



大腸癌的防治概說

◎林口長庚胃腸科臨床教授 陳邦基

「結直腸癌打敗肝癌，躍居頭號癌症殺手，破萬人大關」、「腸癌患者暴增，28年新高」、「96年癌症報告，大腸癌罹患人數最多」。民國98年起一連串的報導，聳動的標題，怵目驚心，果不其然，緊接著就有了「怕腸癌找上門，大腸鏡檢驗量暴增」的報導（圖一）。國健局早從93年起就開始推行大腸癌篩檢，以50至69歲為對象，兩年一次糞便潛血檢查。而到了95年，大腸癌的罹患人數就已破萬，在國人十大癌症中，發生率排名第一，死亡率第三（次於肝、肺）。全球而言，發生率第三，死亡率第四。美國則死亡率第二（次於肺）。所幸近年來死亡率有下降的趨勢，可歸功於篩檢、追蹤監測政策以及大腸鏡息肉切除術。

大腸癌的病因

癌的成因可分為先天的遺傳基因與後天的環境因素。前者佔30%（25%家族性、5%特殊症候群型）。後者佔70%，為散發性大腸直腸癌。遺傳基因常因種族而異，家族一等親有癌者，風險高2至4倍。而本身有發炎性腸道疾病（IBD，包括潰瘍性大腸炎及克隆氏症）

，腺瘤性息肉（尤其是進行性者），膽囊曾切除、乳癌、子宮卵巢癌患者風險增加。而有家族性大腸腫瘤性息肉症（FAP）、遺傳性非息肉性大腸直腸癌（HNPCC）家族史者，風險最高。篩檢及追蹤對高風險群最為重要。環境因素則與所謂的西方生活型態息息相關，包括



圖一 本院大腸癌篩檢衛教佈告



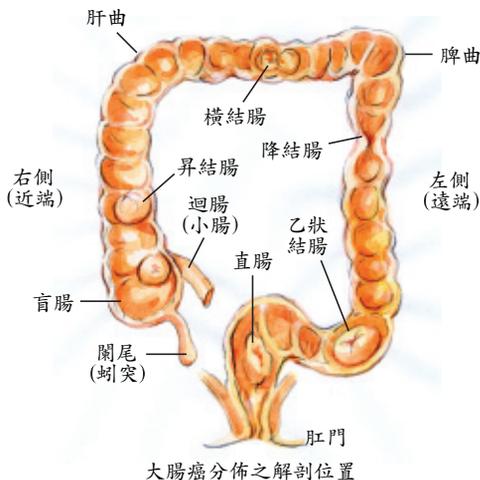
飲食、生活方式、身體活動量及藥物的使用。飲食含高脂肪、高熱量、精製加工醣類、少纖維、少蔬果、常抽菸及喝酒、久坐不動、肥胖、運動量不足、多種因素的日積月累，有以致之。

大腸癌的臨床症狀

早期初始可能沒有症狀，或只有非特異性症狀，如腹部不適、脹氣、疼痛、噁心、常依病灶所在部位（圖二）、大小、有無癌細胞轉移而不同，如有潰瘍、糞便出現潛血。右側大腸病灶易貧血、體重減輕。左側大腸病灶易阻塞、疼痛、甚至穿孔。（男左女右有此一說，即女性右側多、男性左側多）。乙狀結腸及直腸病灶易有血便、糞便變細，排便習慣改變，裏急後重，症狀和痔瘡類似。如有肝腫大，可摸到淋巴結或腫塊時，常表示已有癌細胞轉移。

大腸癌的診斷

除病史及身體檢查參考外，大腸鏡檢查及鋇劑灌腸X光攝影是兩大診斷利器，尤其大腸鏡檢同時可做生檢（切片）病理檢查，是唯一可確診的工具。其他如超音波、內視鏡超音波、胸部X光



圖二 大腸各部位都可能長癌

、電腦斷層、磁振造影、正子掃描則對於轉移的判定較有幫助。血清癌胚抗原（CEA）的檢測，對部分病人手術後的再發追蹤監測有參考價值。

大腸癌的治療

以手術切除病灶最為根本，除非病灶距離肛門口太近（6公分以內），否則不須做人工肛門。其他治療方式，如化療、放射療法、免疫基因標靶治療，對已有淋巴或血液癌細胞轉移而不能手術根除的病例，在輔助療法上有其一定的角色。一般而言，手術治療的5年存活率在侷限性早期病例可達90%，但在有遠處轉移晚期病例只有10%。總體來說，5年術後存活率，台灣為56%、美國65%、日本68%。此乃因為早期病例在台灣只佔21%、美國31%，如從50至69歲人口曾接受大腸癌篩檢的比例，美國為50%、台灣只有10%來看，顯然我們應該加強提升篩檢率以期找出更多早期的病例，才能改善存活率。

