【大腸直腸癌多科整合團隊】專題

■成大醫院大腸直腸癌多科整合團隊

根據衛福部國民健康署健康促進統計年報，大腸直腸癌死亡率在癌症患者中排名第三名，發生率與年增個案數則都是第二名。而成大醫院的統計資料發現，超出 1/4 的大腸直腸癌患者初次診斷時已是第四期，有遠端轉移的情況；初次診斷為第三期的也接近 3 成，顯示在治療追蹤過程中，有較高機會產生遠端轉移。

大腸直腸癌好發的遠端轉移，主要在肝臟及肺臟。以前一旦發生遠端轉移，往往被認為僅能靠藥物治療；現在則有愈來愈多的研究發現，在某些狀況下將轉移病灶切除，有助於癌症的控制及延長患者的生命。

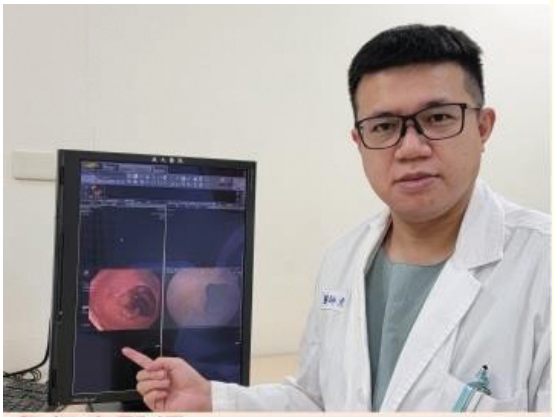
成大醫院大腸直腸癌的多科整合團隊，會針對患者病況及身體狀態，進行團隊討論，設計專屬的治療計畫，以達到「精準治療、快速恢復」，期望給民眾更好的治療、延長病患的生命。

專題 3-1

你需要重視及注意的【大腸直腸癌】
國人十大癌症死亡率第三名、發生率與年增數第二名
成大醫院資料顯示過半患者發現時已是第三、四期，多有轉移

根據衛福部國民健康署健康統計促進年報，惡性腫瘤是國人十大死因之首，而大腸直腸癌死亡率在癌症

患者中排名第三名；癌症年報統計，大腸直腸癌的發生率是第二名，年增個案數也是第二名。由此可知，大腸直腸癌是國內亟需被重視的疾病。



詹仁豪醫師
專科：外科、消化外科、大腸直腸外科
專長：大腸直腸手術、肛門疾病、一般外科手術、腹腔鏡手術
大腸直腸癌微創手術

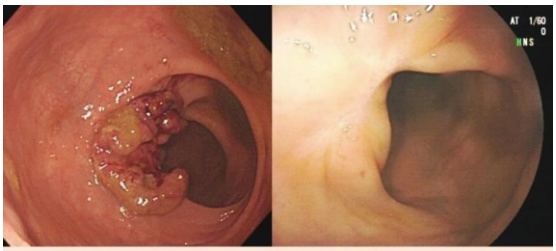
成大醫院直腸外科詹仁豪醫師表示，根據成大醫院的統計資料發現，超出 1/4 的大腸直腸癌患者初次診斷時已是第四期，也就是有遠端轉移的情況；初次診斷為第三期的也接近3成，這表示在治療追蹤過程中有較高機會產生遠端轉移。因此，大腸直腸癌轉移的治療，對患者能否長期存活是相當重要。

而由第三、四期合計超過大腸直腸癌患者的半數的情形來看，詹仁豪醫師表示，這些患者大多沒有接受過大腸癌篩檢。目前國健署以菸品健康福利捐，補助 50-74 歲民眾每2年1次定量免疫法糞便潛血檢查，但符合篩檢條件民眾的使用率僅4成左右，有超過一半的人並未接受篩檢。

