

# 大腸癌之診斷與治療指引

報告者：郭昭宏 副教授

高雄醫學大學附設醫院 胃腸內科

高雄醫學大學附設醫院 醫務秘書

高雄醫學大學 醫學系 醫學博士



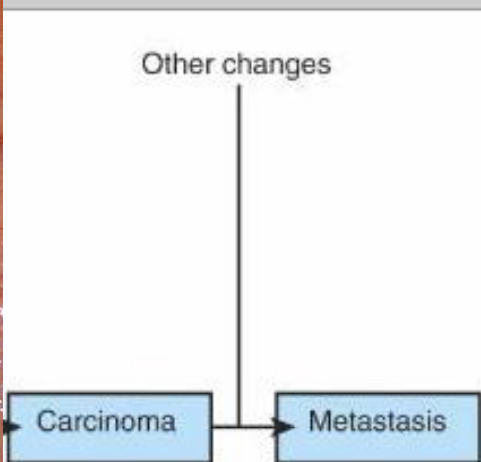
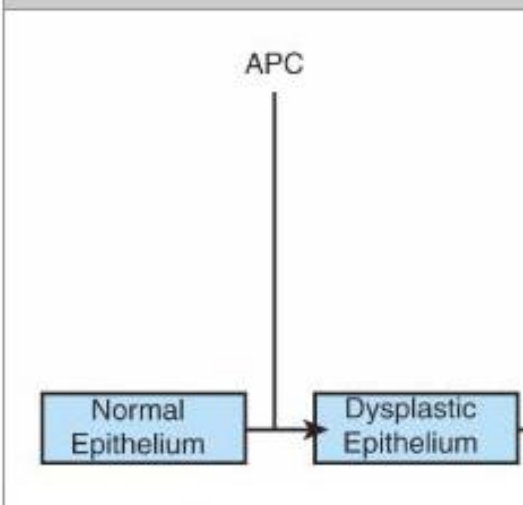
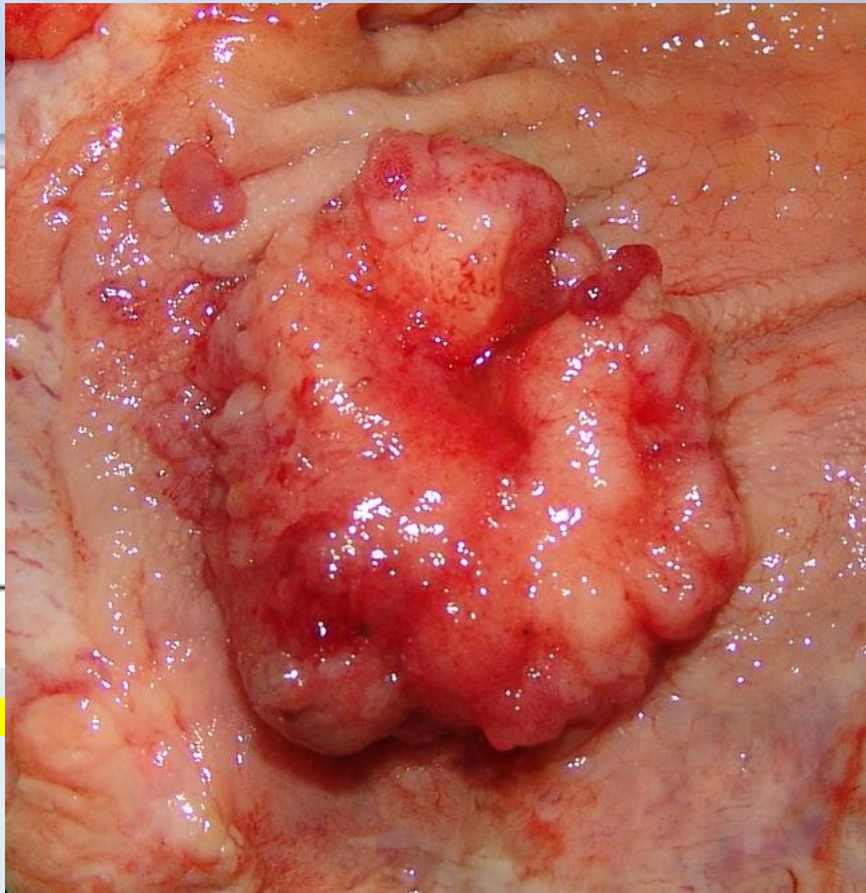
- 大腸屬下消化道，長約150公分（5~6呎），直徑約2 1/2吋。大腸分為三部分：
- 盲腸（Cecum）：2~3吋。
- 結腸（Colon）：又分為升結腸、橫結腸、降結腸及乙狀結腸。
- 直腸（Rectum）：7~8吋。大腸之主要功能為吸收水分、交換電解質、貯存和排泄糞便。



# 簡介

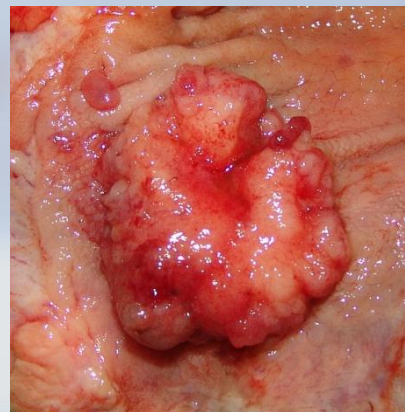


- 結直腸腫瘤均由腺瘤發展而來
- 而腺瘤有三種：
  - 管性腺瘤 (tubular adenoma)
  - 絨毛狀腺瘤 (villous adenoma)
  - 絨毛管狀腺瘤 (tubular villous adenoma)
- 而其中以絨毛狀腺瘤轉變惡性機會較大



progression from  
carcinoma of

epithelium to





- 在不同部位發生腫瘤比例，如下圖.

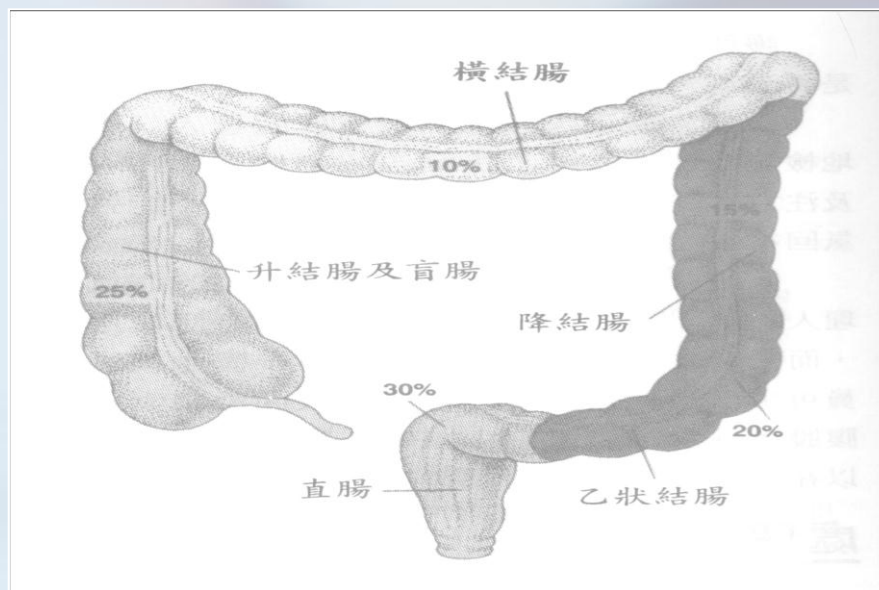
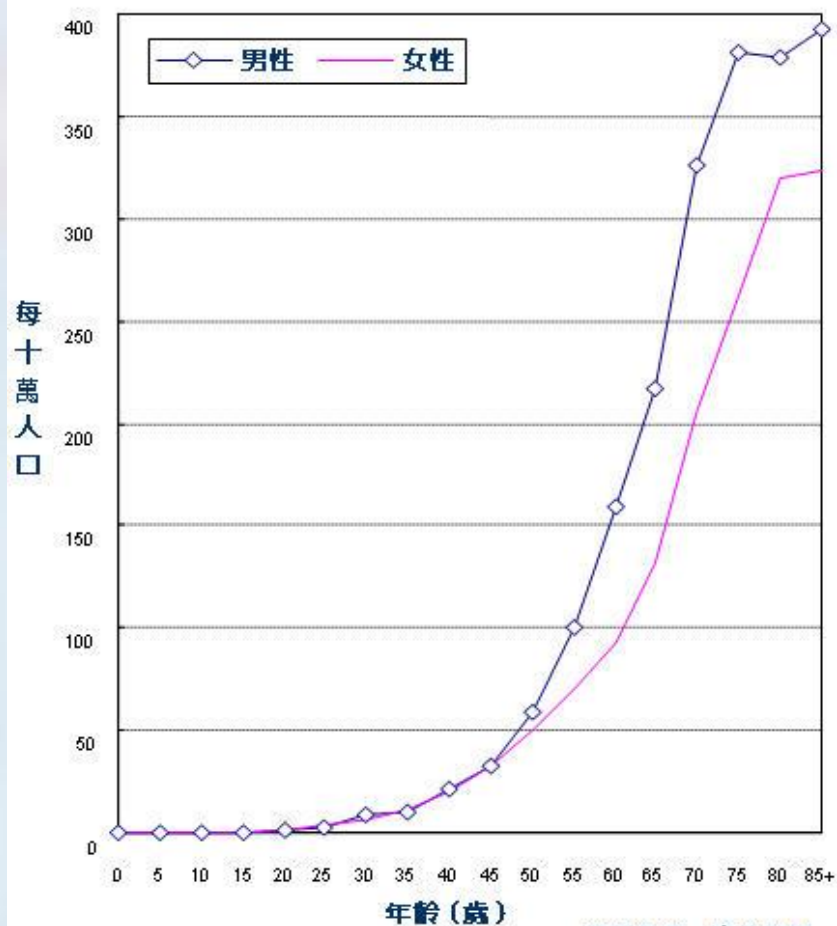




