11. 大腸直腸癌

大腸直腸腫瘤包括大腸直腸癌、類癌(carcinoid)、平滑肌肉瘤、淋巴組織瘤等惡性腫瘤，以及各種瘜肉、脂肪瘤等良性腫瘤。另外還一些因發炎疾病如腸結核、放線菌感染等也會產生有如腫瘤之病灶，在作鑑別診斷時需考慮。肛門腫瘤包括肛門鱗狀上皮癌、肛緣皮膚癌、Paget 氏病、Bowen 氏病等。大腸直腸癌因病例多，目前居國內十大癌死亡原因之第三位，且形成原因與直腸腺瘤性瘜肉(Neoplastic polyp, Adenomatous polyp)關係密切。本節將就大腸直腸癌敘述。

前言：

大腸直腸癌是一重要的疾病。在許多已開發國家，大腸直腸癌是僅次於肺癌的第二號致死癌病。在台灣，1998 年大腸直腸癌也已成為癌病死亡原因中第三位。近十多年來在生物化學上對大腸直癌之癌化機轉有較深入研究，開啟了生物細胞癌化機轉之神祕面紗。大腸直腸癌篩檢早期診斷癌瘤或瘜肉，同時作瘜肉切除似乎給大腸直腸癌之防治露出一線曙光。在治療方面數十多年來儘管手管術技術不斷改進，仍只是增加了病人的生活品質，並未顯著的增加病人的存活率。而放射治療對直腸癌治療之輔助角色漸受肯定，藥物治療則仍有待突破。

一、發生率及流行病學：

大腸直腸癌之發生率在已開發、工業化之地區較高。例如北美（墨西哥除外）、西歐、北歐、紐澳等，其年發生率約每十萬人口 40-60 人。在未開發或開發中國家則發生率較低，例如非洲、印度、中國大陸、東南亞、南美（阿根廷及烏拉圭除外）。同樣華人地區，新加坡及香港華人比台灣地區發生率高，而兩者又高於大陸地區。有趣的是由移民族群的研究，發現移民者的發生率有向新居地居民發生率接近之趨勢。又隨著社會經濟之進化、飲食習慣之西化，大腸直腸癌之發生率亦隨之增加。例如美國黑人大腸直腸癌發生率與白人者接近（尤其男性），而日本第二代夏威夷移民其大腸直腸癌與當地人接近，且遠高於日本國內居民。而日本國內之大腸直腸癌發生率近三十年來持續升高，但胃癌之發生率持續下降。(43,44) 在台灣也有此種現象。民國六十八年，台灣地區大腸癌之發生率為男 6.86、女 5.02 人/年/十萬人， 自民國八十三年則升到男 20.41、女 16.06 人/年/十萬人。一般認為大腸直腸癌發生率分佈隨地區及時間變化與飲食習慣有密切的關係，尤其大量食用肉類、動物性脂肪、蛋白質，精碾的穀類，及較少食用纖維素之族群、地區、較易產生大腸直腸癌。大腸直腸癌較易發生於年紀大者。一般而言從四十～四十五歲開始隨年紀增加而增加到七十五歲達最高峰。但近年來年輕之病例似有增加之趨勢。男女發生率略相等。

二、大腸直腸癌可能之原因及危險因素：

依目前瞭解大腸直腸癌之致癌原因並非單純的單一原因。而可能系多重因素包括遺傳、基因突變、 致癌物質、飲食習慣等交互作用綜合而成的。大多數的大腸直腸癌是〞散發性〞的(sprodic，約 80-85％）， 也就是說並沒有家族病史。約有

