

大肠癌 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\\_\\_E5\\_A4\\_A7\\_E8\\_82\\_A0\\_E7\\_99\\_8C\\_c22\\_303817.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E5_A4_A7_E8_82_A0_E7_99_8C_c22_303817.htm) 名称大肠癌所属科室普通外科病理(一)大体类型 1982年全国大肠癌统一规范的大体分型标准如下。1. 早期结直肠癌：系指癌组织限于结直肠粘膜层粘膜下层者，一般无淋巴结转移。早期癌可分4型。 扁平型：多为粘膜内癌， 息肉隆起型( 型)：根据肿瘤蒂的形态，也可进一步分为有蒂型(IP)，广基型，两个亚型。息肉隆起型在组织学上多为粘膜内癌。 扁平隆起型( a)，肿瘤如分币状隆起于粘膜表面，此型多为粘膜下层癌。 扁平隆起伴溃疡型( 型)：肿瘤如小盘状，边缘隆起，中心凹陷，此型均为粘膜下层癌。2. 进展期结直肠癌：(1)隆起型：肿瘤向肠腔突出呈结节状，息肉状或菜花状隆起，边界清楚，有蒂或广基。若肿瘤表面坏死，形成浅表溃疡，形如盘状者，则另立一亚型，称盘状型。其特点为：肿瘤向肠腔作盘状隆起，边界清楚，广基，表面有浅表溃疡其底部一般高于肠粘膜。此型癌肿一般发展较慢治疗效果较好。(2)溃疡型：肿瘤表面形成较深的溃疡(一般深达基层或超过之)，边缘隆起。此型预后较差。根据溃疡之外形及生长情况又可分为二类亚型。 局限溃疡型：肿瘤外观似火山口状，溃疡边缘肿瘤组织呈围堤状明显隆起于粘膜面，溃疡中心坏死，形成不规则形深溃疡。切面可见肿瘤底向\*\*\*深层浸润，但边界尚清楚。 浸润溃疡型：肿瘤主要向\*\*\*深层浸润生长，中心形成溃疡。溃疡口边缘多无围堤状隆起之肿物组织，而系正常肠粘膜覆盖之肿瘤组织。切面肿瘤浸润至\*\*\*深层，边界不清楚。(3)浸润型：癌组织向\*\*\*各层弥漫浸润，使局部\*\*\*增厚，

但表面无明显溃疡和隆起，肿瘤常累及肠管全周伴纤维组织增生，有时致肠管周径明显缩小，形成环状狭窄。(4)胶样型：肿瘤外形不一，可呈隆起，溃疡或弥漫浸润，但外观及切面均呈半透明胶冻状。(二)组织学类型1. 乳头状腺癌：占7.86%，癌组织呈粗细不等的乳头状结构，乳头中心为中心索。根据生长方式又可分为两种类型，一为腺癌组织向粘膜表面生长呈绒毛状；另一种则为肿瘤深部腺腔扩大呈囊状，囊内呈乳头状增生。乳头状腺癌预后较好。2. 管状腺癌：占67.22%，癌组织呈管状结构，根据分化程度，分为三级， 高分化腺癌，癌组织由大小不一的腺管构成，癌细胞分化较好，呈柱状或高柱状，排列整洁。 中分化腺癌，癌细胞分化差，大小不甚一致、呈假复层，细胞核大，排列不整洁，常直达胞浆顶端。 低分化腺癌，癌组织中仅见少量不规则腺管样结构，癌细胞分化差，多形性，大小不一。核大，胞浆少，轻易找到核分裂。可形成不规则的细胞条索和癌巢。3. 粘液腺癌：此型癌肿组织中出现大量粘液为特征。粘液成分占全部癌组织的60%以上时，方能诊断为粘液腺癌。以此为诊断标准，粘液腺癌占结直肠腺癌的10%~20%。4. 未分化癌：肿瘤内癌细胞弥漫成片，或呈团块状，不形成腺管状或其他组织结构。5. 腺鳞癌：腺癌与鳞癌见于同一肿瘤内，两种成分充分混合。6. 小细胞癌：癌细胞体积小，稍大于淋巴细胞。癌细胞常呈紧密镶嵌状排列，胞浆少。7. 鳞形细胞癌：癌细胞呈典型的鳞癌结构，多为中度至低度分化。偶然找见角化现象和细胞间桥。多位于肛管。8. 类癌：癌细胞大小、形态、染色较均匀一致，典型的类癌细胞呈多边形，胞浆中等，核圆，染色不深，常见巢团状缎带状、腺泡状

