

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_ti2020/303/2021_2022__E7_BB_93_E8_82_A0_E7_99_8C_c22_303804.htm 名称结肠癌所属科室普通外科临床表现结肠癌患者大多已中年以上，其中位数年龄为45岁，约有5%患者的年龄在30岁以下。结肠癌的临床表现随其病灶大小所在部位及病理类型而有所不同。不少早期结肠癌患者在临床上可毫无症状，但随着病程的发展和病灶的不断增大，可以产生一系列结肠癌的常见症状，诸如大便次数增多、大便带血和粘液、腹痛、腹泻或便秘、肠梗阻以及全身乏力、体重减轻和贫血等症状。整个结肠以横结肠中部为界，分为右半结肠和左半结肠两个部分，此两部癌肿的临床表现确各有其特点，兹分述如下：（一）右半结肠癌 右半结肠腔粗大，肠内粪便为液状，这段肠管的癌肿多为溃疡型或突向肠腔的菜花状癌，很少环状狭窄，故不常发生梗阻。但是这些癌肿常溃破出血，继发感染，伴有毒素吸收，因此其临床上可有腹痛不适、大便改变、腹块、贫血、消瘦或恶液质表现。

- 1.腹痛不适 约75%的病人有腹部不适或隐痛，初为间歇性，后转为持续性，常位于右下腹部，很象慢性阑尾炎发作。如肿瘤位于肝曲处而粪便又较干结时，也可出现绞痛，应注重与慢性胆囊炎相鉴别。约50%的病人有食欲不振、饱胀暖气、恶心呕吐等现象。
- 2.大便改变 早期粪便稀薄，有脓血，排便次数增多，与癌肿溃疡形成有关。待肿瘤体积增大，影响粪便通过，可交替出现腹泻与便秘。出血量小，随着结肠的蠕动与粪便充分混合，肉眼观察不易看出，但隐血试验常为阳性。
- 3.腹块 就诊时半数以上病人可发现腹块。这种肿块可能就是癌肿本身，也可能是肠外浸润和粘连所形成的

团块。前者形态较规则，轮廓清楚；后者形态不甚规则。肿块一般质地较硬，一旦继发感染时移动受限，且有压痛。4. 贫血和恶液质 约30%的病人因癌肿溃破持续出血而出现贫血，并有体重减轻、四肢无力，甚至全身恶液质现象。（二）左半结肠癌 左半结肠肠腔较细，肠内粪便由于水分被吸收变得干硬。左半结肠癌多数为浸润型，常引起环状狭窄，故临床表现主要为急、慢性肠梗阻。肿块体积较小，既少溃破出血，又无毒素吸收，故罕见贫血，消瘦、恶液质等现象，也不易扪及肿块。

- 1.腹部绞痛 是癌肿伴发肠梗阻的主要表现 梗阻可突发，出现腹部绞痛，伴腹胀、肠蠕动亢进、便秘和排气受阻；慢性梗阻时则表现为腹胀不适、阵发性腹痛、肠鸣音亢进、便秘、粪便带血和粘液，部分性肠梗阻有时持续数月才转变成完全性肠梗阻。
- 2.排便困难 半数病人有此症状，随着病程的进展，便秘情况愈见严重。如癌肿位置较低，还可有排便不畅和里急后重的感觉。
- 3.粪便带血或粘液 由于左半结肠中的粪便渐趋成形，血液和粘液不与粪便相混，约25%患者的粪便中肉眼观察可见鲜血和粘液。

诊断结肠癌患者大多已中年以上，其中位数年龄为45岁，约有5%患者的年龄在30岁以下。结肠癌的临床表现随其病灶大小所在部位及病理类型而有所不同。不少早期结肠癌患者在临床上可毫无症状，但随着病程的发展和病灶的不断增大，可以产生一系列结肠癌的常见症状，诸如大便次数增多、大便带血和粘液、腹痛、腹泻或便秘、肠梗阻以及全身乏力、体重减轻和贫血等症状。整个结肠以横结肠中部为界，分为右半结肠和左半结肠两个部分，此两部癌肿的临床表现确各有其特点，兹分述如下：（一）右半结肠癌 右半结肠腔粗大，肠内粪便

为液状，这段肠管的癌肿多为溃疡型或突向肠腔的菜花状癌，很少环状狭窄，故不常发生梗阻。但是这些癌肿常溃破出血，继发感染，伴有毒素吸收，因此其临床上可有腹痛不适、大便改变、腹块、贫血、消瘦或恶液质表现。

