

结肠癌 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E7_BB_93_E8_82_A0_E7_99_8C_c22_301963.htm 名称结肠癌所属科室消化内科病因 结肠癌是常见的恶性肿瘤之一，以40岁~50岁年龄组发病率最高。据世界流行病学调查，发现结肠癌在北美、西欧、澳大利亚、新西兰等地的发病率最高，居内脏肿瘤前二位，但在亚、非、拉美等地发病率则很低。我国的发病率与死亡率低于胃癌，食管癌、肺癌等常见恶性肿瘤。近年各地资料显示随着人民生活水平的提高，饮食结构的改变，其发病率呈逐年上升趋势。中国和日本人的大肠癌发病率明显低于美国，但移民到美国的第一代即可见到大肠癌发病率上升，第二代基本接近美国人的发病率。从流行病学的观点看，结肠癌的发病和环境、生活习惯、尤其是饮食方式有关。一般认为高脂肪食谱和纤维素不足是主要发病原因。研究显示，饱和脂肪酸的饮食可增加结肠中胆汁酸与中性固醇的浓度，并改变大肠菌群的组成。胆汁酸经细菌作用可生成3-甲基胆蒎等致癌物质，固醇环也可经细菌作用被芳香化而形成致癌物质。食物纤维包括纤维素、果胶、半纤维素、木质素等，吸收水分，增加粪便量，稀释肠内残留物浓度，能够缩短粪便通过大肠的时间而减少致癌物质与肠粘膜接触的时间，若膳食纤维不足时，已是结肠癌的发病因素之一。慢性大肠炎症，如溃疡性结肠炎的肠癌发生率高于一般人群，炎症的增生性病变的发展过程中，常可形成息肉，进一步发展为肠癌；克隆氏(Crohn)病时，有结肠、直肠受累者可引起癌变。血吸虫流行区和非流行区的结肠癌发病率与死亡率有明显区别，过去认为慢性血吸虫病患者，因肠壁血吸虫卵沉积

与毒素刺激，导致大肠粘膜慢性溃疡，炎性息肉等，进而引起癌变。这个观点一直在争论，据浙江省嘉善县血吸虫病日渐控制，新发病例明显减少，晚期病人趋于消失，而结肠癌的发病率仍很高。据一般资料统计，有结肠息肉的患者，结肠癌发病率是无结肠息肉患者的5倍。家族性多发性肠息肉瘤，癌变的发生率更高。近几年来，有报告结肠癌阳性家族者，其发病率是一般人群的四倍，说明遗传因素可能参与结肠癌的发病。

病理1. 大肠癌性梗阻70%位于左半结肠，右半结肠梗阻仅占大肠癌性梗阻的20%~30%，其中30%的左半结肠梗阻位于结肠肝区。2. 病理学的研究表明，54%梗阻性癌为浸润型癌，呈环周生长，并有极为显著的纤维组织反应；60%梗阻性癌属Dukesmdash.70%。

1. 右半结肠癌 右半结肠癌常表现出腹部肿块、贫血、腹痛、全身乏力与消瘦等症状。腹痛经常是右半结肠癌患者就诊的主要症状之一。便血与贫血也是右半结肠癌的较常见的症状。粪便潜血试验也常阳性，有时可作为首发症状出现。

2. 左半结肠癌 便血是左半结肠癌最常见的症状，约占75%。刚才说过左半结肠内的大便较干硬，这样就会摩擦到肿瘤的表面，而引起出血。常表现为粪便表面带有暗红色血，易被患者发现而引起重视。肿瘤表面继发感染时，可出现脓血便。

3. 直肠癌 直肠癌主要的临床表现为便血及排便习惯的改变。便血是直肠癌患者最常见的症状，多呈鲜血或暗红色血液，与大便不相混淆，大量出血的比较罕见，有时便血中含有血块和脱落的坏死组织。排便习惯改变也是直肠癌患者的主要临床症状之一。比如大便次数的增多，每日数次至十余次，多者甚至每日数十次，每次仅排少量的血液及粘液便，多伴持续性肛门坠胀感

及排便不尽感。大便常变细、变形，甚至有排便困难及便秘。治疗结肠癌的最佳治疗方法，仍然是早期确诊后彻底手术切除。

(一) 手术治疗

1. 根治性手术 手术切除范围应包括癌肿所在的肠段及其供给动脉旁的区域淋巴结，有下列不同手术方式：

右半结肠癌 均行右半结肠切除，包括盲肠、升结肠、肝曲、横结肠的右侧一半、末端回肠10cm以及有关的肠系膜和其中的淋巴结（图1），再作末端回肠与横结肠的端端或端侧吻合。如癌肿位于盲肠部，回肠结肠动脉和结肠右动脉应在肠系膜上动脉的分出处结扎切断，结肠中动脉仅结扎其右侧分支；如癌肿位于肝曲处，结肠中动脉必须在其起始部结扎切断，由此可以彻底切除有关的动脉旁淋巴结。（1）

a-aprime. 示肝曲癌的切除范围图1 右半结肠切除术 横结肠癌和横结肠切除、端端吻合两切端，单结扎切断结肠中动脉（图2）。切除范围应包括横结肠全部、胃结肠系膜、大网膜和横结肠中动脉根部旁淋巴结，再端端吻合开、降结肠切端。

