

## 大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (93)

大腸直腸外科醫師／熊維羆

## 大腸直腸肛門疾患簡介：如何避免直腸癌的誤診（四）

續前文

3.組織蛋白酶B(cathepsin B)由近些年來的實驗室研究，得知癌症的轉移包含有眾多的步驟，首先其會對週遭組織侵犯，接著藉由血管新生進入循環系統，以達到血行轉移的目的，再透過一些receptor與遠端器官進接合。由最新的研究顯示，得知某些癌細胞會分泌組織蛋白酶B，其本身是一個溶酶體蛋白酶，能夠由分解組織基質成分而降低組織基底膜的強度，以利於癌細胞的擴展及轉移，而在臨床上一旦發現組織蛋白酶B異常增加時，亦顯示直腸癌病患的預後較差。

組織蛋白酶B本身可應用免疫印跡試驗來偵測其在直腸癌組織的濃度，並由研究實驗得知癌分期越晚的罹患者，其組織蛋白酶B濃度增高越明顯，而術後患者的存活期亦越短；反之亦然。此外，處於良性的直腸腺瘤的組織蛋白酶B活性與正常組織較無明顯差

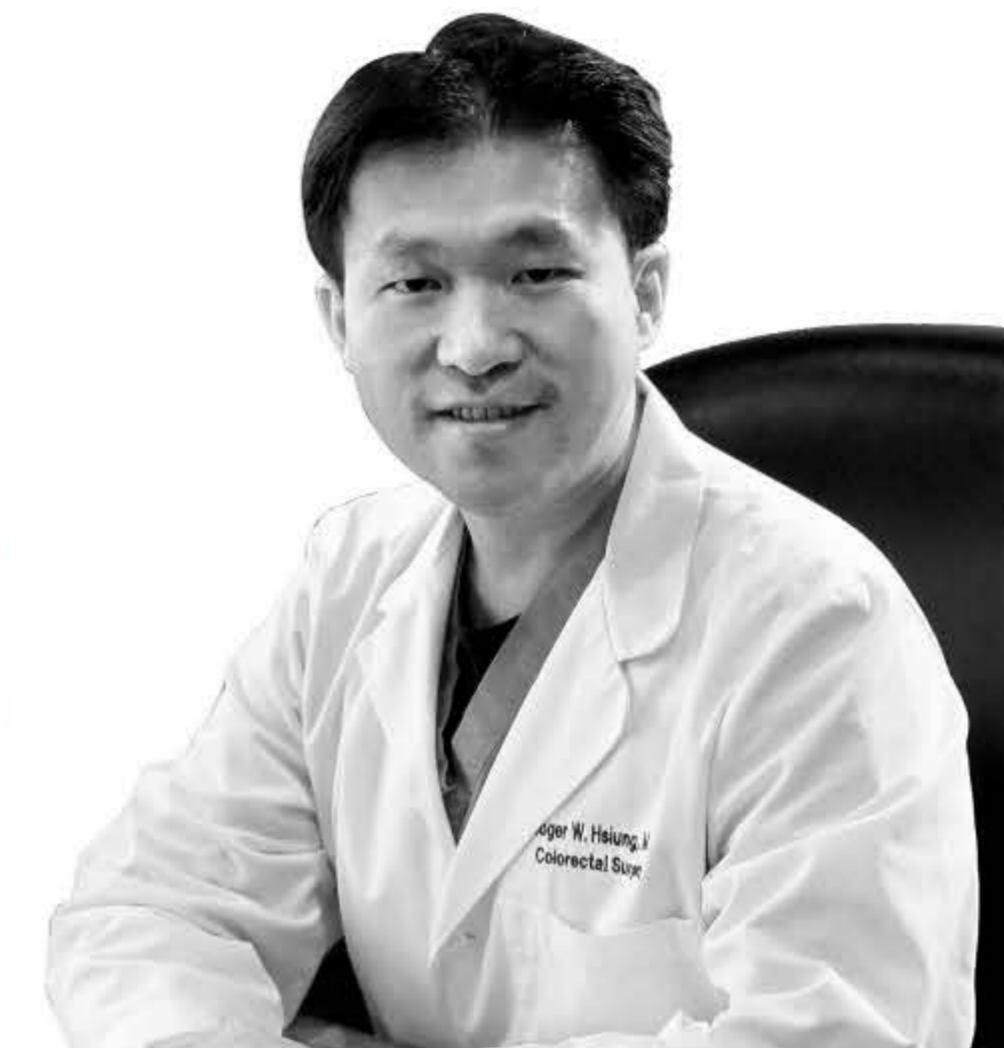
異，但直腸癌的組織蛋白酶B活性則明顯增加，由此可說明組織蛋白酶B本身可做為良性腺瘤轉為惡病變的重要標記，由此亦可做為推測癌瘤本身是否存有侵襲、擴張以及轉移的參考依據。日前組織蛋白酶B的檢測還未使用於臨床的應用上。