詹仁豪醫師指出，若能及早篩檢，早期診斷與治療對病患的預後有相當大幫助。根據國健署統計資料，第二期(含)以前的大腸直腸癌患者以手術切除為主，5年整體存活率第一期患者可達9成，第二期也有將近8成；但到了第三期，5年存活率已降至7成，第四期更低於2成。因此越早期診斷，對患者的長期存活越好。他也提醒，若是有家族病史或是不明原因血便、排便習慣改變或是體重減輕，都建議儘早就醫檢查。

沒有任何慢性病史的40歲黃先生主訴大便帶有血絲已數個月，症狀一直沒有改善，在地區醫院接受大腸鏡檢查發現有第三期大腸癌及低位直

腸癌，因此轉至成大醫院接受後續治療。傳統上低位直腸癌同時又有大腸癌的患者，肛門的保留率偏低，但黃先生先接受術前放療合併第三期化療，等直腸腫瘤變小，再接受括約肌間切除手術以及標準大腸癌手術，保留了肛門，到目前追蹤2年沒有復發。



低位直腸癌經過放化療後，腫瘤縮小，可以保留肛門及括約肌。

詹仁豪醫師特別提到，其實黃先生的家族中有多人曾罹患大腸癌，加上因為他本身罹病的年紀偏輕，在接受基因檢測後發現有明顯的致癌基因突變；因此，也建議其家族成員接受評估罹癌風險的追蹤建議。

詹仁豪醫師也指出，大腸直腸癌第三、四期患者好發遠端轉移，主要為肝臟及肺臟。以前一旦發生遠端轉移，往往被認為僅能靠藥物治療；現在則有愈來愈多的研究發現，在某些狀況下將轉移病灶的切除，有助於癌症的控制及延長患者的生命。

因此，成大醫院大腸直腸癌的多科整合團隊會針對患者病況及身體狀態進行團隊討論，以設計專屬治療計畫，包括在化療或併行放療後，再次評估手術治療；也有許多文獻指出，當病患癌症部位腫瘤已受到控制、心肺功能可承受切除部分時，建議接受評估轉移病灶切除手術。

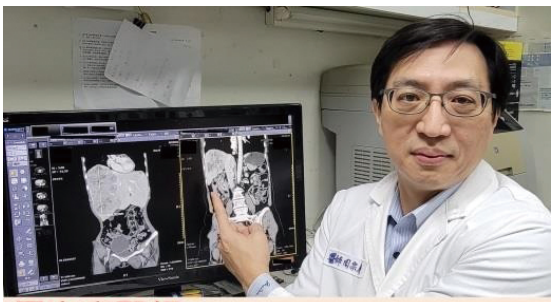
轉移病灶切除手術是近年來癌症治療中重要一環，以達到「精準治療、快速恢復」，也是成大醫院大腸直腸癌團隊一直努力的目標，期望給民眾更好的治療、延長病患的生命。

（本篇內容旨在提供一般醫療衛教知識，如有不適或疾病，應尋求專科醫師的診治，以免貽誤病情，並能獲最佳治療的效果。）

專題 3-2

大腸癌肝轉移之外科治療

經評估可手術治療，配合多科整合治療模式，5年總存活率可達 50-60%



周宗慶醫師
專科：一般外科、移植外科
專長：肝/腎移植、肝膽及疝氣微創手術

台灣每年大腸癌發生及死亡人數呈現快速增加趨勢，居所有癌症發生率及死亡率的第2位及第3位。這些大腸癌患者中超過一半會在某個時候發生肝臟轉移；然而，其中只有約 20%病人適合接受治癒性肝轉移腫瘤切除手術。

不過，成大醫院一般外科周宗慶醫師表示，過去10年在多科團隊整合型治療模式下，加上各醫學相關領域治療發展，大腸直腸癌肝轉移手術的長期存活率得到顯著改善，5年存活率可達 50-60%。

手術切除通常是治療首選，但非所有肝轉移的大腸癌病患皆適合手術。周宗慶醫師指出，選擇合適的患者才接受根除性手術，除了要得到長期的腫瘤控制結果外，更在確保手術期間與術後病人的安全性。