15%的大腸直腸癌有顯性的家族傾向。第一等親有大腸直腸癌者其患大腸直腸癌之機會為常人之二～三倍。有二位第一等親有大腸直腸癌者罹病機率又為有一位者之二倍。而第一等親得病之年齡愈年輕者其得病機會愈大。例如有一等親患大腸直腸癌得病之年齡在五十五歲以上，其得病之機會為常人之二倍， 如為四十至五十五歲則為三倍，如為四十五歲以下則為四倍。目前臨床上可歸類出兩種明顯的遺傳性大腸直腸癌即(1)家族性大腸瘜肉症(familial adenomatosis coli FAP 或 familial polyposis coli)(2)遺傳性非瘜肉症大腸直腸癌 (hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma HNPCC)。 但並非所有家族傾向之大腸直腸癌均可歸入此二類之一， 這些無法歸類而有家族傾向之大腸直腸癌可能其遺傳因子較少或表現較弱。

(1)家族性大腸瘜肉症(familial adenomatosis coli FAP 或 familial polyposis coli)

所謂家族瘜肉症 FAP 是一種顯性的正染色體顯性(autosomal dominant)遺傳性疾病， 具有這種遺傳的病人大腸直腸中產生數百甚至數千個以上的腺瘤性瘜肉。通常瘜肉在患者十五歲後開始逐漸出現，到三十五歲則全部會表現出來。患者平均在三十九歲時瘜肉會轉變成癌（二十一歲前 7%，四十五歲前 90%）。患者之子女約有一半機會有此遺傳，有此遺傳者幾乎都會發病。除了大腸直腸瘜肉外，在上消化道亦常有瘜肉產生，其發生率胃瘜肉約 50%，十二指腸瘜肉約 90%。胃瘜肉通常是胃底腺瘜肉(Fundic gland polyp)，少有癌變。十二指腸瘜肉則為真正的腺瘤(Adenoma)，以至於 FAP 病人約有 10%會產生十二指腸癌。 FAP 所產生的腸癌占所有大腸直腸癌的 1%。因幾乎所有病人均會有癌變，這種家族成員在青春期後均要作篩檢。一經確定，需在癌變之前將大腸直腸全數切除。有些 FAP 的病人合併有下顎骨或長骨的骨瘤(Osteoma)，上皮樣囊腫(Epidermoid cyst)，纖維類瘤(Desmoid tumor)或先天性網膜色素上皮肥大(Congenital hypertrophy of retinal pigment epithelium CHRPE)，此時稱為 Gardner 氏症(Gardner's Syndrome)。若大腸瘜肉症合併有腦瘤（大部份為神經膠瘤 Glioma）則稱為 Turcot 氏症(Turcot's syndrome)。在過去，家族瘜肉症病人作全大腸直腸切除後須作迴腸造口以排便，但因此類病人多為年輕甚至未婚者。迴腸造口後生活行動諸多不便。目前則有多種手術包括(1)保留直腸、作迴腸直腸的吻合術(2) Koch 氏袋造口(3)骨盆腔迴腸造袋—肛門吻合術(pelvic ileal pouch—anal anastomosvs) 等可供選擇。有些文獻報告 Aspirin 或 Sulindac 等 NSAID 抗發炎藥可使 FAP 病人之瘜肉萎縮或預防再發。唯此只適用於瘜肉較少者，且停藥後通常瘜肉會再復發。

(2)遺傳性非瘜肉症大腸直腸癌 (hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma HNPCC)

遺傳性非瘜肉症大腸直腸癌 HNPCC 亦是正染色體顯性遺傳疾病，患者大腸內亦常伴有數個或多個瘜肉，多為較大，絨毛性腺瘤，但個數不如 FAP 者多。其癌常見於右結腸，較常有同時發生的癌(synchronous cancer)，平均發病年齡四十五歲，較一般大腸直腸癌患者年青。根據阿姆斯特丹協定要診斷 HNPCC 要合於以下三條件(1)家族中至少有三位成員患大腸直腸癌，其中二位必須為第一等親(2)至少

有連續兩代成員罹 病(3)至少有一成員得病年齡在五十歲以下。如癌症只發生在大腸則稱為特異位置大腸直腸癌 (site specific colorectal cancer)或 Lynch 氏症第一型。如家族成員中尚有其他癌症例如卵巢癌、胃癌、小腸癌、腎癌等則稱癌家族症(cancer family syndrome)或 Lynch 氏症第二型。

