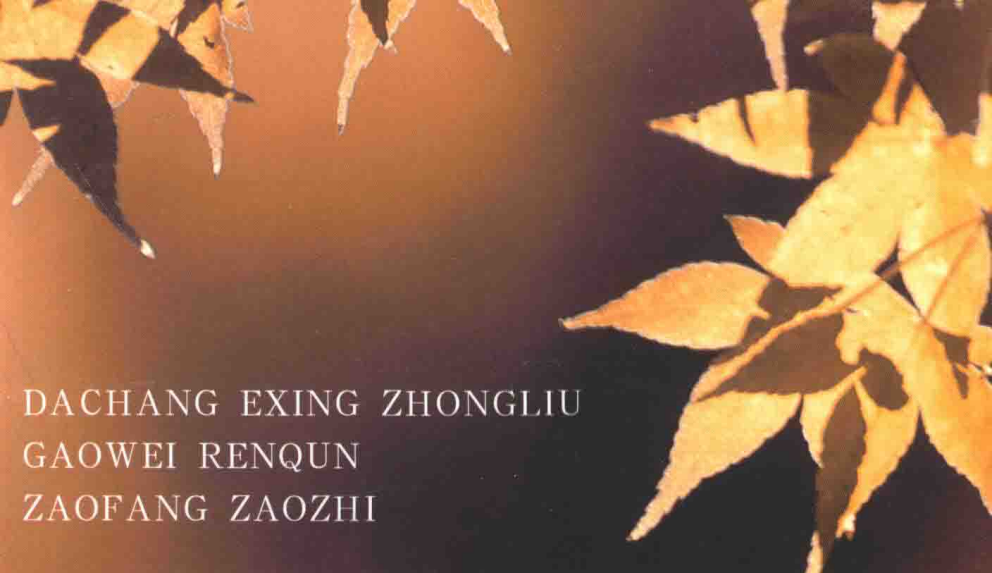




DACHANG EXING ZHONGLIU
GAOWEI RENQUN
ZAOFANG ZAOZHI

大肠恶性肿瘤高危人群 早防早治

王鹤云 白玉 陆光生◎主编

香出版社

大肠恶性肿瘤高危 人群早防早治

主 编

王鹤云 白玉 陆光生

副主编

周英杰 董新明 王向杰 吴永红 杨旭东
王亚军 景 晔 孙本强 程颜苓

编著者

韩升祥 董林森 陈国彪 解亚荣 赖 靖
马 翔 潘 飞 王方圆 王 华 杜 秀
宋丽萍 刘 丽 刘 键 朱文晓

金 盾 出 版 社



本书重点介绍了大肠恶性肿瘤的基础知识,提出大肠恶性肿瘤高危人群、高危因素、发病模式、早期表现、早期诊断、早期预防、早期治疗的科学理念和方法,并简要介绍手术治疗、化疗、放疗及其并发症的防治、中医治疗和康复治疗。其内容丰富、科学先进、结构新颖、语言流畅、轻松活泼。使读者能领略当代医学的神奇和魅力。适合基层医生和广大群众,尤其适合大肠恶性肿瘤高危人群阅读。

图书在版编目(CIP)数据

大肠恶性肿瘤高危人群早防早治/王鹤云,白玉,陆光生主编. —北京:金盾出版社,2014. 11

ISBN 978-7-5082-9449-0

I. ①大… II. ①王…②白…③陆… III. ①大肠肿瘤—中西医结合—防治 IV. ①R735. 3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 108765 号

金盾出版社出版、总发行

北京太平路 5 号(地铁万寿路站往南)

邮政编码:100036 电话:68214039 83219215

传真:68276683 网址:www.jdcbs.cn

封面印刷:北京精美彩色印刷有限公司

正文印刷:北京万博诚印刷有限公司

装订:北京万博诚印刷有限公司

各地新华书店经销

开本:850×1168 1/32 印张:5.75 字数:150 千字

2014 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

印数:1~4 000 册 定价:15.00 元

(凡购买金盾出版社的图书,如有缺页、
倒页、脱页者,本社发行部负责调换)



前言

大肠恶性肿瘤为结肠恶性肿瘤和直肠恶性肿瘤的总称,是指大肠黏膜上皮在环境或遗传等多种致癌因素作用下发生的恶性病变,其预后不良,病死率较高。在欧美发达国家,大肠恶性肿瘤是第一、二位的恶性肿瘤,年发病率为 35%~50%。男性发病率普遍高于女性。我国大肠恶性肿瘤发病率低于新西兰、澳大利亚、日本,又高于韩国。

