



中山醫學大學附設醫院

直腸癌診療原則

本臨床指引參考台灣國家衛生研究院、與美國NCCN版本

大腸直腸癌多專科醫療團隊編修

2012/12/06 Version 6.0
2011/11/17 Version 5.0
2010/12/23 Version 4.0
2009/12/03 Version 3.0
2008/12/18 Version 2.0
2007/10/25 Version 1.0

癌症委員會主任委員	癌症委員會執行長	癌症防治中心主任	團隊負責人
黃建寧	曾顯群	丁文祥	黃國洲

目 錄

一、前言.....	3
二、分期.....	3
三、組織病理分類與分化.....	6
四、直腸癌臨床指引.....	7
五、直腸癌化學治療處方.....	8
六、直腸癌放射線治療處方.....	9
七、實症醫學.....	14
八、手術治療原則.....	18
九、安寧緩和照護原則.....	19
十、參考文獻.....	21

一、前言

本直腸癌治療指引內所提之各種診治意見，為實證醫學原則之建議，希望能為癌症患者及其家屬提供一個正確的指引；但對臨床醫師之醫療行為無絕對之法律性約束力！由於醫藥科技持續在進步，每位患者的病情亦不盡相同；醫師應就病人之病情做個別特殊性的考量，病人和家屬亦應與醫師溝通討論，以決定最適當之診治方式。

自民國七十一年起，癌症已躍居為國人十大死因第一位。我國於民國九十二年公布施行「癌症防治法」，並依據該法衍生「國家癌症防治五年計畫」。為達成上述計畫訂定之目標，提升民眾對癌症防治之認識，本院於 2004 年 11 月正式成立癌症委員會，配合國民健康局之癌症防治中心計畫，積極推動癌症防治相關工作，提供癌症診療與癌症篩檢服務，以確保民眾之健康。

依據行政院衛生署公布 2007 年大腸直腸癌死亡人數為 4,470 人，每十萬人口死亡率為 19.5 人，死亡人數所佔當年度所有癌症死因百分比為 11.1%，死亡率排名第三位。其中，男性因大腸直腸癌死亡人數為 2,558 人，女性為 1,912 人，在男性與女性癌症死亡率排名均為第三位。若與 2006 年大腸直腸癌死亡人數進行比較（共計 4,284 人，每十萬人口死亡率為 18.8 人），則大腸直腸癌死亡率提高了 3.9%。

二、分期

2009 年 UICC/AJCC 第七版 TNM 分期

T、N、M 的定義

原發腫瘤（T）

Tx 原發腫瘤無法評價

T0 無原發腫瘤證據

Tis 原位癌：局限於上皮內或侵犯黏膜固有層^b

T1 腫瘤侵犯黏膜下層

T2 腫瘤侵犯固有肌層

T3 腫瘤穿透固有肌層到達漿膜下層，或侵犯無腹膜覆蓋的結直腸旁組織

T4a 腫瘤穿透腹膜臟層

T4b 腫瘤直接侵犯或粘連於其他器官或結構^{c,d}

區域淋巴結 (N)

Nx 區域淋巴結無法評價

N0 無區域淋巴結轉移

N1 有 1-3 顆區域淋巴結轉移

N1a 有 1 顆區域淋巴結轉移

N1b 有 2-3 顆區域淋巴結轉移

N1c 漿膜下、腸系膜、無腹膜覆蓋結腸/直腸周圍組織內有腫瘤種植 (TD, tumor deposit)，無區域淋巴結轉移

N2 有 4 顆以上區域淋巴結轉移

N2a 4-6 顆區域淋巴結轉移

N2c 7 顆及更多區域淋巴結轉移

遠處轉移 (M)

Mx 遠處轉移無法評價

M0 無遠處轉移

M1 有遠處轉移

M1a 遠處轉移局限於單個器官或部位 (如肝, 肺, 卵巢, 非區域淋巴結)

M1b 遠處轉移分佈於一個以上的器官/部位或腹膜轉移

表 2. 分期組合^a

期別	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0

II A	T3	N0	M0
II B	T4a	N0	M0
II C	T4b	N0	M0
III A	T1-2	N1/N1c	M0
	T1	N2a	M0
III B	T3-4a	N1	M0
	T2-3	N2a	M0
	T1-2	N2b	M0
III C	T4a	N2a	M0
	T3-4a	N2b	M0
	T4b	N1-2	M0
IVA	任何 T	任何 N	M1a
IVB	任何 T	任何 N	M1b

^a cTNM 是臨床分期，pTNM 是病理分期；前綴 y 用於接受新輔助治療後的腫瘤分期（如 ypTNM），病理學完全緩解的患者分期為 ypT0N0cM0，可能類似於 0 期或 1 期。前綴 r 用於經治療獲得一段無瘤間期後復發的患者（rTNM）。