圖 1 : 97 年大腸癌年齡別發生率



資料來源：癌症登記



# 大腸直腸癌之流行病學及病因-1

- 基因之影響：少數之大腸癌有家族遺傳史，如家族性大腸瘻肉症：透克氏症(Turcot Syndrome)、嘉得氏症(Gardner Syndrome)，這些病人不受環境及食物之影響，而隨年齡之增加逐漸發生大腸癌。大約10%的大腸直腸癌是和遺傳基因有關。
- 環境因素：不同地區的發生率不同，其差別可到數十倍之多。非洲之卡達地區發生率為0.6/100,000；美國有些州為32.4/100,000。這些不同並非種族基因不同之影響，不同種族之移民到一新地區，其大腸癌之發生率也會隨之改變。
- 性別：性荷爾蒙可能與大腸癌有關，因更年期前之女性比同年齡男性有較高發生率，其後兩性差不多



# 大腸直腸癌之流行病學及病因-2

- 大腸炎症：潰瘍性結腸炎(Ulcerative Colitis)及克隆氏症(Crohn's Disease)兩者均易有惡性變化。前者發病後，每多治一年，癌之發生率便多1~2%；後者惡性變化為一般人的20倍以上。
- 膽囊切除後之影響：膽囊為儲存濃縮之膽汁，而膽汁之分泌最後大部分由小腸末端吸收。當膽囊被切除後，膽汁直接經總膽管流入腸道，而膽汁中之次級膽汁(secondary bile)因含致癌物質，進而影響大腸粘膜，增加大腸直腸癌之發生，特別是右側大腸癌。
- 水質之影響：加氯消毒處理後之自來水，因某些氯化物有致癌作用。同時氯會干擾食物中硒元素之吸收，而後者可以減少大腸直腸癌之發生。





# 大腸直腸癌之流行病學及病因-3

- 食物之影響：食物中脂肪或膽固醇增多時，腸中脂肪酸、膽酸及中性膽固醇皆增加，腸道細菌會將其分解產生致癌物質。油炸食物，脂肪含量愈高、溫度愈高、時間愈長，則突變愈強。另外發現素食者有較低之發生率。約二十年前，讀者文摘即曾報導安息日會之教友較少發生乳房、胰臟及大腸等癌症，此與水煮及素食有關。
- 其他癌症之影響：據統計，乳癌、子宮內腫瘤及卵巢癌患者，亦較易得大腸直腸癌，可能與肥胖及雌激素（Estrogen）有關。



# 症 狀



## ■ 依腫瘤的位置而有差異

部 位	症 狀
右半結腸腫瘤 (包括盲腸)	<ol style="list-style-type: none"><li>1.腹部模糊不清的不適感或痙攣痛、鈍痛，可能觸摸到腫瘤</li><li>2.解血便</li><li>3.全身無力或疲倦、噁心、嘔吐、腹脹、貧血</li><li>4.腹瀉或便秘交替、可能出現黑便</li></ol>
左半結腸 (包括乙狀結腸)	<ol style="list-style-type: none"><li>1.解血便或黏液便</li><li>2.排便型態改變：腹瀉或便秘情形</li><li>3.糞便性狀改變：細條狀</li><li>4.裡急後重感：解不乾淨的感覺</li><li>5.腸阻塞症狀：腹脹、腹絞痛、嘔吐、腸蠕動音減弱或消失</li></ol>
直 腸	<ol style="list-style-type: none"><li>1.肛門指診時觸及糞便有帶血情形</li><li>2.排便有裏急後重感</li><li>3.肛門周圍疼痛、血便</li></ol>



# 檢查方式-1

- **直腸指診**：醫師將帶手套的手指經肛門放入直腸，用手指感覺直腸壁上可能的病灶。這方法最簡單而且可立刻執行。
- **糞便潛血檢驗**：偵測糞便中是否有少量或是肉眼看不出來的血液。這項檢查不但簡單而且便宜，可惜只能查出正在出血的大腸癌或大腸息肉。根據研究顯示，有接近一半的大腸癌病人和百分之九十的大腸息肉病人，用糞便潛血檢驗檢查不出來。另外，糞便潛血檢驗陽性的人當中，則只有大約百分之十的人真的罹患大腸癌。其它疾病或食物也可能造成糞便潛血檢查陽性，所以很多醫師使用其它更準確的篩檢方法，取代糞便潛血檢查。



# Screening Guidelines for Colorectal Cancer

Population	Initial Age	Recommended Screening Test
Average risk	50 years	Annual FOBT <i>or</i> Flexible sigmoidoscopy every 5 years <i>or</i> Annual FOBT and flexible sigmoidoscopy every 5 years <i>or</i> Air contrast barium enema every 5 years <i>or</i> Colonoscopy every 10 years
Adenomatous polyps	50 years	Colonoscopy at first detection; then colonoscopy in 3 years If no further polyps, colonoscopy every 5 years If polyps, colonoscopy every 3 years Annual colonoscopy for >5 adenomas



# Screening Guidelines for Colorectal Cancer



Colorectal cancer	At diagnosis	Pretreatment colonoscopy; then at 12 months after curative resection; then colonoscopy after 3 years; then colonoscopy every 5 years, if no new lesions
Ulcerative colitis	At diagnosis; then after 8 years for pancolitis, after 15 years for left-sided colitis	Colonoscopy with multiple biopsies every 1–2 years
Crohn's colitis		
FAP	10–12 years	Annual flexible sigmoidoscopy
		Upper endoscopy every 1–3 years after polyps appear
Attenuated FAP	20 years	Annual flexible sigmoidoscopy
		Upper endoscopy every 1–3 years after polyps appear
HNPCC	20–25 years	Colonoscopy every 1–2 years
		Endometrial aspiration biopsy every 1–2 years
Familial colorectal cancer 1st degree relative	40 years or 10 years before the age of the youngest affected relative	Colonoscopy every 5 years
		Increase frequency if multiple family members are affected, especially before 50 years



# 大腸癌篩檢相關規定

- 定量免疫法糞便潛血檢查
  - 50歲以上至未滿70歲者，每2年補助1次
- 辦理定量免疫法糞便潛血檢查檢查機構
  - 全民健康保險特約醫療院所
  - 衛生署認證的糞便潛血檢驗醫事機構
  - 透過其檢驗部門或委託代檢之檢驗醫事機構，將檢查結果與確診結果傳輸至衛生署指定之系統
  - 如申請辦理社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意



# 化學法



- 糞便潛血試驗依反應原理可分為化學法與免疫法，其中，化學法因為是利用血紅素中之部分結構Heme具有過氧化酶的活性，而使氧化還原反應進行，缺乏對人類血液之專一性，因此採集檢體前三天開始即必須限制某些食物（如紅肉、動物血及含過氧化酶的蔬菜）、非類固醇消炎藥物及鐵劑的攝取，以減少偽陽性反應；另外，維生素C之攝取則可能會造成偽陰性的結果。



