

## 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（二）

續前文

基本上，癌瘤細胞浸潤的深度與預後有著明顯的關係，有文獻報導在大腸癌患者手術根治後的追蹤檢查中，將其浸潤深度分為黏膜下層、肌層、漿膜層以及漿膜外層四組做分析比較時，發現其五年存活率分別為92%、73%、43%以及33%，四組間有明顯的統計學上的差異。淋巴轉移由於大腸黏膜本身內無淋巴管存在，因此僅在癌瘤細胞侵襲入腸壁肌層後，才通過淋巴液轉移；淋巴轉移首先轉移至與腸道平行的結腸旁淋巴結，然後再轉移到腸系膜血管處的淋巴結，即淋巴轉移先以平行方向轉移，然後再由垂直方向進行；但直腸癌與大腸癌不同，其淋巴一旦流出直腸壁後，即立刻即沿直腸上血管走行，很少發生逆行性轉移。直腸癌的淋巴轉移發生率與轉移程度比結腸嚴重，而淋巴結轉移的有無以及轉移的淋巴結數與預後有著很大的關係；有文獻報導在大腸

癌患者手術根治後的追蹤檢查中，並將其分為無轉移、轉移1-2個淋巴結、3-5個淋巴結以及6個淋巴結以上各四組，其五年存活率分別為68%、32%、28%以及18%，由此顯示無淋巴結轉移組的預後明顯較佳於有轉移組，轉移淋巴結個數在3個以上者，其預後又顯然差於2個以下者。血行轉移由死後病理解剖資料發現，有三分之二以上的大腸直腸癌的個案已有肝轉移現象，而癌組織多在侵犯小靜脈後，才沿肝門靜脈轉移至肝臟內，或經由椎旁靜脈叢向肺臟轉移、或經由體循環轉移到肺臟、腦、腎臟、腎上腺以及骨骼。由臨床資料顯示，距離直腸肛門齒狀線緣5公分以內的直腸癌，其血行轉移率最高，幾乎可達半數以上，而其次為上段直腸癌，亦約在20%以上；反之，結腸癌本身的血行轉移率則僅在10-15%之間。