有關大腸直腸癌與腺瘤(adenoma，即 Neplastic poly, adenomatous polyp)之密切關係在前面瘜肉一節中已有論及。其他與大腸直腸癌之產生較有關的為潰瘍性結腸炎(ulcerative colitis)，輸尿管乙狀結腸吻合手術(ureterosigmoidostomy)後。 潰瘍性結腸炎病人其患大腸直腸癌之機率較常人高，其發生率各家報告不一， 一般十年以上約 1-5%，逐年遞增，到二十多年約 5-20%。三十年約 9-42%。因潰瘍性大腸炎與腸癌一樣常有粘液便、血便等共同症狀，且潰瘍性腸炎產生的腸癌常在深部較易被忽略，等到有症狀時往往已經成為晚期癌而失去根治機會。有學者建議長期全大腸潰瘍性結腸炎病人必須每年作大腸鏡多位置切片篩檢，以早期發現癌變之細胞。不過潰瘍性結腸炎在台灣甚至華人並不多見，且依筆者經驗在台灣地區之全大腸潰瘍性結腸炎比率並不高，癌變之機率只是偶發。克隆氏病(Crohn's disease)與腸癌之關係雖有文獻提及，唯其關係並不明確。且 Crohn's disease 經常復發，治療相當困擾，疾病本身之治療問題遠比癌變之問題大。在台灣 Crohn's disease 相當少見，亦未聞有癌變之報告。乙狀結腸尿道吻合術以往被用來治療先天性膀胱外翻(Congenital exstrophy of urinary bladder)，接受此手術之小孩十五年～二十年後有在吻合處腸端產生結腸癌。目前此等手術已少有人作。

三、大腸直腸癌之預防與篩檢：

纖維素有助於刺激腸道蠕動，能吸收水份而膨脹，降低致癌物質的濃度及減少其與腸壁接觸的時間。且纖維素經腸道細菌分解後產生的短鏈脂肪酸(acetic acid, proprionic acid, butyric arid) 對於癌生成有抑制作用。減少動物性蛋白質、脂肪的攝取，適度攝取纖維素有助於減少大腸直腸癌的機會。有大腸直腸瘜肉的病人需作瘜肉切除，定期追蹤。一方面判定瘜肉是否為腺瘤，有無惡性變化，並預防其繼續長大、癌變、或復發。研究顯示作大腸鏡瘜肉切除並定期追蹤病人可使患大腸直腸癌機會降低 76-90%。

有家族瘜肉症的血親成員必須在青春期後作大腸鏡檢。如發現有患此病應勸其作大腸直腸切除。長期（十年以上）全結腸潰瘍性結腸炎病人需定期作大腸鏡追蹤並切片檢查以早日發現癌變。 對於無任何症狀之一般民眾是否要作防癌篩檢則目前尚無定論。一般作大腸直腸癌篩檢的方法包括：

1. 肛門指檢
2. 糞便潛血反應
3. 乙狀結腸鏡檢
4. 大腸鏡檢
5. 鋇劑灌腸攝影檢查。

檢驗糞便潛血大致可分為化學法中的guaiac test 或 Benzydine test及免疫分析法。兩者中免疫分析法因系針對人類血紅素球蛋白反應， 較具特異性(specificity)。但要瞭解的是潛血反應測的是有無潛血，而不是有無有大腸癌。潛血反應陽性必須進一步作大腸鏡檢或Ｘ光檢查，潛血反應陰性也有可能是偽陰性 （有腫瘤但當時沒有出血）。軟式乙狀結腸鏡通常很容易即可檢查 到離肛門口六十～八十公分處（約脾彎處），不需太多專業訓練即可操作， 而在此範圍內之大腸直腸癌約佔總數之 70-80％。如配合潛血反應檢查不失為有效且經濟之篩檢工具。鋇劑灌腸Ｘ光攝影則因其診斷價值常依操作品質而變異太大，尤其對小瘜肉，除非鋇劑及空氣對比良好，否則常被忽忽視，較不受採用。當然最準確之篩檢工具為大腸纖維鏡檢。唯因需好的腸道準備，操作者要有好的專業訓練，且病人承受較大痛苦，所費人力、物力較多，要大規模普遍採用有實際困難。

