

從大腸息肉到癌症的無聲進展
沒有不適，不代表沒事！

文・圖／內科部 消化系 主治醫師 張晉維

沒有症狀，就是健康嗎？

在診間常聽民眾抱持一種迷思：「我每天排便都很順暢，也沒有腹痛或看到血便，應該很健康，不需要做檢查吧？」或是認為「身體沒有感覺，就是沒問題」。然而，這種「以症狀判斷健康」的想法，正是預防醫學面臨的最大挑戰。事實上，許多癌症在早期階段幾乎是安靜無聲的。

以大腸癌為例，它是國人健康的一大威脅，長期名列癌症發生人數前二位，同時是癌症死亡率的前三名。大腸癌最可怕之處在於「無症狀期」，當危機在腸道內悄悄埋藏時，身體依然如常。因此，我們必須建立一個核心觀念：無症狀並不代表沒有疾病。真正能改變命運、及早發現病灶的關鍵，在於定期篩檢，而不是消極地等待症狀出現再治療。

無聲大腸癌如何悄悄形成？

可怕的大腸癌並非一蹴可幾，科學家發現大多數的大腸癌是遵循著「腺瘤－癌化序列（adenoma-carcinoma sequence）」逐步演變而來。這是一個漫長的過程，通常需要數年至十多年，讓正常黏膜逐漸發展成癌症。

演化過程大致可分為四個階段

一 正常大腸黏膜

健康的腸道細胞進行正常的更新與代謝，維持腸道功能。

二 大腸息肉形成

息肉是指大腸黏膜因細胞增生而形成的突起組織，大部分息肉在形成初期沒有任何症狀，且並非所有息肉都會癌化。常見種類包括：

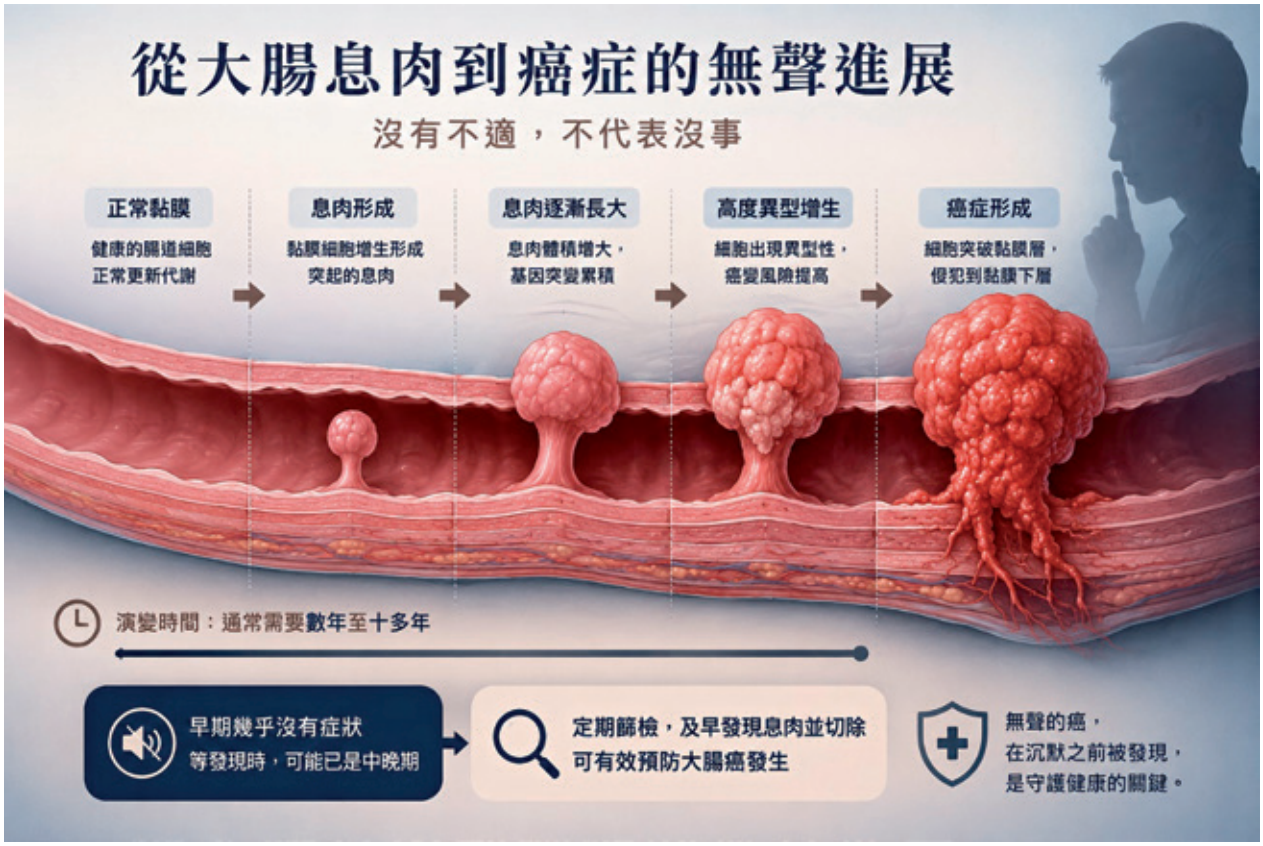
- **增生性息肉（Hyperplastic polyps）**：最常見，通常體積小、癌變風險極低，多見於直腸或乙狀結腸。
- **腺瘤性息肉（Adenomatous colon polyps）**：最重要的癌前病變，是多數大腸癌的前身，不論大小皆建議切除。
- **鋸齒狀病灶（Sessile serrated lesion, SSL）**：通常較平坦，常位於右側大腸，不易發現，但同樣具有明顯的癌化潛力。