^b Tis 包括腫瘤細胞局限於腺體基底膜（上皮內）或黏膜固有層（黏膜內），未穿過黏膜肌層到達黏膜下層。

^c T4 的直接侵犯包括穿透漿膜侵犯其他腸段，並得到鏡下診斷的證實（如盲腸癌侵犯乙狀結腸），或者，位於腹膜後或腹膜下腸管的腫瘤，穿破腸壁固有基層後直接侵犯其他的臟器或結構，例如降結腸後壁的腫瘤侵犯左腎或側腹壁，或者中下段直腸癌侵犯前列腺、精囊腺、宮頸或陰道。

^d 腫瘤肉眼上與其他器官或結構粘連則分期為 cT4b。但是，若顯微鏡下該粘連處未見腫瘤存在則分期為 pT3。V 和 L 亞分期用於表明是否存在血管和淋巴管浸潤，而 PN 則用以表示神經浸潤（可以是部位特異性的）



三、組織病理分類與分化

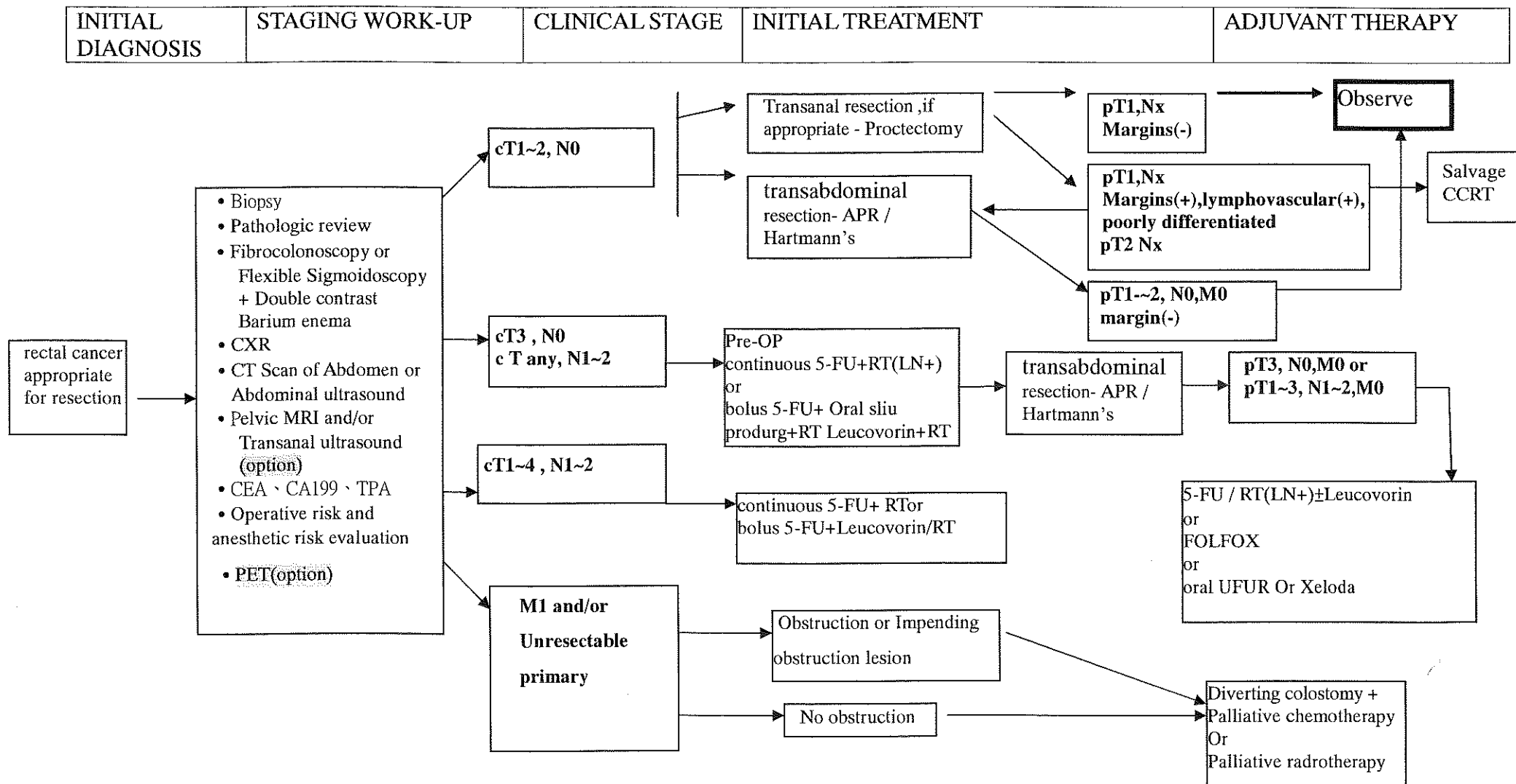
腺癌 (Adenocarcinoma) 佔所有病例的 90% 以上，次多的黏液性腺癌 (Mucinous adenocarcinoma)，及管性絨毛狀腺癌 (Adenocarcinoma in tubulovillous adenoma)，其餘其他型態如戒指細胞癌 (Signet ring cell carcinoma)、鱗狀細胞癌 (Squamous cell carcinoma)、腺鱗狀癌 (Adenosquamous carcinoma)、未分化癌 (Undifferentiated carcinoma) Papillary adenocarcinoma、Carcinoid tumor 等。

