

CRC大腸直腸癌之臨床表現 篩檢與診斷

參考 <Colorectal Cancer大腸直腸癌診治指引 ver.1>

2026年一月

癌症資訊雜貨店與BCOP圖書會

Noto Serif TC

(1) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer. Version 5.2025. NotebookLM

流行病學：全球與台灣的現況

全球數據 (Global)



- 全球平均發生率：19.7 / 10萬人 

台灣數據 (Taiwan)



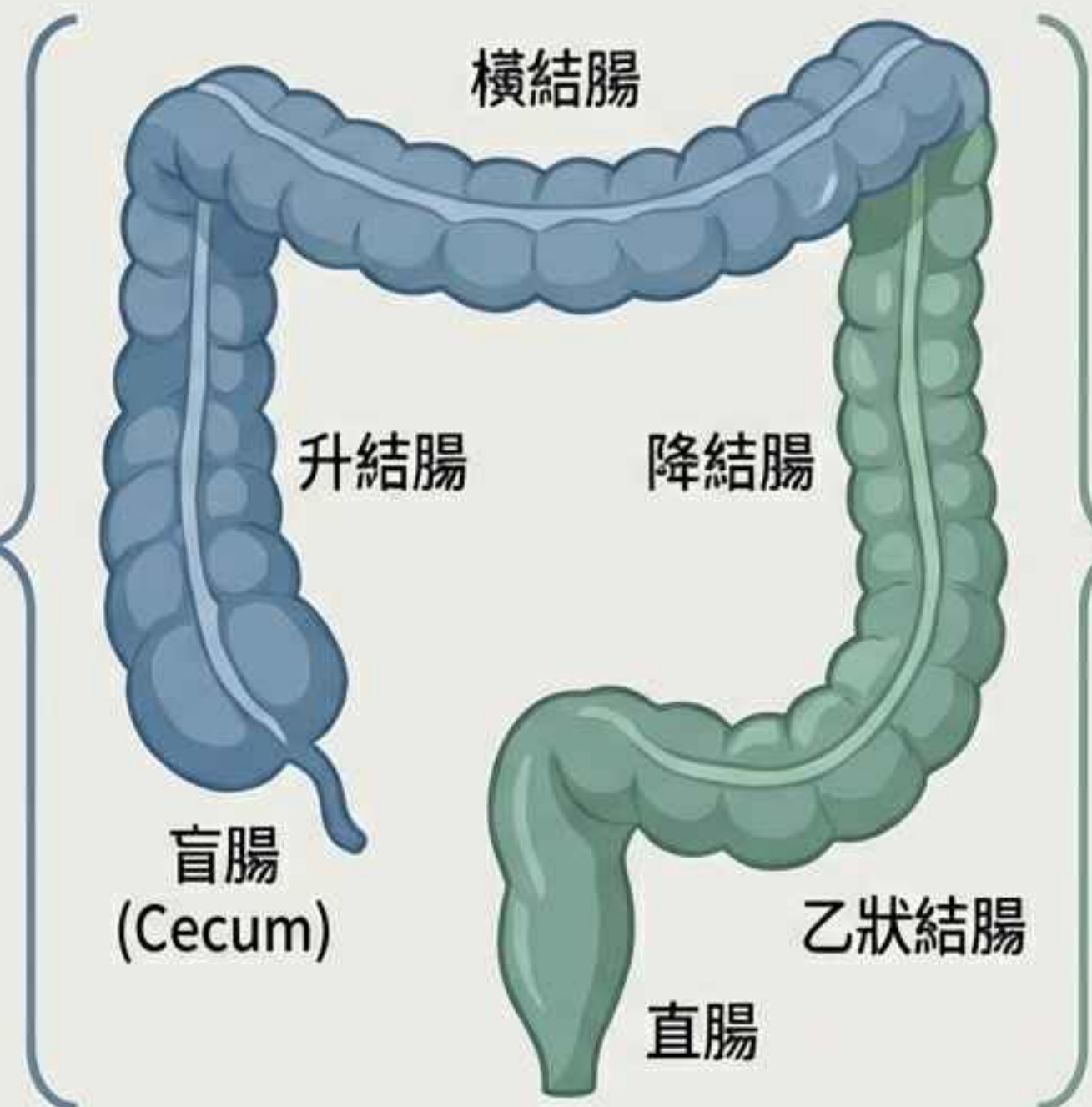
解剖生理與病理特徵：左右側大腸的差異

右側結腸 (Right Side)