三 息肉逐漸長大

隨著時間推移，息肉可能因基因突變（如APC、KRAS、TP53等）逐漸增大並出現異型增生。一般而言，息肉愈大（超過1公分）、具有絨毛成分或高度異型增生，其轉變為癌症的風險也愈高。

四 癌症形成

當異常細胞突破黏膜層，侵犯至黏膜下層時，便正式演變為大腸癌。



大腸息肉進展到大腸癌過程圖。（由ChatGPT生成）

哪些人比較容易得到大腸癌？

了解風險因子有助於我們評估何時應開始積極篩檢。這些因子可分為「不可改變」與「可改變」兩類。

一 不可改變的因子

- **年齡增加：**50歲後風險明顯上升，近年部分國家已將一般風險族群篩檢年齡提前至45歲。
- **家族史：**若一等親曾罹患大腸癌，自身風險明顯增加。
- **遺傳性疾病：**如家族性腺瘤性息肉症（FAP）及Lynch症候群，病人往往年輕時便可能產生大量息肉並快速癌化。

二 可改變的因子（生活型態相關）

- 高脂低纖飲食、過量攝取紅肉及加工肉品。
- 肥胖與缺乏運動。
- 吸菸及過量飲酒。
- 第二型糖尿病。

值得強調的是，多數大腸癌並非單純來自遺傳，而是與長期生活型態及環境因素密切相關，因此，建立健康生活習慣仍是降低風險的重要基礎。

為什麼早期大腸癌幾乎沒有症狀？

這是全文最重要的觀念之一。早期大腸癌之所以「安靜」，主要是因為病灶通常仍然很小。在初期階段，腫瘤不會影響糞便通過，也不會造成腸道阻塞，出血量往往極少，因此肉眼難以察覺。許多病人直到出現

以下警訊才會就醫：

- 血便或糞便帶有黏液。
- 排便習慣改變（腹瀉、便秘或糞便變細）。
- 不明原因貧血或體重減輕。
- 持續腹痛、腹脹，甚至腸阻塞。

然而，當症狀出現時，疾病往往已進展至較晚期，而非最早期。等待警訊出現才採取行動，常會錯過治療效果最佳的時機。

定期篩檢：讓無聲大腸癌「發聲前」被看見

現代醫學已讓我們有能力在癌症「發聲」之前就及早發現，甚至阻止它發生。目前主要的篩檢工具包括：

一 糞便潛血檢查（Fecal Immunochemical Test, FIT）

優點

❶ 簡單、方便、無侵入性。
❷ 可於居家自行採樣。
❸ 不需飲食限制。

限制

雖然糞便潛血檢查是目前最方便且有效的大腸癌篩檢工具，但它並非百分之百準確。研究顯示，約有三分之一的早期大腸癌可能不會出現糞便潛血陽性反應，而較小或較平坦的癌前息肉更容易被漏掉。因此，即使糞便潛血檢查結果為陰性，也不能完全排除大腸息肉或早期癌症的可能性；若屬於高風險族群或有持續症狀，仍應進一步接受大腸鏡檢查。

二 大腸鏡檢查

大腸鏡是目前最完整且最有效的大腸檢查方式。醫師可直接觀察整個大腸黏膜，一旦發現息肉，通常可立即切除，因此大腸鏡最大的價值，不只是早期發現癌症，更能在癌症形成之前移除癌前病變，真正達到預防大腸癌之目的。

近年來，高解析度內視鏡、窄頻影像技術（Narrow Band Imaging, NBI）及人工智慧（Artificial Intelligence, AI）的發展，更進一步提升了大腸鏡檢查的品質。AI並不是取代醫師，而是成為內視鏡醫師的「第二雙眼睛」。透過即時影像分析，AI能在檢查過程中協助辨識可能的息肉位置，當畫面出現可疑病灶時，系統會立即標示提醒醫師仔細觀察。對於體積較小、外觀平坦或容易隱藏於腸道皺摺間的病灶，AI有助於降低遺漏的機會，提升息肉與腺瘤的偵測率。