大腸直腸癌的病理組織分化分為：

1. 分化良好 (grade 1)
2. 分化中度 (grade 2)
3. 分化不良或未分化 (grade 3)
4. 分化無法評估 (grade x)



四、直腸癌臨床指引



五、直腸癌化學治療處方 **Principles of chemotherapy****1. Adjuvant chemotherapy**

Regimen	處方	備註
Modified Roswell-Park regimen	Leucovorin (20-100 mg/m ²) IVD 2 hrs, weekly X 6 + 5FU (425-500 mg/m ²) IVD 30 mins, weekly X 6 【(2off/6 weeks) X 3-4 cycles】	
Modified UFT	UFUR (250-300 mg/m ² /day) PO x 6 months	
	UFUR/LV (500-800 mg/m ² /day) PO x 6 months	
Capecitabine	Xeloda (1000-1250 mg/m ²) PO BID x 14 days, 21 days/cycle, 6-8 cycles	
	Xeloda (1000-1250 mg/m ²) PO BID (W1-5,W6-日休)x 14 days, 28 days/cycle, 6-8 cycles	
mFOLFOX6	Oxaliplatin (85 mg/m ²) IVD 2 hrs on D1 + Leucovorin (400 mg/m ²) IVD 2 hrs on D1 + 【every 2 weeks, x 8-12 cycles】	
mFOLFOX	Oxaliplatin (85 mg/m ²) IVD 2 hrs on D1 + Leucovorin (400 mg/m ²) IVD 2 hrs on D1 + 【every 2 weeks, x 8-12 cycles】	
mHDFL (every 2 weeks, x 8-12 cycles)	Leucovorin (400 mg/m ²) IVD 2 hrs on D1 + 5FU (total 2400-3000 mg/m ²) IVD 46-48 hrs since D1	
CapeOX	Oxaliplatin (85 mg/m ²) IVD 2 hrs on D1 + Xeloda (1000-1250 mg/m ²) PO BID x 14 days, 21 days/cycle, 6-8 cycles	



2. (Pre-OP) Chemotherapy for metastatic colorectal cancer

Regimen	處方	備註
FOLFIRI or mFOLFOX6(every 2 weeks, for 4-6 cycles, re-evaluation)	CPT-11 (150 mg/m ²) or Oxaliplatin (85 mg/m ²) IVD 2 hrs on D1 + Leucovorin (400 mg/m ²) IVD 2 hrs on D1 + 5FU (total 2400-3000 mg/m ²) IVD 46-48 hrs since D1	
CapeOX	Oxaliplatin (85 mg/m ²) IVD 2 hrs on D1 + Xeloda (1000-1250 mg/m ²) PO BID x 14 days, 21 days/cycle, 6-8 cycles	
FLOX(every 2 weeks, X 8-12 cycles)	Oxaliplatin (85 mg/m ²) IVD 2 hrs on D1 + Leucovorin (4000 mg/m ²) IVD 2 hrs on D1 + 5FU (total 2400-3000 mg/m ²) IVD 46-48 hrs since D1	
Capecitabine	Xeloda (1000-1250 mg/m ²) PO BID x 14 days, 21 days/cycle, 6-8 cycles	
Modified UFT	UFUR (250-300 mg/m ²) PO x 6 months with radiation	
Optional	Add Avastin (5 mg/kg q2weeks) or Erbitux (K-ras wild type, 500 mg/m ² q2weeks)	

