

患

一醫生說，以目前情況來說，腫瘤對化療藥物反應良好，他叫我放心，我亦會積極面對。」林太向記者說。

才不過四十餘歲的林太對於突然患上直腸癌，可算是始料不及，她不諱言最初很難接受，但幸好有家人支持，自己又抱着樂觀的心，她相信自己能戰勝病魔。

的確，這一場硬仗不易打，因為醫生制定的一套殺癌方案，包括手術前放化療、手術切除、術後放化療，除了手術後的康復期，還有放化療的副作用，都得咬着牙關捱過。幸好經過首輪治療，原先預料的副作用，並沒有想像中難受。

高危復發 術後治療

養和醫院綜合腫瘤治療中心

官，例如腎、小腸、胃，電療容易傷及這些正常組織及器官，所以一般結腸癌的輔助治療只用化療。」關醫生說。

輔助治療包括術前及術後，需要進行術後治療以減低復發率的，包括第三、四期及第二期高危病人。

第三期是指腸癌擴散至淋巴，第四期是擴散至其他器官。第二期高危，是指下列情況， T_3N_0 或 T_4N_0 都屬第二期， T_3 即蝕穿腸壁， T_4 屬於高危，腫瘤已蝕穿腸壁之餘更擴散至旁邊的器官，例如腸、胃、肝，就要考慮術後治療；又或做手術時已經有腸塞，即腫瘤較大至頂住腸壁，令腸道不通，就算未蝕穿腸

長期高脂飲食，是大腸癌的高危族。

大便習慣改變或痢血，是大腸癌徵狀。

► 關永康醫生說，近年有不少新藥出現，令治療腸癌成功率上升。

在抗癌路上，從來都是一場硬仗。而當敵人被擊倒後，我們還得心狠手辣，用盡一切手段令敵人無翻身機會，所以在手術切除腫瘤後，為免有餘孽躲藏日後伺機作惡，醫生會進一步趕盡殺絕，利用化療或附加電療殲滅每一個癌細胞！

今期腸癌殲滅戰之二，由腫瘤科醫生為大家
詳細解構趕盡殺絕策略！

撰文：陳旭英 攝影：張文智 設計：章可儀



殺絕腸癌

輔助治療，包括電療及化療，以減低復發率。像林太的個案，由於癌細胞已擴散至直腸外淋巴，及直腸腫瘤靠近肛門，這時進行外科手術需要進行大規模的切除，包括肛門，考慮到病人年輕，切除直腸、肛門後要終生靠人工造口排便，病人難接受，故設計一個可保留肛門又能徹底殺癌的治療方案，就是先進行放化療縮小腫瘤，然後手術切除，之後再進行放化療。

在治療大腸癌中，只有直腸癌病人才能受惠於電療。

「直腸外面就是直腸淋巴，再外是腹腔內淋巴，再出是血管，故癌細胞伸展範圍能夠追蹤；而直腸最底的位置有一層腹膜包住，腹膜外沒有其他器官，進行電療相對安全。」

「但結腸的淋巴路線較難預計，無法靠追蹤淋巴進行電療；另外結腸附近有好多正常組織及器

壁，術後淋巴
驗未有發現癌細胞擴
散，這種都已屬高危。另
外如腫瘤令腸壁破裂引致腹膜炎
或低分化的腺體癌，也屬於高危
類別。」關醫生說。

三種藥物 術後殺癌

第三種情況是淋巴未能切得徹底，例如有些外科醫生只取兩三粒，化驗後說沒有擴散，我們會認為不可靠，腫瘤科醫生認為最少要取十三粒，化驗後都證明

沒有癌細胞，才能確定沒有淋巴擴散。「所以對於淋巴結果不太可靠的化驗報告，都屬第二期高危，要做術後治療。」關說。

適用於結腸癌及直腸癌的術後化療藥物，有沿用三十年的5-FU，至近六、七年出現的兩種新化藥物，一為Oxaliplatin，二為Irinotecan，由於後兩種用於治療復發腸癌效果良好，故近年腫瘤科醫生都嘗試用於首次病發，其後臨牀上發現只得Oxaliplatin用於初次治療有效，故現時術後化療會以Oxaliplatin配合5-FU使用。