此外，新一代AI也能結合NBI等影像技術，即時分析病灶表面的血管及黏膜紋路，協助醫師判斷息肉的性質，作為是否切除及後續治療的重要參考。雖然最終診斷仍需依賴病理檢查，但AI已逐漸成為提升大腸鏡檢查品質的重要輔助工具。

三 誰應接受篩檢？

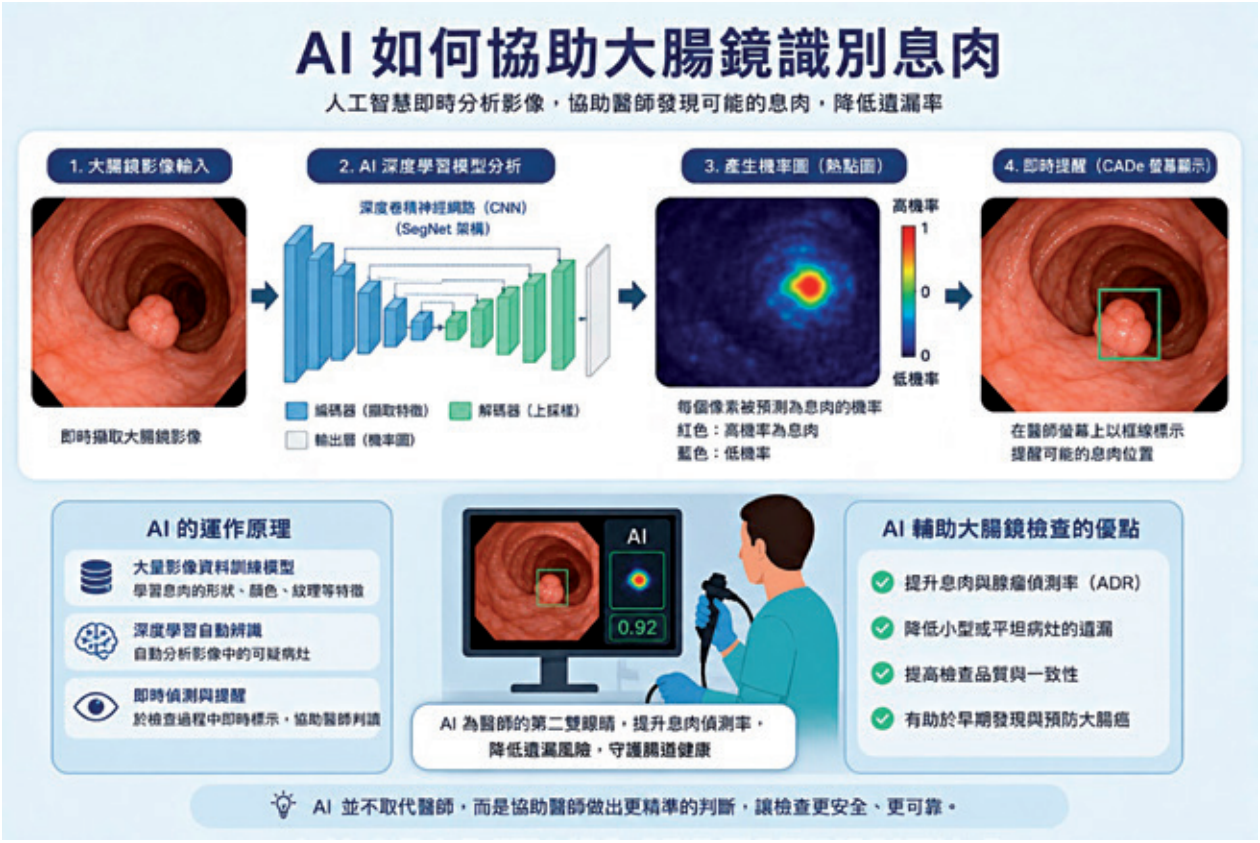
依台灣目前政策規範如下：

❶ **一般風險族群：**45至74歲民眾，政府提供每2年一次糞便潛血檢查。
❷ **高風險族群：**40至44歲且具有大腸癌家族史者，也應定期接受篩檢。

有家族性遺傳疾病或其他特殊病史者，應提早與專科醫師討論，安排適當的大腸鏡檢查。

及時切除息肉，就能真正有效預防癌症

大腸癌與其他癌症最大的不同在於，許多癌症只能做到「早期發現、早期治療」，而大腸癌則可以透過切除癌前息肉，達到「預防癌症發生」的效果。



人工智慧輔助大腸鏡息肉偵測之流程示意圖。（由ChatGPT生成）

目前常見的息肉切除方式

❶ **冷切除（Cold snare polypectomy）：**適用於大多數小型及中小型息肉，安全性高。

❷ **熱切除（Hot snare polypectomy）：**利用電燒切除帶柄或較大的息肉，可降低出血風險。

❸ **內視鏡黏膜切除術（EMR）：**適用於較大或扁平病灶，先於黏膜下注射藥液，再進行切除。

❹ **內視鏡黏膜下剝離術（ESD）：**適用於範圍較大或高度懷疑早期癌化的病灶，可進行整塊切除，提高完整切除率。

隨著AI技術的持續發展，部分系統亦可於切除前協助分析病灶特徵，提供醫師判斷病灶深度及治療策略的重要參考，協助選擇適合的內視鏡切除方式或是否需要進一步接受外科手術。AI雖然無法取代病理診斷，但可作為臨床決策的重要輔助工具，讓治療更加精準。

這樣做！從日常降低罹患大腸癌的風險

雖然年齡及遺傳等因素無法改變，但許多與大腸癌相關的危險因子，其實可以透過健康的生活型態加以改善。世界各國的研究皆指出，建立良好的生活習慣，配合定期篩檢，是降低大腸癌發生率及死亡率最有效的方法。

❶ 均衡飲食，維持腸道健康

建議每日攝取足夠的蔬菜、水果及全穀類等高纖維食物，增加糞便體積、縮短糞便

停留於腸道的時間，有助於維持腸道健康。同時應減少高脂肪飲食，以及紅肉（如牛肉、豬肉、羊肉）與加工肉品（如香腸、火腿、培根）的攝取，降低腸道長期暴露於致癌物質的機會。

❷ 規律運動，維持理想體重

規律的身體活動不僅有助於控制體重，也能改善代謝功能、降低慢性發炎反應，進而減少大腸癌的發生風險。建議每週累積至少150分鐘中等強度有氧運動，並搭配適度肌力訓練，以維持良好的身體狀態。

❸ 遠離菸酒，控制慢性疾病

吸菸與過量飲酒皆會增加大腸息肉及大腸癌的風險；此外，肥胖、第二型糖尿病等代謝性疾病也與大腸癌密切相關。因此，戒菸、節制飲酒、維持健康體重，以及積極控制血糖與其他慢性疾病，都是降低罹癌風險的重要措施。

❹ 定期接受篩檢，及早發現及早處理