對於患者是否適合接受肝腫瘤切除，必須評估、考慮以下因素：

1. 病人因素：術前的風險評估至關重要，對於不利手術的病人因素要能夠有足夠時間進行優化，例如戒菸、減重減脂、強化心肺功能等。

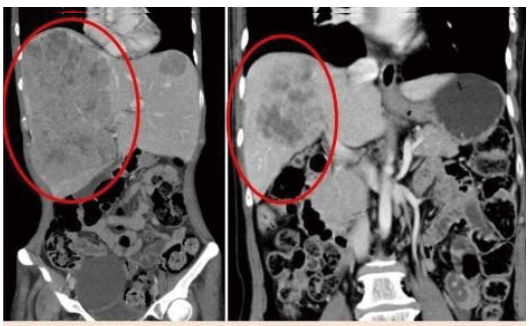
2. 腫瘤因素：腫瘤生物學特徵是預測復發和生存的最重要因素之一。對於高危險族群，會考慮給予術前 4-6 次化學治療以評估腫瘤對於化學藥物的效果；若有療效，再轉介至肝臟外科進行手術可行性評估，術後再追加輔助性化學治療。

3. 解剖學因素：若同時合併有不能切除乾淨的肺部轉移、腹膜或淋巴轉移，即便肝轉移腫瘤能清除乾淨，仍不適合接受切除手術，除對病人長期存活幫助不大外，甚至會延誤接受後續化學治療時機。另外，最重要的是

切除後必須保留有「品質(quality)」與「數量(quantity)」的剩餘肝臟，否則即使手術成功，病人卻會苦於術後肝功能不佳導致的併發症。

周宗慶醫師指出，據文獻統計，約80%的肝轉移性大腸直腸癌患者在診斷時，因前述因素被判定不適合接受肝腫瘤切除，這時的初始治療最主要轉為化學治療；其中，有12-33%的患者對化學治療有充分反應，可以接著進行完全切除。

像48歲的胡女士在2018年2月時出現大便習慣改變、食慾不振與體重下降的問題，7月就醫確診為直腸癌合併巨型肝臟轉移。因為肝臟轉移腫瘤過大，無法進行根除性肝臟切除手術，



直腸癌合併巨型肝臟轉移。接受多次誘導化學治療加標靶治療，及合併放射線治療後，肝臟腫瘤明顯縮小。

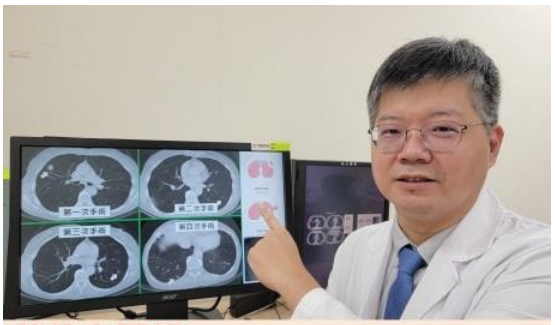
所以先安排「誘導化學治療」加上「標靶治療」共7次，另合併放射線治療。11月電腦斷層檢查發現肝臟腫瘤明顯縮小，因此於2018年底接受直腸切除合併肝臟腫瘤根除性切除手術，術後再輔以5次術後化學治療，並持續追蹤。2019年底再發現有橫膈膜下肝臟處單顆轉移，接受胸腔鏡導引腫瘤銷融手術治療。

從直腸癌同時合併肝臟轉移診斷日算起，胡女士在多科團隊整合治療模式下至今已接近5年，可喜的是目前處於無疾病狀態，僅需規則回診追蹤。周宗慶醫師也表示，當病患面臨大腸直腸癌肝轉移，無須驚慌，應配合有經驗的醫療團隊，在多科整合治療模式與醫病共同決策下，勇敢面對這人生的挑戰。

