DOI:10.16016/j.1000-5404.1986.02.019

80例结肠直肠癌纤维结肠镜检查体会

张胜本 李远志 曾凡斌

（第三附属医院 外科）

我院自82年以来，在800余例纤维结肠镜检查中发现结肠和直肠癌80例，并经手术证实。现将资料报告如下：

临床材料

1. 性别与年龄 男46例，女34例；男女之比为1.35：1。年龄情况见表1。以40～60岁之间的发病率为最高。

表1 结直肠癌患者的年龄分布

年龄	21—	31—	41—	51—	61—	71—
例数	6	12	22	23	11	6

2. 部位 肿瘤的分布见表2。以直肠和乙状结肠为最多，共58例占72.5%。升结肠及盲肠次之，降结肠最少。

表2 结肠癌的部位

部位	直肠	乙状	降结	横结	肝曲	升结	盲肠
数量	43	15	2	4	4	6	6
%	53.75	18.75	2.5	5	5	7.5	7.5

3 检查时患者的主要症状及体征

（1）左半横结肠以下癌62例。便血者58例占93.55%，其次为腹泻、便秘和坠胀等大便症状。直肠癌能用肛门指诊触及包块和发现血迹者，在47例中有37例占86.05%，虽有很大意义但仍有13.95%为阴性。直肠以上的病变就难以用肛门指诊来发现了。

（2）右半结肠癌18例。有腹痛及肠梗阻征者15例占83.33%，其次为贫血及大便隐血，腹部发现包块占66.67%。均无早期患者，上述症状体征亦非早期表现。肛门指检的意义更不大。

4. 内窥镜中的表现

（1）左半结肠癌。镜下表现如表3所示。

早期(Dukes A)病变小于2cm，形态较规则，与晚期病变大，形态不规则之间是有差别的。病变引起狭窄和梗阻者都在Bukes B期以后，均较晚。本组B期以后50%以上有狭窄。

（2）右半结肠癌的镜下表现如表4所示。

右半结肠的肠腔较大，病变要大到相当程度才引起症状，就诊都较晚。因此癌肿均较左侧为大，形态除引起盲肠套叠可在腔内见球状隆起外，与左

表3 左半结肠癌内窥镜所见的表现

Dukes分期	数量	大小	乳突	桑椹	菌状	菜花	火山口	狭窄	远端梗阻
A	9	<2cm	4	3	2				
B	40	>3cm			12	20	8	19	
C	7	>4cm			3	2	1	5	1
D	6	>4cm				4	2	3	
合计	62		4	3	17	26	11	27	1
%	100		6.45	4.84	27.42	41.95	17.74	43.55	1.67

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表4 右半结肠癌内窥镜所见的表现

Dukes分期	数量	大小	菌状	菜花	火山口	球形	固定粘膜皱襞	狭窄	远端梗阻
B	10	2～6cm	5	4	1			7	
C	2	4～6cm	1			1		1	
D	6	不见全貌		2		1	2	5	1
合 计	18		6	6	1	2	2	13	1
%	100		33.3	33.33	5.56	11.11	11.11	72.22	5.56

半结肠大体相似。但狭窄和梗阻者达72.22%。因粘连可引起远侧扭曲梗阻，而在该部形成固定性粘膜皱襞，肠镜不易到达病变部位。

5. 内窥镜活检和手术切除的病理结果 可能不一致。两者一致者53例。内窥镜后检误为良性者12例占15%。内窥镜活检和切除标本的病理结果不一致者15例占18.75%。总误差为33.87%。

6. 多原发恶性病变 80例中有11例占13.75%(包括多原发癌，癌伴息肉恶变和多发息肉恶变等)。同时多原发恶性病变8例，异时多发恶性病变5例(含二例伴有同时多发恶性病变者)。8例同时多原恶性病变中：3例为两处癌，3例为癌伴息肉恶变，2例为同时多部位息肉恶变。5例异时多原恶性病变中：3例为多次发生不同部位的结直肠癌，两例为结肠癌术后又发现其它部位结肠息肉恶变。

7. 结肠癌同时伴有其它部位息肉者 13例，占16.25%。其中有多发息肉者6例。

8. 有28例作过钡灌肠检查 17例发现或疑有病变，漏诊11例占39.29%。在作过乙状结肠镜检查的26例中，除高位结肠癌不算有19例直肠癌，漏诊3例占15.79%。上述病例漏诊者，均为纤维结肠镜检查得出诊断。