等多种结构。(三) 梗阻性结肠癌的病理特点(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Dukes's C和D期。

3. 重视结肠梗阻所致的绞窄性梗阻，如有以下情况应高度警惕肠绞窄的可能。(1) 腹痛发作急剧，由阵发性转为持续性疼痛，肠鸣音由亢进转为减弱或消失。(2) 病情发展迅速，早期出现休克，抗休克治疗后改善不显著。(3) 出现明显的腹膜刺激征。(4) 腹胀不对称，腹部可触及痛性肿块。(5) 腹部x线检查可见独立胀大的结肠袢和气液平面。(6) 腹穿抽出暗红色血性液。

4. 大肠癌所致肠梗阻的处理原则(1) I期治愈性措施：适用于一般情况尚好，原发肿瘤尚能根治性切除，无显著I期肠吻合不利因素者。(2) II期不治愈性措施：应强调力求使肿瘤切除手术置于I期手术中，II期手术仅是肠道连续性重建的内容，适用于一般情况尚好，原发肿瘤有根治性切除机会但有显著I期吻合不利因素者。(3) 减少肿瘤负荷措施：对于原发灶尚能切除但无根治时机者，应力求切除原发灶，酌情行I期肠吻合或肠造口术。(4) 缓解症状措施：对确无肿瘤切除时机者，酌情行分流术(肠吻合)或肠造口术以缓解肠梗阻症状。

(二) 结肠癌性穿孔

1. 病理改变及临床表现(1) 急性穿孔腹膜炎型：其特点是肿瘤导致的结肠穿孔与腹腔相通，裂口较大，大量结肠内容物流入腹腔造成急性弥漫性腹膜炎，临床上，患者在急性穿孔前常伴有程度不等的低位肠梗阻，有腹痛、腹胀和停止排便等前驱症状；腹部不对称可见肠型，全腹压痛，有肌紧张。(2) 亚急性穿孔脓肿型：病理上穿孔

往往发生在原发癌灶部位，而且无结肠梗阻存在。往往因肿瘤的不断生长，癌中心部营养障碍，发生坏死、破溃、脱落与腹腔相通。因穿孔小，肿瘤近端肠腔无梗阻，肠腔内压力不高，结肠内流入腹腔的量少而缓，四周组织粘连形成局部包裹性脓肿或炎性包块。临床上患者在穿孔前期往往无急腹症的临床表现，等腹腔脓肿形成时，患者可出现局限性腹痛，持续高热，血象升高，腹部触及有明显压痛的肿块。(3)慢性穿孔结肠内瘘：结肠癌的浸润性生长使四周组织和邻近器官受累与原发癌粘连原发癌灶坏死，脱落。穿孔时穿透邻近受累器官，形成各种类型的结肠瘘，临床上常见的脏器内瘘为结肠回肠瘘，结肠空肠瘘，结肠十二指肠瘘和结肠胃瘘。

## 2. 治疗

(1)急性穿孔腹膜炎的处理：癌性结肠穿孔所致的腹膜炎，穿孔时间短，在3~4小时以内经短时间的术前积极预备，应争取行肿瘤和穿孔灶的切除。如患者病情危重，腹腔污染严重或穿孔后伴有休克，不能耐受较大手术者，行期造口，腹腔引流，二期肿瘤切除吻合术为宜。

(2)结肠癌穿孔脓肿形成的处理：右半结肠和近端横结肠穿孔所致的脓肿行I期肿瘤切除吻合是可行的，远端横结肠和左半结肠穿孔所致的脓肿应首选Hartmans手术，若病人中毒症状重。以先引流脓肿然后二期肿瘤切除吻合为宜。

(3)结肠癌性内瘘的处理：因这种类型的结肠癌性穿孔无急性临床过程，一般不必急诊手术处理，应在充分的术前预备情况下择期手术，争取期根治术或肿瘤切除术。

(三)肛肠肿瘤性出血是下消化道出血的主要原因之一，根据出血的速度和临床上分为3种类型，急性大出血，显性出血和隐性出血。对肛肠肿瘤致下消化道出血的治疗原则包括两个方面，其一为出血的控制，其二为

病因肿瘤本身治疗。应根据失血的类型，患者一般情况及肿瘤等方面的情况综合考虑，酌情单独实施或两者同时兼顾。

治疗一、结肠癌的外科治疗外科治疗原则： 切除全部恶性组织。 全部切除或大部切除患癌的器官。 消除淋巴扩散的主要途径。 为了预防手术中触摸肿瘤时肿瘤细胞形成栓子，应及早的控制静脉血流。