「惟Oxaliplatin配合5-FU和亞葉酸（混合藥物稱為FOLFOX），病人需要入院注射，留院四十八小時，病人期間要吊鹽水，部分病人可能會覺得麻煩，故5-FU另有口服版（稱為Xeloda），如用口服版就毋須入院，只要在門診注射Oxaliplatin，之後回家服用Xeloda便可。化療療程為二十四星期，即半年。」

混合化療增加療效

很多癌症患者聽到要做化療，大部分都對化療引起的副作用極為擔心。關永康醫生說，「此三種藥物引起的嘔吐、脫髮的副作用相對較少，惟Oxaliplatin

的其中一個副作用，是吊注藥物時會覺整條手臂冰凍，像中了寒冰掌一樣，病人會很難受，故醫護人員會為病人蓋電暖氈。」

另外該藥物亦會影響長神經線，手腳會有麻痺之感。而5-FU的副作用亦不嚴重，常見的會肚瀉、皮膚變深色，後者對於女士來說可能會介懷，另外血管滴注藥物後會明顯凸出，手指甲亦會變黑，儀容上會有點不雅，但這些副作用會在完成療程後數個月消退。

不過醫生為了幫助病人面對療程，在化療藥物中會加入亞葉酸一齊滴注，可加強5-FU的效

直腸癌患者可接受「強度調控」電療（IMRT），作為術前或術後的輔助治療，殺死癌細胞。



術後治療成效

- 以第三期腸癌為例
- 只做手術，五年復發率是50%
- 手術+5FU化療藥，五年復發率40%
- 手術+5FU+oxaliplatin，五年復發率降至30%



▲部分直腸癌患者可以利用圖中的「TEO」手術，從肛門進入切除腫瘤。



在多角度（約五至七個角度）進入便可達到良好效果。

由於放射線會傷及人體黏膜，病人或會擔心電療會傷及直腸黏膜，產生痛楚。關永康表示，電療的確會傷害黏膜細胞，令病人排便時產生痛楚，故他們會提醒病人這段時間的飲食必須保持高營養外，亦要多纖維及多水分，保持大便濕軟更容易排出，如有需要才處方排便藥。

剛完成五次化療（四十八小時滴注）療程的林太說，由於事前準備好，故她並不覺得過程難受，「當藥物於手臂靜脈進入時，我的確感到冰凍，但那冰凍到了膊頭後便消失，我又預備了暖包，護士又給我暖氈，所以都不覺太冷。」林太說。而他副作用並沒

有在她身上出現，她相信是自己身體夠強壯之故。

電療瞄準直腸癌

電療療程約五星期，治療前規劃亦較簡單，因為直腸都是圓筒形，故一般設計都是以腫瘤長度、上下再加五厘米，旁邊整個盆腔都包含在電療範圍，故利用一般的強度調控（IMRT）電療儀，將射線

用，而不會增加5-FU的副作用。

上述藥物適用於結腸癌及直腸癌病人，如病者所患的是直腸癌，則會同時進行電療及化療，惟兩者重疊進行，各自都會產生副作用，病人會倍覺難受，所以一般在病人接受第一、二次化療後，才開始電療。

電療設計解構



A度身設計模具



B電腦掃描確定腫瘤



C計劃電療方案



D對照電療設計及核實腫瘤位置



E為患者度身設計覆蓋模具。

電腦掃描傳真大腸鏡檢查，可作為初步檢查方法。

兩種標靶對付復發

近年標靶藥物亦應用於治療復發腸癌，兩種藥物都有頗佳效果。混合標靶化療，可增加療效。

「如腸癌復發擴散至肝臟，能以手術切除的必先做手術，但有些如擴散至肺部或淋巴，就無法做手術，而是進行化療，這時可以考慮是否加標靶藥，兩種藥物分別為專對付血管的Avastin，另一為對付EGFR基因的Erlotinib。」

