

大腸直腸癌

癌症目前在台灣國人的十大死因中，排名第一。而十大癌症中，大腸直腸癌的死亡率排名第三，每年約近四千五百人死於此病。大腸直腸癌的發生率原本都排在肝癌及肺癌的後面，約第三名左右，可是在前年一舉登上第一名，約一萬零五百人得到此病。一般認為大量食用肉類、動物性脂肪，及較少食用纖維素之族群、地區，較易產生大腸直腸癌。故其發生率分佈隨地區及時間變化與飲食習慣有密切的關係。近年來因國人飲食西方化，喜好高熱量、高脂肪及精緻化之飲食，故大腸直腸癌發生率持續升高，與已開發國家之情形相似。一般而言，大腸直腸癌的發生率從四十歲開始，隨年紀增長而得病機會增加，到七十歲達最高峰。目前整體及年輕之病例數皆有增加之趨勢，故國民健康局已針對 50 到 69 歲之民眾推動大規模之糞便潛血反應篩檢，希望大家能多注意自己的健康狀況，可以早一點發現問題，以便儘早做進一步的檢查及治療。

目前大腸直腸癌篩檢的方法包括肛門指診、糞便潛血反應、乙狀結腸鏡檢、大腸鏡檢、鋇劑灌腸攝影檢查等。潛血反應陽性者應進一步作大腸鏡檢或 X 光檢查，但要瞭解的是潛血反應測的是有無潛血，而不是有無大腸癌。故潛血反應陰性也有可能是偽陰性（有腫瘤但當時沒有出血或出血量太少測不出）。鋇劑灌腸 X 光攝影因其診斷敏感度較差，尤其是針對較小的病灶可能遺漏，故可當作輔助性或不願接受大腸鏡檢之替代方法。大腸鏡檢查為最準確之篩檢工具。但因需喝瀉藥清理腸道作準備，病人較不舒服，且操作者需要有豐富經驗，所費人力、物力較多，故大規模篩檢有其實際上的困難。對於無症狀之民眾是否要作防癌篩檢目前尚無定論，但一般認為 50 歲以上可考慮安排大腸鏡健檢。如發現大腸瘻肉可及早經大腸鏡切除，避免瘻肉長大變成癌症，或是發現早期腫瘤可趁早安排手術切除，預後較佳。對於有症狀之民眾，如產生腹瀉或便秘、腹痛、腹部腫塊、排便習慣改變或糞便變細、血便、貧血、體重減輕、或血中癌胚抗原上升、有大腸直腸癌家族史者等，應考慮就醫接受大腸鏡檢查。

腹部電腦斷層檢查通常是作為大腸直腸癌分期的工具，對於較小的病灶，準確度不如大腸鏡，且費用較貴。血液腫瘤標記常用的有癌胚抗原(Carcinoembryonic Antigen, CEA)及癌相關抗原-199(Cancer associated antigen, CA-199)。其中以 CEA 較常用。CEA 是癌細胞膜表面的醣蛋白，在所有消化道包括食道、胃、腸、膽道、胰產生的癌以及非小細胞肺癌、乳癌，CEA 均可能升高。統計上整體大腸直腸癌 CEA 會升高者約佔 50-60%，但第一期大腸直腸癌 CEA 上升者僅約 20%。故 CEA 無法作為診斷早期大腸直腸癌甚或篩檢之用。通常用來作為術後追蹤癌復發較有價值。

大腸直腸癌的預後與癌組織侵犯及散佈的程度很有關係。其病理分期及預後如下:第一期:癌細胞侵犯局限在腸壁肌肉內，五年存活率約 80-90%。 第二期:癌細胞侵犯到腸壁肌肉

外之組織，五年存活率約 70-80%。第三期:癌細胞有周邊淋巴腺轉移，五年存活率約 50-70%。第四期:癌細胞轉移到遠處器官，如肺臟、肝臟等，五年存活率約 10-20%。

大腸直腸癌的治療以手術為主，因為唯有手術切除，病人才有根治的機會。成功的手術包括足夠的安全切除距離，切除足夠的淋巴組織、血管、腸系膜、脂肪、軟組織，必要時甚至鄰近器官。此外如果腫瘤在直腸，則根治切除外尚須儘可能保留具理想功能的肛門。手術分為傳統開腹手術及腹腔鏡微創手術。而除了手術以外，近年來放射療法及化學藥物治療進步許多(如標靶藥物治療)，對於大腸直腸癌之輔助治療、緩解治療亦頗有貢獻。針對大腸直腸癌手術後之患者，前二年需每三個月追蹤一次，內容包括身體檢查、胸部 X 光、癌胚抗原抽血、腹部超音波等。之後第三到第五年須每半年追蹤一次。五年過後每年追蹤一次。另外每年需安排做一次大腸鏡檢查及電腦斷層檢查。