

## 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（五）

續前文

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突起物罷了，其存在根本不會產生任何症狀，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，此時或許為時已晚矣，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。基本上，東方人的直腸癌較西方人罹患者的年齡提前約有十年，東方人口群中的發病年齡約在30-50歲之間，而近年

來更有逐漸上升的趨勢，其中30歲以下的病人佔全部直腸癌罹患者的百分之十上下。因此，在臨床上千萬不要根據年齡的大小，而忽視直腸癌的鑑別診斷，一旦遇有相關的肛門直腸病變症狀時，臨床醫師亦要積極建議受檢者接受「肛門指診檢查」的篩檢。因此，對一般民眾而言，醫護人員應在臨床衛教上，加強直腸癌的防癌工作以及其早期警示的症狀及表徵，特別是在青年期的直腸癌症狀中，其不僅具有高度的隱匿性、病程短甚至進展快速的特點。而對四十歲以上的人口群而言，一旦在日常生活中，發現有下列症狀時，並經內科治療二週以上無效者，即應及時接受進一步必要的檢查，其中較為常見的包括有糞便帶血及含異常過量黏液或膿液者、近期有食慾不振、腹脹不適、下腹部隱痛、肛門不適感、罹患直腸息肉病史又再次復發者，以及經常呈現慢性腸道阻塞症狀如便秘者，甚至排