大肠恶性肿瘤的发病率与死亡率在我国呈上升趋势。值得注意的是,近年来我国农村大肠恶性肿瘤的病死率上升速度明显高于城市。大肠恶性肿瘤在我国各地是第 4~6 位常见的恶性肿瘤,发病率在长江下游、东南沿海的江苏、浙江、上海、福建等地较高。

大肠恶性肿瘤的发生主要与环境、生活习惯、饮食方式有明显关系。高脂、高肉食、低纤维饮食已成为大肠恶性肿瘤的主要高危因素,在大肠恶性肿瘤患者家族中,约有 1/4 有癌症家族史,其中半数也患有消化道其他恶性肿瘤。有大肠恶性肿瘤家族史的家属,患大肠恶性肿瘤的危险性比普通人群高 2~6 倍。恶性肿瘤不但严重影响人们的身体健康,而且成为医疗费用上涨的重要因素,我国每年用于恶性肿瘤患者的医疗费用高达数百亿元。

通过均衡饮食、经常运动、保持正常体重、远离烟酒,拥有健康的生活习惯和良好的心态,掌握科学的防癌常识,可预防大肠恶性肿瘤的发生。本书重点介绍大肠恶性肿瘤的基础知识、高危人群、高危因素、早期预防、早期发现、早期诊断、早期治疗,力求在大肠恶性肿瘤的预防上给广大群众一个明确的思路和具体指导。本书适合于青年医师、进修医师、实习医师及实习护士、非肿瘤专业的医务工作者及广大群众,尤其适合于肿瘤患者及其家属阅读。

由于作者理论水平、实践经验有限,书中难免存在缺点和不足,恳请读者不吝赐教。

王鹤云

目 录

一、大肠的解剖、生理、组织学特点	(1)
1. 大肠的解剖位置	(1)
2. 结肠动脉、静脉、淋巴及神经分布特点	(3)
3. 结肠的生理功能	(3)
4. 直肠的解剖位置	(4)
5. 肛管的解剖位置	(5)
6. 直肠肛管周围间隙	(6)
7. 直肠肛管的动脉特点	(7)
8. 直肠肛管的静脉特点	(8)
9. 直肠肛管的淋巴引流特点	(9)
10. 直肠肛管的神经特点	(9)
11. 齿状线的解剖学意义	(9)
12. 直肠肛管的生理功能	(10)
13. 大肠的组织结构特点	(10)
二、大肠恶性肿瘤的病因病机	(13)
1. 什么是大肠恶性肿瘤	(13)
2. 大肠恶性肿瘤的发病模式	(14)
3. 大肠恶性肿瘤的发病机制	(15)
三、大肠恶性肿瘤的高危因素	(17)
1. 成年人身材高大可增加大肠恶性肿瘤的危险性	(17)
2. 肥胖可增加结肠恶性肿瘤的危险性	(17)
3. 体力活动少者易患大肠恶性肿瘤	(18)

大肠恶性肿瘤高危人群早防早治

4. 长期饮酒易患大肠恶性肿瘤	(19)
5. 经常吃红肉易患大肠恶性肿瘤	(20)
6. 经常吃烧、烤、炸红肉更易患大肠恶性肿瘤	(21)
7. 进餐频率多能增加大肠恶性肿瘤的危险性	(21)
8. 长期吃高脂肪饮食能诱发大肠恶性肿瘤	(22)
9. 长期进食精制糖含量高的膳食易患大肠恶性肿瘤	(23)
10. 饮食中缺乏维生素能诱发大肠恶性肿瘤	(24)
11. 膳食中缺乏矿物质能诱发大肠恶性肿瘤	(25)
12. 大肠腺瘤性息肉可以向癌演变	(26)
13. 大肠息肉的临床特点	(27)
14. 炎症性肠病可发生癌变	(27)
四、结肠恶性肿瘤病理组织学特点	(29)
1. 大肠恶性肿瘤的好发部位、年龄、性别特点	(29)
2. 家族性息肉病易癌变	(30)
3. 结肠恶性肿瘤的肉眼分型	(31)
4. 结肠恶性肿瘤的组织学分型	(31)
5. 结肠恶性肿瘤的病理形态分类	(32)
6. 结肠恶性肿瘤的临床病理分期	(33)
7. 结肠恶性肿瘤的扩散转移途径	(33)
五、结肠恶性肿瘤的临床特点	(35)
1. 结肠恶性肿瘤早期可以没有明显症状	(35)
2. 粪便隐血阳性是结肠恶性肿瘤的早期表现	(36)
3. 排便习惯及粪便性状改变是结肠恶性肿瘤的最 早症状	(37)
4. 进行性贫血是结肠恶性肿瘤的中期表现	(39)
5. 出现肿块已属结肠恶性肿瘤的晚期表现	(40)
6. 左、右侧结肠恶性肿瘤的区别	(40)
六、直肠恶性肿瘤病理组织学特点	(43)

