

## 大腸癌簡介

### 什麼是結腸直腸癌？

大腸包括結腸和直腸，長度約有 150 公分，呈一「ㄇ」字型，負責吸收水分和貯存排泄物直到排出體外。結腸分四部份，一是升結腸，在腹腔右側；二是橫結腸，從腹腔右側橫跨到左側，連接到第三部份的降結腸；第四部份為乙狀結腸連接至直腸，直腸則約有 12 到 15 公分，連接到肛門，因此大腸所長出來的癌症便統稱為大腸癌，因癌症部位的不同，可分成結腸癌及直腸癌，再依組織型態的不同而有不同的分類(如腺癌、鱗狀細胞癌、類癌、淋巴癌…等等)，其中最常見的就是腺癌。

### 流行病學

結腸直腸癌之致癌原因並非單一因子，可能是多重因素如遺傳、基因突變、致癌物質、飲食習慣等交互作用綜合而成的，且大多數的結腸直腸癌是沒有家族病史的，僅約有 15% 的結腸直腸癌有顯性的家族傾向。一般認為結腸直腸癌與飲食習慣有密切的關係，大量食用肉類、動物性脂肪、蛋白質，精碾的穀類，及較少食用纖維素之族群、地區較易產生結腸直腸癌，因此結腸直腸癌之發生率在已開發、工業化之地區較高，而臺灣隨著社會經濟之進化、飲食習慣之西化，結腸直腸癌之發生率亦隨之增加，目前在台灣每年大約有 8238 人發生結腸直腸癌(衛生署 92 年統計資料)，有 4284 人因結腸直腸癌死亡(衛生署 95 年統計資料)，位居癌症死亡原因的第三名。發生年紀大約是 60 歲，但近年來年輕之病例似有增加之趨勢。

### 徵狀

沒有徵狀不代表沒有結腸直腸癌，事實上，很多人在相當嚴重的時候，才出現徵狀。可能的徵狀包括：

1. 腹痛或腹脹
2. 解血便
3. 排便習慣改變
4. 不明原因的持續想解便或大便變細
5. 體重減輕
6. 貧血

### 篩檢

多數的結腸直腸癌是由息肉轉變的，如果將這類具有癌變潛力的息肉摘除的話，就能預防繼發的結腸直腸癌，因此要減少結腸直腸癌的發生並減少癌症造成的死亡，最好的方法就是在大腸息肉轉變成癌症前發現並切除，以及早期診斷早期治療，此外結腸直腸癌位置之分佈在直腸約佔 43%，乙狀結腸約 25%，降結腸 5%，故分佈在降結腸以下者就佔了 70%，所以結腸直腸癌篩檢便佔有重要的地位，其方式有：

1. 肛門指檢
2. 糞便潛血反應
3. 乙狀結腸鏡檢
4. 大腸鏡檢
5. 虛擬大腸鏡(利用 3D 電腦斷層影像重組而成)
6. 鋇劑灌腸攝影檢查

目前建議年齡 50 歲以上，無症狀者，可以每年作糞便潛血檢查，且每 5 年作一次大腸鏡檢，至於高危險群，其大腸鏡檢的時間提早並增加其檢查頻率。

### 分期

結腸直腸癌的預後與分期(stage)很有關係，雖然腫瘤侵犯的程度是要到手術後病理檢查才較正確，但良好的術前期別評估有助於治療計劃的擬訂，例如是否要

先作輔助性的放射或化學藥物治療、切除範圍及肛門能否保留等，而分期的種類從最簡單的 Dukes 分類(分為 A、B、C、D 四期)到目前 AJCC 分類(依腫瘤侵犯深度，淋巴結轉移顆數及是否有遠處轉移，而分成 stage I、IIA~B、IIIA~C 及 stage IV)，若疾病在第一期即被發現，則五年存活率高達 90%以上，第二期與第三期五年存活率分別為 60~85%及 25~65%，若大腸直腸癌被發現時已進行到了第四期，則五年存活率就僅剩 5~7%。

### 治療

結腸直腸癌的治療以手術為主，唯有手術切除病人才有根治機會，手術則由傳統的開腹方式進展到腹腔鏡手術，好處是病人術後疼痛較輕，可早日排氣、進食、出院，但不管採取何種方式都必須符合以下條件：

1. 足夠的安全切除距離
2. 切除足夠的淋巴組織、血管、週圍肌膜、脂肪、軟組織，必要時甚至鄰近器官
3. 避免手術中癌細胞散佈
4. 如癌瘤在直腸，除根治的切除癌瘤外尚須儘可能保留具理想功能的肛門。

但是仍有約百分之三十的病患，診斷時已有遠處轉移或局部嚴重侵犯而無法作根治性的手術切除。對於這一類病患，可依照個別的狀況採取緩解性切除、腸繞道手術或人工造口。此外近年放射療法及化學藥物治療有許多改進(從早期的 5-FU 到現在的 Oxaliplatin、Irinotecan、Capecitabine)，再加上標靶治療的應用(Avastin、Erbix)，使得結腸直腸癌之治療慢慢傾向於是為病人量身訂製的治療(tailored therapy)，不過手術後加上放射線治療(或加上化學藥物治療)應用在第 II 及 III 期直腸癌，或手術後加上化學藥物治療應用在第 III 期結腸癌是目前大家認為適當的。

### 追蹤

結腸直腸癌病人手術後需持續追蹤 5 年，追蹤項目包括 CEA(Carcinoembryonic Antigen 癌胚抗原)、胸部 X 光、腹部電腦斷層或超音波，以及大腸鏡檢。