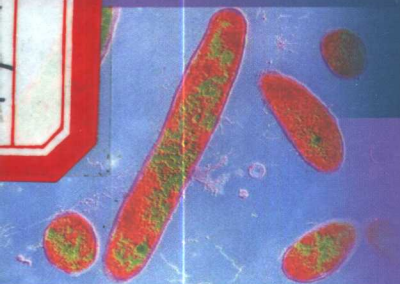


新编

常见恶性肿瘤诊治规范

大肠癌分册



中国抗癌协会 编

北京医科大学中国协和医科大学联合出版社

106829

新编常见恶性肿瘤诊治规范

大肠癌 分册

中国抗癌协会 编

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

新编常见恶性肿瘤诊治规范：大肠癌分册/中国抗癌协会编.
- 北京：北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社，1998
ISBN 7-81034-908-2

I. 新… II. 中… III. 大肠-癌-诊疗-规范 IV. R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 24142 号

新编常见恶性肿瘤诊治规范 大肠癌分册

作 者：中国抗癌协会 编
责任编辑：陈永生
封面设计：孙元明
技术设计：栾广明
责任校对：李爱萍
责任印制：姜文祥

出版发行：北京医科大学 联合出版社
中国协和医科大学
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65228583)
经 销：新华书店总店北京发行所
印 刷：北京迪鑫印刷厂

开 本：850×1168 毫米 1/32
印 张：2.625
字 数：68 千字
版 次：1999 年 1 月第一版 1999 年 1 月北京第一次印刷
印 数：1—5000 册
定 价：8.20 元

ISBN 7-81034-908-2/R·906

(凡购本书，如有缺页、倒页、脱页及其它质量问题，由本社发行部调换)

内 容 简 介

大肠癌在我国发病率有增高的趋势，为适应我国临床医师对大肠癌治疗的规范化需求，编写组对中国常见恶性肿瘤诊治规范大肠癌分册进行了修订。此次修订既考虑了国外对大肠癌临床研究的进展，又考虑了国内临床治疗工作的实际情况，主要对大肠癌的化学疗法作了较大的修改，并增加了第四章“大肠癌的筛检和治疗后随访”。本规范可作为肿瘤专业治疗人员的工作手册，也可作为培训基层医务人员的教材，它将有助于我国大肠癌治疗总体水平的提高。

新编常见恶性肿瘤诊治规范编写委员会

主任委员：徐光炜

副主任委员：张天泽 张友会

委员：（以姓氏笔画为序）

汤钊猷 李同度 李树玲

吴爱茹 闵华庆 沈镇宙

张明和 张毓德 郑 树

大肠癌分册

主 编：郑 树

编写组成员（以姓氏笔画为序）：

刘希永 余心如 吴金民

沈汉澄 张苏展 冼棠超

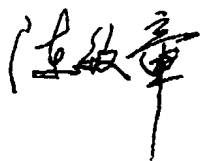
郑 树 郁金声 赵恩生

钱可大 章士正 黄建瑾

楼荣灿

序

由我国著名肿瘤专家张天泽、徐光炜两位教授发起、倡导，并组织中国抗癌协会几个专业委员会百余名专家撰写的《中国常见恶性肿瘤诊治规范》问世已几载，深受广大医务工作者欢迎。实践证明，通过该书及其各种相应肿瘤规范学习班，提高了医务工作者对常见恶性肿瘤的诊治水平，有助于提高早诊率和五年生存率，并可改善生存质量；各医院间，尤其是城乡医院间对诊治恶性肿瘤水准差异在缩小，先进、成熟技术及经验在基层推广、传播；并为我国常见恶性肿瘤诊治规范化打下良好基础。近几年来，新的诊断技术、化疗、放疗方案不断出现，肿瘤专家们鉴此进行了必要的修改、补充、更新而撰写为《新编常见恶性肿瘤诊治规范》，故提笔寄语，以表达对肿瘤领域默默耕耘专家深切的感谢，并衷心期望肿瘤患者都能得到良好的诊治服务。

A handwritten signature in black ink, appearing to read '陈国章' (Chen Guozhang), with a long vertical stroke extending downwards from the bottom right.