六、糞便潛血篩檢雖然，糞便潛血篩檢檢查對大腸癌的篩檢比直腸癌的篩檢較有實際意義，尤其目前糞便潛血檢查是使用比較精確的免疫學方法，也不失為對篩檢直腸癌的一種簡單易行的方法，而對糞便呈潛血反應陽性病患，更要建議其再做進一步檢查，亦有助於早期發現直腸癌的存在。鑑別診斷病人就診時以病期的不同、病理組織的不同而表現出不同的臨床症狀，因此需與其他相類似的疾病做一番鑑別診斷。痔瘡與直腸癌雖然不難做鑑別診斷，但也最容易被誤診，其中尤人為的因素最為關鍵所在。內痔一般多為無痛性

血便，其血色鮮紅也不與糞便相混合，但嚴重者或許會像噴射狀出血；直腸癌的血便常伴有黏液，以及裏急後重的直腸黏膜被刺激的症狀。臨床上，某些早期的直腸癌罹患著僅有血便，但並不伴隨其他症狀；因此對血便罹患者必要先給與肛門直腸指診，而肛門鏡甚至乙狀結腸鏡檢查更可明確的判斷齒狀線附近的腫塊是否為內痔；有時內痔在逐漸增大中，會使得罹患者在排便時脫肛而出，而反復脫垂更導致肛門周圍組織，甚至肛門括約肌鬆弛，因而使內痔持續脫出在肛門外。再者，由於內痔本身黏膜經常受到摩擦而增厚，並致使分泌物增多，而使肛門因濕潤不潔，並衍生搔癢甚至疼痛的症狀。肛門瘻管(anal fistula)或肛門周圍膿瘍(perianal abscess)主要是由肛竇炎所衍生的併發症，罹病者會主訴肛門周圍出現局部紅腫及疼痛病灶，但與直腸肛管癌的症狀相差甚大，因此鑑別診斷較為容

易；但當肛門膿瘍久治不愈時，亦需要注意有無癌病變的可能性。直腸息肉是常見的良性腫瘤，臨床上大都發生在直腸與乙狀結腸，其主要症狀是鮮血便，不與糞便混淆。有些病人還可有膿血樣便，下消化道X光鋇劑攝影檢查，可呈現充盈缺損的影像，此時應即時給與纖維結腸鏡甚至切片病理組織檢查，以免將息肉樣結腸癌誤診為結腸息肉；此外，一旦當息肉併發潰瘍甚至感染時，常會衍生膿血以及黏液性糞便。其他因直腸癌本身在臨床上可呈現腹痛、腹瀉、膿血便、鮮血便、排便習慣改變、腸功能紊亂或腹部硬塊等，因此更

需要與某些常見病如結核性腹膜炎、肛瘻管、胃潰瘍、腸阻塞、卵巢癌甚至習慣性便秘做一番鑑別診斷。直腸癌誤診原因的分析探討及其應有的防範之道。事實上，大多數的直腸癌罹患者對其早期的症狀及表徵並不給與重視，甚至對直腸癌本身的認知警惕性不高。基本上，直腸癌的早期病變可能僅是黏膜上的一個稍為隆起的結節或伏起物罷了，其存在根本不僅不會產生任何症狀，也就不會積極的尋求醫師的診治。此外，一般人對解便頻繁、血便等排便習慣改變的主觀認知也不足，因此病患常自以為是罹患腸炎或痔瘡，直到癌病變



衍生到某個階段，出現了明顯的血便、腹瀉或便秘等一系列非特異性下消化道症狀，才查覺應接受特定的檢查，此時或許為時已亦晚了，也因而喪失手術治療的最佳時機。此外，更由於常見病的痔瘡本身發病率高，亦使人們對早期直腸癌的臨床表現缺乏應有的重視及警惕。待續



## 大腸直腸診所

熊維羆 醫學博士

Roger W. Hsiung, M.D., F.A.C.S.

美國外科手術委員會認證

美國大腸直腸外科手術委員會認證

www.CRCLasVegas.com

電話: 702-586-6688 (精通英、國、粵、西班牙語) 傳真: 702-586-9988

6080 S. Durango Dr., #105, Las Vegas, NV 89113