

大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (89) 大腸直腸外科醫師／熊維羆

大腸直腸肛門疾患簡介：認識大腸直腸癌 (A)

認識大腸直腸癌

大腸直腸的構造與功能

大腸直腸是消化道的末端，廣義的大腸包括結腸和末端的直腸。結腸依次又可分段為盲腸、升結腸、橫結腸、降結腸、乙狀結腸等，長約120~140公分。直腸長約15~18公分。結腸的構造由腔內到外分為黏膜層、肌肉層和漿膜層等。附著在腸壁外的則是腸繫膜，內含血管、淋巴管、神經以及許多淋巴腺。黏膜層由無數的單層柱狀黏膜細胞構成。黏膜細胞是生命力旺盛的細胞，隨時有許多細胞死亡、脫落和新生。脫落的細胞與腸道細菌的殘體、食物殘渣構成糞便排出。絕大部分的食物養份都經由小腸吸收。大腸主要功能可說是水份的重吸收並讓糞便成形，並藉蠕動幫助糞便排出。每天進入大腸的液體量約為1000 cc，其中百分之九十會由大腸再吸收回去。因此即使大腸全部切除後也不會造成明顯的營養不足，只是排出的糞便含水量較多、較不成形。

什麼是大腸直腸癌？

一般所言的大腸直腸癌是指

最常見的大腸直腸腺癌，乃是由腸粘膜炎細胞突然不受控制的增生。細胞變得奇形怪狀、不規則排列並向週邊組織侵犯，甚至向身體各處轉移，造成腸道出血、阻塞、並耗盡正常組織。

大腸直腸癌較易發生於年紀大者。一般而言從40-45歲開始隨年紀增加而增加。但近年來年輕的病例有增加之趨勢。男女發生率略相等。一般認為大腸直腸癌分佈隨地區與飲食習慣有密切的關係，尤其大量食用肉類、動物性脂肪、蛋白質，精緻的穀類，及較少纖維素之族群及地區、較易產生大腸直腸癌。大腸直腸癌之發生率在已開發、工業化之地區較高。其年發生率約每十萬人口40-60人。在未開發或開發中國家則發生率較低。同樣華人地區，新加坡及香港華人比台灣地區發生率高，而兩者又高於大陸地區。移民者的發生率有向新居地發生率接近之趨勢。國內隨著經濟之進化、飲食習慣之西化，大腸直腸癌之發生率亦隨之增加。

大腸直腸癌的症狀

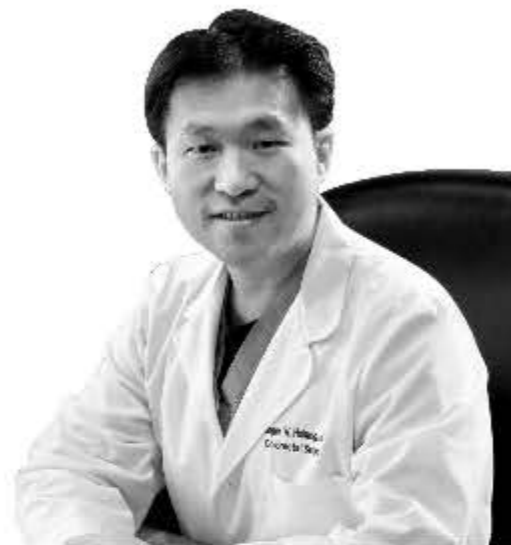
大腸直腸癌位置之分佈在直腸及直腸結腸交接處共約佔40-50%，乙狀結腸約16-20%，故分佈在乙狀結腸以下的約佔60-70%，而降結腸以下者即佔了約70-80%。直腸癌因接近肛門，較早即有出血便、裏急後重、排便習性改變、與大便變細等症狀。降結腸因腸道腔管較細，糞便較為成形，且腫瘤常為浸潤緊縮型而較易引起腸阻塞。升結腸及盲腸則因腔徑大，癌瘤多為突出膨大或菜花狀，且糞便多為流體，其癌瘤常生長到很大才因缺鐵性貧血、腹部脹氣、腹痛、體重減輕等症狀被發現。一般來說大

腸直腸癌造成腸阻塞後才被發現的比率並不低。

大腸部分阻塞時病人會有腹脹、多氣、多屁，腹痛後排氣、排便後症狀即獲得減輕。有時右結腸癌造成之腹痛會被誤診為膽石症或消化性潰瘍。更有右結腸阻塞引起右下腹痛，或腫瘤穿孔引起右下腹局部腹膜炎，甚或因癌瘤侵到闌尾開口造成闌尾炎，病人接受闌尾切除而癌瘤沒被發現而延誤病情者。有些橫結腸癌會侵犯到胃造成胃結腸痛管。有時直腸、乙狀結腸癌會侵犯膀胱、陰道造成瘻管而產生不同的症狀。

大腸直腸癌的診斷

肛門指檢為必要的步驟，食指可檢查到約十公分以內的直腸癌，約佔所有大腸直腸癌之10%，二十五公分長的硬式直腸鏡約可檢查到的範圍約佔所有大腸直腸癌的60-70%，軟式結腸纖維鏡檢查在簡易灌腸後即可執行，操作者亦不需太多的訓練即可檢查到降結腸。如要作全大腸檢查則要靠纖維大腸鏡或鋇劑灌腸X光攝影。大腸鏡除檢查外，還可作病理切片、息肉切除，甚至可經大腸鏡做鐳射治療。缺點是腫瘤太大時大腸鏡無法通過而無法完成全大腸鏡檢。鋇劑灌腸攝影常用者為雙重對比顯影灌腸，所謂“蘋果核病灶”即為典型的大腸癌影像。但腫瘤造成大腸阻塞時不宜灌空氣，因此不宜用雙重對比顯影灌腸，此時只要低壓灌注鋇劑到阻塞



處看到病變即應停止。通常腹部超音波檢查是用來診斷是否有肝臟或腹部淋巴腺轉移。以腹部超音波診斷大腸癌並不十分可靠。腹部電腦斷層檢查通常是作為檢查侵犯程度或有無轉移用，雖亦可診斷大部分大腸直腸癌，但總不如大腸鏡、鋇劑灌腸攝影來得直接、經濟。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