1. 直肠恶性肿瘤的大体分型	(43)
2. 直肠恶性肿瘤的病理组织学分类	(43)
3. 直肠恶性肿瘤的病理分级和分期	(43)
4. 直肠恶性肿瘤的扩散和转移特点	(45)
七、直肠恶性肿瘤的临床特点	(46)
1. 直肠刺激症状是直肠恶性肿瘤的早期表现	(46)
2. 直肠恶性肿瘤的便血有其特点	(47)
3. 大便变形变细是直肠恶性肿瘤的中期表现	(48)
4. 尿路刺激症状是直肠恶性肿瘤的晚期表现	(49)
八、大肠恶性肿瘤的早期发现	(50)
1. 发现早期大肠恶性肿瘤的医生是自己	(50)
2. 大肠恶性肿瘤与相关疾病的鉴别	(51)
3. 直肠指诊对大肠恶性肿瘤的诊断意义	(53)
4. 粪便隐血试验对大肠恶性肿瘤的诊断意义	(54)
5. 肠镜检查对大肠恶性肿瘤的诊治意义	(55)
6. X 线钡剂灌肠对大肠恶性肿瘤的诊断意义	(56)
7. 影像学检查对大肠恶性肿瘤的诊断意义	(56)
九、大肠恶性肿瘤的预防	(58)
1. 天天 5 蔬果, 肠癌远离你	(58)
2. 预防大肠恶性肿瘤的蔬果及其有效成分	(59)
3. 改变生活方式能预防大肠恶性肿瘤	(60)
4. 少用油、用对油、常换油能预防大肠恶性肿瘤	(62)
5. 每天一份奶能预防大肠恶性肿瘤	(63)
6. 多食淀粉性食物能预防大肠恶性肿瘤	(66)
7. 每天两瓣蒜, 肠癌靠边站	(67)
8. 食物纤维素的有益作用	(69)
9. 大肠息肉可导致大肠恶性肿瘤	(70)
10. 溃疡性结肠炎可导致大肠恶性肿瘤	(71)

大肠恶性肿瘤高危人群早防早治

11. 慢性细菌性痢疾可导致大肠恶性肿瘤.....	(73)
12. 阿米巴病可导致大肠恶性肿瘤.....	(73)
13. 血吸虫病可导致大肠恶性肿瘤.....	(74)
14. 每天一苹果,防老又防癌	(74)
15. 每天运动一小时,大肠恶性肿瘤不找你	(75)
十、大肠恶性肿瘤的治疗.....	(78)
(一)手术治疗	(78)
1. 直肠恶性肿瘤患者术前一般性准备	(78)
2. 直肠恶性肿瘤患者术前营养准备	(79)
3. 直肠恶性肿瘤患者术前肠道准备标准	(80)
4. 直肠恶性肿瘤患者术前的清洁灌肠	(80)
5. 直肠恶性肿瘤患者术前的饮食调养	(81)
6. 直肠恶性肿瘤患者术前药物治疗	(82)
7. 直肠恶性肿瘤患者术前特殊准备	(82)
8. 直肠恶性肿瘤患者造口定位的方法	(83)
9. 直肠恶性肿瘤的手术治疗	(85)
10. 结肠恶性肿瘤术后的家属护理.....	(85)
11. 结肠恶性肿瘤患者术后自我调护.....	(86)
12. 直肠恶性肿瘤术后的家属护理.....	(87)
13. 直肠恶性肿瘤患者术后自我调护.....	(88)
14. 结肠造口(人工肛门)的灌洗方法.....	(89)
15. 大肠恶性肿瘤患者术后复查.....	(91)
16. 大肠恶性肿瘤的预后.....	(93)
17. 大肠恶性肿瘤术后的食疗.....	(94)
(二)大肠恶性肿瘤化学药物治疗.....	(101)
1. 大肠恶性肿瘤的辅助化学药物治疗的临床意义.....	(101)
2. 化学药物治疗大肠恶性肿瘤的适应证.....	(102)
3. 化学药物治疗大肠恶性肿瘤的禁忌证.....	(102)