**3. Chemotherapy for metastatic colorectal cancer**

Regimen	處方	備註
FOLFIRI or mFOLFOX6(every 2 weeks, for 8-12 cycles)	CPT-11 (150 mg/m ²) or Oxaliplatin (85 mg/m ²) IVD on D1 + Leucovorin (400 mg/m ²) 2 hrs on D1 + 5FU (total 2400-3000 mg/m ²) 46-48 hrs since D1	
Capecitabine	Xeloda (1000-1250 mg/m ²) PO BID x 14 days, 21 days/cycle, 6-8 cycles	
Modified UFT	UFUR (250-300 mg/m ²) PO x 6 months	
CapeOX	Oxaliplatin (85 mg/m ²) IVD 2 hrs on D1 + Xeloda (1000-1250 mg/m ²) PO BID x 14 days, 21 days/cycle, 6-8 cycles	
FLOX (every 2 weeks, x 8-12 cycles)	Oxaliplatin (85 mg/m ²) IVD 2 hrs on D1 + Leucovorin (4000 mg/m ²) IVD 30 mins on D1 + 5FU (425-500 mg/m ²) IVD 30 mins on D1	
Optional	Add Avastin (5 mg/kg q2weeks) or Erbitux (K-ras wild type, 500 mg/m ² q2weeks)	

六、直腸癌放射線治療處方 **Principles of radiation**

Rectal Cancer Neoadjuvant CCRT		
Long course: RT 4500~6000 cGy (1.8 Gy/day) /28 ~30Fx /6 weeks +concurrent chemotherapy regimen	Regimen (1)	5-FU 500 mg/m ² + Leucovorin 50 mg/m ² iv infusion for 24 hours QD x 5days, Q4W, for 2 courses
	Regimen (2)	5-FU 425 mg/m ² daily, i.v. bolus, on days 1-5 Leucovorin 20 mg/m ² daily, i.v. bolus on days 1-5 Repeat cycle every 4 weeks, x 6 cycles
	Regimen (3)	oral UFUR 300 mg/m ²
	Regimen (4)	Xeloda 850 mg/m ²
Surgery at 4~8 weeks after long course CCRT		
Post-surgery adjuvant chemotherapy follows the Colon-Rectal Cancer Adjuvant chemotherapy regimens.		

(Pre-OP CCRT) Chemotherapy in chemoradiation for mid or low rectal cancer

- (1) C/T (5FU 225-250 mg/m²/day with radiation) + Optional Oxaliplatin (50 mg/m²) qweeks
5FU 425 mg/m²/day + Leucovorin 200-400 mg/m²/day x 5 days on week 1 and week 5
- (2) mFOLFOX6 (every 2 weeks, x 3-6 cycles) with radiation(自費)
Oxaliplatin (85 mg/m²) IVD 2 hrs on D1 +
Leucovorin (200 - 400 mg/m²) IVD 2 hrs on D1 +
5FU (total 2400-3000 mg/m²) IVD 24 - 48 hrs since D1
- (3) Xelox (自費)
Oxaliplatin (85 mg/m²) IVD 2 hrs on D1 +
Xeloda (1000-1250 mg/m²) PO BID x 14 days, 21 days/cycle, 6-8 cycles
- (4) Capecitabine(自費)
Xeloda (750-825 mg/m²) PO with radiation



(5) Modified UFT

UFUR (500 - 800 mg/m²) + Leucovorin PO with radiation

放射治療原則

- 直腸癌放療推薦適用於距肛緣12 cm以下的腫瘤。
- 放射野應包括腫瘤或者瘤床及2~5 cm的安全邊緣、直腸周圍淋巴結區、骶前淋巴結、髂內淋巴結。T4腫瘤侵犯前方結構時需照射髂外淋巴結。腫瘤侵犯遠端肛管時需照射腹股溝淋巴結。
- 應用多野照射技術（一般3~4個照射野）。應採取改變體位和其他方法儘量減少照射野內的小腸。
- 腹會陰聯合切除術後患者照射野應包括會陰切口。
- 調強放療（IMRT）或斷層放療僅用於臨床試驗。
- 放療劑量：
 - 盆腔劑量45~50 Gy/25~28次。
 - 對於可切除的腫瘤，照射45 Gy之後應考慮瘤床和邊緣2 cm範圍予追加劑量。術前放療追加劑量為5.4 Gy/3次，術後放療為5.4~9.0 Gy/3~5次。小腸受量應限制在45 Gy以內。
- 腫瘤切除後，尤其是T4或復發性腫瘤，若切緣距離腫瘤太近或切緣陽性，可考慮術中放療（IORT）作為追加劑量。如果沒有IORT的條件，應儘快在術後、輔助化療前，考慮予局部追加外照射10~20 Gy。
- 對於不可切除的腫瘤，放療劑量應高於54 Gy。
- 放療期間應同期使用以5-FU為基礎的化療。可以每日1次持續輸注，也可以靜脈注射。

(一)、放射治療的適應症

1. 若屬於T2，只進行局部切除(local excision)應考慮輔助性合併化學放射治療(post-operative adjuvant CCRT)。
2. 第II及III期並可局部切除可進行手術前進行合併化學放射治療 (pre-operative CCRT)，或在手術後進行輔助性合併化學放射治療 (post-operative adjuvant CCRT)。
3. 第III期 (T4或局部無法切除)可考慮同步化學放射治療 (CCRT)、或對腫瘤局部區域進行近接治療 (brachytherapy)。



