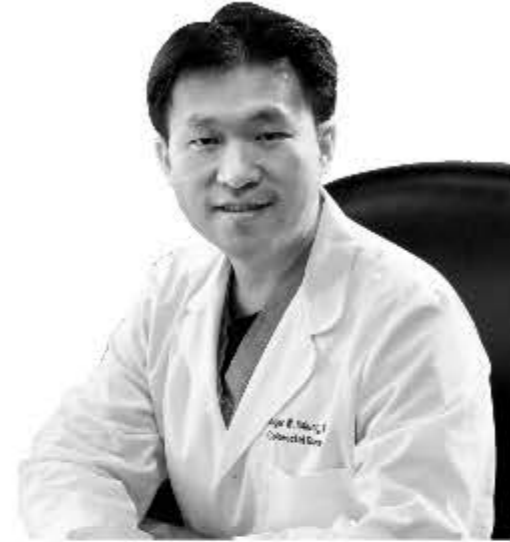


## 大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (89)

大腸直腸外科醫師／熊維羆



提高到59%，具有統計學之意義。

直腸癌的放射線治療

放射線治療在直腸癌之使用極廣，包括單獨放射根治性治療，手術前或手術後治療，手術中或補救性放射治療，及姑息治療。放射治療配合化學藥物治療，可增進直腸癌患者之局部控制率、存活率，並減輕病人的痛苦。

待續

## 大腸直腸肛門疾患簡介：認識大腸直腸癌 (C)

續前文

大腸直腸癌的分期

第一期大腸直腸癌，係指腫瘤僅局限於大腸直腸黏膜表面，但沒有向下侵犯到腸壁肌肉，也沒有淋巴腺轉移者，預後最佳。

第二期大腸直腸癌，係指腫瘤已經由腸黏膜表面有向下侵犯到腸壁肌肉，但沒有淋巴腺轉移者，預後次佳。

第三期大腸直腸癌，係指腫瘤已經由有淋巴腺轉移者，預後稍差。

第四期大腸直腸癌，係指腫瘤已經有遠端(如肝、肺)轉移者，預後最差。

大腸直腸癌的手術治療

大腸直腸癌之治療以手術為主，唯有手術切除病人才有根治的機會。成功的手術必需要符合以下條件：

- (1)足夠的安全切除距離；
- (2)切除足夠的淋巴組織、血管、周圍肌膜、脂肪、軟組織，必要時甚至鄰近器官；
- (3)避免手術中癌細胞傳播、散佈；
- (4)如癌瘤在直腸，則根治的

切除癌瘤外尚須儘可能保留具理想功能的肛門。

醫師會為病患安排下列檢查以評估是否要施以輔助性的放射或化學藥物治療、切除範圍、以及肛門能否保留。手術前一般需作胸部X光攝影，腹部超音波或電腦斷層檢查，看是否有侵犯鄰近組織或肺、肝、以及腹部淋巴結。診斷直腸癌侵犯程度可採用經直腸超音波，骨盆腔電腦斷層掃描或核磁共振。

外科醫師會根據廣泛性整體切除癌瘤及相關淋巴組織、血管之原則來為病患進行手術。直腸癌因一方面要考慮足夠的安全切除距離，一方面要保留病人之肛門，且直腸位在狹窄的骨盆腔內手術操作不易，手術方式之選擇考慮較多。肛門是否能保留除了與腫瘤位置有關，尚受到腫瘤大小，侵犯深度，有無淋巴腺轉移，病人體型以及醫師技術純熟度影響。近年由於環形自動吻合器廣泛採用，使得外科醫師較能夠從事於超低位吻合手術，因此許多位於離肛門口五~六公分之

直腸癌患者其肛門仍得以保留。一般而言，位在上1/3之直腸癌均可保留肛門，絕大部分中1/3之直腸癌可作低前位直腸切除並直接吻合降結腸和殘餘直腸。下1/3之直腸癌(離肛門口6公分以下)傳統上則需作腹會陰聯合切除及永久性人工肛門。目前醫院直腸癌病人手術切除需作永久性人工肛門之比率約為15%。

約有百分之三十的大腸直腸癌病患在診斷時已有遠處轉移或局部嚴重侵犯而無法作根治性手術切除。對於這類病患一般仍認為要採積極的治療。因為

(1)大腸直腸癌與其他癌症例如肝癌、肺癌比較，仍是生長速度較緩慢之癌症，即使無法治癒病人，緩解手術對尚存有限生命的病人仍有所幫助；

(2)大腸直腸癌如不切除，可能會造成阻塞、出血，並侵犯膀胱、阻塞輸尿管、病人會因腸阻塞、營養不良、尿毒而死亡。如直腸癌侵犯到坐骨神經，病人常會疼痛不堪。為了減輕病人症狀，緩解

性切除術仍是值得的；

(3)癌瘤遠處轉移如為單一器官，仍可切除轉移性癌。大腸直腸癌最常轉移到肝臟。如為單一表淺又不太大的轉移癌，可在切除腸癌的時一併切除轉移病灶。

肝轉移性大腸癌其切除率介於27-38%之間，而切除後五年存活率介於20-50%之間。大腸直腸癌如只轉移到肺且為單個或單葉一般仍主張手術切除。其預後比原發性肺癌切除之預後來得好。

大腸直腸癌術後的輔助性化學治療

由於癌症醫學界的努力，使得化學治療在大腸直腸癌的角色



# 大腸直腸診所

熊維羆 醫學博士

Roger W. Hsiung, M.D., F.A.C.S

美國外科手術委員會認證

美國大腸直腸外科手術委員會認證

電話: 702-586-6688 (精通英、國、粵、西班牙語) 傳真: 702-586-9988

6080 S. Durango Dr., #105, Las Vegas, NV 89113

www.CRCLasVegas.com