

直肠癌 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E7_9B_B4_E8_82_A0_E7_99_8C_c22_304937.htm 名称直肠癌所属科室普通外科临床表现早期直肠癌的临床特征主要为便血和排便习惯改变，在癌肿局限于直肠粘膜时便血作为唯一的早期症状占85%，可惜往往未被病人所重视。当时作肛指检查，多可触及肿块，中、晚期直肠癌患者除一般常见的食欲不振、体重减轻、贫血等全身症状外，尚有排便次数增多，排便不尽、便意频繁、里急后重等癌肿局部刺激症状。癌肿增大可致肠腔狭窄，出现肠梗阻征象。癌肿侵犯四周组织器官，可致排尿困难、尿频、尿痛等症状；侵及骶前神经丛，出现骶尾和腰部疼痛；转移至肝脏时，引起肝肿大，腹水、黄疸，甚至恶液质等表现。诊断一般在临床上应对大便出血的病人予以高度警惕，不要轻率地诊断为“痔”等，必须进一步检查以排除癌肿的可能性。对直肠癌的早期诊断，必须重视直肠指检、直肠镜或乙状结肠镜等检查方法的应用。（一）直肠指检 约90%的直肠癌，尤其是直肠下段癌、仅靠指检即可发现。但目前仍有一些医师对可疑直肠癌患者不作这一常规检查，以致延误诊断和治疗。实际上这种诊断方法简单可行，经过直肠指检还可判定扪及肿块的大小和浸润程度，是否固定，有无**外、盆腔内种植性肿块等。（二）直肠镜或乙状结肠镜检查 直肠指检后应再作直肠镜检查，在直视下协助诊断，观察肿块的形态、上下缘以及距**缘的距离，并采取肿块组织作病理切片检查，以确定肿块性质及其分化程度。位于直肠中、上段癌肿，手指无法触到，采用乙状结肠镜检是一种较好的方法。（三）钡剂灌肠、纤维结肠镜检 对直

肠癌的诊断帮助不大，故不列为常规检查，仅为排除结肠直肠多发性肿瘤时应用。治疗直肠癌的治疗目前仍以外科手术为主，化疗为辅，放射治疗有一定的作用。（一）手术治疗分根治性和姑息性两种。1.根治性手术 手术方式根据癌肿在直肠的位置而定。直**内有粘膜下淋巴丛和肌间淋巴丛两个系统，癌细胞在**内淋巴系统的转移不多见。一旦癌细胞穿透**，就向**外淋巴系统扩散。一般首先累及癌肿同一水平或稍高处的肠旁淋巴结，然后向上逐渐累及与痔上动脉伴行的中间淋巴结群，终至肠系膜下动脉旁淋巴结群（图1）。上述向上方的淋巴转移是直肠癌最常见的转移方式。如癌肿位于直肠下段，癌细胞也可以横向沿肛提肌和盆壁筋膜面的淋巴管侵及闭孔淋巴结，或沿痔中动脉流至髂内淋巴结。有时癌细胞也可以向下穿过肛提肌，沿痔下动脉引流至坐骨直肠窝内淋巴结、腹股沟淋巴结，由于直肠上段癌的淋巴转移方向几乎均向上，手术切除癌肿邻近和在此平面以上的淋巴组织，即可达到根治目的，手术有保留肛括约肌的可能。直肠下段癌的淋巴转移虽主要也是向上，但同时尚有横向转移至髂内淋巴结和闭孔淋巴结的可能，根治性手术需包括直肠肛管四周组织和肛提肌，故无法保留肛括约肌。具体手术方式见下：图1 直**内外淋巴系统的引流途径虚线网示**内淋巴系统1.乙状结肠动脉 2.痔上动脉 3.结肠左动脉 4.髂内淋巴结 5.闭孔淋巴结 6.肛提肌 7.腹股沟淋巴结（1）经腹会阴联合切除（Miles手术）：适用于距肛缘不足7cm的直肠下段癌，切除范围包括乙状结肠及其系膜、直肠、肛管、肛提肌、坐骨直肠窝内组织和**四周皮肤、血管在肠系膜下动脉根部或结肠左动脉分出处下方结扎切断，清扫相应的动脉旁淋巴结。腹

部作永久性结肠造口（人工***），会阴部伤口一期缝合或用纱布填塞。此手术切除彻底，治愈率高（图2）。图2 直肠癌经腹会阴联合切除术虚线示切除范围1.主动脉四周淋巴结 2.乙状结肠系膜淋巴结 3.肛提肌上淋巴结 4.坐骨肛管间隙淋巴结

（2）经腹低位切除和腹膜外一期吻合术，也称直肠癌前侧切除术（Dixon手术），适用距肛缘12cm以上的直肠上段癌，在腹腔内切除乙状结肠和直肠大部，游离腹膜反折部下方的直肠，在腹膜外吻合乙状结肠和直肠切端。此手术的损伤性小，且能保留原有***，较为理想。若癌肿体积较大，并已浸润四周组织，则不宜采用。