(二)、放射治療技術

A. 定位與照野設計

1. 定位前建議吞服顯影劑，並建議等候半小時。
2. 採用舒適之仰臥姿勢，視狀況考慮施用固定器，若腹部凸出者，考慮以俯臥姿勢，並使用腹式板(belly board)。
3. 若施行腹部會陰切除術者，應以鐵線，標記會陰部手術疤痕。
4. 以電腦斷層進行定位，勾劃出腫瘤體積 (gross tumor volume, GTV) 和計劃靶區體積(planning target volume, PTV)的位置。
5. 建議採用三照野 (3 fields) 或四照野 (4 fields) 技術。
6. 若採用二度空間技術(2-D technique)，前或前後照野的上緣位置應在脊椎L5-S1間，下緣位置應在骨盆下緣，左緣和右緣應在骨盆內緣外1.5公分。左右兩側照野的前緣應在直腸腫瘤或直腸窩前2公分，後緣應包括整個薦骨。
7. 若採用三度空間順形技術(3-D conformal technique)或強度調控放射治療 (intensity modulated radiation therapy)，臨床腫瘤體積 (clinical tumor volume, CTV)應包括GTV外加2公分邊界及骨盆淋巴區域 (包括 presacral, pelvic mesentery, internal iliac nodes)
8. 進行局部劑量追加時，照野應包括原始GTV外加2公分和薦骨前區。

B. 劑量給予：

1. 建議療程應以標準分次進行(每日一次、每週五次)。
2. 若手術前放射治療，劑量應為45.0 – 50.4 Gy / 25 – 28分次
3. 若手術後放射治療，首先給予劑量應為45.0 – 50.4 Gy / 25 – 28分次後，及後進行局部劑量追加，再給予劑量應為5.4 – 9.0 Gy / 3 – 5分次後
4. 三度空間順形放射治療 (3-D conformal radiotherapy)方式給予每次1.8 Gy，總劑量為45.0 – 50.4 Gy / 25 – 28分次。



C. 劑量限制 (dose constrain) :

1. 小腸：45 Gy – 50 Gy
2. 股骨頭：42 Gy
3. 膀胱：65 Gy
4. 直腸：60 Gy

D. 合併症：

1. 急性：腹瀉、排尿困難、疲倦、皮膚紅腫、血球數下降。
2. 慢性：排便習慣改變、腹瀉、小腸阻塞。

七、直腸癌實證醫學

Categories of Evidence and Consensus :

Category 1: There is uniform NCCN consensus, based on high-level evidence, that the recommendation is appropriate.

Category 2A: There is uniform NCCN consensus, based on lower- level evidence including clinical experience, that the recommendation is appropriate.

Category 2B: There is nonuniform NCCN consensus (but no major disagreement), based on lower-level evidence including clinical experience, that the recommendation is appropriate.

Category 3: There is major NCCN disagreement that the recommendation is appropriate.

All recommendations are category 2A unless otherwise noted.

NCCN 對證據和共識的分類

- 1 類：基於高水準證據（如隨機對照試驗）提出的建議，專家組一致同意。
- 2A 類：基於低水準證據提出的建議，專家組一致同意。
- 2B 類：基於低水準證據提出的建議，專家組基本同意，無明顯分歧。
- 3 類：基於任何水準證據提出的建議，專家組意見存在明顯的分歧。



除非特別指出，NCCN 對所有建議均達成 2A 類共識。

直腸癌的外科治療仍然是治療的最主要手段，但如果僅僅強調手術而沒有合理地結合放化療，將不能最大限度提高治療效果。

NCCN 直腸癌治療指南的適應範圍是指硬管直腸鏡測定的距肛 12cm 的大腸。因為距肛 12 cm 以上直腸的解剖學特點、復發轉移的規律、治療方式的選擇與結腸是不同的。

術前分期很重要

制定直腸癌治療方案的基礎是術前分期。直腸癌的術前分期遠較結腸癌重要，這主要是因為直腸癌治療中輔助放化療價值已獲得了明確證據，成為部分直腸癌治療的金標準，如果沒有術前分期就無法確定新輔助治療。

病理報告強調三項重點

要求常規檢查淋巴結數>12 顆

強調報告環周切緣狀態(CRM)