- 1.腹痛不适 约75%的病人有腹部不适或隐痛，初为间歇性，后转为持续性，常位于右下腹部，很象慢性阑尾炎发作。如肿瘤位于肝曲处而粪便又较干结时，也可出现绞痛，应注重与慢性胆囊炎相鉴别。约50%的病人有食欲不振、饱胀暖气、恶心呕吐等现象。
- 2.大便改变 早期粪便稀薄，有脓血，排便次数增多，与癌肿溃疡形成有关。待肿瘤体积增大，影响粪便通过，可交替出现腹泻与便秘。出血量小，随着结肠的蠕动与粪便充分混合，肉眼观察不易看出，但隐血试验常为阳性。
- 3.腹块 就诊时半数以上病人可发现腹块。这种肿块可能就是癌肿本身，也可能是肠外浸润和粘连所形成的团块。前者形态较规则，轮廓清楚；后者形态不甚规则。肿块一般质地较硬，一旦继发感染时移动受限，且有压痛。
- 4.贫血和恶液质 约30%的病人因癌肿溃破持续出血而出现贫血，并有体重减轻、四肢无力，甚至全身恶液质现象。

（二）左半结肠癌 左半结肠肠腔较细，肠内粪便由于水分被吸收变得干硬。左半结肠癌多数为浸润型，常引起环状狭窄，故临床表现主要为急、慢性肠梗阻。肿块体积较小，既少溃破出血，又无毒素吸收，故罕见贫血，消瘦、恶液质等现象，也不易扪及肿块。

- 1.腹部绞痛 是癌肿伴发肠梗阻的主要表现 梗阻可突发，出现腹部绞痛，伴腹胀、肠蠕动亢进、便秘和排气受阻；慢性梗阻时则表现为腹胀不适、阵发性腹痛、肠鸣音亢进、便秘、粪便带血和粘液，部分性肠梗阻有时持续数月才转变成完全性肠梗

阻。2.排便困难 半数病人有此症状，随着病程的进展，便秘情况愈见严重。如癌肿位置较低，还可有排便不畅和里急后重的感觉。3.粪便带血或粘液 由于左半结肠中的粪便渐趋成形，血液和粘液不与粪便相混，约25%患者的粪便中肉眼观察可见鲜血和粘液。诊断 结肠癌早期症状多较轻或不明显，常被患者忽视，也易漏诊。故对中年以上患者有下列表现时应提高警惕，考虑有无结肠癌的可能： 近期内出现排便习惯改变（如便秘、腹泻或排便不畅）、持续腹部不适、隐痛或腹胀； 粪便变稀，或带有血液和粘液； 粪便隐血试验持续阳性； 原因不明的贫血、乏力或体重减轻等； 腹部可扪及肿块。有上述可疑现象时，除作进一步的病史询问和体格检查外，应即进行下列系统检查，以期确定诊断（一）肛管指诊和直肠镜检 检查有无直肠息肉、直肠癌、内痔或其他病变，以资鉴别。（二）乙状结肠镜和纤维结肠镜检查 乙状结肠镜虽长25cm，但75%的大肠癌位于乙状结肠镜所能窥视的范围内。镜检时不仅可以发现癌肿，还可观察其大小、位置以及局部浸润范围。通过乙状结肠镜可以采取组织作病理检查。纤维结肠镜检查可提供更高的诊断率，国内已广泛应用，操作熟练者可将纤维结肠镜插至盲肠和末端回肠，还可进行照相，确是一种理想的检查方法。（三）X线检查1.腹部平片检查 适用于伴发急性肠梗阻的病例，可见梗阻部位上方的结肠有充气胀大现象。2.钡剂灌肠检查 可见癌肿部位的**僵硬，扩张性差，蠕动至病灶处减弱或消失，结肠袋形态不规则或消失，肠腔狭窄，粘膜皱襞紊乱、破坏或消失，充盈缺损等。钡剂空气双重对比造影更有助于诊断结肠内带蒂的肿瘤。（四）癌胚抗原（CEA）试验 对早期病例的诊断

价值不大，但对推测预后和判定复发有一定的帮助。目前对结肠癌的大规模人群防治普查尚缺乏切实可行的方案，唯有遇见上述结肠癌可疑征象时，及时选用合适的检查方法，早期作出诊断，非凡是碰到粪便隐血试验阳性者，务必进一步追究其原因。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-Prime.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-Prime.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-Prime.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-Prime.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，***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***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) 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

砒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。预防及预后上海医科大学附属肿瘤医院对324例结肠癌根治术患者随访到1983年6月，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