「前者任何腸癌患者都適用；後者需要做KRAS基因測試，患者必須在EGFR基因中看有沒有KRAS突變，如沒有，Erlotinib才能發揮效用。」關醫生說。由於檢驗基

大腸內視鏡是最佳檢查大腸病變的方法。

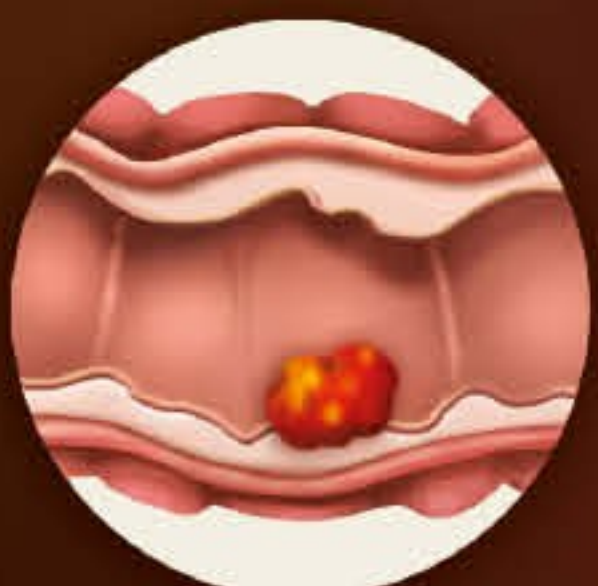


鉬劑灌腸檢查是其中一種篩檢大腸癌方法，如有發現需進行大腸鏡檢查確定。

腸癌分期



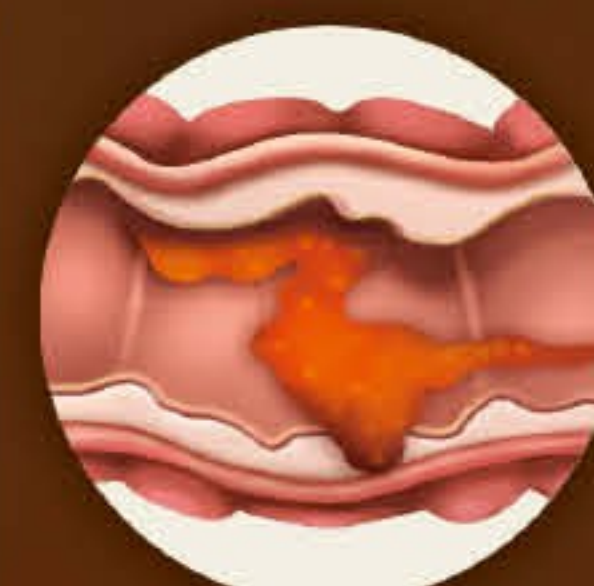
第一期
侵蝕範圍：腫瘤限於腸壁黏膜，未侵蝕肌肉層
治療：手術切除



第二期
侵蝕範圍：已侵蝕腸壁肌肉層，未擴散至腸壁以外
治療：手術切除（高危要考慮術後放化療）



第三期
侵蝕範圍：已擴散至淋巴組織，但未擴散至其他器官
治療：手術切除，術後放化療



第四期
侵蝕範圍：擴散至其他器官，例如肝肺
治療：放化療

標靶，即病人有四個組合可以用，故醫生就算發現病人對第一個治療組合沒有反應，亦可以試行另一個組合。

加了兩種標靶藥不會令病人更辛苦，但藥物本身有其副作用。「Erlotinib，如病人對此藥敏感，輕微的會有出現暗瘡、紅疹等徵狀；嚴重的可以引致呼吸困難、心跳快、血壓低，甚至休克。如有敏感反應，多數會在第一次下藥便出現。

「Avastin的副作用有出血、血壓高、血管堵塞、蛋白尿，各有1%機會，即共4%風險。」

「研究發現，配合兩種標靶藥使用，病人復發的生存中位數，由一年半延長至三年，故今天對付腸癌勝算更高。」關醫生說。

當然預防勝於治療，保持良好飲食習慣、多做運動及到五十歲後進行大腸鏡檢查，可預防和及早發現，腸癌便沒有機會生根。