直腸癌的篩檢

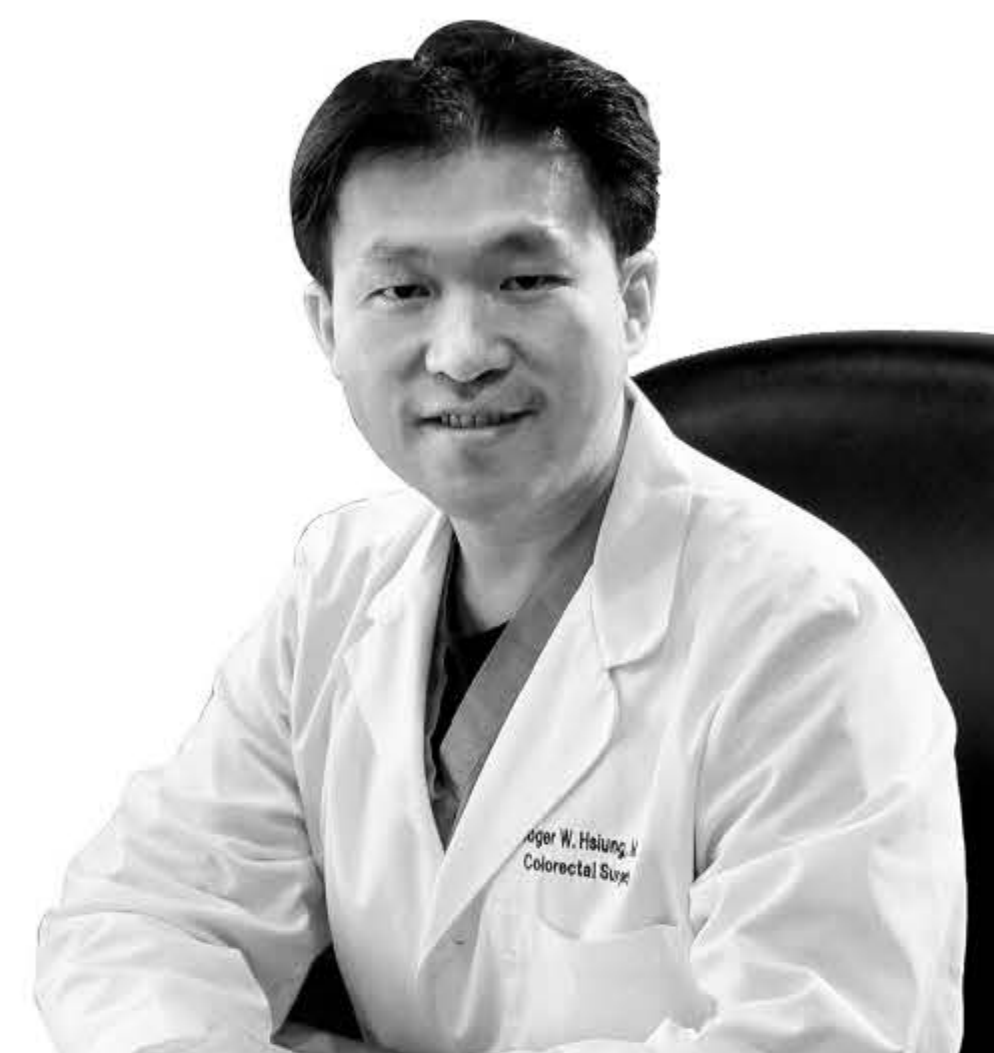
一、肛門指診檢查（digital

examination）直腸癌中有80-90%發生在直腸下三分之二處，距肛緣10公分以內，在臨床上有75-80%的直腸癌可以經由直腸指診的簡單檢查而被發現，因此「直腸指檢」是診斷直腸癌的首選且極為重要的篩檢方法。在肛門指診檢查中，一般受檢者採取胸膝位或左側臥位，兩腿屈曲九十度。檢查者的手指在充分以凡士林潤滑後，首先轉插入病患肛門後壁，以減少病患肛門的反射性痙攣，並令病患做張口深呼吸動作，手指隨著肛門括約肌的運動，以食指緩慢地插入肛門直腸最深處，然後依次檢查直腸四周腸壁，此時應注意有無觸痛、腫塊、腸腔有無狹窄。一旦發現肛門直腸內有硬塊或結節樣隆起，甚至觸摸表面凸凹不平，就要查明其大小、位置高低、是否固定或環繞腸壁的範圍，以及與鄰近器官是否相連，並判定位於直腸前壁的直腸癌女性罹患者是否已侵犯陰道壁，而男性罹患者應確定病變是否已侵犯攝護腺甚至精囊。在肛門指診檢查中，有時可觸摸到

直腸後方腫大的淋巴結，則顯示病變已有廣泛的擴散或蔓延；倘若直腸局部狹窄，則顯示病變已侵及直腸全周；與鄰近組織有黏連時，也顯示直腸癌已屬中晚期了。在肛門指診檢查中，也可採取蹲位，並囑咐病患行使解便動作，如此可使腸壓增高，使直腸得以稍微下降，同時提肛肌收縮，使得直腸更為縮短，而使指診較易觸及腫塊。指診後，或許會在手指套上沾有少許黏液、膿性分泌物或壞死組織伴隨惡臭，則可送病理檢查。總之，肛門指診檢查對直腸癌的篩檢不但簡便易行，不需要任何昂貴的設備、痛苦小，易被受檢者接受，而最

重要的是其對早期發現肛管直腸部位的癌前病變及診斷有著很實際的臨床意義，對將來手術方式的選擇以及評估疾病預後更存有參考的依據。

二、下消化道鋇劑空氣對比灌腸X光攝影檢查（contrast barium enema examination of lower GI）雖然對於直腸癌而言，下消化道鋇劑灌腸X光攝影檢查並非是一個很好的特異性檢查工具，雖然其可以做整個大腸癌瘤的初步篩檢，但對低位直腸癌常會出現漏診的失誤，而下消化道鋇劑空氣對比灌腸X光攝影檢查並無法提供癌瘤本身最重要的病理組織學的診斷



依據。

三、直腸鏡或乙狀結腸直腸鏡檢查過去數十年前，在成人健康檢查中所圖：直腸解剖位置及肛門指診檢查的極限盛行的硬式直腸鏡檢查（約可臆斷25-30公分長度的直腸肛門病變），已被光學纖維軟式的直腸鏡或乙狀結腸直腸鏡所取代。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