由篩檢發現的大腸直腸癌，早期癌之比率較高，預後也較良好。但如果各種癌症都要大規模的篩檢則勢必影響醫療資源之分配，實際上不太可能。較可行的對高危險群之民眾，例如高齡（五十歲以上）、有大腸直腸癌或其他癌症家族史者、或曾患大腸直腸瘜肉者作檢查。當然民眾的教育，醫護人員的警覺， 有初期輕微症狀者儘早作適當檢查也是很重要的。

四、症狀及診斷：

大腸直腸癌位置之分佈在直腸及直腸結腸交接處共約佔 40-50％，乙狀結腸約 16-20％，盲腸、升結腸及肝彎(即右大腸)約 10-18％，故分佈在乙狀結腸以下的約佔 60-70％， 而降結腸以下者即佔了約 70-80％。直腸癌因接近肛門，較早即有出血、粘液便、裏急後重、排便習性改變、細便等症狀。一般直腸癌出血常與粘液，腐敗味的組織崩落物及糞便混合，病人常有直腸充脹感，便而不暢。降結腸因腸道腔管較細，糞便較成形，且癌瘤常為侵潤緊縮形(Infiltrative constrictive type)而易較早引起腸阻塞。升結腸及盲腸則因腔面大，癌瘤多為突出膨大或菜花形(polypoid, cauiflower)、且糞便多為流體，其癌瘤常生長到很大才因缺鐵性貧血、腹部脹氣、腹痛、失重等症狀被發現。因一般民眾甚至醫師常忽略初期輕微症狀，在台灣地區大腸直腸癌造成腸阻塞才被發現之比率並不低。大腸部分阻塞時病人會有腹脹、多氣、多屁，腹痛後排氣、排便症狀即獲得減輕，如此反覆發生。有時右結腸癌瘤造成之腹痛會被誤診為膽石症或消化性潰瘍。更有右結腸阻塞引起右下腹痛，或癌瘤穿孔引右下腹局部腹膜炎，甚或因癌瘤侵到闌尾開口造成闌尾炎，病人接受闌尾切除而癌瘤沒被發現而延誤病情者。有些橫結腸癌瘤會侵犯到胃造成胃結腸瘤管。或直腸乙狀結腸之癌瘤侵犯膀胱陰道造成直腸結腸膀胱，直腸陰道婁管。

大腸直腸癌的診斷相當直接。肛門直腸指檢為必要之步驟，食指可檢查到約十公分以內之直腸癌約佔所有大腸直腸癌之 10％，二十五公分長的硬式直腸鏡約可

檢查到的範圍 約佔所有大腸直腸癌的 60-70%，軟式結腸纖維鏡檢查在簡易灌腸後即可作，操作者亦不需太多的訓練即可檢查到降結腸。如要作全大腸檢查則要靠纖維大腸鏡(colonoscopy) 或鋇劑灌腸Ｘ光攝影(Barium enema)。目前電子式大腸鏡配合電視影像放大，解像清晰，除檢查外，還可作病理切片、瘜肉切除，甚至經大腸鏡作鐳射治療。缺點是癌瘤太大時大腸鏡無法通過而無法完成全大腸鏡檢，且每位病人大腸長度不一（尤其乙狀結腸及橫結腸），偶而導致癌瘤確切位置不易判斷。腹部超音波診斷大腸癌並不十分可信賴，通常腹部超音波檢查是用來診斷是否有肝臟或腹部淋巴腺轉移，或作為與膽道、胰臟、肝臟等病變鑑別用。腹部電腦斷層檢查雖亦可診斷大部分大腸直腸癌，但總不如纖維大腸鏡及鋇劑灌腸Ｘ光攝影直接、經濟。血液腫瘤標記常用的有癌胚抗原(Carcinoembryonic Antigen CEA)及癌相關抗原-199(Cancer associated antigen, CA-199)。其中以 CEA 較常用。CEA 是癌細胞膜表面的醣蛋白，在所有消化道包括食道、胃、腸、膽道、 胰產生的癌以及非小細胞肺癌、乳癌 CEA 均可能升高。統計上大腸直腸癌 CEA 會升高者約佔 70%，但在早期癌（例如 Dukes A），CEA 升高者僅約 20-40%，且 CEA 無法作為診斷早期大腸直腸癌甚或篩檢之用，通常用來作為術後追蹤癌復發較有價值。