二、直肠癌的外科治疗直肠癌的根治原则 根治的原则是将直肠和直肠以上的一段血管，连同直肠四周组织和有转移可能的淋巴引流区一并切除。根治的方法分为两类，一类是将直肠肛管完全切除再行人工\*\*；一类是将直肠部分切除保留\*\*括约肌，选择手术的因素包括以下几点：1．肿瘤位置：肿瘤位于直肠上三分之一，即直肠上段，中段，经充分游离直肠后其下缘距\*\*10cm以上者，可行保留\*\*的前切除术；下三分之一即直肠下段癌，肛管癌，癌灶下缘距\*\*缘6cm以下者，宜行迈尔氏术，并根据情况作腹壁造瘘或会阴\*\*重建术，中三分之一即肿瘤下缘距\*\*缘6~10cm之间，对术式选择争议较大，应根据肿块大小，分化程度及四周浸润情况决定。2．病理类型：原位癌可切除癌下缘1cm直肠；溃疡型、菜花型、环形癌下缘切除4~5cm直肠；浸润型癌下缘应切除7cm以上直肠。3．性别、体型及年龄：女性骨盆宽，分离切除吻合比较轻易，宜尽量保肛，男性骨盆窄小，吻合困难，保留\*\*要谨慎；瘦高型病人宜做保肛手术，而矮胖型病人则不宜；青年人直肠癌易早期出现转移，恶性程度一般较高。尽量选择迈尔氏术式，60岁以上的病人由于全身情况差，宜选择姑息性治疗。4．分化及固定程度：低分化癌局部复发率高，需切除较多边缘及进行彻底淋巴结扫除，中高分化恶性程度相对好，肿瘤边缘切除可以少一

些；如癌与四周组织器官固定应一并切除，然后根据切除器官进行重建或改道。5．晚期直肠癌出现远处转移不宜做根治术，考虑行姑息切除或癌肿上段造瘘解除梗阻。三、大肠癌放射治疗虽然手术切除是结直肠癌治疗的主要手段，然而单纯手术后的局部复发率较高，因为多数病员手术时已非早期，DukesB期术后的局部复发率约25%~30%，DukesC期术后局部复发率为50%左右，大多数局部复发发生在盆腔内，因此肿瘤侵入直肠四周软组织是手术无法彻底切除的。因此盆腔放疗是清除这些癌细胞沉积的唯一可供选用的有效方法。然而结肠癌病人对术前及术后放疗均无显效。放射治疗仅适用于结肠癌病人的术中放疗。（一）大肠癌的放疗方案1.根治性放疗：通过放疗彻底杀灭肿瘤细胞仅适用于少数早期病人及细胞类型非凡敏感的病人。2．对症性放疗：以减轻症状为目的。适用于止痛、止血、减少分泌物、缩小肿瘤、控制肿瘤等姑息性治疗。3．放疗、手术综合治疗，有计划的综合应用手术与放疗两种治疗手段。（二）大肠癌放疗的方式1．术前放疗：术前放疗具有下列优点，癌细胞的活性减弱，使手术时播散或残留的癌细胞不易存活。对巨大而固定，估计切除有困难的癌肿，术前放疗可使瘤体缩小，从而提高切除率。放射生物学的研究表明，在血供或供氧减少时，术前癌细胞对放射线的敏感性较术后高。术前放疗应严格把握剂量，以中等剂量(3500~4500cGY)为宜，既不增加手术并发症，又能提高手术疗效。2．术后放疗：术后放疗具有下列优点：根据手术发现，在切除原发肿瘤后，对可能残留肿瘤的部位进行标记、定位，从而使照射部位可能更精确，照射具有选择性，效果更佳。原发肿瘤切除后，肿瘤负荷显著