说 明

恶性肿瘤的诊治水平在国内不同地区及单位有较大的差异，提高癌症诊治的总体水平，实为控制癌症的重要环节。有鉴于此，不少国内志同道合的专家就各自的专长，曾编写了《中国常见恶性肿瘤诊治规范》。此《规范》已问世9载，在卫生部领导下，各级卫生行政管理部门大力支持，得以推广。其间又在中国科学技术协会帮助下，编制配套的录像带，使之深入基层、边远地区。9年来的实践证明，该丛书出版有助于提高医护工作者对我国常见恶性肿瘤的诊治水平，提高了患者5年生存率，改善患者生存质量。随着时间推移，瘤谱发生变化，医学科学发展，新的诊治技术出现，并日趋成熟，《中国常见恶性肿瘤诊治规范》原作者深感有必要进行修改、补充、更新，增加新的瘤种及内容，又考虑到此版不同于再版，作者经多次研究，广泛征求意见，决定新书更名《新编常见恶性肿瘤诊治规范》字样，愿读者们喜欢。

《新编常见恶性肿瘤诊治规范》丛书设有《食管癌和贲门癌》、《胃癌》、《大肠癌》、《原发性肝癌》、《鼻咽癌》、《原发性支气管肺癌》、《乳腺癌》、《泌尿恶性肿瘤》、《头颈恶性肿瘤》分册；原《宫颈癌》，增设内容改名为《妇科恶性肿瘤》；由于骨、软组织肿瘤发病率增加，为提高肿瘤病人生存质量，又增设《骨肿瘤与软组织肉瘤》、《止痛与姑息治疗》等分册内容。

《新编》编写原则：当今国内外先进、成熟、公认经验；便于推广，实用；对象面向基层。

虽经努力，力求把最新、最成熟经验介绍给读者，但难免存在这样或那样的不足，甚至错误，恳盼专家、同道指正，以便再版时改进。愿“携起手来，共同抗癌”。

中国抗癌协会
一九九八年四月

目 录

第一章 诊断及临床病理分期

- 第一节 大肠癌诊断步骤 (1)
- 第二节 大肠癌各种检查方法规范要点 (2)
- 第三节 组织及细胞学诊断规范 (7)
- 第四节 临床病理分期 (23)

第二章 治疗

- 第一节 以手术切除为主的综合治疗（推荐）方案 (24)
- 第二节 常见手术的适应证及手术要点 (25)
- 第三节 以放疗、化疗为主的综合治疗（推荐）方案及治疗方法 (34)

第三章 临床记录规范及标准

- 第一节 大肠癌模式病历 (45)
- 第二节 大肠癌手术记录 (45)
- 第三节 大肠癌治疗后的并发症 (45)
- 第四节 出院小结 (45)
- 第五节 大肠癌随访要求及随访卡 (45)

第四章 大肠癌的筛检

- 第一节 大肠癌的无症状筛检 (61)
- 第二节 大肠癌病人的随访 (63)

附 录 大肠癌诊断治疗有关表格的规范 (66)

第一章 诊断及临床病理分期

第一节 大肠癌诊断步骤

大肠癌因部位和病期的不同，临床表现也各异。早期病例可能无临床症状，其他病例都出现不同程度的症状。可把它归纳为：1. 肠功能疾患或其他慢性疾病症状：①大便习惯和性状改变，如大便带血或粘液、便秘、腹泻或两者交替及排便不尽，大便变形、变细等；②腹部不适，隐痛或胀气；③贫血、消瘦、乏力；④腹部触及肿块等。2. 急性肠梗阻症状。3. 急性结肠穿孔和腹膜炎症状。