4. 细胞动力学与化学药物的分类.....	(102)
5. 大肠恶性肿瘤常用的化学药物.....	(104)
6. 大肠恶性肿瘤常用化疗方案.....	(108)
7. 大肠恶性肿瘤手术前化学药物治疗.....	(109)
8. 大肠恶性肿瘤手术中化学药物治疗.....	(110)
9. 大肠恶性肿瘤手术后化学药物治疗.....	(110)
10. 大肠恶性肿瘤患者化疗前的准备	(111)
11. 化疗期间恶心呕吐的防治	(112)
12. 化疗期间口腔溃疡的防治	(114)
13. 化疗期间白细胞减少的药粥治疗	(115)
14. 化学药物性心肌病的防治	(121)
15. 化学药物性肾病的防治	(122)
16. 化学药物性肝病的防治	(123)
17. 化学药物引起组织损伤的防治	(124)
(三) 大肠恶性肿瘤的放射治疗.....	(125)
1. 直肠恶性肿瘤单纯放射治疗.....	(125)
2. 直肠恶性肿瘤术前放射治疗.....	(125)
3. 直肠恶性肿瘤术后放射治疗.....	(126)
4. 直肠恶性肿瘤放射治疗的剂量.....	(127)
5. 放射性胃肠功能紊乱的防治.....	(127)
6. 放射性皮炎的防治.....	(128)
7. 放射性肠炎的防治.....	(130)
8. 放射性肠炎的食疗.....	(132)
9. 放射性膀胱炎、尿道炎的防治	(139)
10. 放射性泌尿系统损害的药茶疗法	(140)
11. 放射性骨髓造血功能停滞的防治	(148)
12. 放射治疗后的自我调护	(150)
(四) 大肠恶性肿瘤患者的康复治疗.....	(152)

大肠恶性肿瘤高危人群早防早治

1. 康复治疗的临床意义..... (152)
2. 大肠恶性肿瘤患者的饮食康复法..... (153)
3. 大肠恶性肿瘤患者的营养康复法..... (155)
4. 大肠恶性肿瘤患者的运动康复法..... (156)
5. 大肠恶性肿瘤患者的食疗康复法..... (157)
6. 大肠恶性肿瘤患者要走出生活误区..... (166)
7. 大肠恶性肿瘤患者易筋操康复法..... (167)

一、大肠的解剖、生理、 组织学特点

1. 大肠的解剖位置

大肠是指从盲肠到肛门之间的一段粗大肠管，整体呈“M”形，它绕于空肠、回肠周围。成年人的大肠总长约 1.5 米。

根据大肠的解剖位置和特点，可将大肠分为结肠（阑尾、盲肠、升结肠、横结肠、降结肠和乙状结肠）、直肠和肛门。结肠的直径自起端 6 厘米，逐渐递减为乙状结肠末端的 2.5 厘米，这是结肠肠腔最狭窄的部位（图 1）。结肠的解剖位置如下：

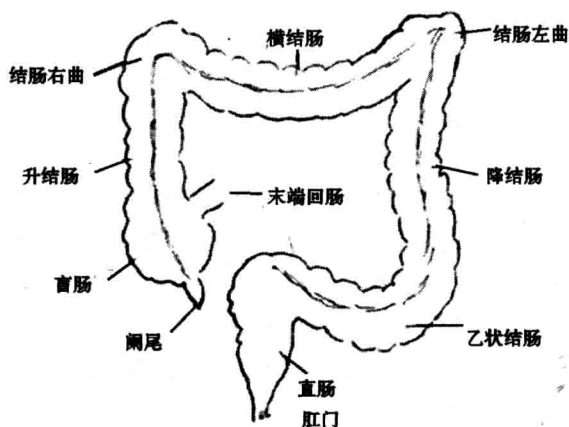


图 1 大肠结构示意图

(1)升结肠：升结肠长约 15 厘米，其解剖位置在右髂窝处，起

大肠恶性肿瘤高危人群早防早治

自盲肠上端,沿右肾前面上升至肝右叶下方,转折向左前下方移行于横结肠,转折处的弯曲称结肠左曲(或称结肠肝曲),升结肠无肠系膜,借助于结缔组织贴附于腹后壁,因此活动度极小。