即使維持良好的生活習慣，也無法完全避免大腸癌的發生。因此，符合篩檢資格的民眾仍應依建議定期接受糞便潛血檢查，若篩檢結果異常，應儘速安排大腸鏡檢查。若發現息肉或早期病灶，及時切除即可大幅降低癌化的機會，這也是大腸癌能夠「預防勝於治療」的重要原因。

結語

守住健康！「沒有不適」還是要篩檢

值得再次提醒的是，健康的生活型態能降低罹患大腸癌的風險，但並不能完全取代篩檢。唯有將健康生活、定期篩檢與適當治療三者結合，才能真正守護腸道健康，降低大腸癌對生命的威脅。

大腸癌不是突然發生的，它往往經歷多年沉默而緩慢的演變。真正決定預後的，不是有沒有感覺到症狀，而是發現疾病的時機。

隨著高品質大腸鏡檢查、窄頻影像技術及人工智慧的發展，我們已經擁有更精準的工具，在癌症尚未造成危害之前發現病灶，甚至在癌前階段就加以切除。科技的進步，讓「預防大腸癌」不再只是口號，而是可以真正實現的目標。

「沒有不適」固然令人安心，但真正守護健康的智慧，不是等待身體發出警訊，而是在疾病尚未發聲前主動採取行動。從一顆無聲的大腸息肉到演變為癌症，是一段可以被中途截斷的旅程。透過健康的生活型態、定期篩檢，以及醫療科技的持續進步，我們有機會在癌症發生之前守住健康，讓未來多一分安心，也讓生命少一分遺憾。

｜參考資料｜

1.衛生福利部113年國人死因統計
2.衛生福利部112年癌症登記報告
3.Colon polyps: updates in classification and management. Curr Opin Gastroenterol. 2024;40(1):14–20.
4.Colorectal polyps: pathophysiology, malignant potential, and advancements in therapeutic strategies. Med Oncol. 2025;42:287.
5.Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death. N Engl J Med. 2022;387(17):1547–1556.
6.Risk Factors for Colorectal Polyps and Cancer. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2022;32(2):195–213.
7.Imaging colonic polyps in 2024. Indian J Gastroenterol. 2024;43(5):954–965.
8.Impact of Artificial Intelligence on Miss Rate of Colorectal Neoplasia. Gastroenterology. 2022;163(1):295–304.
9.Real-time automatic detection system increases colonoscopic polyp and adenoma detection rates. Gut. 2019;68(10):1813–1819.