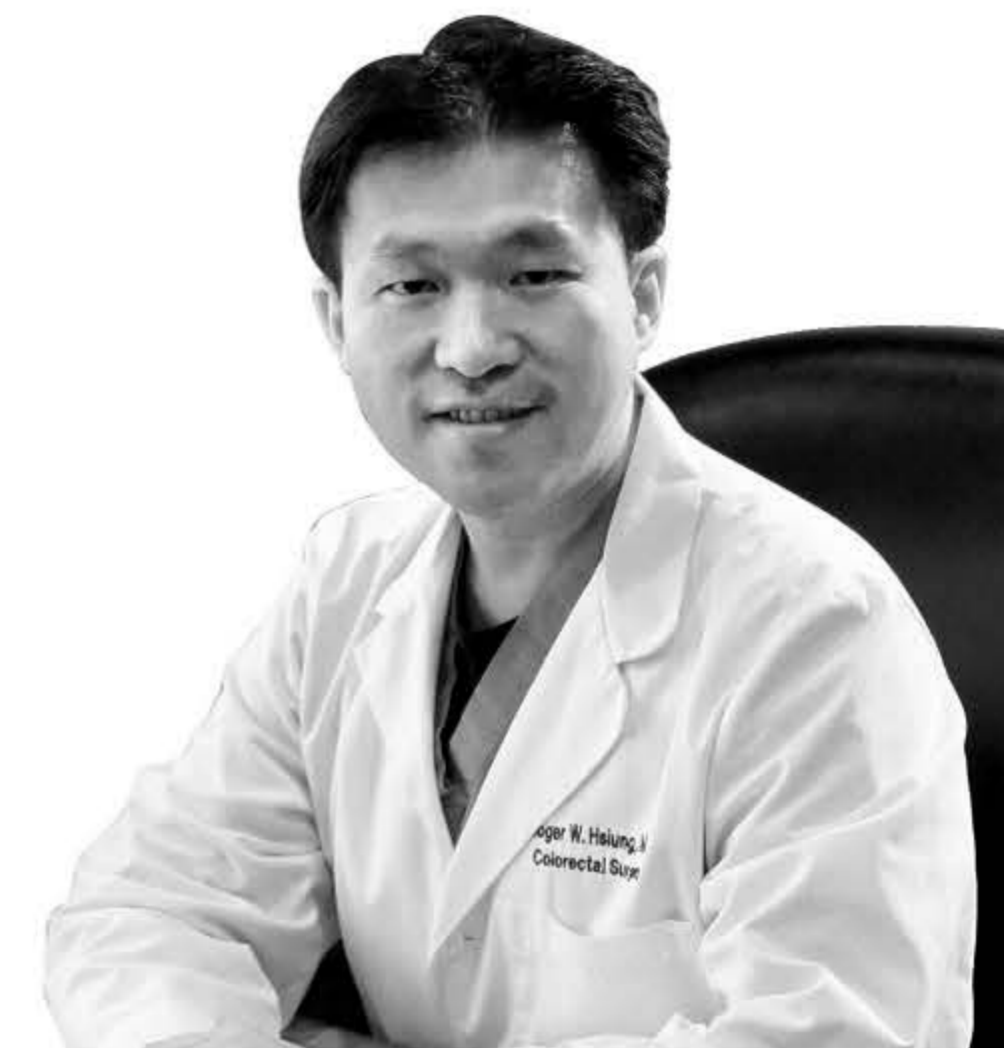
大便習慣改變。

地區健康保險局對於四十歲以上至六十五歲的被保險人每三年都會提供成人健檢的服務，其中有一項肛門指診檢查絕大部份的被保險人由於礙於情面，甚至主事者的醫護人員也為了便宜行事，而對肛門指診檢查給忽略過去了；根據一項非正式的統計，因不接受肛門指診檢查而致使直腸癌漏診者，約佔直腸癌誤診病患的百分之七十。在臨床上，纖維結腸鏡以及乙狀結腸直腸鏡是直腸癌診斷的最佳篩檢工具，其不僅可以直接觀察到直腸及與乙狀結腸交界處的癌瘤，並可以即時施行切片組織病理檢查；但亦有為數不少的病患曾在做結腸鏡並接受切片組織病理檢查後，其病理報告診斷為慢性炎症，而在下次病況又再發生時，再次的切片組織病理檢查才被證實為腺癌，其主要誤差原因為切片時未能取得足夠的病變組織，再者直腸癌本身會導致周邊腸壁黏膜水腫，

有時取材不易，常會影響到病理診斷的結果。因此，對某些高度懷疑病患應重覆多次不同部位採取檢體。此外，下消化道鋇劑空氣對比灌腸X光攝影檢查對多發性大腸癌比較有意義，但對直腸癌的診斷意義卻不大，而直腸息肉罹病者併症直腸癌者亦並非罕見；有時直腸息肉切除手術的病理組織診斷為良性直腸息（尤其是腺瘤性息肉），但術後仍有血便甚至膿血黏液性糞便排出，亦需要再積極重覆接受再次檢查。所以，臨床醫師亦不要過度相信初次切片組織病理檢查的診斷。事實上，直腸癌本身在進行到一定階段時，亦可出現便秘、腹痛、腹脹等症狀，此時結腸直腸

壓力增高，而引起闌尾發炎、壞死甚至穿孔，因此亦易被誤診為闌尾炎的急性腹症。在篩檢直腸癌時，亦需要考慮其他大腸部位癌瘤的存在，而不要因發現一處有直腸癌，就因而結束篩檢工作，而忽略其他大腸部位病灶的存在，以致使導致誤診。因此，對直腸癌病患而言，術前、術中及術後均應進行全大腸的篩檢。

結論，總之，直腸癌的早期診斷至為重要，治療是以手術切除為主的綜合性治療。早期病患五年生存率在70-90%之間，而晚期則僅為20-30%，直腸癌的發病率佔大腸直腸癌的65%，早期療效極佳，其中Dukes A五年存活率為98%，Dukes B為68.03%，Dukes



C則為40%，Dukes D約為百分之十上下。

在臨床上，直腸癌亦可在術前接受放療治療，而在術後發現病灶已侵及肌層或有淋巴結轉移者，則在術後需要接受放療，放療後再接受定期化療，通常在術後2-4星期開始化療，每療程間隔三個月，共三個療程。  
全文完



## 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