讨 论

1. 本组材料结肠癌在30岁以上就增加，提示我们对年青患者也应想到本病的可能。发病部位以乙状结肠和直肠为最多。因此结肠癌的诊断中，常规的肛门指诊是很有意义的。本组直肠癌患者中86.05%有阳性发现，也说明这个问题。但直肠癌也有13.96%漏诊，更不要说直肠以上的病变了。直肠癌乙状结肠镜检查也有15.29%的漏诊。钡灌肠检查则有39.29%的漏诊。然而本组除一例因远侧梗阻未发现病变外，纤镜都能发现病变(有9例早期者需病理检查)而确诊，其优越性是明显的。就是一例远端粘连而致梗阻者，也提供了需要剖腹手术的指征。

2. 要提高纤维结肠镜对结肠癌的确诊率，首先必须提高纤镜插入回盲部和病变狭窄处的成功率。本组800余例的成功率在99%以上，为我们取得上述结果提供了基础。但由于纤镜检查是一入侵性措施，有一定痛苦和危险性，以往只在其它方法不能肯定时才施行，范围较窄。但由于纤结镜的改良和插进方法的改进，不但成功率提高，病人的痛苦也减少了，我们在800余例的检查中，也未出现严重的并发症，因此可以放宽适应症。对以下情况；(1).不明原因的便血患者；(2).便次多，慢性腹泻或大便习惯变化原因不明者；(3).持续隐血试验阳性或伴贫血者；(4).腹痛伴左右腹部包块或低位肠梗阻者；(5).钡餐，钡灌肠诊断为结肠癌或可疑者，都应作纤维结肠镜检查。

3. 本组发现早期癌9例，均为隆起性病变。我们发现：隆起在1cm以上，表面为桑椹状或不规则，质脆而易出血者则恶性的可能性大，应行全瘤切除检查或病理反复检查以确诊。

结肠癌在内窥镜下的典型表现为：因癌肿溃破形成的火山口状溃疡，局部可呈菌状或菜花状隆起，表面可附有白色或污秽之苔，碰之易出血等特点，是容易诊断的。在盲肠

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

可内翻形成肠套叠而在肠腔内发现巨大的球形隆起，病变部仍有上述特点。瘤肿增大或引起肠道挛缩可形成狭窄或梗阻，本组左半结肠有43.55%，右半结肠占72.22%，为结肠癌的另一表现。病变继续增大可使局部或远侧肠道粘连扭曲，而致肠腔外压性闭塞。在肠腔内可在闭塞部形成一任何方法均不能使之扩张的固定性皱襞。与其它原因所致者不易区别，应在皱襞的裂隙中寻找癌灶，借活检来明确诊断，不然就只能借剖腹探查来决定了。本组材料表明：经内窥镜所取标本的病理结果也有15%的误诊，故诊断应以内镜的直接观察为主。

4. 已用其它方法诊断为“结肠癌”者，术前也应纤镜检查。因纤镜是对病变直接观察，不是间接影象，故可查明有无误诊。四例X线诊为“盲肠癌”的右下腹包块，纤镜检查盲肠正常，一例手术证实为炎性包块，三例非手术治愈，并经一年随访均未发现异常。

另外是多原发癌，Maxfield[1]报告为4.4%，Bacon[2]报告7.5%，史玉泉[3]3.3%，都主张术前纤镜检查以防遗漏。本组同时多发恶性病变达10%，这可能与本组术前均作过纤镜，检查较彻底，并包括同时存在的息肉恶变有关。由于发现同时存在的病变，使多发恶性病变的患者都得到较彻底的治疗从而减少复发的机会。

5. 由于结肠癌术后再次发生癌的可能，故术后应对患者终生随访。本组曾遇到5例，有的反复患癌三次者。随访中定期纤镜检查是必要的。尤以伴结肠多发息肉和术前有梗阻者，术后应在短期内复查有无恶变或其它病变。

参 考 文 献

1. Maxfield RG. Colonoscopy as a routine preoperative procedure for carcinoma of the colon. Am J Surg 1984; 147:477～80

2. Bacon H, Tavenner M. Multiple primary Malignant tumor involving the colon and rectum. Am J Surg 1952; 83:55～63

3. 冯玉泉、蒋彦永。大肠多原发癌13例总结。全军第二次肛肠会议资料。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net