全直腸系膜切除 (TME) 是直腸癌手術切除的標準

要求常規檢查淋巴結數>12 顆

直腸癌的病理檢查除了常規腫瘤臨床病理分期外，淋巴結檢測數也倍受關注，因為淋巴結的檢測數可以反映手術切除和清掃的範圍以及病理檢查的規範度。尤其對 I、II 期直腸癌患者，淋巴結的檢測數更為重要，在是否進行輔助治療上具有決定性意義。要求常規檢查淋巴結數超過 12 顆 總體來講，直腸癌淋巴結數少於結腸癌，而放化療後的淋巴結數往往更少。

強調報告環周切緣狀態(CRM)

在對腫瘤切緣的報告要求中，除了對過去所強調的遠、近切緣要求常規報告外，還突出強調了環周（放射狀）切緣狀態報告的重要性。環周切緣（CRM）陽性的定義為切緣<1 mm 或<2 mm。環周切緣與腫瘤局部復發和預後明顯相關，是最重要的預後因素之一。



要求報告反映 TME 滿意度情況

全直腸系膜切除 (TME) 是直腸癌手術切除的標準，TME 滿意度情況在病理上分為 3 級：不完整的 TME 切除、近完整的 TME 切除和完整的 TME 切除。完整的直腸系膜，表面光滑，環行外緣是光滑的。TME 滿意度情況的準確報告有助於指導治療、判斷預後。

外科治療的建議與“不”建議

保留門肛取決於腫瘤分期和腫瘤下緣至齒狀線的距離

不建議常規行擴大淋巴結清掃術

局部切除應綜合考慮，慎重選擇

不提倡臨床常規開展腹腔鏡手術

保肛取決於腫瘤分期和腫瘤下緣至齒狀線的距離

要求直腸癌手術的主刀醫生必須親自進行直腸鏡檢查並進行超聲內鏡分期，瞭解腫瘤分期和腫瘤下緣至齒狀線的距離，這是真正決定能否保肛的可靠依據。

不建議常規行擴大淋巴結清掃術

除非臨床懷疑有側方淋巴結轉移，不建議常規行擴大淋巴結清掃術。

局部切除應綜合考慮，慎重選擇

對於早期 (T1/T2) 低位元直腸癌，局部切除可作為根治性手段之一。

局部切除病例的選擇標準：腫瘤占腸周徑 < 30%、腫瘤 < 3 cm、切緣距腫瘤 > 3 mm、腫瘤距肛門 < 8 cm、T1 或 T2 期、無淋巴管血管或神經受侵、中高分化及術前檢查無明確的淋巴結轉移等。對 T2 期腫瘤選擇局部切除時應非常謹慎，因其具有較高的局部復發率。

不提倡臨床常規開展腹腔鏡手術

腹腔鏡下直腸癌切除術只用於臨床研究，不提倡臨床常規發展。

輔助治療界限分明



以距肛門 12 cm 為界區分輔助治療方法

直腸癌輔助治療中最重要的一點是以距肛緣 12 cm 為界區分治療，距肛緣 12 cm 以上直腸癌的輔助治療與結腸癌相同；而肛緣 12 cm 以下直腸癌的輔助治療是新輔助放化療和輔助放化療。

推薦放化療相結合的輔助或新輔助治療

放療和（或）放化療在直腸癌治療中佔有重要地位，術前新輔助放療或放化療在局部晚期直腸癌中的應用越來越廣泛。有 III 期臨床試驗表明，聯合 5-Fu 為主的放化療能進一步提高 T3~4 期腫瘤放療有效率，因此推薦在新輔助治療和輔助治療時採用放化療結合的綜合治療，而不是採用單純放療。對 T3~4 期局部晚期直腸癌，推薦在條件允許的情況下，採用術前新輔助放化療作為標準治療方案。對 T3N0 和 TNN1~2 期直腸癌，僅在有術前多科治療禁忌證時考慮直接手術治療。建議盡可能在新輔助放化療後 5~10 周考慮手術切除，以增加保肛機率、減少手術困難。手術切除後不論病理結果如何均應進行輔助化療。對於未進行新輔助放化療的患者，如術後病理為 T3~4 或 N+ 均應進行輔助放化療，以減少局部復發。

直腸癌肝轉移的治療

在保留足夠肝臟的前提下儘量達到切緣陰性

不可切除肝轉移分為潛在 可切除或不可切除的肝轉移

在保留足夠肝臟的前提下儘量達到切緣陰性

肝臟是結直腸癌最易發生轉移的部位之一。選擇合適的患者行肝轉移灶切除是提高 IV 期結直腸癌療效的最主要措施之一。對根治性肝轉移灶切除的治療上重點強調在保留足夠殘餘肝臟的前提下，儘可能達到切緣陰性。肝轉移灶切除是以根治性切除為目標，因此不推薦轉移灶部分切除，同時強調爭取治癒性切除。對適合手術切除患者不推薦選擇射頻消融治療(RFA)，但可以與手術切除治療結合；肝動脈栓塞治療(TAE)僅適用於臨床試驗。

