

大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (94)

大腸直腸外科醫師／熊維羆

大腸直腸肛門疾病簡介：美國結直腸外科醫師學會直腸癌診治應用指南2013修訂版（一）

要點 1

美國結直腸外科醫師學會“直腸癌診治應用指南2013修訂版”要點介紹及解讀

美國結直腸外科醫師學會標準應用專責小組是美國結直腸外科醫師學會下設的一個專門制定有關結直腸疾病組織，其致力於通過提高科研，預防和診治水平，保證結直腸肛門疾病治療質量的高水準。該組織由精通結直腸外科的學會成員組成，制定高質量的結直腸肛門疾病診療規範，並根據這些指南為非指令性，目的是為所有希望解決指南中所涉及問題的從業者，包括醫護人員和病人提供相關規範診治的信息，為臨床醫師做治療決策提供幫助，不是單純的提供一種具體治療形式。指南不排除能獲得相同診斷結果的其他方案，最終治療決策仍然臨床醫師根據病人的具體情況決定。該小組於2005年制定“直腸癌診治應用指南”，表在美國結直腸外科醫師學會官方雜誌“結腸和直腸疾病”雜誌。在過去的8年裡，由於直腸癌診療策略已經

發生顯著變化，為改善病人預後，更深入的理解疾病的進展，更精確的影像學分，多學科綜合治療干預，更精細的手術操作技巧，更詳細的病理報告等都變得非常重要。

為此，該小組於今年對原指南進行了比較大幅度的修訂，針對以上直腸癌診治的熱點問題和進展，以專題的形式進行了闡述，並且給出推薦的等級和依據。

新的指南對解答我們目前臨床上經常遇到的許多困惑和疑問具有很大的幫助。並對新版與原版版本中的一些差異的認識和臨床實踐進行解讀，希望能對廣大臨床外科醫生和患者有所幫助。

1. 直腸癌診治應用指南2013修訂版要點

直腸定義：

直腸的解剖學定義為乙狀結腸末端至肛管的大腸遠端部分在解剖學上，近端的起點為結腸帶扇形張開處，影像學上為骶骨岬水平。術前通過硬式直腸鏡測量，腫瘤下緣距肛緣15厘米以內的腫瘤為直腸癌，但