（3）保留肛括约肌的直肠癌切除术：适用于距肛缘7~11cm的早期直肠癌。如癌肿较大，分化程度差，或向上的主要淋巴管已被癌细胞梗塞而有横向淋巴管转移时，这一手术方式切除不彻底，仍以经腹会阴联合切除为好。现用的保留肛括约肌直肠癌切除术有借吻合器进行吻合，经腹低位切除-经***外翻吻合，经腹游离-经***拖出切除吻合，以及经腹经骶切除等方式，可根据具体情况选用。

2. 姑息性手术 如癌肿局部浸润严重或转移广泛而无法根治时，为了解除梗阻和减少病人痛苦，可行姑息性切除，将有癌肿的肠段作有限的切除，缝闭直肠远切端，并取乙状结肠作造口（Hartmann手术）。如不可能，则仅作乙状结肠造口术，尤在已伴有肠梗阻的患者。

（二）化学治疗 同结肠癌。（三）放射治疗 放射治疗在直肠癌治疗中的地位已日益受到重视，有与手术相结合的综合治疗和单纯放射治疗两种。1.手术与放疗相结合的综合治疗 术前放疗可控制原发病灶，控制淋巴结转移，提高切除率和减少局部复发，适用于 期

（Dukes C级）直肠癌。采用盆腔前、后二野对穿照射，放射

剂量可达40~45Gy(4000~4500rad),放疗后3周手术;术后放疗适用于病理检查证实有淋巴结转移,癌肿已明显浸润至***外,盆腔内残留无法切除的病灶。一般在术后1~2月待会阴伤口已痊愈后开始,采用盆腔前、后二野照射,有时也加用会阴野照射,放射剂量可达45~50Gy(4500~5000rad)。

(四)肿瘤局部冷冻、激光和烧灼治疗 晚期直肠癌病人伴有不全肠梗阻征象,可试用肿瘤局部冷冻或烧灼(包括电烙烧灼和化学烧灼)治疗,使肿瘤组织缩小或脱落,暂时缓解梗阻症状。近年来开展激光治疗,应用Nd-YAG激光,功率65W,分点照射局部肿瘤组织,遇有出血、改用功率40W在出血点四面聚集照射止血,每隔2~3周重复照射,个别病例的肿瘤可见缩小,暂时缓解症状,可作为一种姑息治疗方法。

(五)转移和复发病人的治疗

- 1.局部复发的治疗 假如局部复发病灶范围局限,且无其他部位的复发、转移时,可予手术探查,争取切除。如复发灶局限于会阴切口中心,两侧尚未延及坐骨结节者,有广泛切除的可能。如会阴部结节或肿块系盆腔复发灶伸向会阴部的下极,不宜手术,因无法完全切除病灶,反而切开肿瘤组织,遗留久不愈合的创口。盆腔内复发病灶采用放射治疗,每疗程20Gy(2000rd),可暂缓缓解疼痛症状。
- 2.肝转移的治疗 近年来不少研究证实直肠癌转移灶的手术切除效果不是原来想象的那样悲观。若能在切除原发病灶的同时切除肝转移灶,则可提高生存率。凡属单个转移灶,可行肝段或楔形切除。如为多个肝转移灶而不能手术切除者,先用去动脉化措施,即结扎肝动脉,使肿瘤坏死,再通过结扎肝动脉的远端插入导管,从中注入氟尿嘧啶和丝裂霉素;也可采用肝动脉栓塞术,使肿瘤体积明显缩小

。但上述治疗禁用于伴有明显黄疸、严重肝功能异常、门静脉梗塞以及年龄超过65岁的患者。放射治疗可改善部分病人的症状。近年来有用射频高温来治疗肝转移灶的报道，口服甲硝哒唑更可增加抑癌效应，疗效尚在总结中。预防及预后根据上海市肿瘤研究所对1972～1979年上海市区99552例恶性肿瘤的生存率分析，6905例大肠癌（其中包括直肠癌）的5年生存率为27.8%，明显比胃、肺、肝、食管和胰腺恶性肿瘤的5年生存率为高。上海医科大学附属肿瘤医院随访1385例手术切除的大肠癌，其中1061例直肠癌的5年和10年生存率分别为47.20%和40.28%，均较324例结肠癌的54.63%和53.90%稍低；118例姑息性切除的直肠癌病人的中位生存期为15个月（3～50个月）；202例未能切除的直肠癌病人的中位生存期为8个月（1～96个月）。同样，直肠癌的预后与患者的性别和年龄无关，但与其病程、癌肿浸润范围、分化程度和有无转移则密切相关。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