不可切除肝轉移分為潛在 可切除或不可切除的肝轉移

因為完全不可切除的肝轉移可以按照一般晚期腫瘤處理原則進行；而潛在可切除的肝轉移多數可通過積極的新輔助化療而獲得切除的可能。所以對潛在可切除的肝轉移，要用最積極的新輔助化療，如化療聯合標靶藥物治療或三藥聯合化療，以最大限度地爭取肝轉移的切除。



八、手術治療原則

經肛切除：

●標準

佔據腸腔小於30%

腫瘤直徑< 2.5 cm

切緣陰性（距離腫瘤大於3 mm）

活動，不固定

距肛緣8 cm以內

T1或T2（T2腫瘤需警惕高復發風險）

內鏡下切除的息肉，伴癌浸潤，或病理學不確定

無血管淋巴管浸潤（LVI）或神經周圍浸潤

高~中分化

治療前無淋巴結腫大的影像學證據

●如果能在直腸內充分顯露腫瘤，可考慮經肛門顯微手術。

經腹切除：腹會陰聯合切除術或低位前切除術或全直腸系膜切除（TME）+結腸肛管吻合。

●治療原則

主刀醫生應在手術前親自行硬式內視鏡檢查

切除原發腫瘤，保證足夠切緣

除非進行臨床試驗，不推薦採用腹腔鏡手術

採用TME手術清掃腫瘤的淋巴引流區域

盡可能保留器官結構的完整性

5周半足量的新輔助放化療後，應在5~10周內進行手術

●TME

減少環周切緣的陽性率。

切除腫瘤下緣以下4~5 cm的直腸系膜才算足夠。下段直腸癌（距離肛緣小於5 cm）切除腫瘤遠端腸管1~2 cm是可以接受的，但需術中冰凍病理檢查證實切緣陰性。游離全部直腸可保證遠切緣陰性並切除足夠直腸系膜。

●淋巴結清掃

盡可能把清掃範圍外的可疑淋巴結切除或活檢。

如果無臨床可疑轉移的淋巴結，不推薦擴大的淋巴結清掃術。



病理評估原則

內鏡下切除的惡性息肉：

- 惡性息肉是指息肉中有癌細胞浸潤穿透粘膜肌層到達粘膜下層（pT1）。pTis不屬於“惡性息肉”。
- 良好的組織學特徵包括：1或2級分化，無血管、淋巴管浸潤，切緣陰性。目前尚無對切緣陽性的統一定義。其定義包括：(1)腫瘤距切緣小於1 mm；(2)腫瘤距切緣小於2 mm；(3)電刀切緣可見癌細胞。
- 不良的組織學特徵包括：3或4級分化，或血管、淋巴管浸潤，或“切緣陽性”。切緣陽性的定義見上述。
- 結直腸惡性廣基息肉能否通過內鏡下切除獲得成功治療，目前尚有爭議。文獻似乎認為與帶蒂惡性息肉相比，廣基惡性息肉內鏡下切除後，不良預後事件（如腫瘤殘留、腫瘤復發、死亡、血道轉移，但不包括淋巴結轉移）的發生率更高。然而，認真分析資料會發現，息肉的外形本身並不是預後不良的一個很有意義的參數，那些細胞分化1或2級、切緣陰性、無血管、淋巴管浸潤的惡性廣基息肉，能夠通過內鏡下切除獲得成功治療。

經肛切除：

- 良好的組織病理學特徵包括：小於3 cm，T1或T2（T2需謹慎，因復發率高），1或2級分化，無血管、淋巴管浸潤，切緣陰性。
- 不良的組織病理學特徵包括：大於3 cm，T1或T2，3級分化，或血管、淋巴管浸潤，或切緣陽性。