# 免疫法



- 糞便潛血免疫法則是利用針對人體血紅素反應的抗血清或抗體進行抗原抗體反應，因此專一性高，不會受到食物過氧化酶、動物血和維他命C影響，並且有較高的敏感度，適合對糞便中低濃度的潛血檢測；然而，因為是抗原抗體反應，所以要特別注意檢體的保存（也就是備有檢體保存液），以免血紅素受糞便中細菌破壞而導致偽陰性結果；另外，也要注意定量採檢，以避免抗原（血紅素）過多而導致反應偽陰性（Hook effect）。化學法檢測原理，因不受血紅素抗原性被細菌破壞的影響，適合檢測上消化道出血。



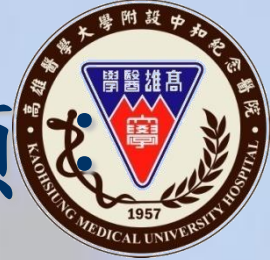


# 何謂 iFOBT

immunity Fecal Occult Blood Test (iFOBT)  
定量免疫法糞便潛血檢查

iFOBT 因為是抗原抗體反應，利用抗體偵測人血紅素的球蛋白，特異性高，不受其他動物的肉和血所干擾，亦不受蔬菜和藥物影響，無假陽性之虞，因此不必受檢前限制飲食，準確度相對提高許多。

**Eiken** 參考區間 0~100 ng/dl  
**Kyowa** 參考區間 <12 ng/dl



# 採集糞便時應注意下列事項

- 受檢者不須特別限制食物，有痔瘡便秘出血、血尿或月經期間不適合做此檢驗。
- 酒精及一些藥物如spirin, indomethacin, resepine, phenylbutazone, corticosteroids，及抗過敏非類固醇的藥物，可能在有些病人身上造成腸胃刺激不間斷出血。這類物質應於受檢日前48小時起停用。
- 免疫法糞便潛血試驗所需之檢體為新鮮糞便，且應使用特定採便容器於糞便排出後立即採集，以採集棒碰觸穿刺採集3-6處不同部位的糞便檢體，採便容器內應有定量的保存劑。非特定採便容器所採集之糞便檢體不可用於免疫法糞便潛血試驗。
- 特定採便器應具有定量採集糞便檢體之功能。



# 篩檢陽性怎麼辦



IFOBT 篩檢結果為陽性者，因檢查並非百分之百，當有任何異狀時，仍應找專科醫師進一步接受確診。

## 確診方式

1. **大腸鏡**：可以看到完整的大腸及大部分腸內病變，並具切片及診斷功能
2. **直腸鏡**：位於直腸的癌症，可由直腸鏡檢查出來。
3. **乙狀結腸鏡**：乙狀結腸鏡檢查是發現結腸病灶的方法。
4. **大腸鋇劑檢查**：服用鋇劑後對大腸的特殊X光攝影檢查。
5. 其他



# 檢查方式-2



- **乙狀結腸纖維鏡檢**：醫師利用一種細長、可彎曲、具有光源、並能攝影的管子（稱之為乙狀結腸纖維鏡），從肛門放入直腸、乙狀結腸、和一部份的降結腸，正好是大腸癌比較常發生的位置，就可以看到腸子內部是否有任何病變。在檢查之前只要先灌腸，排出殘留的糞便。檢查時不會痛，感覺就像灌腸般不舒服。如果可彎曲的乙狀結腸鏡和糞便潛血檢查配合篩檢大腸癌，則可以偵測出更多的大腸癌和息肉。當乙狀結腸纖維鏡發現大腸癌或是息肉時，便必須進一步接受大腸鏡檢查。



# 檢查方式-3

- **大腸鏡檢**：大腸鏡就像乙狀結腸纖維鏡般，但是長度更長，可以安全且有效的檢視所有的大腸，包括直腸和結腸。大腸鏡檢時如果發現息肉或是腫瘤，還能立刻執行息肉切除術或是摘取一小塊組織，送病理檢驗室作進一步化驗。在大腸鏡檢查前要做正確的清腸準備，以避免阻礙病灶的尋找、觀察和處理。大腸鏡檢查會不舒服，但是通常不會痛。在檢查時，可能會給予注射藥物，幫助放鬆心情和入睡。



# 新工具-NBI

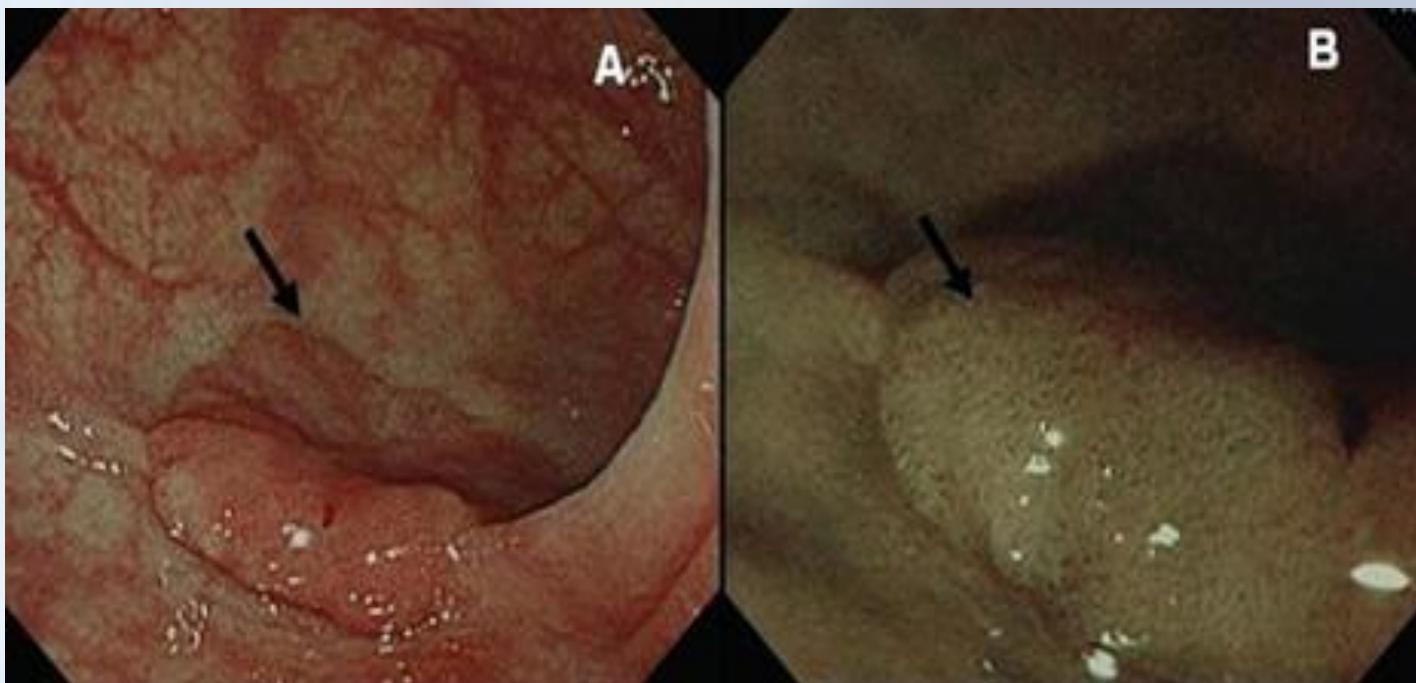
- 傳統之內視鏡檢查對於早期食道癌、早期大腸癌的偵測比不上窄頻影像內視鏡系統（Narrow Band Imaging）。因為對於扁平、輕度表面隆起或表面凹陷之病灶，窄頻影像內視鏡系統可以更清楚針對這些病灶表面之腫瘤血管照相（圖1及圖2）。因而提高早期食道癌、早期大腸癌的診斷率。
- 窄頻影像內視鏡系統的原理是將長波長的紅光利用旋轉濾鏡過濾，而讓短波長的藍光集中照射在黏膜淺層，因此使這些病灶表面之腫瘤血管無所遁形。此外擴大型內視鏡可將病灶影像放大80~100倍，使這些腫瘤病灶更易清楚觀察。



# 新工具-NBI



圖2A：傳統內視鏡大腸腫瘤影像  
2B：窄頻影像系統及擴大內視鏡大腸腫瘤影像





# 檢查方式-4



- **大腸雙相鋇劑攝影檢查**：將液體狀的顯影劑（鋇劑）和空氣，經由肛門灌入大腸中，再利用X光攝影間接觀察大腸內壁是否有異常的地方。對於偵測比較大的腫瘤，效果和大腸鏡一樣好。但是，對於比較小的腫瘤和息肉，偵測效果則是大腸鏡比較好。另外，鋇劑攝影後仍需大腸鏡檢查以確定診斷。鋇劑攝影在檢查前也要做清腸準備，才能清楚的尋找病灶。