五、治療—手術：

大腸直腸癌之治療以手術為主，唯有手術切除病人才有根治機會。近年放射療法及化學藥物治療有許多改進，作為大腸直腸癌之輔助治療、緩解治療亦頗有供獻。由於大腸直腸癌有多種傳播途徑，成功的手術必需要符合以下條件：

1. 足夠的安全切除距離，
2. 切除足夠的淋巴組織、血管、週圍肌膜、脂肪、軟組織，必要時甚至鄰近器官，
3. 避免手術中癌細胞傳播、灑佈，
4. 如癌瘤在直腸，則根治的切除癌瘤外尚須儘可能保留具理想功能的肛門。

當然癌瘤侵犯的程度是要到手術後病理檢查才較正確。但良好的手術前 stage 評估有助於判斷：(1)是否要先作輔助性的放射或化學藥物治療，(2)切除範圍，(3)肛門能否保留。手術前一般需作胸部Ｘ光攝影，腹部超音波或電腦斷層檢查(CT)，看是否有侵犯鄰近組織或 肺、肝、腹部淋巴結癌轉移。診斷直腸癌侵犯程度可採用經直腸超音波(Endorectal ultrasonogrophy EU)，骨盆腔電腦斷層掃描(pelvic CT)或核磁共振(MRI)。經直腸超音波對腫瘤侵犯深度之判斷約有 72-90%之準確率。電腦斷層則在癌瘤侵犯到鄰近器官後，其範圍的判斷有幫助。核磁共振配合直腸內線圈(Intraectal coil)使用解像度甚高，對於直腸癌侵犯深度及其與週圍器官之關係有很好的診斷價值，準確率 90%以上。至於對骨盆腔淋巴腺是否有癌細胞轉移之判斷則以上三者均不甚理想，此乃因淋巴腺之大小與是否有癌細胞轉移並無直接關係。

根據廣泛性整體切除癌瘤及相關淋巴組織、血管之原則，癌瘤如位在盲腸或升結腸需作右半結腸切除，此包括了一小段迴腸全部、升結腸、及右半橫結腸；如癌瘤位在肝彎，則需作擴大性右半結腸切除，此時中結腸動靜脈需從根部結紮，同時清除胃幽門下淋巴組織；癌瘤位在橫結腸中部則作全橫結腸切除；癌瘤位在脾彎或降結腸則需作左半結腸切除，此包括左半橫結腸、降結腸及乙狀結腸；而在乙狀結腸之癌瘤則需切除全部乙狀結腸。直腸癌因一方面要考慮足夠的安全切除距離，一方面要保留病人之肛門，且中低位直腸位在狹窄的盆腔內手術操作不易，手術方式之選擇，考慮較多。一般而言，切除直腸癌時下腸繫膜動靜脈如在根部結紮則大部分或全部乙狀結腸會隨之切除故近切端與癌瘤有很長的安全距離。一般遠切端離癌瘤安全距離有 4-5 公分應很足夠。因骨盆腔狹窄，癌瘤常很容易沾粘或侵犯骨盆腔側壁或往前侵犯到女性之子宮、陰道，男性之膀胱底部、貯精囊、攝護腺，或往後侵犯薦骨前組織，導致中低位直腸癌切除時側面安全距離常較不理想，甚至需要犧牲重要器官摘除膀胱、攝護腺、陰道、子宮、薦骨等。一般位在上 1/3(離肛門口 13～17 公分)之直腸癌均可作前位直腸切除(Anterior resection)並保留肛門，絕大部分中 1/3 之直腸癌(離肛門口 7-12 公分)則可作低前位直腸切除(Low anterior resection)並直接吻合降結腸和殘餘直腸。下 1/3 之直腸癌(離肛門口 6 公分以下)傳統上則需作腹會陰聯合切除(Abdomino-perineal resection)及永久人工肛門。