直腸癌手術切除的適應證：

- 組織學證實的原發於直腸的惡性腫瘤。

病理學分期：

- 病理報告中應該包括：

腫瘤分化程度

腫瘤浸潤深度（T），T分期是根據有活力的腫瘤細胞來決定的，經過新輔助治療的標本內無細胞的粘液湖不認為是腫瘤殘留。

檢出淋巴結個數和陽性淋巴結數（N），經過新輔助治療的標本內無細胞的粘液湖不認為是腫瘤殘留。



近端、遠端和環周切緣的情況。

環周切緣（CRM）陽性的定義是腫瘤距切緣小於 1 mm 或 2 mm。

淋巴結評估：

- AJCC和美國病理學家協會（CAP）建議至少需送檢12顆淋巴結才能準確判斷為II期結直腸癌。但是文獻報導的診斷II期結直腸癌所需的淋巴結送檢最低數目要求常不統一，分別有大於7顆、大於9顆、大於13顆、大於20顆、大於30顆。這些研究多數將結腸癌和直腸癌混合在一起分析，而且未經新輔助治療，初始治療即為手術。有2項只限於直腸癌的研究指出至少檢出14顆和大於10顆淋巴結才能準確判斷為II期直腸癌。淋巴結檢出數目跟患者年齡、性別、腫瘤分化程度和部位有關。對II期結腸癌（pN0），如果初始檢查不能找到12顆淋巴結，推薦病理醫生應該重新解剖標本，重新送檢更多的疑似淋巴結的組織。如果最終還是找不夠12顆淋巴結，應在報告上加注評論，表明已經盡力解剖淋巴結。接受過新輔助治療的直腸癌患者平均淋巴結檢出數目明顯少於直接手術患者（13 vs 19, $P<0.05$, 7 vs 10, $P<0.001$ ）。如果以12顆淋巴結作為II期腫瘤的準確分期標準的話，接受過新輔助治療的患者只有20%能夠檢出足夠的淋巴結。接受過新輔助治療患者要準確分期所需的淋巴結數目目前仍不清楚。然而準確分期的意義有多大仍屬未知，因為接受過新輔助治療的患者無論手術後病理分期如何都需要接受術後輔助治療。

KRAS突變檢測

- KRAS基因編碼區第2外顯子的12和13密碼子突變預示腫瘤對靶向表皮生長因數受體（EGFR）的抗體治療無反應。
- 12和13密碼子的突變檢測應僅在經美國1988年臨床實驗室改進修訂案（CLIA-88）認證、可進行高度複雜性臨床檢驗（分子病理學）的實驗室中進行。具體方法不限（基因測序、雜交等均可）。
檢測所需標本可採用福馬林固定、石蠟包埋。標本可以是原發性結直腸癌組織和/或轉移灶，有文獻報導2種標本的KRAS突變情況相似。

直腸系膜（TME術後）的評價

- 對位於直腸遠端 2/3 的中低位直腸癌，病理醫生應評價 TME 手術的品質（直腸系膜的完整性）。



九、安寧緩和照護原則

若預期疾病難以治癒時，病人存活期小於 6 個月便適合安寧療護(Pomeranz & Brustman, 2005；Waldrop & Rinfrette, 2009)。

若藉由症狀、檢驗數據、及確切的腫瘤診斷，證實臨床上該惡性腫瘤已經廣泛侵犯、或進展快速；功能分數（Palliative Performance Scale）低於 70%；拒絕進一步腫瘤治癒性治療，或者在治療之下仍持續惡化者，即可轉介緩和醫療團隊（彭等，2006）。

十、參考文獻

1. PREOPERATIVE CHEMORADIOTHERAPY FOR RECTAL CANCER: RANDOMIZED TRIAL COMPARING ORAL URACIL AND TEGAFUR AND ORAL LEUCOVORIN VS. INTRAVENOUS 5-FLUOROURACIL AND LEUCOVORIN. doi:10.1016/j.ijrobp.2007.05.068.
2. PREOPERATIVE CHEMORADIOTHERAPY WITH ORAL DOXIFLURIDINE PLUS LOW-DOSE ORAL LEUCOVORIN IN UNRESECTABLE PRIMARY RECTAL CANCER. pii S0360-3016(00)01585-6.
3. PREOPERATIVE CHEMORADIATION WITH ORAL TEGAFUR WITHIN A MULTIDISCIPLINARY THERAPEUTIC APPROACH IN PATIENTS WITH T3-4 RECTAL CANCER. doi:10.1016/j.ijrobp.2004.08.018.
4. Twelves C, et al. *New Eng J Med*. 2005; 352:2696-2704.
5. deGramont A, et al. *Proc Am Soc Clin Oncol*. 2003; 22:253.
6. Richard M. *J Clin Oncol* 2004;22;23-30
7. Cheeseman S. et al. *Brit J Cancer* 2002; 87:393-399.
8. Welles L. et al. *J Clin Oncol* 2004; 23:Abstract 3537.
9. Andre T. *Eur J cancer* 1999;340;1154-1161.
10. NCCN guideline 2012.v1版
11. 國衛院大腸直腸癌診療指引
12. Pomeranz, J., & Brustman, M. J. (2005). When's the time right to enter hospice care?. *Nursing*, 35(8), 43-43.
13. Waldrop, D. P., & Rinfrette, E. S. (2009). Making the transition to hospice: exploring hospice professionals' perspectives. *Death studies*, 33(6), 557-580.
14. 彭仁奎、邱泰源、陳慶餘（2006），老年緩和醫療簡介，*安寧療護雜誌*11(3)，273-284