

大腸鏡在大腸癌篩檢的角色

◎林口長庚胃腸科主任 蘇銘堯

隨著生活水準的進步及飲食習慣的日漸精緻，罹患大腸息肉及大腸癌疾病的患者逐漸增加。根據國民健康局的統計，大腸直腸癌的發生率已高居癌症發生率的第一位，每年有超過萬人的新增病例，而死亡率也高居十大癌症死因第三名。但其實大腸直腸癌是少數可以早期預防、早期發現、治癒的癌症。依照「大腸腺瘤-腺癌次序論」(Adenoma-Adenocarcinoma sequence)，大腸直腸癌大部分源自於早期為良性之腺瘤性(Adenomatous)息肉。若能早期偵測到腺瘤性息肉予以完整地切除，就可以減少大腸癌的發生率，同時若能早期診斷初期的大腸癌患者，予以適當的手術治療，也可以減少末期大腸癌的病例與降低死亡率。為達到這樣的目標，最好的診斷、治療工具就是大腸鏡檢查。

大腸鏡檢查是用長度約 130 公分至 160 公分的軟式內視鏡，由肛門進入腸腔，逐步觀察直腸、乙狀結腸、降結腸、橫結腸、昇結腸至盲腸部位。大腸鏡檢查過程的全部影像，可由螢幕同步播出，因此，醫師、助手甚至是病人本身都可以觀察到整個檢查過程。對於大腸直腸疾病的觀察與治療討論也能夠達到

立即診斷的效果；發現息肉或腫瘤時，也能夠予以仔細觀察、鑑別診斷，針對腺瘤性息肉給予適當且完全地切除；甚至一些早期的黏膜癌症，也可以施以內視鏡黏膜切除，使患者不必再接受切除腸子的手術治療。

大腸息肉可以分成腫瘤性與非腫瘤性息肉。腫瘤性息肉如腺瘤性息肉、大腸癌，非腫瘤性息肉如增生性息肉、發炎性息肉等，臨床上醫師會選擇切除腫瘤性息肉以減少大腸癌的發生，與減少因過多不必要的息肉切除而產生的併發症。然而，光靠肉眼來做鑑別診斷只有約五、六成的診斷率，造成醫師為了確認腺瘤性息肉而多做了許多切片與切除。為了提高鑑別診斷率，開發出了染色內視鏡配合放大內視鏡的診斷技術。根據息肉的不同，其表面構造及血管分佈有些微不同表現，經由特殊染劑(如Indigo Carmine, Crystal violet等)的顯影，配合上可放大 100 倍的放大內視鏡，醫師可以仔細觀察息肉表面，作出適當地診斷，給予適當的處置。在染色內視鏡及放大內視鏡的幫助下，我們可以將息肉的鑑別診斷率提高至將近九成，大大地減少不必要的切片或切除的風險

。近年來，更開發出窄頻光源影像技術（Narrow Band Imaging, NBI）來取代傳統的染色內視鏡，其優點是不需準備染劑，只需手按切換鈕就可以轉換光源進行觀察與鑑別，而其效果，根據長庚醫院的經驗，鑑別診斷率幾乎與染色內視鏡一樣，可達九成以上，同時，年輕醫師也可以很容易且很快地學習上手（圖一、二、三）。除了鑑別診斷大腸息肉外，染色內視鏡與窄頻光源影像技術也可以用來提高大腸息肉的偵測率，同時，也可以用來鑑別腫瘤性息肉到底是良性的腺瘤、早期癌症，還是已經進行至真正侵犯性的癌症。如果是腺瘤性息肉或是早期癌症，醫師可以施行大腸鏡息肉切除或是黏膜切除治療，如此，可以免於更進一步的手術治療；如果已是侵犯性癌症，則病患需直接接受手術治療。

所以，大腸鏡除了是偵測大腸癌與大腸息肉最好的工具，它同時也是預防或是治療早期或癌前病變的最佳治療。大腸息肉除了病理上分為腫瘤性與非腫瘤性息肉外，外觀上也可分成數種不同

的型態。如果是突出型的息肉，醫師可以很容易用套環電刀予以息肉切除術治療；如果是扁平型、凹陷型甚至是側生型的息肉，內視鏡醫師也可以施以黏膜切除術或是黏膜下剝離術來切除病灶（圖四、五）。所謂黏膜切除術或黏膜下剝離術，醫師須先在病灶下方注射生理食鹽水或是其他無菌液體，使得病灶隆起而將黏膜與黏膜下層分離，再使用套環或是特殊的電刀將病灶切除。經由此種技術，不管大腸息肉或是病灶有多大，長的形狀如何，只要仍是良性腺瘤或是早期癌症，皆可以順利切除而免於手術治療。

總而言之，大腸鏡檢查，可以直接偵測大腸息肉的存在，再用染色內視鏡或是窄頻光源影像技術系統來做息肉的鑑別診斷，接著針對腺瘤或是早期癌症病灶施以內視鏡切除治療，如此，可以預防侵犯性大腸癌的產生，同時可以減少因延誤診斷大腸癌的發生而產生的死亡率。所以，大腸鏡可以說是診斷與治療大腸直腸息肉與腫瘤的最佳利器。🔍