诊断大肠癌的步骤，应按病史、体检、实验室检查、X线检查、B超、内窥镜等顺序进行。必要时，辅以CT、核素等检查，以了解病灶情况。

病史和体格检查要点

1. 病史应详细、完整。体格检查应全面、正确，并按要求详细记录，强调对家族肿瘤史的询问与记录。

2. 询问病史的内容和体格检查的项目，可参见本分册第三章有关模式病历的内容及项目。

3. 直肠指检。这对直肠癌的诊断极为重要，有50%~60%的大肠癌可经直肠指检发现肿块。对每一个有肠功能性疾患、全身慢性消耗性体征或急腹症患者，均应作直肠指检。指检时应先将示指按摩肛门后壁，使肛门括约肌松弛，在嘱患者作深呼吸的同时，将示指缓缓推进。检查时应了解肛门或直肠有无狭窄，如发现有肿块，应明确其部位、大小、硬度、形态、基底部活动度，粘膜是否光滑，有无溃疡，有无压痛，是否固定于骶骨、盆

骨。若病灶位于直肠前壁时，对男性应查明它与前列腺的关系，对女性应明确病灶是否累及阴道后壁。将检查结果，详细绘图说明。

4. 对直肠指检阴性者，应进一步作大便潜血试验，必要时作X线、内镜检查。直肠指检阳性患者，应作内镜、细胞学或取活体组织作病理学检查。

5. X线检查应先作钡剂灌肠检查，若为阴性再作钡餐检查。

6. 内镜检查。

(郑 树 吴金民)

第二节 大肠癌各种检查方法规范要点

一、大便潜血试验要点

(一) 此法简便易行，可作为大肠癌普查初筛方法和结肠疾病的常规检查。应用免疫学方法检查可以提高正确率，且不必限制饮食。

(二) 对大便潜血试验阳性者，应进一步作钡剂灌肠、X线检查和内镜检查。

(三) 若大便潜血试验阴性而临床上高度疑为大肠癌，应重复检查或作X线钡灌肠检查。对40岁以上者更应重视。

二、结肠X线检查要点

(一) 结肠气钡双重对比造影是结肠病变的重要检查方法。

(二) 肠道准备。忌用清洁洗肠，采用无渣饮食加口服缓泻剂的方法清洁肠道。

(三) 检查当日早餐进食流质，并多饮开水，肛内用开塞露协助排便，待大便尽量排尽后才开始检查。

(四) 检查技术

1. 硫酸钡混悬液浓度要求为70%~80% (W/V)。

2. 静脉推注654-2 20mg，以便使结肠呈低张状态。

3. 插肛管后俯卧、头低足高位(15~20度)。

4. 透视观察下灌肠, 直至钡液充盈到横结肠中段或结肠肝曲时, 停止灌钡。嘱患者取右侧卧位, 经肛管注气。待患者感到腹胀, 透视时见盲肠已充分扩张, 则可停止注气, 撤除肛管。嘱患者自左向右, 顺时针方向翻滚身体后仰卧, 透视观察结肠各段, 待气钡充盈满意后开始摄片。

(五) 基本摄片部位及体位

第1片, 仰卧位(乙状结肠扭曲较多时可拍右前位), 摄直肠、乙状结肠及部分降结肠。

第2片, 斜立(45~60度)右前斜(以结肠肝曲前后不重叠为宜), 摄结肠肝曲, 包括升结肠和横结肠右半部分。

第3片, 斜立(45~60度)左前斜(以结肠脾曲前后不重叠为宜), 摄结肠脾曲, 包括横结肠左半部分及降结肠上部。

第4片, 仰卧右前斜位, 摄回盲部及升结肠。

若透视时已发现异常部位, 可选择最佳体位, 再摄点片。整个检查过程要求连续、快速, 检查时间, 应在20分钟左右完成。

(六) 诊断要点

1. 充盈缺损 息肉型结肠癌可呈现向腔内隆起边缘不规则的充盈缺损阴影。

2. 肠壁僵硬、肠管狭窄 浸润型结肠癌形成肠壁增厚、僵硬和局限性狭窄。狭窄段表面有不规则破坏。

3. 不规则龛影 溃疡型结肠癌可见边缘不规则充盈缺损的龛影, 受累肠段呈局限性僵硬。

4. 诊断中的注意点 ①小的息肉型癌需注意与腺瘤性息肉区别。若息肉头部呈僵硬、溃烂和息肉基底部肠壁皱缩者, 均为恶性的征象; ②注意发现哨兵息肉。对已检出癌肿的患者, 尚需注意结肠其它部位有无小的息肉样病变。有的较小的癌性息肉可出现于癌灶附近或跳跃于稍远处, 此可供手术切除范围作参考; ③年龄小于40岁、同时发现有结肠多发性息肉的结肠癌患者, 应考虑可能为家族性多发性息肉而供决定手术方式参考。

