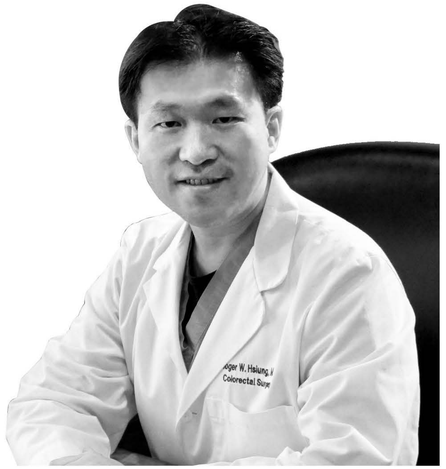
大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (95)

大腸直腸外科醫師／熊維羆

大腸直腸肛門疾患簡介：美國結直腸外科醫師學會

直腸癌診治應用指南2013修訂版（三）



續前文

（6）直腸癌新輔助治療後臨床完全緩解病人仍應行根治性切除。術前放化療后 8%~16%病人可達無腫瘤細胞殘留的病理完全緩解，但目前階段，由于尚無法通過直腸指診、MRI、CT、PET等準確預測是否爲病理完全緩解，仍應行根治性切除，非手術密切隨訪僅限于身體狀況不宜或拒絕行根治性手術的病人（推薦級別：強烈推薦，中等質量證據）。

（7）直腸癌低位前切除術後發生便急、便頻、大便失禁等腸功能紊亂的部分原因是直腸儲存功能的喪失，可以考慮行結腸儲袋肛管吻合。與直接結腸肛管吻合相比，結腸J 型儲袋術后 18 個月內可有效緩解便急、便頻。橫行結腸成形術或側端吻合效果不明顯（推薦級別：弱推薦，中等質量證據）。

（8）術中吻合口漏測試可幫助降低吻合口漏的發生率，對檢測陽性的病人可以采用縫合修補、重新吻合、近端造口并修補吻合口等補救措施（推薦級別：強烈推薦,中等質量證據）。

（9）轉流性腸造口可降低臨床吻合口漏的發生率和再次手術率，直腸癌行TME病人應考慮采用袢式結腸或袢式回腸轉流性腸造口。與結腸造口相比，回腸造口術還納更加容易，造口脫垂發生率低，但腸液丟失量大，容易引起脫水（推薦級別：強烈推薦,中等質量證據）。

（10）直腸癌病人腸腔內可存在具有活力的脫落惡性腫瘤細胞，圓形吻合器行低位結直腸吻合時可能會使腫瘤細胞聚集，并在吻合口部位形成種植，直腸癌行 TME 病人術中可考慮直腸沖洗（推薦級別：弱推薦，低質量證據）。

（11）T4 期直腸癌手術目標是邊界清楚的整塊切除包括任何鄰近受侵臟器在內的所有病變（R0切除），5年總體存活率可達 50%。術前應全面評估手術的可切除性以及輔助治療的作用，誘導性化療後加放化療可提高腫瘤完整性切除率，減少毒性（推薦級別：強烈推薦,中等質量證據）。

（12）腹腔鏡直腸癌手術的安全性和可行性尚有待進一步的證據，但有經驗的腹腔鏡外科醫生進行的腹腔鏡TME手術，可獲得與開腹手術相同的腫瘤學預后。外科醫生在採用微創手術治療直腸癌前，應首先獲得必要的技術訓練和經驗（推薦級別：強烈推薦,中等質量證據）。

（13）常規預防性切除外觀正常的卵巢并不能改善存活率，沒有必要進行。但如果卵巢肉眼觀察異常或已知有轉移，無論是直接浸潤或轉移均應同時切除，對一側轉移的病人應行雙側同時切除。絕經後或有卵巢癌風險的婦女，經過術前會診可考慮行卵巢切除（推薦級別：強烈推薦，低質量證據）。

B．腫瘤相關急診對無穿孔或危及生命出血的直腸癌伴梗阻病人，在條件允許的情況下，可採用腔內消融和支架置入等治療。支架置入可作爲術前腸道減壓和一期吻合手術的“橋梁”，或作爲姑息性輔助治療用於轉移性病人。由於支架移位、疼痛或大便失禁，早期失敗風險高，不適合於低位直腸癌。另外，大腸癌病人即使不能切除，其生存期也越來越長，由於支架保持通暢時間有限，應認真權衡這部分腫瘤不能切除病人腸腔內支架的使用。對不適合或不具備支架置入條件的直腸癌伴梗阻病人，可採用近側轉流性袢式造口緩解梗阻，造口遠側輸出袢應開放以保障遠端腸內容物的排除（推薦級別：強烈推薦,低質量證據）。

C． 多學科綜合治療多學科綜合治療已成爲局部進展期直腸癌（T3-4/ NX或TX/ N1-2）標準的治療方式，特別是瘤體巨大、廣泛、固定的病人。術後放化療可使局部進展期直腸癌的局部復發率從 55%降低至 33%，并顯著延長無病生存期。II、III期直腸癌輔助性治療以往多於術后進行，但目前強有力的證據表明術前新輔助治療長期療效更佳、毒性更低。

新輔助治療局部進展期中低位直腸癌應進行新輔助治療（推薦級別：強烈推薦，高質量證據）。有兩種方案:（1）短程放療（SCRT）。連續 5 d，每天 5 Gy，不加化療，放療結束1周內手術。（2）長程術前放化療（LC-CRT）。常規劑量每次 1.8~2.0 Gy，5~6 周，總劑量 45.0~50.4 Gy，同時給予 5-FU爲基礎的化療，放療結束8~12周後手術。兩種方案與TME手術聯合應用均能極大地改善中下1/3進展期直腸癌的局部控制。待續

CRC 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