直腸癌手術後保留肛門是所有直腸癌病患的期望，也是直腸外科醫師努力的目標。肛門是否能保留除了與癌瘤位置有關外，尚受到癌瘤大小，侵犯深度，有無淋巴腺轉移，癌組織分化程度，病人體型例如骨盆腔大小、寬度，以及醫師技術純熟度影響。近年由於環形自動吻合槍(circular autosuture)廣泛採用，使低位腸道吻合變得比較容易，使得外科醫師較敢於且能夠從事於超低位吻合手術，許多位於離肛門口五～六 公分之直腸癌患者之肛門乃得以保留。統計數字顯示慎選病例，低位直腸癌切除時遠端安全距離二公分作超低位吻合保留肛門不論從根除癌症、手術安全性、或手術後肛門功能恢復的觀點均是可行的。超低位吻合術有各種作法，例如超低經前位直腸切除術(Ultra low anterior rasection)，經腹薦骨直腸切除術(Abaomino-sacral resection)，經腹、括約肌直腸切除術(Abdomno-transsphincteric resection)， 結腸拉出肛門吻合術(pull throngh coloanal anastomosis)， Parks 氏結腸肛門吻合術(Parks colo-anal anastomosis)等。直腸癌切除後是否要加作骨盆腔淋巴腺廓清術(Pelvic lymph node dissection)各家觀點不一。一般而言，日本學者較主張加作骨盆腔淋巴廓清術。在日本學者所發表的文獻中，加作骨盆腔淋巴結廓清術，病人的存活率較高，局部復發率較低，但手術所費的時間，失血量均明顯高出甚多。且術後排尿功能 及男性性能受損機率等術後併發症高達 90-100%。近年日本學者提倡自主神經保留之 骨盆腔淋巴腺廓清術，(Autonomic preserve pelvic lymph node dissection) 對不同分期之直腸癌作不同程度的淋巴廓清及自主神經保留，使手術後排尿功能及性功能障礙明顯的降低。歐美學者較不主張作骨盆腔淋

巴腺廓清，他們認為日本學者所發表之結果並非一前瞻隨意對照之研究(prospective randomized study)不十分客觀，且他們的病人較無法接受太高的術後排尿障礙及性功能障礙機率， 因此歐美學者較主張使用放射線或放射線合併化學藥物療法來達到相同目的。

某些直腸癌病人或因年紀太大，或有其他重大疾病，或因手術必須作人工肛門而病人堅拒， 此時可考慮作直腸癌局部切除術。其作法可採用：

1. 經肛門(trans-anal)
2. 經括約肌(Trans-sphincteric 或 Mason operation)
3. 經薦骨(Trans-sacral 或 Kraske)。

經括約肌因必須將肛門括約肌切開，術後再縫合，多少會對括約肌造成傷害，逐漸較少採用。Trans-sacral 因手術中視野較佳，較容易對癌瘤作全層切除(Whole layer excision)，甚至可以包括一部分癌瘤邊之淋巴結，理論上為局部切除術中，較徹底的手術。

但必須瞭解，所有局部切除術均不被認為是癌的根治手術，只適用於前述特殊狀況，且必須選擇：

1. 三公分以內
2. 分化良好
3. 突出型(polypoid)而非潰瘍型
4. T2 以內
5. 離肛門口八公分以內
6. 無淋巴腺轉移的直腸癌，才較不易復發。(102)