(2)横结肠:横结肠长约 50 厘米,起自结肠右曲,先行向左前下方,后略转向左后上方,形成一个略向下垂的方形弯曲。至左季肋区,在脾的下方处,折转成结肠左曲(称结肠脾曲),向下续于降结肠。横结肠由肠系膜连于腹后壁,活动度较大。

(3)降结肠:降结肠长约 20 厘米,起自结肠左曲,沿左肾下行,至左髂嵴处续于乙状结肠。降结肠也无肠系膜,借助结缔组织贴附于腹后壁,活动度也很小。

(4)乙状结肠:乙状结肠长约 45 厘米,在左髂嵴处起自降结肠,沿左髂窝转入盆腔内,全长呈“乙”字形弯曲,至第三骶椎平面移于直肠。乙状结肠由乙状结肠系膜连于盆腔左后壁,活动度大,是常作为结肠造瘻的部位,又是大肠恶性肿瘤多发的部位,仅次于直肠恶性肿瘤。

在回肠末端进入盲肠处,有黏膜和环肌折叠而形成的回盲瓣,可防止肠内容物返流回小肠,并能控制小肠内食糜残渣,避免过快地进入大肠内。

当结肠有完全性肠梗阻时,由于回盲瓣的存在像关闭的闸门,使梗阻的结肠段出现两端闭合状态,又因结肠内存在食物、大量细菌,更具有危险性,所以,要加以充分的重视。因为,一旦结肠穿孔将会引起严重的腹膜炎,后果是非常危险的。

盲肠为结肠中管腔最大、肠壁最薄、部位最浅表,也最易穿孔的部位。

阑尾是附着于盲肠内侧的一个蚯蚓状盲管,长短粗细因人变异很大,一般长 5~7 厘米。阑尾是类癌的好发部位之一。阑尾是在青少年时期具有免疫活性的免疫器官。

2. 结肠动脉、静脉、淋巴及神经分布特点

(1) 动脉

①右半结肠。右半结肠由肠系膜上动脉所供应,并分出下列3支动脉:回结肠动脉,右结肠动脉,中结肠动脉。

②左半结肠。左半结肠是由肠系膜下动脉所供应,并分出下列3支动脉:左结肠动脉,乙状结肠动脉,直肠上动脉。

(2)静脉:结肠静脉与结肠动脉相似。分别经肠系膜上静脉和肠系膜下静脉而汇入门静脉。

(3)淋巴结:结肠的淋巴结分为肠系膜上淋巴结,结肠旁淋巴结,中间淋巴结,中央淋巴结4组。其中,中央淋巴结位于结肠动脉根部及肠系膜上、下动脉周围,再延伸至腹主动脉周围腹腔淋巴结。

(4)神经:支配结肠的副交感神经左、右侧不同,其中迷走神经支配右半结肠;盆腔神经支配左半结肠;交感神经纤维则分别来自肠系膜上神经丛及肠系膜下神经丛。

患结肠恶性肿瘤时可根据癌症的位置,确定切除范围,包括癌肿所在的肠袢及其系膜和区域淋巴结。

3. 结肠的生理功能

人类的大肠内没有重要的消化活动。大肠的主要生理功能如下:①吸收水和电解质,如钠、钾、钙、镁、铁、碘、磷、氯等。②吸收部分微量元素,如锌、硒、钼等。③参与机体水及电解质平衡的调节。④吸收由结肠内微生物产生的B族维生素和维生素K。⑤完成对食物残渣的加工,形成并暂时贮存粪便。⑥也可吸收葡萄糖、部分胆汁。⑦结肠还能分泌碱性黏液以润滑黏膜,也可以分泌数种胃肠系激素。

大肠的吸收功能主要发生于右侧结肠,因此右半结肠切除术后大便多稀薄、次数增多。

4. 直肠的解剖位置

直肠是大肠的末端,又是结肠的延续,与结肠极其相似,直肠上接乙状结肠,下连肛管,是消化管位于盆腔下部的一段,全长10~14厘米。直肠在第三骶椎前方起自乙状结肠,沿骶、尾前下行,穿过盆膈移行于肛管。

