及是否有遠端器官或腹腔內淋巴的轉移，事實上，某些小腸腫瘤如脂肪瘤，平滑肌瘤，惡性淋巴瘤亦有其特異性的CT或MRI 影像的表徵

(四)選擇性腸系膜動脈血管X光攝影檢查：選擇性腸系膜動脈血管X光攝影檢查是診斷小腸腫瘤最有效的方法，其對腫脹的大小，部位的判斷之特異性極高，其準確率高達60%至90%之間不等，對於某些小腸腫脹如平滑肌瘤，血管瘤或惡性淋巴瘤，具有特異性的影像表現，主要是由於惡性腫脹的血管攝影的動脈期中可出現血管變形，分支紊亂不規則，移位，血管擴張甚至出現新生血

管的病灶特徵，而在毛細血管期更可出現特別的腫瘤著色(TUMOR STAIN)，而存有動靜脈分流者則可出現靜脈的早期充盈現象，反之，良性小腸腫瘤的血管排列規則，腫瘤著色較規則，其邊緣亦較清楚，

(五)剖腹探測檢查：對某些已排除病變來自胃，十二指腸病變，而高度懷疑小腸腫瘤罹患者，亦可建議其接受外科的剖腹探測術檢查，並可同時進行必要的腫瘤切除，

(六)膠囊內視鏡檢查(CAPSULE ENDOSCOPY)：自本世紀初，在臨床上已開始研發膠囊內視鏡的特殊檢查技術，但截至目前為止其對小腸腫瘤的篩檢幫助不大，此外，由於其檢查價格昂貴，且又無法重覆使用，再加上膠囊內視鏡本身的影像判讀尚未達高度的精準性，因此，對於小腸腫瘤的確診較不具臨床用

(七)類癌腫瘤標記：由於類癌本身會異常分泌大量的血清素(SEROTONIN)，而血清素經代謝後會以5-HIAA 的形態由腎臟排泄出來，因此尿中會存有異常濃度的5-HIAA，由此亦可高度懷疑類癌腫瘤的存在

事實上，在臨床上一旦遇到食慾不振，不明原因的貧血及消瘦，全身倦怠，消化吸收不良，長期腹瀉或解稀便，甚至有低度高燒者就應憶測到小腸腫瘤的可能性，而應進一步施行上述一系列的小腸癌篩檢甚至剖腹探測診斷；此外，對於消化系統內科專科醫師而言，平時就能自我建立一個小腸病變篩檢的轉診管道也是很重要的

小腸腫瘤目前正確診斷率僅在20%至50%之間，目前臨床上尚無較為理想的篩檢方法，事實上，小腸惡性腫瘤的預後與腫瘤位置有關，腫瘤部位越高，預後越差，一般小腸惡性腫瘤切除後五年的存活率類癌約60%，淋巴瘤約50%，平滑肌肉瘤約40%，而腺癌則較差約20%，小腸腫瘤的治療以手術切除為首選，其預後亦以腺癌最差，惡性淋巴瘤或內瘤次之，而類癌預後則較佳



大腸直腸診所

熊維羆 醫學博士

電話: 702-586-6688 (粵國語、英、西班牙語) 傳真: 702-586-9988
6080 S. Durango Dr., #105, Las Vegas, NV 89113