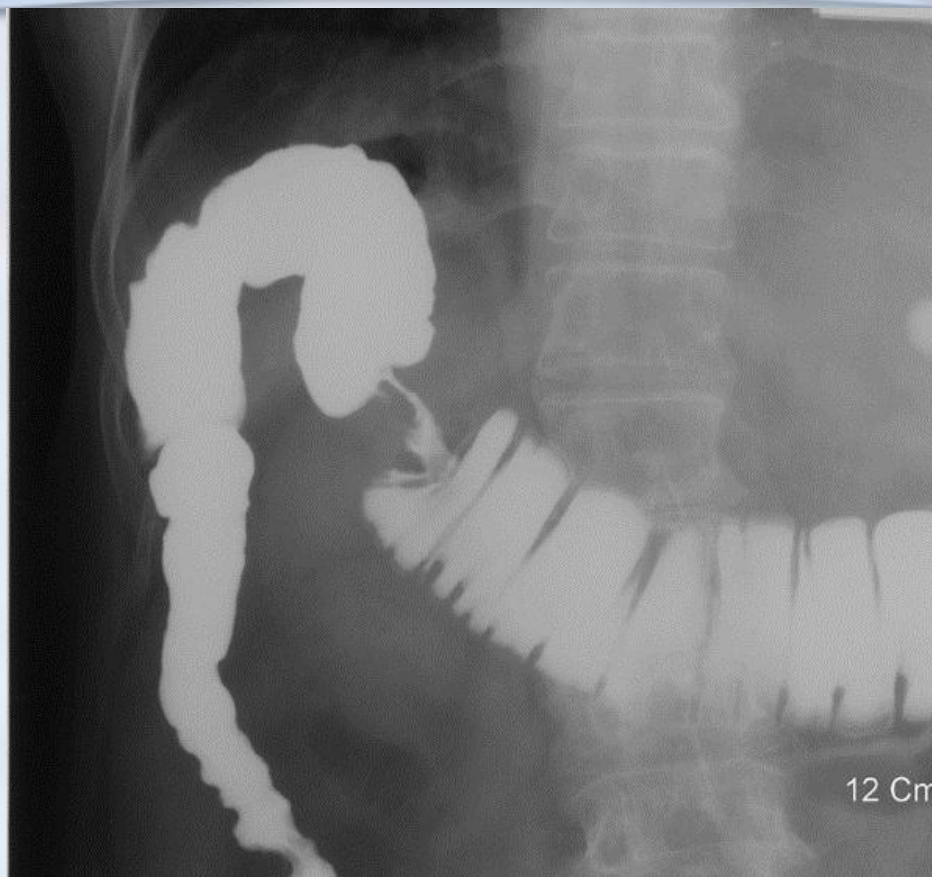
圖片來源網站  
[surgeon.pixnet.net](http://surgeon.pixnet.net)



圖片來源網站  
[surgeon.pixnet.net](http://surgeon.pixnet.net)



# LGI-normal



圖片來源網站  
[surgeon.pixnet.net](http://surgeon.pixnet.net)



# CT



腹部電腦斷層：有助於確定  
腫瘤的存在及病變的範圍

圖片來源網站  
[surgeon.pixnet.net](http://surgeon.pixnet.net)



# 虛擬內視鏡



圖片來源網站  
[tygh.doh.gov.tw](http://tygh.doh.gov.tw)



# 腫瘤記號蛋白(CEA)



- 又稱腫瘤胚胎抗原，係從結直腸癌細胞分離出來的蛋白，即是正常細胞所沒有的，因此它在血中濃度可能會隨著結直腸癌的發生而升高，臨床上，CEA用於手術後，腸癌有否再發的偵測之用。



# 大腸鏡檢頻率之建議

- 罹患大腸息肉的人，而且息肉種類屬於具有癌變潛力者，建議隔年或者三年內複檢大腸鏡。
- 如果一等血親，像是父母、兄弟姊妹、或子女，已經罹患大腸癌，則建議從四十歲開始，每五年檢查大腸鏡一次。對於一等血親年輕時就罹患大腸癌的情況下，則建議比其診斷年齡提前五年開始，每五年檢查一次大腸鏡。
- 如果家族中有幾位親屬，在不同的世代罹患大腸癌，而且診斷的年齡比較年輕，建議在二十一歲開始，每二年檢查一次大腸鏡；從四十歲開始，每年檢查一次大腸鏡。



# 大腸鏡檢頻率之建議



- 家族中如果有人罹患家族性腺瘤的息肉症，則最好從青春期（十二歲至十四歲左右）開始，每年檢查可彎曲的乙狀結腸鏡。萬一發現家族性腺瘤的息肉症，則應與醫師討論，及早切除所有的結腸和直腸。
- 已經罹患大腸癌的個人，在手術切除大腸癌之後，除了每三個月的複診之外，每年應接受大腸鏡檢查一次。
- 對於有發炎性腸疾（潰瘍性結腸炎或克隆氏腸炎），而且侵犯全部大腸超過八年病史的病人，應每年或每兩年檢查大腸鏡一次。至於局限於左側大腸的發炎性腸疾病人，應在超過十五年病史後，每年或每兩年檢查大腸鏡一次。
- 曾經罹患乳房、卵巢、或是子宮方面癌症的女性，在她一生之中，大約有六分之一的機會罹患大腸癌。所以應該從四十歲開始，每三至五年檢查大腸鏡一次。





# 陽性個案追蹤之重要性-1

- 研究顯示每1~2年糞便潛血檢查可有效降低18~33%之大腸癌死亡率。
- 糞便潛血檢查不僅可以早期發現大腸癌，還可以發現大腸癌的癌前病變（瘻肉）經切除後可以避免進展為癌症
- 99年有近100萬名50~69歲民眾接受糞便潛血檢查，其中陽性個案69,024人
- 每2個陽性個案，可發現1名瘻肉個案，這些個案只要切除瘻肉，即可避免進展成大腸癌。
- 每23個陽性個案，可發現1名大腸癌個案
- 99年糞便潛血檢查陽性個案仍有22,650人尚未接受進一步確診，推估其中約有12,300人可能已有瘻肉或大腸癌的存在

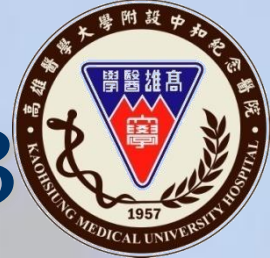


## 陽性個案追蹤之重要性-2

- 99年的大腸癌篩檢資料亦發現，約有49%的息肉和64%的大腸癌是位於直腸或乙狀結腸，但位於盲腸或升結腸的息肉和大腸癌亦分別有20%和15%
- 故糞便潛血檢查異常的民眾，若只有接受乙狀結腸鏡檢查是不夠的，應接受全大腸鏡確診，以免漏失位於盲腸或升結腸的息肉和大腸癌。