大腸癌的篩檢與追蹤監測

大部分的癌都是經由正常黏膜化生成腺瘤再癌變為腺癌的進行模式（圖三



圖三 腺瘤之腺癌演變序列



）。平均約 10 年長出腺瘤，再約 5 年演變成腺癌，由於潛伏期長，因此在癌前病變期可作有效的切除治療，此乃篩檢可以發揮防癌功用的理論依據。目前篩檢的方式包括有糞便潛血檢測（FOBT）（註一）、乙狀結腸鏡檢、全大腸鏡檢（TCS）、鉭劑灌腸攝影（BE）、以及電腦斷層虛擬大腸鏡檢（CTC）、或實驗室的糞便 DNA 檢查等。從以往經驗知 1 至 2 年 1 次 FOBT 或 5 年 1 次乙狀結腸鏡加上 BE 或 CTC，或者 10 年 1 次 TCS 可降低一般風險群的大腸癌死亡率。TCS 可檢出腺瘤性息肉甚至早期癌，並加以切除，功效最大，但成本亦高，受檢者也較不適，且有併發症（如穿孔、出血）風險，不宜作為例行性大量篩檢工具。因此篩檢對象宜加以區分為 (1) 一般風險群（50 歲以上）、(2) 增加性風險群（腺瘤、家族史、癌術後）以及 (3) 高風險群（FAP、HNPCC、IBD、多發性息肉症等特殊族群）。三群之篩檢追蹤方式各有不同。而在進行性腺瘤（大於 1 公分，含絨毛組織，高度分化不良，或息肉 3 個以上），或增生性息肉症候群（長在降結腸近端，大於 1 公分者 2 個以上或息肉 30 個以上），以及扁平、凹陷性、鋸齒狀息肉、腺瘤、腺癌病患，都是要特別密集追蹤檢查的對象。至於癌術後的追蹤，須依手術時情況、病理組織不同而定，一般而言，最初 1 年 1 次，以後 3 年至 5 年 1 次。

大腸癌的預防對策

先天的基因不易改變。後天的環境因素，大部分可人為的調控。(1) 飲食：少吃含動物性脂肪之紅肉（牛、羊、豬）以及經高溫處理之燒烤油炸物，或加工精製醃類，高熱量食物。多吃高纖維膳食，日食 3 蔬 2 果，多少有助益。多

喝水，一天 1.5 公升以上，可防便秘。(2) 生活型態：不菸少酒，避免肥胖（尤其腰圍粗之中廣型，常合併代謝症候群，BMI 不超過 30 為底限，腰圍男要小於 90 公分，女小於 80 公分）。(3) 身體活動量：避免久坐少動，一天要運動 30 分鐘以上。(4) 藥物：阿斯匹靈、非類固醇消炎藥（NSAID）、葉酸、鈣、維生素 D、抗氧化劑及微量元素（維生素 A、C、E、貝他胡蘿蔔素、硒）對大腸癌可能有減少腺瘤產生的化學預防作用是較常被提及的，但需長期服用才有功效。天然植化素（如花青素、茄紅素、生物類黃酮）有抗氧化劑作用，可能也有幫助。大腸癌的盛行率在印度不到美國的 10 分之 1，也可能因食用大量含薑黃素的咖哩食物有關。補充益生菌（乳酸菌）、寡糖及膳食纖維，理論上有幫助，防癌功效雖難評估，但至少是有益無害的。功效最明確的還是定期檢查。50 歲以上，2 年 1 次 FOBT，必要時全大腸鏡檢。何時追蹤檢查則依前次檢查發現的息肉大小、數目、組織型態及切除的完整程度加上病史的參考來做決定。如果是風險較高的人，當然須更密集的檢查。

註一：FOBT 陽性反應表示消化道有血液反應，不應與大腸癌劃上等號。傳統 guaiac 檢測法易受動物血及維他命 C 影響。現今多用免疫化學法，特異性高。大部分陽性者為痔瘡、消化性潰瘍等良性病變。其中大腸癌不到 5%。所以有陽性反應的民眾不必太恐慌，但一定要進一步檢查來確定出血的原因。反之，FOBT 陰性者也不能完全排除大腸癌的存在，尤其是早期癌，只是機率較低。❖