某些學者主張有不合以上條件或切端有癌細胞時應加作放射線治療。近年腹腔鏡手術逐漸應用於腸胃道疾病。亦有許多醫院嘗試用腹腔鏡手術切除大腸直腸癌。一般作法是作〞 腹腔鏡協助式〞手術(laparoscopic assisted operation)即先在腹腔鏡下將腸道剝離，腸系膜血管截斷，再切一中 等大小之傷口將標本拉出在外切除並吻合。雖然有些文獻顯示用此法切除之大腸直腸癌其切除範圍及清除之淋巴腺較諸傳統手術並未縮小或減少，而病人術後疼痛較輕，可早日排氣、進食、出院。但更多的學者質疑其適應性，尤其較晚期之癌（例如 T3、T4 或 N1、N2）其侵犯出來之組織，或較中心之淋巴腺是否能澈底切除，手術操作時，或腹腔充氣放氣是否會加助癌細胞在腹腔內或器械進出之腹壁傳播，或取出標本時癌細胞沾到標本取出口之腹壁而傳播，均需考慮。且病人住院幾天出院，常是可以操控的。一般均同意如要採用腹腔鏡大腸直腸癌切除，最好選擇早期癌較妥。大腸直腸癌常造成腸阻塞。尤其是降結腸及乙狀結腸因腸腔較細、糞便為固態且癌瘤多為環狀或侵潤性生長，較易造成阻塞。升結腸理論上較不會阻塞，但因國人警覺性不高，忽略早期輕微症狀，故升結腸、盲腸癌造成阻塞始求醫者亦不在少數。大腸

阻塞時，病人通常有長期營養不良，脫水，電解質不平衡，腸道擴大腫脹充滿糞便而 無法作手術前清腸準備等不利於緊急手術之條件，而且通常此類病人多為年紀較大，可能合併有其他嚴重疾病，緊急作大手術危險性高。 處理此類病人需特別謹慎。首先在作診斷步驟的同時，需儘快調整病人的一般情況， 包括血壓、心跳、貧血矯正、水份、電解質補充，抗生素使用等。一般盲腸及升結腸癌瘤阻塞可以作右半結腸切除並直接吻合小腸及橫結腸。如癌瘤阻塞在左側(降結腸)、乙狀結腸、直腸等，傳統上是先在阻塞上游作一暫時人工造口解除阻塞症狀，待壹至兩週將病人身體狀況調整好並清腸後才 再手術切除癌瘤並吻合腸道。先前人工造口或可同時切除，或待一段時間手術縫合。 如事先診斷不明確就已進行大傷口開腹才發現是直腸或乙狀結腸癌，則可直接切除癌瘤腸段， 將遠切端縫合，近切端拉出作人工造口，此即所謂 Hartmann 氏手術。亦可切除癌瘤， 將腸道吻合，於上游作人工造口，將來再手術縫合造口。有些學者主張即使左側大腸阻塞，緊急手術切除後仍可以直接吻合，不必作人工造口， 此時可從蘭尾作切口放置導管沖水作手術中清腸。另有些學者主張乾脆作全大腸切除及小腸直腸吻合。但後二方法均屬特例，必須在病患身體狀況許可及手術者本身技術純熟條件下始得為之。約有百分之三十的病例診斷時已有遠處轉移或局部嚴重侵犯而無法作根治性手術切除。對於這一類病患，一 般仍認為要採積極的原則治療。此乃因：