三、纤维结肠镜检查要点

(一) 术前需详细了解病情，检查前尽可能先作肠道气钡灌肠双重对比检查，以了解病变位置、性质和肠道走行情况。

(二) HBsAg 阳性患者应使用专用肠镜及辅助设施，并排在患者中最后一个检查。

(三) 纤维结肠镜的适应证

1. 原因不明的便血和大便潜血持续阳性，疑有结肠肿瘤者。
2. 疑有结肠息肉或经 X 线检查发现有息肉需鉴别良、恶性者。

3. 术前需确定结肠癌病变范围者。

4. 检查结肠癌术后有无复发者。

(四) 纤维结肠镜的禁忌证

1. 任何严重的急性结肠炎者。

2. 疑有肠穿孔或急性腹膜炎者。

3. 严重的心肺功能不全及曾有腹腔、盆腔手术后发现显著肠粘连者。

(五) 检查前肠道准备 宜食无渣饮食 2 天，清洁肠道，可口服蓖麻油、电解质溶液、蕃泻汁或甘露醇（任选一种）导泻，必要时可用生理盐水灌肠清洗。

(六) 术前用药 肌注安定 10mg 或/及杜冷丁 50mg 及阿托品 0.5mg。

(七) 肠镜操作技术要点

1. 循腔进镜，反复抽气，钩拉配合旋转，改变病人体位和手法防袢。

2. 根据肠腔形态的特点及腹部光点、轨迹为肠镜达到部位的标志。

3. 解除袢曲后，镜身通过直肠袢后的距离（乙、降结肠交界部距肛门 20~25 厘米，脾曲约 40 cm，肝曲约 60cm，盲肠 70~80cm）可供到达部位的参考。