須考慮病人的體型和性別差別（例如，身材高的病人直腸更長）。

術前評估

A. 術前檢查和風險評估：

(1) 術前應詳細採集包括疾病特異症狀，伴隨症狀，家族史等病史，常規進行包括CEA水平等的實驗室檢查（推薦級別：強烈推薦，中等質量證據）。

(2) 作為完整體檢的一部分，應當在直腸指診的基礎上進行乙狀結腸鏡檢查，確定病變距肛緣的距離，活動度以及與肛門括約肌的關係（推薦級別：強力推薦，低質量證據）。

(3) 如果條件允許，所有直腸癌病人均應在術前進行全結腸檢查，確定所有結直腸病變的病理診斷（推薦級別：強烈推薦，中等質量證據）。

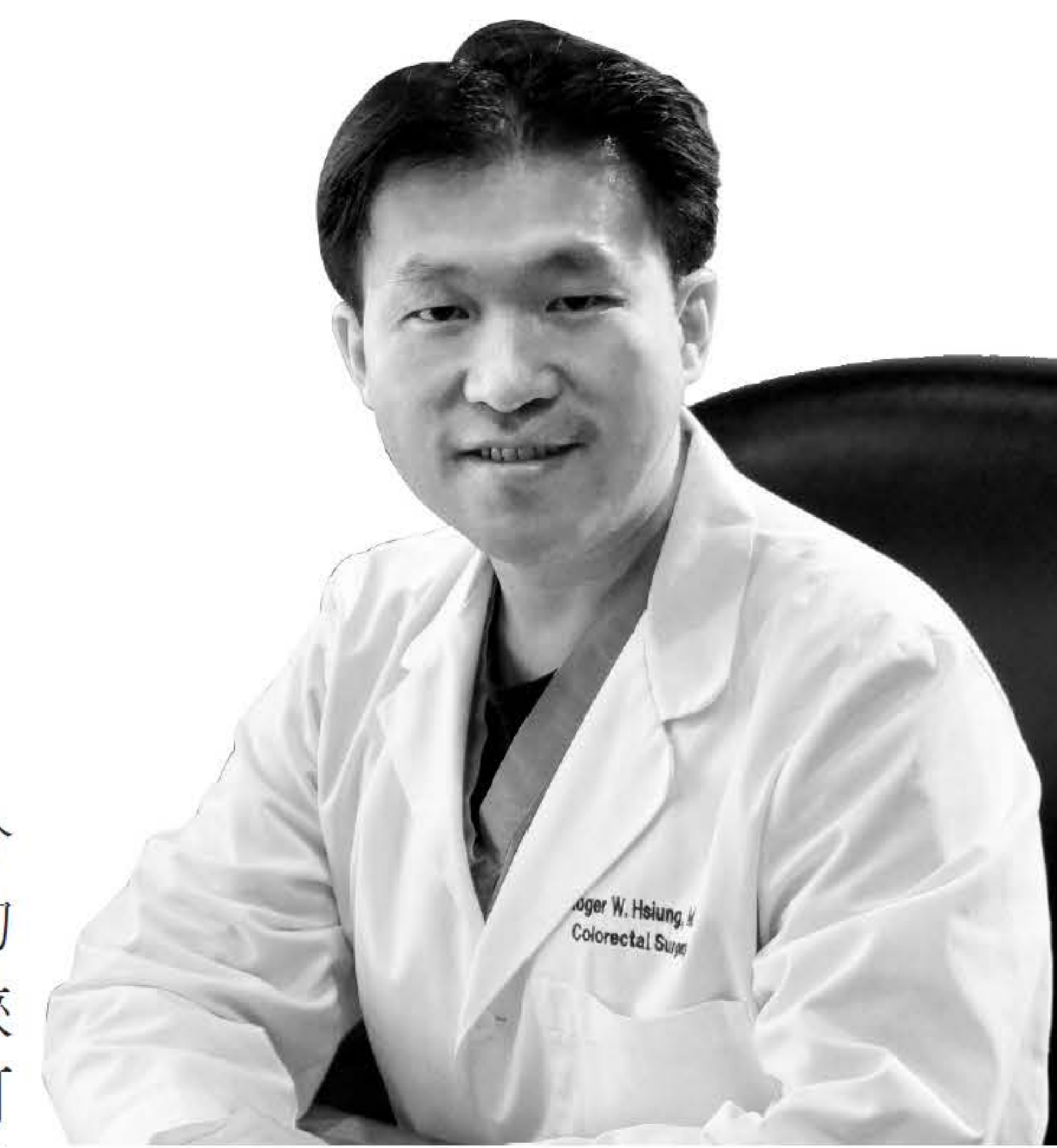
B. 分期：

(1) 直腸癌應常規根據美國癌症聯合會TNM分期系統進行治療前臨床（據此制定治療方案）最終病理分期最終病理分期附加前

綴“p”，新輔助治療病人在“p”之前加“y”，體現可能的“降期”效應。其它依據不同手段進行的分期，如“c”為臨床分期；“u”為超聲分期；“mr”為核磁共振分期；“ct”為CT掃描分期等（推薦級別：強烈推薦，中等質量證據）。

(2) 直腸癌原發腫瘤臨床分期應用採用直腸腔內超聲（EUS）或專用高分辨直腸MRI。直腸腔內超聲以及直腸內或增強相陣列線圈MRI是直腸癌原發腫瘤分期的首選方式。兩種方法各有優缺

點，可以互補。EUS可更好區分T1期和T2期的腫瘤估體積較大的腫瘤時不夠準確，當腸腔伴有狹窄時，因探頭無法通過瘤體，可導致分期不足。所有依據淋巴結大小對淋巴結轉移進行分期的影像學檢查尚不準確。識別MRI混合信號強度以及淋巴結不規則邊界，MRI分期精度有所改善。腫瘤環週切緣是指直腸腫瘤（包括非毗鄰腫瘤）與直腸系膜膜之間的最短距離，環週切緣陽性與全直腸系膜切除（TME）術後環週切緣陽性病人局部復發可能性增



加4倍以上。在TNM分期中，環週切緣陽性定義為0mm，但是在大多數情況下，≤1mm即被認為是陽性。MRI顯示的直腸系膜膜平面與TME手術切除標本的筋膜具較好的相關性，術前MRI結果可用於手術方案的制定（推薦級別：強烈推薦，中等質量證據）。待續



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

www.CRCLasVegas.com

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