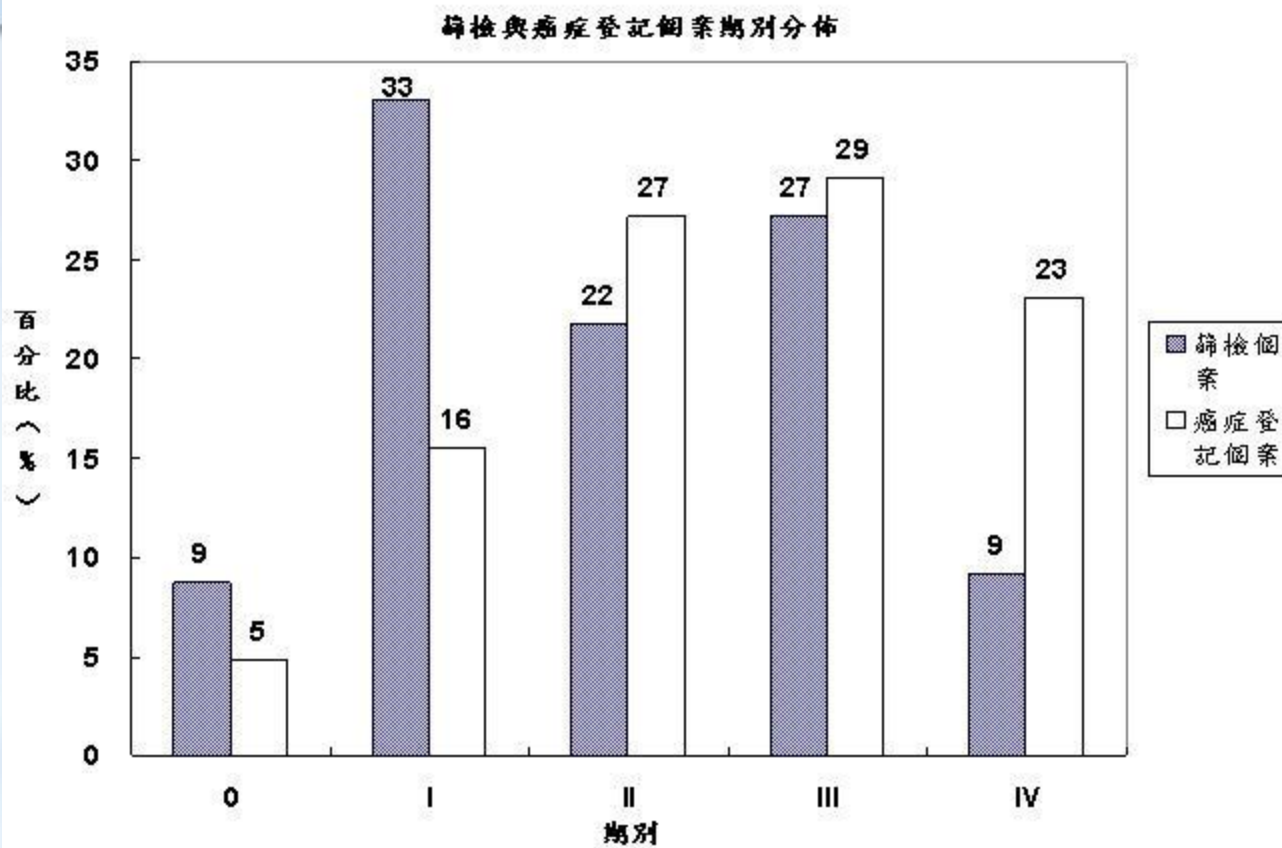
# 陽性個案追蹤之重要性-3



- 比較93~97年篩檢與癌症登記之大腸癌個案期別分布顯示，經由糞便潛血檢篩檢發現的大腸癌，0~1期個案所佔的比率遠高於癌症登記，由21%提高至42%，並大幅降低第4期個案所佔比率，由23%降至9%
- 顯示糞便潛血篩檢確實可早期發現大腸癌，而1期以下的大腸癌5年存活率可以高達8成以上。



圖 2:



資料來源：：93-97 年大腸癌篩檢資料與癌症登記資料。



# 93-97年大腸癌各期別個案數與 5年存活率

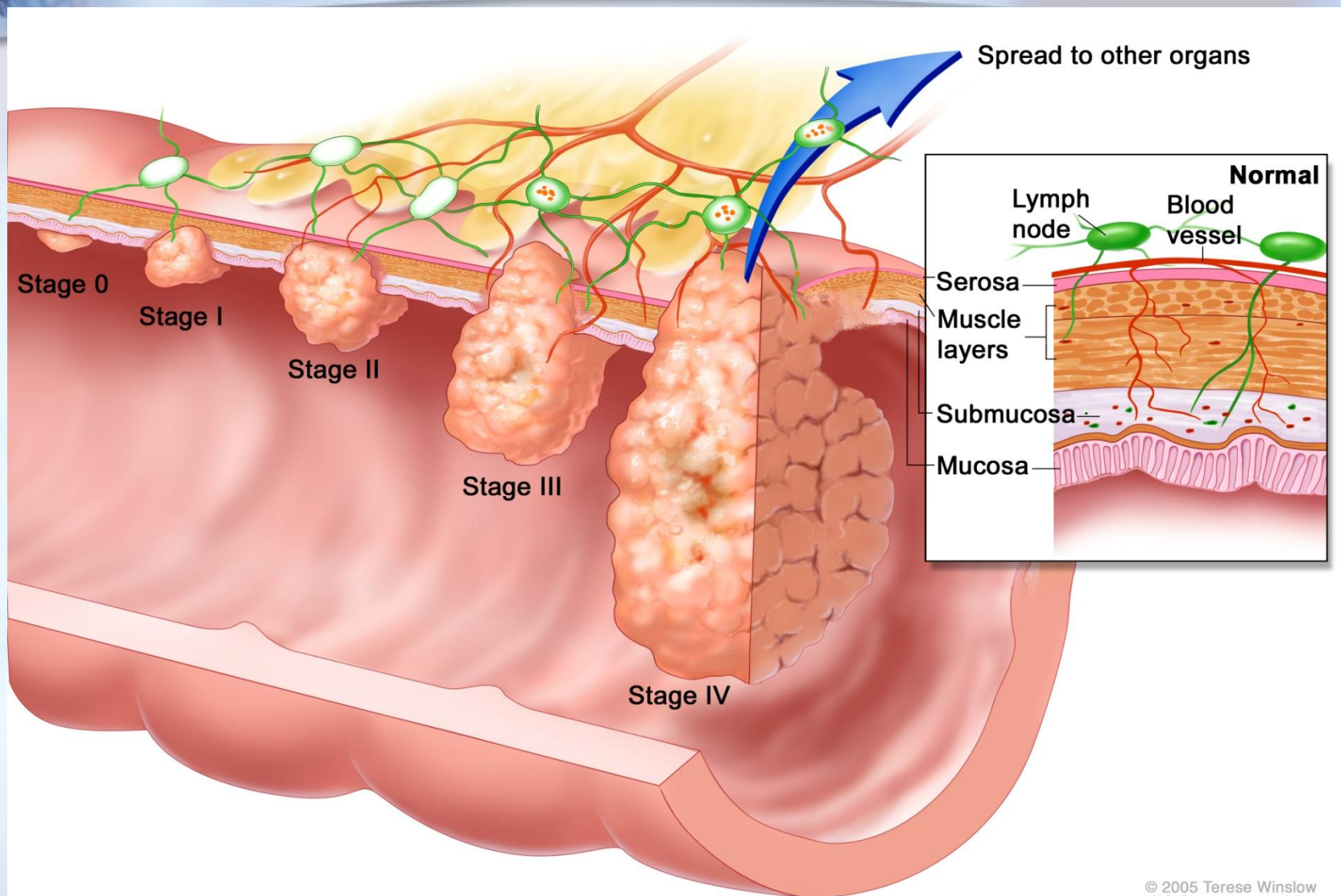
93-97年共有44家醫院申報36,708筆大腸癌期別資料  
(約佔全國8成的大腸癌個案)

期別	個案數	百分比(%)	5年存活率(%)
0期	1,806	5	86
1期	5,717	16	81
2期	10,003	27	72
3期	10,704	29	57
4期	8,478	23	12

# 大腸直腸癌傳播途徑

- ◆ 直接侵犯鄰近器官組織，例如胃、十二指腸、小腸、腹壁、子宮、膀胱、攝護腺、骨盆腔壁
- ◆ 腸腔內傳播 (Intraluminal spread)
- ◆ 淋巴組織：先到 epi-, para-colic; epi-, para-rectal nodes), Intermediate nodes), 而後到頂淋巴腺 (Apical nodes, central nodes), 大致上沿著血管走向。
- ◆ 血流：通常經由門脈最先到肝臟，再到身體其他器官。
- ◆ 腹膜散佈 (peritoneal seeding)
- ◆ 腸壁內延伸 (Intramural or Intramucosal)

# TNM Staging of Colorectal Carcinoma





# TNM 系統的定義

## 原發性腫瘤 [T]

Tx：無法評估的原發性腫瘤

To：無跡象的原發性腫瘤

Tis：原位癌：上皮細胞層內或只侵犯到固有層 (lamina propria)

T1：腫瘤侵犯到黏膜下層

T2：腫瘤侵犯到肌肉層

T3：腫瘤侵犯穿透肌肉層至漿膜層，或無腹膜覆蓋之大腸及直腸周圍組織

T4：腫瘤直接侵犯至其他器官或結構，以及/或穿過腹膜的臟器層 (visceral peritoneum)。

- Tis 包括癌細胞局限於腺體的基底層或固有層而未透肌肉性黏膜層 (Muscularis mucosae) 至黏膜下層。
- T4 中所指之直接侵犯包括藉著漿膜而侵犯至其他段落的大腸直腸，例如盲腸癌侵犯至乙狀結腸。





