直腸癌的治療現況

文/癌症中心暨大腸直腸外科 丁文謙 主任/主治醫師

根據國健署最新癌症登記報告統計，大腸直腸癌已連續多年為國人發生人數最多的癌症且逐年成長。坊間報導大腸直腸癌相關消息時，常把大腸和直腸合在一起。其實大腸直腸癌治療時應將其分開，因為它們在人體內的位置不同，醫師在選擇治療方法時有著不同的考慮因素。

大腸癌治療基本為手術切除，放射線治療並無重要的角色；因為在腹腔內的大腸癌腫瘤會隨著腸道蠕動變換位置，放射腫瘤科醫師很難準確地將放射線治療範圍鎖定在病灶上，而且無法躲開充滿腹腔對放射線較敏感的小腸。

相較大腸癌，直腸癌的治療則複雜得多。傳統上直腸癌如未發生轉移，第一線治療亦為手術切除。中高位直腸癌如果腫瘤不大時，可以順利切除並直接與腸道接合。若腫瘤過大、侵犯範圍過廣、病患過於肥胖或骨盆腔太窄時，導致手術操作不易而產生合併症，甚者還需要施行保護性迴腸造廔術來防止接合處滲漏。

而低位直腸癌(離肛門口7-8公分以內)因為技術問題，需作腹部、會陰聯合切除手術(abdominal-perineal resection)，手術時必須切除肛門括約肌，施行永久性人工肛門。因畏於人工肛門的照護及間接造成日後生活的不便，常讓病患恐懼而不願接受手術。

為了避免上述狀況，近來放射線治療在直腸癌的角色與以往有很大不同。

一、術前同時性化療與放射線治療(Neoadjuvant Concurrent Chemoradiotherapy)適用範圍有三種：

1.腫瘤較大(T3~4)或影像檢查有淋巴結轉移之腫瘤(直腸癌與周圍組織相對位置比較近，腫瘤容易向外侵犯)，減小腫瘤復發機會。
2.低位直腸癌，嘗試肛門括約肌保留手術以保留肛門功能。
3.希望能將原本因為腫瘤太大而無法切除的病例，變成能夠開刀切除的情形。

醫師決定此種治療方式，主要的原因是由於直腸處於骨盆腔，位置固定不動。放射線可以直接照射腫瘤，將腫瘤縮小，合併化療更可加強效果。腫瘤縮小後方便外科醫師手術切除，減少術中併發症，同時增加肛門保留機會。此外，接受照射之腫瘤與腸道於術中被切除，以健康之腸道做接合，可減少放療副作用與晚期併發症。

此項技術對於以前必須接受腹部會陰切除手術的直腸癌患者，也提供了另一個可能保留肛門功能的選擇機會。大幅提升病患接受手術的意願，近年來逐漸為全世界所採用。台灣與美國大部分醫學中心也訂為治療直腸癌準則之一。根據長期追蹤研究報告顯

示，此項技術能降低直腸癌手術後局部再發的機率，達到更佳的局部控制成效。

其缺點在於放、化療需進行約6周，結束後又須等6周讓腫瘤變小才能手術。從診斷至手術約需要3個月漫長等待，病患需要堅強的心理支持。另因手術前的放射破壞，可能使這些組織在開刀後痊癒時間加長，故術後保護性小腸造口比例會增加。

對於某部分幸運之病患(約20~25%)，同時性放、化療可將腫瘤縮小至不可見，病患可以選擇經肛門將腫瘤殘跡切除證實腫瘤消失或觀察等待，待腫瘤有復發跡象時才接受根除性手術。

另外對於身體狀況不良，多重共病無法承受根除性手術的病患，此項治療方式亦有可能將腫瘤縮小至可經肛門將腫瘤切除。在這種情況下，可達局部腫瘤控制，延長壽命之目標。

二、術後輔助性化療與放射線治療(Adjuvent Concurrent chemoradiotherapy)

對於術前未做輔助性放射線治療之病患，需依病理期別（第三期）及危險因子給予術後的化療與放射線治療。例如術後腫瘤已侵犯其他器官(T4)，手術邊緣有腫瘤殘存(margin involved)，或有淋巴轉移等，進一步輔助性化放療可減少局部復發。

此時放射線治療通常在開刀後傷口痊癒後開始。範圍通常包括了整個骨盆腔，涵蓋腫瘤旁未切除的部分（以杜絕微觀下未被切除的癌細胞復發）。於是，術後的放射線治療範圍就比術前治療範圍大。而且照射部位皆為相對健康的組織，副作用與晚期併發症皆比術前治療嚴重。病患也可能因術後體力未恢復而無法完成治療。

由於有些缺點，目前大部分醫師皆傾向術前同時性化療與放射線治療，放射劑量可以較少、照射範圍也可小一點，還能夠試著保存肛門。

三、姑息性放射線治療（Palliative radiotherapy)

和許多其他的癌症一樣，直腸癌一旦診斷時已發現遠端轉移無法根除時，全身性化療是一個好選擇，原發腫瘤不一定需要切除。但治療期間可能因腫瘤造成腸道阻塞，裡急後重，頻繁血便，甚至疼痛。此時放射線治療可用來減小腫瘤體積，緩解腫瘤所引起的局部疼痛或出血等現象，以提升生活品質。

直腸癌治療多變，病患常因複雜的處置與時間等待而造成誤會。醫師與病患皆須互相討論配合，以達成最合適的疾病控制與治療。