直肠并不直,在矢状面上形成两个弯曲。

(1)直肠骶曲:凸向后,与骶骨盆面弯曲一致,距离肛门7~9厘米。

(2)直肠会阴曲:绕过尾骨尖,凸向前,距离肛门3~5厘米。

在冠状面上也有3个凸,向侧方弯曲,但不恒定(图2)。

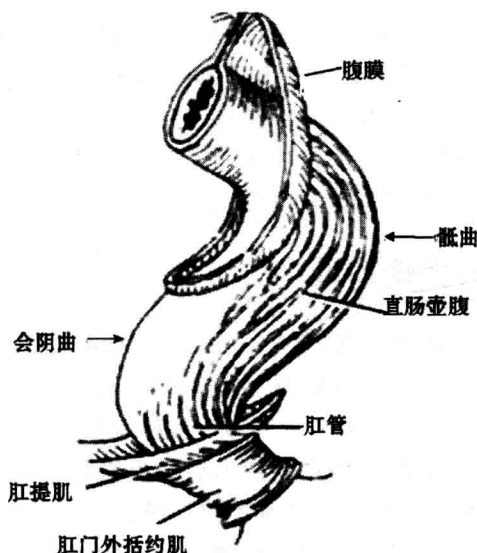


图2 直肠结构示意图

一、大腸的解剖、生理、組織學特點

在进行直肠镜、乙状结肠镜检查时,应十分注意这些弯曲部位,以免损伤肠壁引起肠穿孔。

直肠上端与结肠粗细相同,下段扩大成直肠壶腹,是暂时存贮粪便的部位。

直肠上 1/3 前面和两侧有腹膜覆盖;中 1/3 仅在前面有腹膜并反折成直肠膀胱陷凹(窝)或直肠子宫陷凹(窝);下 1/3 全部位于腹膜之外,使直肠在腹腔内外各占一半。

直肠肌层,分为外层纵肌和内层环肌两层。环肌层延伸至直肠下端后增厚,构成肛门内括约肌。纵肌层下端与肛提肌和内、外括约肌相连,在排便时与括约肌起一定作用。

直肠黏膜紧贴肠壁,在直肠壶腹部有上、中、下 3 个横的半月形皱襞,内含有环肌纤维称为直肠横襞。

直肠下端与肛管相接,直肠黏膜呈现 2~10 个隆起的纵形皱襞,称为肛柱。在相邻两个肛柱基底之间有半月形皱襞,称为肛瓣。肛瓣与肛柱之间的直肠黏膜形成许多袋状小窝,称为肛窦(或称隐窝)。肛窦的窦口向上,深 3~5 毫米,底部有肛腺开口。此处容易受到损伤及感染。在肛管与肛柱连接的部位,有三角形乳头状隆起,称为肛乳头。

直肠与肛管交界处形成一条不整齐的线,称为齿状线(图 3)。

5. 肛管的解剖位置

肛管是消化道的末端,上自齿状线,下至肛缘,长 3~4 厘米。肛管内层在上部是移行上皮,下部是鳞状上皮。肛管周围有肛管内、外括约肌环绕。肛管内括约肌是不随意肌,围绕肛管上 2/3。肛管外括约肌是随意肌。

直肠指诊时可触到肛管内括约肌与肛管外括约肌之间为一环形浅沟,称为白线(图 3)。

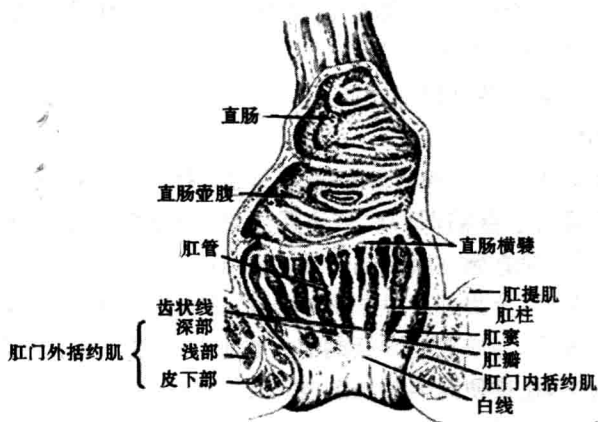


图3 直肠和肛管腔面的形态

6. 直肠肛管周围间隙

在直肠与肛管四周有数个充满脂肪结缔组织的间隙，是常见的感染部位。

(1) 肛提肌上的间隙

① 骨盆直肠间隙。在直肠两侧左右各一，位于肛提肌之上，盆腔腹膜之下。

② 直肠后间隙。在直肠与骶骨之间，也在肛提肌之上，可与两侧骨盆直肠间隙相通。

(2) 肛提肌下的间隙

① 坐骨肛管间隙(也称坐骨直肠间隙)。在肛管两侧，位于肛提肌下，坐骨肛管横膈之上，左右各一，肛管后左右相通。

② 肛门周围间隙。位于坐骨肛管横膈及肛门周围皮肤之间，左右两侧也与肛管后相通。