# TNM 系統的定義(2)



## 淋巴結 [N]

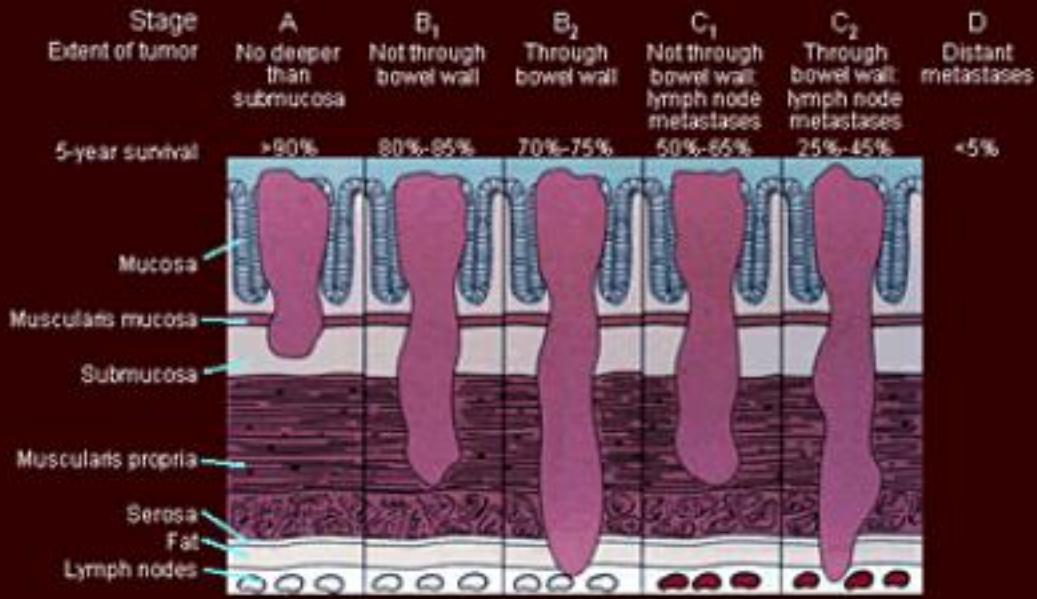
- Nx：局部淋巴結無法評估
- No：無局部淋巴結之轉移
- N1：有1至3個局部淋巴結轉移
- N2：有4個以上之局部淋巴結轉移

## 遠處轉移：[M]

- Mx：未做評估
- Mo：無遠處轉移
- M1：有遠處轉移



# Staging of CRC



Adapted from Skarin AT. *Slide Atlas of Diagnostic Oncology*. New York, NY: Gower Medical Publishing; 1997. Fig 5.98.



# Dukes 的分期方法

- A 期：癌細胞局限在腸壁上，未穿透腸壁，一般以侵犯黏膜、黏膜下層為主。治癒率90%以上。
- B 期：癌細胞已侵入肌肉層或漿膜層尚未有淋巴轉移。治癒率65%左右。
  - B<sub>1</sub>→局限於腸粘膜內
  - B<sub>2</sub>→擴散到漿膜層連接組織處、淋巴結無轉移
  - B<sub>3</sub>→擴散到漿膜層連接組織處及侵入鄰近器官、淋巴結無轉移
- C 期：癌細胞已侵入腸周圍的淋巴組織。治癒率35%。
  - C<sub>1</sub>→限制於腸腔內、淋巴結有轉移
  - C<sub>2</sub>→已穿過腸腔、淋巴結有轉移
  - C<sub>3</sub>→已穿過腸腔及侵入鄰近器官、淋巴結有轉移
- D 期：癌細胞已轉移到其他部位如肝、肺等處。治癒率為小於5%。



# 治療



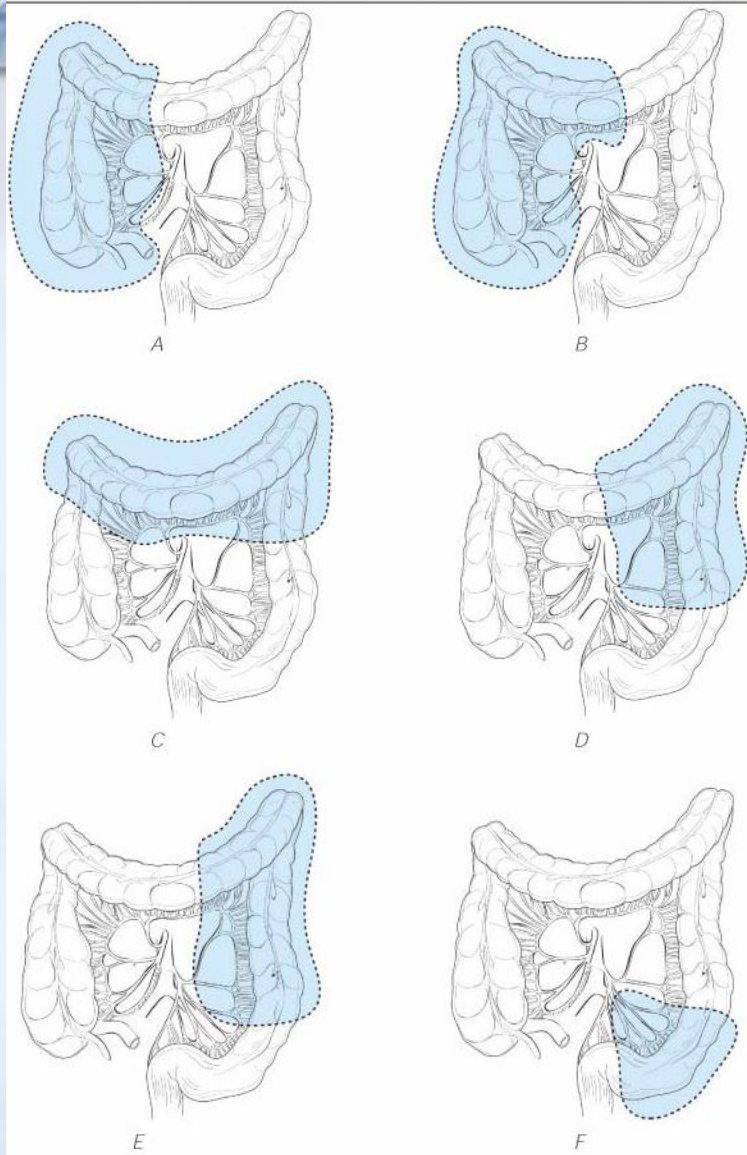
- 大致說來結直腸癌的治療方式主要有三種：
  - 外科手術
  - 放射治療
  - 化學治療。
- 會依據臨床檢查與癌症分期的結果來建議病人選擇適當的治療方式，有時僅採其中一種治療方式，有時會合併使用。另外有些醫師也會建議一些尚未完全定論的免疫治療及化學治療等



# 外科手術治療

- 外科手術切除一直是大多數腫瘤治療的主力，因為唯有能完全切除才有治癒的可能，對結直腸癌也是如此。而依腫瘤位置的不同，採取的手術方式也會稍有不一樣，除了將腸道腫瘤切除外，通常也會將附近的組織與淋巴移除掉。常見的手術種類有
  - 腹會陰部切除術（A.P.R., Abdominal Perineal Resection）
  - 低前位切除術（L.A.R, Lower anterior resection）
  - 前位切除術（A.R, Anterior resection）
  - 左半結腸切除術（Left Hemicolectomy）
  - 右半結腸切除術（Right Hemicolectomy）
  - 次全結腸切除術等（Subtotal colectomy）
- 有些末期的結直腸癌病患，僅能進行症狀治療，不一定能接受切除手術治療，此時手術的主要目的在於解除如腸阻塞、大量出血等併發症，減少病患的不適，而非求得痊癒
- 至於是否需要做結腸造瘻口，通常要看腫瘤部位及其侵犯程度，一般說來病灶若在距離肛門口五公分以上，則較有機會不做結腸造瘻。有時因腹腔內感染，或腸內壓力過大則須先進行結腸造瘻。