1. 大腸直腸癌與其他癌症例如肝癌、肺癌比較，仍是生長較緩慢之癌症，即使無法治癒病人，緩解手術對尚存有限生命的病人仍有所幫助。
2. 大腸直腸癌不切除，如造成阻塞、長期出血、局部侵犯膀胱阻塞輸尿管、病人會因腸阻塞、營養不良、尿毒而死亡，而非死於癌症惡病質。 如直腸癌侵犯到坐骨神經，病人常疼痛不堪。 而癌瘤之出血，惡臭之崩解物不斷的由肛門排出，直腸之壓迫 感，裡急後重等症狀，均讓病人不適。為了減輕病人症狀，緩解性切除術仍是值得的。甚至於在局部侵犯嚴重連緩解性切除都無法作時，適當的腸道改道(Bypass)手術或人工造口仍對病人有所幫助。
3. 癌瘤遠處轉移如為單一器官，仍可切除轉移性癌。大腸直腸癌最常轉移到肝臟。如為單一表淺又不太大的轉移癌，可在切除腸癌的同時一併切除轉移病灶。但如轉移癌太大或不止單個，而需作到肝全葉切除時，一般不與原發腸癌同時切除， 而是在切除腸癌後隔二至三個月再行切除。肝轉移性腸癌之切除雖無法有前瞻性對照組比較，但根據文獻其切除率介於 27-38%之間，而切除後五年存活率介於 20-50%之間。大腸直腸癌轉移到肺時通常都已合併有其他部位之轉移(例如肝、腹腔後淋巴結、腹膜散佈)，單獨轉移到肺的約佔已轉移癌病例 10 %以下，且多見於直腸癌。 大腸直腸癌如只轉移到肺且為單個或單葉一般仍主張手術切除。其預後比原發性 肺癌切除之預後好。

六、輔助治療：

放射線治療，抗癌化學藥物治療及免疫治療長期以來被用於大腸直腸癌的輔助治療。免疫治療到目前為止尚無具體成果可為大家普遍接受。放射線治療（或加上化學藥物治療）應用在第Ⅱ及Ⅲ期直腸癌，或化學藥物治療應用在第Ⅲ期大腸癌則是目前大家認為適當的。

(A)輔助性全身抗癌化學藥物注射

(B)輔助性局部肝內灌注射：

分為經肝動脈及經肝門靜脈兩種。經肝動脈是將導管開口置於肝動脈內（可於開腹手術中經由胃十二指腸動脈或經皮膚由鎖骨下動脈逆向到肝動脈置放導管）定期灌注抗癌藥物。大腸直腸癌細胞轉移到肝臟主要是經由門靜脈，許多文獻顯示手術的操作有可能造成癌組胞傳播。根據此理論，手術前後數天經由門靜脈灌注抗癌藥劑，抑制游離出來的癌細胞或肝內微小轉移癌，有助於降低肝臟內癌復發率。某些文獻顯示此法確能降低肝內癌復發及增加病人存活，唯亦有文獻無法證明此效果。不論經肝動脈或經門脈灌注均非單純易作之過程，亦有其潛在的危險性。在未證明具有隱定及一致性療效前均不宜作為常規治療。只能在詳細計劃評估下慎選病人為之。

(C)直腸癌手術前放射線治療：

第Ⅱ及Ⅲ期直腸癌局部復發率甚高，理論上手術前作放射治療對癌組織較有殺傷力。可有效的控制穿出腸壁或轉移到局部淋巴腺的癌細胞。臨床經驗顯示高劑量放射線(40-50GY) 可降低癌期(down staging)，使癌瘤縮小甚至消失，臨床上應用在中、低位直腸癌病患可以增加直癌之可切除率(resectability)及保留肛門的機會。文獻亦顯示手術前加作放射治療或放射加化學藥物可有效的降低直腸癌局部復發

。

(D)直腸癌手術後放射治療：

文獻顯示第Ⅱ、Ⅲ期直腸癌手術後加作放射治療合併 5-FU+CCNU 之抗癌藥物治療可降低局部復發率及提升病人存活率。

(E)直腸癌手術中放射治療：

不論手術前或後放射治療均難免會傷及膀胱，直腸粘膜、小腸等，造成併發症。切除直腸癌後手術中照射不僅可有效的避開正常組織，且可一次在病灶給予大劑量照射， 理論上較理想，但因需特殊場地、設備，較不普及