4. 力争肠镜能插到盲肠或回肠末端，以检出多发癌和伴癌

病变等。

5. 患者若有剧烈腹痛、肠腔视野不清、狭窄等，应改换手法或终止检查，防止严重并发症。

6. 活检应在退镜时施行，但对微小病变，为了防止退镜时遗漏或反复寻找，亦可在进镜时施行。

7. 退镜时对肠腔各部位应仔细观察，并逐段抽气降低肠压，减轻腹胀及防止迟发性穿孔。

8. 每次肠镜用毕后，应由受过训练的专业人员将肠镜进行清洗和消毒。

9. 细胞涂片和活体组织应按要求固定，并送有关科室检查。

10. 必要时嘱患者在门诊休息，以观察有无并发症的发生。

四、超声切面显像诊断要点

(一) 检查前常规清洁洗肠。经腹壁检测时，先经肛门插入Foley管并将气囊充气，然后在超声监视下，将37°~40℃的生理盐水以均匀速度注入肠内。

(二) 经直肠检测时，将直肠探头置入一胶囊避孕套内并将尾端扎紧，涂抹石蜡油后经肛门插入通过肛管后，用注射器将胶囊内气体抽尽并注入50ml水。

(三) 对直肠中段以上部位病变采用经腹壁检测，对直肠下段病变采用经直肠检测，部分病例采用两种联合检测方式。

(四) 超声切面显像能显示大肠五层肠壁。其中粘膜层、粘膜下层和浆膜层为强回声，而粘膜肌层和固有肌层为低回声。

(五) 经腹壁检测大肠肿瘤的要害

1. 大肠肿瘤可有肠壁环形增厚型、肠壁局限性增厚型、蕈伞型和乳头型4种超声影像特征。

2. 应用此法对充满液体的肠管壁可作连续扫查，因而提高了定位的准确性。肠腔内液体与肠壁形成明显的对比，因而可能检出肠腔内较小的肿瘤。

3. 应用此法尚可判定病变累及肠管的范围，肠壁浸润深度以及邻近器官有无转移等。

4. 超声所证实的肠壁增厚并非恶性病变的特异征象。因此必须结合临床表现鉴别炎性增生、肠壁水肿和肠套叠（显示靶形及“双环状”）。

（六）经直肠检测可显示肿瘤低回声或相对低回声，并向肠壁深处凹陷，边缘向肠腔内突出，形态不规则呈菜花状隆起。直肠腔内超声检测除提供肿瘤大小、形态及与肛门距离外，尚可判断肿瘤浸润深度及周围受侵情况。此法方便迅速，不需特殊准备，可在术前、术后反复检查，而无放射性检查的顾虑。

（七）超声对发现肝占位性病变、腹主动脉周围病灶、盆腔转移病灶均有较高的灵敏度，从而可供决定治疗方案和预后估计作参考。

五、肿瘤标志物检测

肿瘤标志物中癌胚抗原测定应列为常规必测项目，术前测定尤为重要。测定方法有放射性核素及酶标方法等。

癌胚抗原（CEA）放射免疫测定的用途：

（一）诊断结肠癌 阳性率为 50% ~ 60%，远处转移的阳性率约为 80%。其特异性不高，对大肠癌早期诊断意义不大。

（二）判断癌肿预后 结肠癌病人术前 CEA 升高，手术切除干净则 CEA 可降至正常。若再复发，则 CEA 可再升高，可较临床症状早出现 10 周至 13 个月，因而可及时进行再治疗。但也有少数病例术后复发而 CEA 值并不升高。

（三）观察疗效 经手术、放疗、化疗后，CEA 值下降表示疗效良好，不降或持续上升则表示病情未控制。一般在手术后 6 周内 CEA 可降至正常，切除不完全则仅轻度下降，不能回复正常。

（四）监测复发 一般术后 6 周作 CEA 第一次复查，3 年内每 3 ~ 4 个月复查一次，3 ~ 5 年间，每半年一次，5 年后每年一次。

其它肿瘤标志物如 CA—50，CA—19，CA—242，对大肠癌的诊断与随访的意义尚不能肯定。

六、CT 检查

CT 检查主要适用于了解肿瘤对肠管外浸润的程度及有无局部淋巴结或远处脏器转移，可为术前分期及术后复查提供依据。

(吴金民 章士正 钱可大 冼棠超 郁金声)

第三节 组织及细胞学诊断规范

一、细胞学检查

大肠癌脱落细胞学检查的常用方法有直肠冲洗、肠镜直视下刷取、线网气囊擦取和肛门直肠病灶处指检涂片法等。本规范建议采用较为简单的肠镜直视下刷取及直肠肛门处肿瘤指检涂片法作直接涂片，必要时可将刷取物及指检套用盐水洗脱后，离心沉淀涂片。

(一) 涂片中的正常细胞（主要有 3 类）

1. 鳞状细胞 来自肛门及肛管，与其它涂片中所见鳞状细胞相似。

2. 柱状细胞 细胞为柱状，核较大，位于细胞基底部，核仁清晰，核膜较薄。结肠的柱状上皮较直肠为高。退化的细胞呈裸核状，此时核结构较模糊，但大小较一致。

3. 杯状细胞 正常涂片中不多见，但在炎症或肿瘤涂片中可增多。杯状细胞较柱状细胞为大，胞浆呈空泡状，核被挤于一侧，但无核异形，可与印戒细胞癌区别。

4. 其它 炎症细胞在正常涂片中数量甚少，炎症或肿瘤时，炎症细胞增多，且可见红细胞。其他尚可见食物残渣及细菌等。

(二) 涂片中的恶性细胞

1. 大肠癌主要为腺癌。腺癌细胞除具有恶性细胞的共同特点外，其核染色质颗粒粗大，核仁明显，核膜增厚，胞浆可呈泡状为其特点。诊断癌细胞必须找到一定数量的具有明显恶性特征的细胞。如只见到少数细胞具有上述特点，应进行复查或作活检以进一步确诊。