# Extent of resection for colon cancer



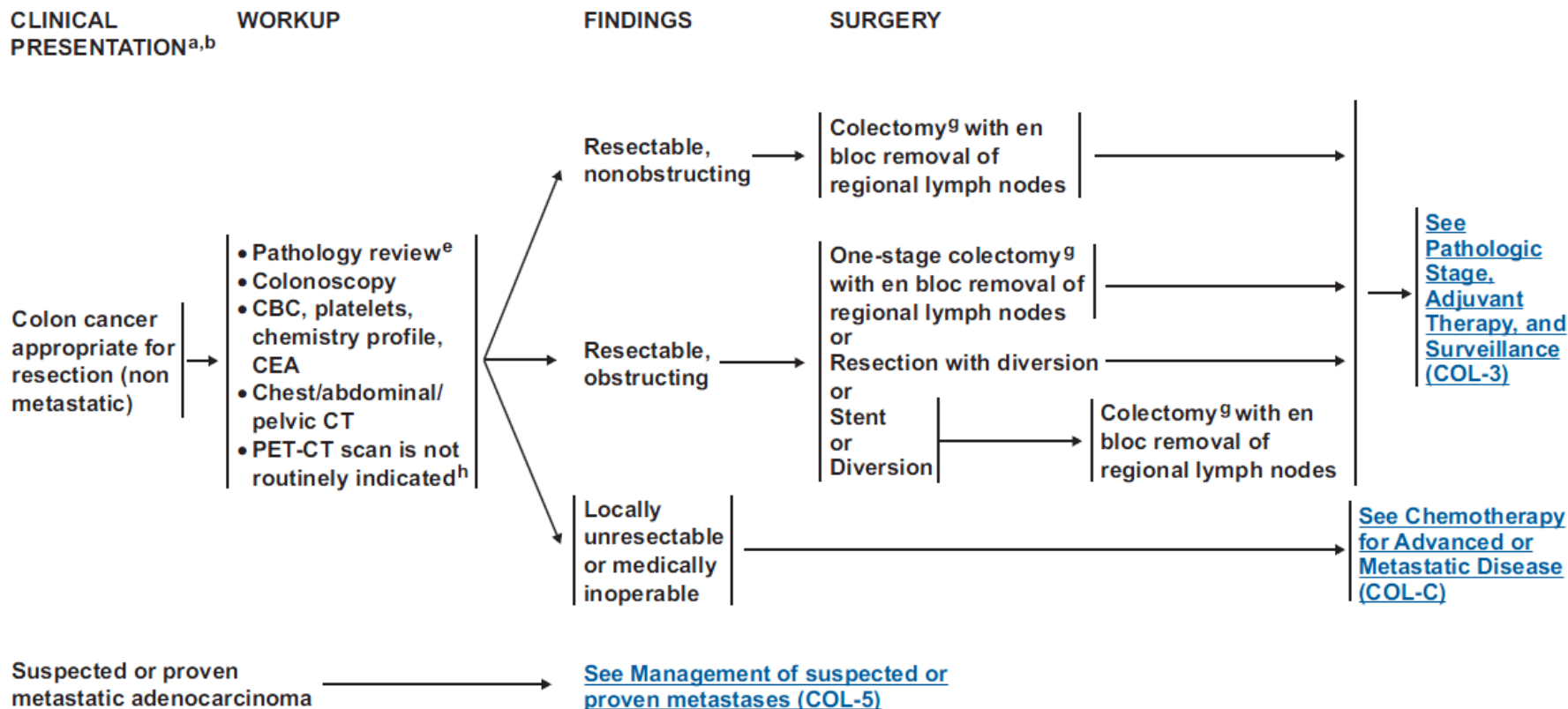
- A. Cecal cancer.
- B. Hepatic flexure cancer.
- C. Transverse colon cancer.
- D. Splenic flexure cancer.
- E. Descending colon cancer.
- F. Sigmoid colon cancer.



# 化學治療



- 結直腸癌的化學治療大致又可分成3大類，分別是
  - 手術前的輔助性化學治療
  - 手術後的輔助性化學治療
  - 無法手術病人的化學治療
- 近些年來，對於結直腸癌的化學治療，目前是以 5-FU 為主，再加上其他種藥物。前十多年來，主要依據美國研究建議，加上口服 Decaris (*levamisole*)，近年又有改以使用 leucovorin (是一種維生素)，藉以加強 5-FU 的療效，最近又發展出高劑量 5-FU 連續注射法
- 有文獻指出，尤其對第二期或第三期的患者，化學治療的確可增加存活率。因此只要病人情況許可就應接受化學治療。除了上述藥物外，也有一些抗癌新藥如 CPT-11、Oxaliplantin、Tomudex。



<sup>a</sup>Small bowel and appendiceal adenocarcinoma may be treated with systemic chemotherapy according to the NCCN Colon Cancer Guidelines. Peritoneal mesothelioma and other extrapleural mesotheliomas may be treated with systemic therapy along NCCN guidelines for pleural mesothelioma, as outlined on page [MPM-A](#).

<sup>b</sup>All patients with colon cancer should be counseled for family history and considered for risk assessment. Patients with suspected hereditary non-polyposis colon cancer (HNPCC), familial adenomatous polyposis (FAP) and attenuated FAP, see the [NCCN Colorectal Cancer Screening Guidelines](#).

<sup>e</sup>[See Principles of Pathologic Review \(COL-A\)](#) - Colon cancer appropriate for resection, pathological stage, and lymph node evaluation.

<sup>g</sup>[See Principles of Surgery \(COL-B 1 of 3\)](#).

<sup>h</sup>PET-CT does not supplant a contrast-enhanced diagnostic CT scan.

**Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.**

**Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.**





# 標靶治療



- 癌思停(Bevacizumab, Avastin): 抗血管新生抗體藥劑: anti-VEGF
- 爾必得舒(Cetuximab, Erbitux): 細胞表面接受體抗體藥劑: anti-EGFR

# 結直腸癌分期與治療方法之

## 選擇及存活率表



分期	手術方式	化學治療	放射線治療	五年存活率
Stage I (Dukes A) T1、T2，N0，M0	依照 腫瘤 部位 不同 、 所 行 術 式 不 同	不用	不用	90%
Stage IIA (Dukes B) T3，N0，M0		使用5-FU+ Leucovorine	不用	70%
Stage IIB (Dukes B) T4，N0，M0		同上	不用	70%
Stage IIIA (Dukes C) T1-2，N1，M0		同上	用或不用	50%
Stage IIIB (Dukes C) T3-4，N1，M0		同上	用或不用	50%
Stage III C (Dukes C) Any T，N2，M0		同上	用或不用	50%



# 常見的副作用及處理



接受化學治療之民眾，可能因為藥物之性質，在治療期間發生藥物引起的副作用。包括：

- 影響骨髓造血系統，病人可能會有白血球低下而引致的發燒感染，治療上可使用廣效性的抗生素以及白血球生長激素，改善因白血球低下而引致的感染問題。
- 對於發生口腔黏膜潰瘍的病人，除了使用抗生素、抗發炎藥、利用漱口藥水漱口給予預防及治療，也可以在治療前給予口含冰塊，預防口腔潰瘍的發生。



# 常見的副作用及處理



- 常見的胃腸道副作用，例如腹瀉可依據治療藥物的性質投予抗膽鹼藥物或是止瀉藥，補充水分和電解質。對於容易發生噁心、嘔吐的藥物可於治療前投予預防性止吐藥。
- 某些藥物會引起病人手、腳、口腔周圍感知覺異常，一般停藥後就可改善，可以補充維生素B1，減輕神經毒性的傷害。手足部出現疼痛性皮膚出現斑點狀皮疹，稱之為手足症，可補充維生素B6改善症狀
- 常見化學治療引起之掉髮，可以頭部低溫處理或降低血流量，以減輕掉髮的嚴重性。
- 多數藥品副作用在治療結束後就會停止，病人本身必需請教醫護專員，充分了解治療過程可能產生的反應，對於化學治療副作用的處置，以劑量調整及加強支持性療法為主要有效方法，因此，病人要與醫療人員互相配合，以提升病患的生活品質，避免因藥物副作用造成病人與醫療的損失。



# 放射治療

- 依放射源的位置大可分體外照射與體內局部照射。在於預防可能存在的顯微及遠處轉移，以及癌細胞局部復發
- 術前放射性治療用於手術前估計無法切除之腫瘤，經放射線治療後可切除
- 對無法切除的癌或轉移的癌，為減輕病人之疼痛或肛門出血，可作放射性治療
- 放射治療對下消化道癌症的主要用處還是在直腸癌，它對乙狀結腸以上的結腸腫瘤並不是治療的首選。