减少，有利于提高残留癌对放射线的效应。3. 术中放疗：术中对疑有残留癌处和不能彻底切除处，用times.109/L，血小板低于80mdash.&mdash.反应关系，因此必须给予最大的耐受剂量，并且疗程必须是以杀灭所有肿瘤细胞为限。(二)化疗的主要适应症1. 适用于DukesB、C期病人术后化疗。2. 局部化疗。3. 晚期病人姑息化疗。(三)化疗的禁忌症1. 恶液质状态病人。2. 严重心血管疾病患者或肾功能障碍者。3. 血象不适用化疗者。(四)化疗的方式1. 全身静脉用药化疗。2. 肝动脉插管化疗：结直肠癌肝转移可引起进行性肝破坏，最后导致患者死亡。未得到治疗的结直肠癌肝转移病人，中位生存期为2.5个月~6个月。有许多药物如5-Fu与5-Fu-DR(氟脲嘧啶脱氧核苷)在肝脏内代谢成为低毒产物，因而经肝动脉灌注这类药物浓度增加，全身毒性则降低，且肝动脉插管化疗的有效率50%以上，大大高于5-Fu静脉给药的疗效(约20%)。这是通过肝动脉应用化疗药物治疗肝转移癌的机制。3. 门静脉置管化疗，术中经小肠系膜静脉或横结肠静脉或相距幽门5cm的胃网膜静脉插入导管，门静脉灌注的时间多安排在完成肠吻合术后6小时，5-Fu600mg/m<sup>2</sup> 肝素钠5000u溶于5%葡萄糖液中，门静脉连续灌注24h，滴速为40ml/h，连续灌注7天。4. 术中辅助性肠腔化疗：肠腔内灌注化疗药物，减少吻合口复发的措施之一，为肛肠肿瘤手术无瘤技术的重要组成部分。其方法为：手术时先将预备切除肠段的两端各距瘤缘8~10cm处用布带环扎肠管。如直肠癌则闭锁\*\*\*，然后向肿块的肠腔内注入5-Fu 30mg/kg(溶于盐水500ml中)，30分钟后再结扎，切断供给该切除肠段的动静脉，按常规步骤完成手术。5. 腹腔化疗：通过腹腔内直接给药使腹腔内

药物浓度增高，效价维持时间长。同时，这种腹腔内给药所形成的药物浓度为静脉给药的数百倍，且药物经门静脉系统吸收，对门静脉系统和肝脏内的癌细胞具有较好的治疗效果。常用的化疗药物为5-Fu、MMC(丝裂霉素)、ADM(阿霉素)、DDP(顺氯氨铂)、MTX(氨甲喋呤)等。5-Fu和MMC两药合用有协同作用。能直接杀伤癌细胞，是临床上常用的方案。具体方法为：化疗药物以1.5L~2L液体稀释，加温至37℃，一次腹腔灌注后夹管4小时，使药物在腹腔内均匀分布，接触所有部位并维持一定作用时间，然后采用负压尽量将化疗液吸出，以减少药物的积累。一般天天1次，连用5天为一疗程。

6. 动脉插管化疗：晚期直肠癌无法行根治术或在姑息性肿瘤切除后短期内出现复发转移，经动脉插管化疗可为其治疗提供一条较好的途径。同时，采用动脉插管化疗药物毒性反应轻，减少了全身毒性反应，缩短了治疗时间，如在术前应用还可提高手术切除率。

#### (五)大肠癌常用联合化疗方案1

1. FIVB 5-Fu 500 mg / m<sup>2</sup> d1-5DTIC 150 mg / m<sup>2</sup> d1d2VCR 1.4mg / m<sup>2</sup> d1d8BCNU 60mg / m<sup>2</sup> d121天为一周期。2.FAM 5-Fu 600mg/m<sup>2</sup> d1d8d1-5ADM 30mg/m<sup>2</sup> d1d8MMC 10mg/m<sup>2</sup> d121天为一周期。3.CF CPT 10mg/m<sup>2</sup> d1-105-Fu 500mg/m<sup>2</sup> d1-521天为一周期。

#### 五、结直肠癌肝转移的治疗(一)外科手术治疗的地位及原则

当今，越来越多的报告对结、直肠癌肝转移性病变，应用各种相应的外科手术治疗，其5年生存率可达20%~30%。外科手术切除结、直肠癌肝转移病灶已被公认是一种积极有效的方法。一般认为如下情况可优先考虑外科手术治疗：当转移性病变为单个结节或累及范围较小时，即病变局限一叶或一侧半肝。肝外病变被排除，原发病



变已得到根治和无局部复发的迹象。 患者全身情况良好，无明显心、肺、肝、肾功能障碍，能耐手术。 充分考虑和权衡再手术后的生存时间和手术的危险性。 要求手术医生对肝脏外科有较丰富的经验，能胜任各种类型的复杂的肝脏手术。(二)现代综合治疗对结、直肠癌肝转移性病变除了手术切除以外，现代综合治疗应受到重视。值得推荐的方法主要有： 在术中因病变广泛或因肝脏基础病变不宜作肝脏切除术时，可行肝动脉结扎，此法近期疗效尚可。 瘤体内无水酒精注射，本法可在B超引导下进行，亦可通过介入放射的途径行区域性灌注治疗，或对巨块型病变先作栓塞治疗，待肿块缩小，全身情况答应后再作二期切除。 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](http://www.100test.com)