2. 涂片中发现核略增大，染色质略增多等变化，但不足以诊断为癌者，可诊断为核异质细胞。此类患者应复检或作活检。

二、活检标本的处理

（一）活检取材要求

1. 息肉样肿物。如肿瘤较小，应尽量将肿物全部切取送检，并应包括蒂部。如无明显瘤蒂，则应将肿物基底部粘膜同时切下送检。

2. 对较大的肿物进行活检时，应注意避免钳取肿物表面的坏死组织，如有可能应尽量钳取肿瘤基底部与正常粘膜交界处的组织。必要时，特别是疑有腺瘤癌变时，宜多处切取。

3. 溃疡型病灶应钳取溃疡边缘部的组织，不宜取溃疡面的变性、坏死组织。

（二）活检标本的病理取材

1. 息肉状肿瘤。取材时通过蒂部或靠近蒂部作纵切面，以保证切片中能見到瘤蒂（无蒂者，应注意切取基底部粘膜）。

2. 疑有腺瘤癌变者，应作多处取材，至少切取三个平行切面。

3. 其他小块活检组织，应尽量注意粘膜的包埋方向，以确保能观察到腺管的纵切面。

三、大肠癌手术切除标本的处理及取材规格

（一）标本固定 对大肠癌手术切除标本应首先探明肿瘤位置，然后沿肿瘤对侧肠壁剪开，将粘膜面朝上平铺，置 10% 中性福尔马林液中固定。通常需固定 48 小时后方能取材。

（二）观察与记录

1. 有条件时，在标本固定前可拍摄彩色照片，或固定后拍摄照片。

2. 取材记录应包括切除肠管的长度、周径，肿瘤的位置、大小、形状、正面观及切面观等形态特点。还应记述肉眼观察的浸润深度、肿瘤的生长方式。最后确定肿瘤的大体类型。

3. 对于息肉状病变，应记述其大小、形态、有蒂、无蒂等

情况。对于溃疡性病变，应记述溃疡的数目、位置、大小、形状、边缘及底部的情况等。对于多发癌灶，应各予以同样的详细记载。当大肠癌合并息肉、溃疡等其它病变时，应根据标本的正面观制作草图，并对每一病灶加以编号，分别描述、取材。

4. 取材记录可参照“大肠癌大体标本检查登记表”（详见本分册附录表1）

（三）取材规格

1. 癌肿组织取材规格如图1所示，取材必须通过肿瘤中心部及其一侧切取两条与肠管纵轴平行的长条形组织（可编号为A及B）。该组织必须包括肿瘤整个纵切面以及肿瘤两端癌旁肠壁各5cm。如无条件作完整的大切片时，可分割成段，自近端至远端依次编号为A₁、A₂……及B₁、B₂……。

2. 如有癌肿以外的肠壁病变，应另行编号取材。息肉状病变取材注意事项见本节“活检取材要求”。

3. 肠管上、下端切缘按常规各取组织一条，通常与肠管长轴垂直。在直肠癌浸润肠壁较深的病例，应作基底部切缘检查。

4. 淋巴结。大肠癌手术切除标本的淋巴结分为三大组，即肠旁淋巴结组、系膜淋巴结组及系膜动脉结扎处淋巴结组。

（1）肠旁淋巴结组（编号为C） 包括位于肠壁上的结肠上淋巴结，直肠旁淋巴结，沿升、降结肠内侧缘、横结肠、乙状结肠系膜缘分布的结肠旁淋巴结，以及回盲部前、后淋巴结。简言之，即位于紧贴肠壁及靠近肠壁侧系膜内的淋巴结。为了有利于掌握淋巴结的转移规律及其与预后的关系，并为临床确定根治手术范围提供依据，建议以肿瘤上、下缘为界，分为3个节段，将其所属淋巴结相应分为上、中、下3组、分别命名为旁上组（可编号C₁）、旁中组（C₂）及旁下组（C₃）。

（2）系膜淋巴结（编号为D） 本组包括沿结肠动脉分布的中间结肠淋巴结，沿回结肠动脉分布的回结肠淋巴结以及直肠上动脉旁淋巴结。此组淋巴结不再分亚组。

（3）系膜动脉结扎部淋巴结（编号为E） 指手术切除标本