# 定期追蹤



- 在手術切除後，仍必須要定期做追蹤檢查，一般來說，前兩年必須要每三個月追蹤一次，第三年到第五年則可延長到半年追蹤一次，五年之後也應該每五年定期追蹤一次。在密切的追蹤檢查中，腫瘤標記CEA對大腸直腸癌的復發偵測較具價值，可做為疾病的參考之一，但並不是唯一的依據。
- 另外，女性病人會比一般人有較高的機率得到乳癌、卵巢癌及子宮頸癌，而男性病人罹患攝護腺癌的機率也比一般人高，所以在追蹤的過程中，也需注意是否有罹患另一癌症的可能，以期早點發現並治療。



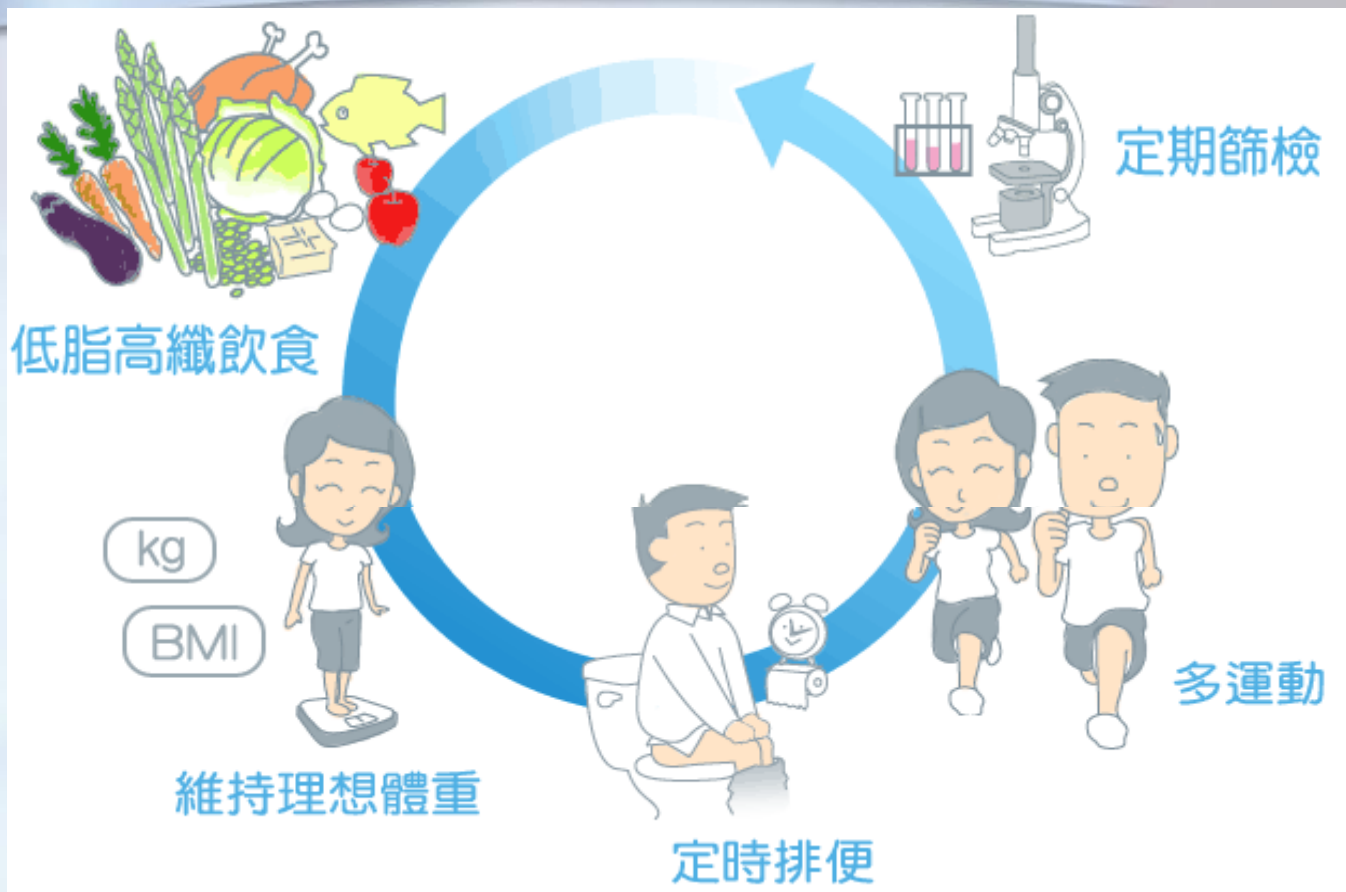
# 監測



- 前二年，每三個月做一次病史及理學檢查，之後，每六個月做一次，合計5年時間。
- T<sub>2</sub>或腫瘤較大者，假如病人有可能合併有潛在轉移的危險的話，則前二年每三個月檢查一次血中CEA值。然後每六個月抽血一次測CEA值，連續3~5年的時間。
- 對於有高復發危險的病人，建議每年安排一次胸部；腹部及骨盆腔的電腦斷層，時間則是連續3年。
- 大腸鏡檢查→術後一年內要執行
- 若有異常則一年內應再重複執行此項檢查。
- 若出現息肉但病理報告非惡性者，則此後至少每2-3年再重複執行。
- 若術前因為阻塞而無法做大腸鏡的病人，則應在3-6個月內做大腸鏡檢查。



# 預防方式







# 預防方式

## ■ 健康飲食（低脂、高纖、禁煙酒）

攝取過多的動物性脂肪食物會增加罹患大腸癌的機會，每天應攝取5份以上的蔬果應減少抽菸、喝酒，因為抽菸已經是公認的致癌物；酒精熱量高也易造成肥胖。

## ■ 維持理想的體重：

藉由高纖低脂飲食及適量的運動來維持理想的體重。



# 預防方式



## ■ 養成健康排便型態：

保持每天排便能夠縮短致癌物質留在腸道內的時間，減少得到大腸癌的機會。每次如廁後也應注意糞便的顏色與性狀有沒有異常

## ■ 規律運動：

適量的運動，如每星期進行三小時快步走的運動或每天盡可能運動30分鐘以上，能有助減低患上大腸癌的機會。運動量愈大，相對的益處也隨著增加。



# 飲食七原則

## 1. 飲食上，以多種植物性為主

蔬菜、水果、全穀類、和豆類，多吃五穀雜糧也可增加纖維素的攝取和促進排便。少吃紅肉、含高動物性脂肪的食品、燒烤醃炸的肉類和精製的食品。

## 2. 吃多量的蔬菜水果

蔬菜水果裡除了含有豐富的維生素、礦物質外，還藏有許多天然植物性化合物。衛生署建議民眾每天至少要吃3碟蔬菜2份水果，用最自然的「每天五蔬果」方式，對抗癌症等慢性病帶來的健康威脅。選擇蔬菜水果時，可以搭配不同的顏色，例如以深綠色或黃色的蔬菜為主，例如：青椒、菠菜、胡蘿蔔、蕃茄等，水果則可選含維生素A、C多的木瓜、柳丁、葡萄等。



# 飲食七原則

## ■ 3. 保持一個健康的體重和體能活動

肥胖會提高大腸癌的機率。因此，食量要控制，不要吃過量。少吃高脂肪和高熱量的垃圾食物；並以固定的體能活動來消耗飲食過多的熱量。

## ■ 4. 如果喝酒時，要適量不要過量

雖然少量的酒可以預防心臟疾病，但如果你沒有飲酒的習慣，不要為此而開始喝酒。過量飲酒不但會容易造成口腔癌、咽頭癌、喉癌、食道癌、和肝癌等，也可能提高大腸直癌和乳癌的機率。



# 飲食七原則

## 5. 選擇低脂、少鹽的食物

尤其避免飽和性脂肪（例如：動物性脂肪）和轉化的脂肪（例如：加工氫化的植物油）。但可攝取適量的單元不飽和性脂肪（例如：橄欖油，芥菜子油）。

## 6. 適當儲存和烹調食物

在高溫火燄下燒烤肉類容易在肉類的表面形成致癌的物質。同時，動物油脂滴在火燄裡冒煙容易形成致癌的物質，因此常吃燒烤的肉類容易增加胃癌、大腸直腸癌的機率。烹煮肉類時，宜採用其他不與高溫火燄直接接觸的方法（例如：燉、煮、炒），先去除多餘的油脂，或在烤架上鋪鋁箔避免火燄直接接觸肉類。醃製、煙燻、加硝的食品（如火腿、香腸、臘肉等），都含有可能致癌的添加物，最好不要吃為妙。

## 7. 禁煙和禁用任和煙草製品

研究顯示1/3的癌症個案都是因為使用菸草製品而造成的。因此，戒菸是避免這些癌症最有效的方法之一。



Thanks for your Attention!