（本篇內容旨在提供一般醫療衛教知識，如有不適或疾病，應尋求專科醫師的診治，以免貽誤病情，並能獲最佳治療的效果。）

專題 3-3

【精準打擊、快速恢復】
成大醫院大腸直腸癌合併肺轉移及接受轉移病灶切除病患5年存活率可達7成以上



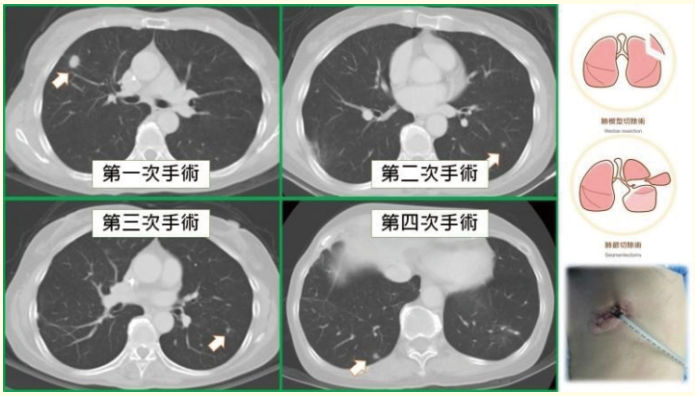
黃維立醫師
專科：胸腔外科
專長：肺癌、食道癌、肺部感染性疾病、縱膈腔腫瘤、胸腔鏡微創手術

肺臟是大腸直腸癌最好發遠端轉移的器官之一，一旦發生遠端轉移，往往會被認為僅能靠藥物治療；但隨著醫療的進步，成大醫院胸腔外科黃維立醫師指出，愈來愈多研究顯示，在某些狀況下切除轉移病灶，有助於癌症的控制，延長患者的生命。

黃維立醫師說，肺部轉移病灶切術手術近年來逐漸受到重視。有許多文獻指出，當病患原發癌症部位的腫瘤已受到控制、無胸腔外遠端轉移之病灶（肝臟例外），心肺功能良好可承受切除部分肺組織時，會建議接受肺部轉移病灶切除手術評估。

像有名61歲婦人於7年前診斷大腸癌第三期，經手術切除部分大腸後接受數次化療。治療後3年，再發現婦人的右上肺葉有1顆轉移性病灶，於是接受單孔胸腔鏡右上肺葉楔狀切除術；之後陸續又產生肺部轉移，分別接受單孔胸腔鏡左下部份肺節切除術、左上肺葉楔狀切除術、右下肺葉楔狀切除術。累計共接受4次單孔胸腔鏡肺部轉移病灶切除手術，目前仍在大腸直腸癌團隊門診定期追蹤治療。

成大醫院自 2007 開始胸腔鏡手術，並發展單孔胸腔鏡微創技術廣泛應用在肺切除手術。黃維立醫師表示，除肺葉切除外，胸腔外科全力發展肺節切除術，以精準切除中央型病灶，不必切除整個肺葉；而周邊型病灶則採



用楔狀切除，甚至可進行多次肺轉移病灶切除手術。前述個案即受惠於胸腔鏡微創技術的持續發展。這在只有傳統開胸手術的過去，要再次進行肺切除手術會是相當困難完成的。

成大醫院胸腔外科整合了這些技術，即便是多顆轉移性腫瘤，選擇合適的切除方式可以讓病患保留更多肺組織，以減少術後對肺功能的影響，術後也可盡快接受進一步的化療或標靶治療。在成大醫院多科團隊合作下，大腸直腸癌合併肺轉移及接受肺轉移病灶切除手術的病患，5 年存活率可達 7 成以上。

黃維立醫師表示，大腸直腸癌患者產生肺轉移，不一定是無法手術。經胸腔外科評估肺轉移病灶切除手術可行性，再根據轉移狀況選擇肺節切除、楔狀切除或肺葉切除，達到「精準打擊、快速恢復」。這也是成大醫院大腸直腸癌團隊一直努力的目標：提供更好的治療、延長病患的生命。

（本篇內容旨在提供一般醫療衛教知識，如有不適或疾病，應尋求專科醫師的診治，以免貽誤病情，並能獲最佳治療的效果。）