图2 横结肠切除术 a-aprime. 示横结肠癌的扩大切除范围 左半结肠癌 均行左半结肠切除，包括横结肠的左侧一半、脾曲、降结肠和部份乙状结肠，再作横结肠乙状结肠端端吻合，但其切除范围应按癌肿的位置而稍加修正（图3）。如癌肿位于脾曲，结扎结肠中动脉左支和结肠左动脉；如癌肿位于降结肠，还需结扎切断乙状结肠动脉最上方的第一个分支，清除相应动脉旁淋巴结。（1）

a-aprime. 示降结肠癌的切除范围图3 左半结肠切除术 乙状结肠癌 根治术的切除范围要根据乙状结肠的长短和癌肿的部位而定。如癌肿位于乙状结肠上段，切除部分降结肠和乙状结肠（图4）。如癌肿邻近乙状结肠直肠交界处，还需切除直肠大部，行降结肠直肠端端吻合。（1）

) a-aprime.示乙状结肠直肠交界处癌肿的切除范围图4 乙状结肠癌的手术切除如左半结肠癌伴有明显梗阻时，一般需分期手术，先在癌肿梗阻上方的肠段作造瘘减压，如横结肠造瘘、乙状结肠造瘘；待病员情况好转，肠壁炎症和水肿消退，一般在造瘘手术后2~3周再行二期肿瘤根治性切除。2.姑息性手术 凡结肠癌已有肝脏或远处转移，或癌肿局部广泛浸润而无法根治时，可按下列原则进行处理：如结肠癌的局部病变尚可切除，应争取作姑息性切除，以缓解症状。术后辅以其他抗癌治疗，可延长生存期。如病变广泛浸润和固定而不能切除，可以癌肿部位的远近端肠段作捷径吻合手术，如在右半结肠癌作末端回肠横结肠侧侧吻合术。3.术前肠道预备 极为重要，其目的是排空结肠、减少肠腔内细菌数量，以预防手术后感染。常用的有两类方法：一类是用口服肠道抗菌药物、泻剂及多次灌肠措施。术前进食流质2天，手术前晚清洁灌肠；另一类是作全肠道灌洗，手术前一日中午开始改进流质饮食，午餐后4小时开始灌洗，灌洗液为每1000ml37℃左右的温开水中加氯化钠6g、碳酸氢钠2.5g、氯化钾0.75g。灌洗液经插入胃内的鼻饲细橡胶管注入，开始速度为每小时3000~4000ml，以后可适当减慢到每小时2000~3000ml，直至肛门排出的液体清静而无粪质为止，全过程约需3小时左右，灌洗液量不应少于6000ml。如灌洗后病人感饥饿，在睡前加服巧克力糖或糖开水。（二）化学治疗 对无法手术根治、术后复发而又无法进一步手术的病人，化疗是一项主要的治疗手段。放疗与手术的综合治疗可以减少局部复发，术后化疗还有助于控制体内潜在的血道转移。1.化疗药物（1）氟尿嘧啶（5-fu）：最为常用，静脉注射每日12mg/kg，连续5天，以后

剂量减半，隔天1次，直至出现腹泻、胃炎、恶心呕吐、白细胞降低等毒性反应为止；门诊病人可采用15~20mg/kg每周1次的方案；口服的效果较差，每日20mg/kg，共服5天，每5周重复1次。氟尿嘧啶也可在手术中作肠腔内灌注，即在切除癌肿肠段前，在其上、下用纱条结扎肠管，然后将氟尿嘧啶30mg/kg注入此肠段，30分钟后再完成切除手术。近期有报道直肠内注入氟尿嘧啶，每g癌肿组织内药物浓度较静脉用药者为高。腹腔内灌注氟尿嘧啶的效果也较好。（2）丝裂霉素：每周1~2次，每次4~6mg溶于生理盐水20~40ml中，静脉注射，以总量40~60mg为一个疗程。亦有主张每3~4周静脉注射1次，每次20mg。（3）亚硝脲类：卡氮芥（bcnu）每日90~125mg/m²，溶于5%葡萄糖液或生理盐水250ml中作静脉滴注，2~3天为一个疗程。环己亚硝脲（ccnu），每次130mg/m²口服，每6~8周1次，连续3次为一个疗程。甲环亚硝脲（me-ccnu）每次200~220mg/m²口服，每6~8周1次，连续3次为一疗程。（4）呋喃氟尿嘧啶（ft207）：其作用与氟尿嘧啶相似，但毒性小3~4倍，每日800~1000mg，分3~4次口服，也可静脉注射，以20g为一个疗程。与氟尿嘧啶有交叉耐药性，氟尿嘧啶无效时改用ft207也同样无效。

2.联合化疗
大肠癌的联合化疗方案尚在继续探索中，仍以氟尿嘧啶与甲环亚硝脲为基础方案，如甲环亚硝脲100mg/m²，每月口服1次；氟尿嘧啶10mg/kg，天天静脉注射1次，共5天，每5周重复应用；长春新碱1mg/m²静脉注射，在第1天用1次，每周重复应用。（三）放射治疗不敏感，一般不采用。预防及预后其5年和10年生存率分别为54.63%和53.90%，预后显然与肿瘤的大小、病理类型和临床分期有关。姑息性切除的结肠癌病

人的中位生存时间为11个月。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com