- 管徑較大
- 易出血，導致貧血 (Anemia)
- 常見鋸齒狀病變 (Serrated lesions)

病灶扁平，內視鏡難發現

右側／近端



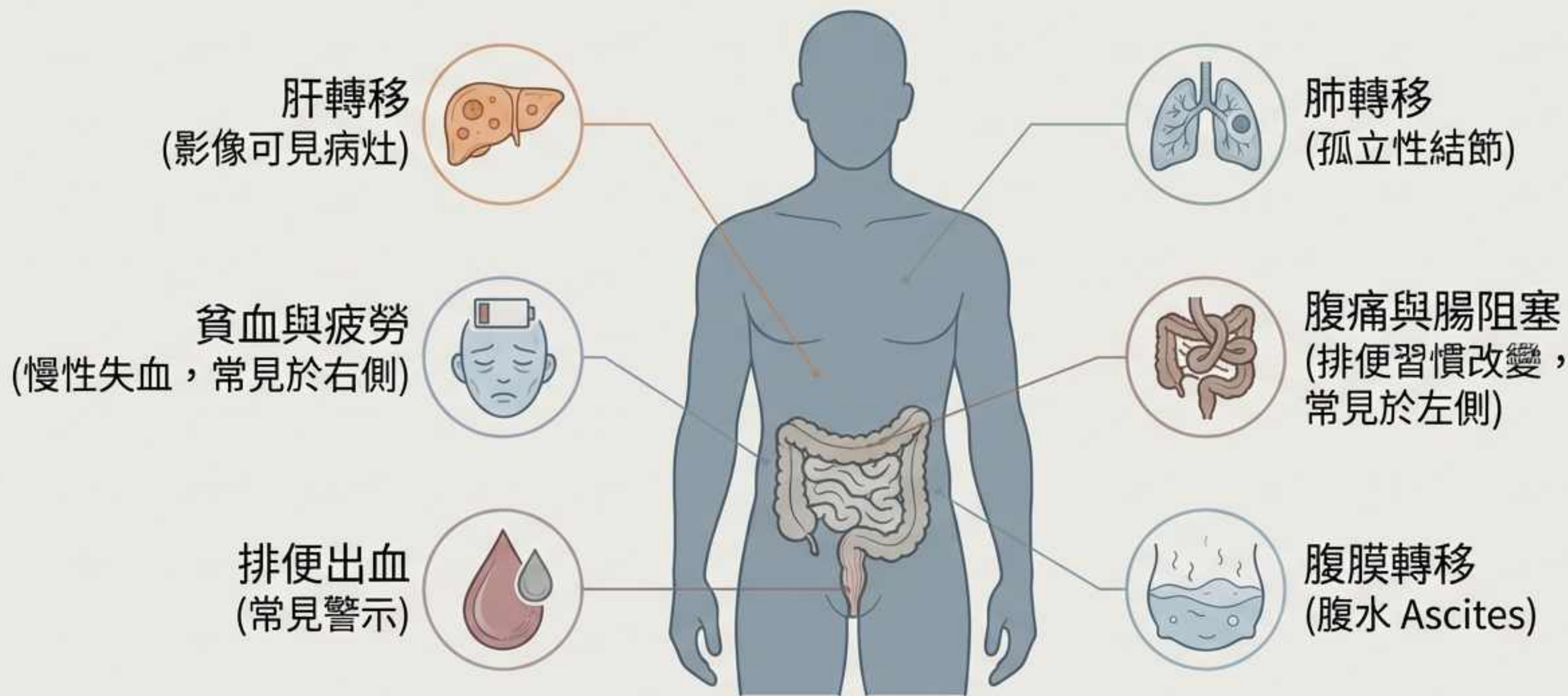
左側結腸 (Left Side)

- 糞便停留時間長，致癌物濃度高
- 易導致腸阻塞 (Obstruction)
- 排便習慣改變

左側／遠端

腺瘤-腺癌序列 (Adenoma-Carcinoma sequence)：息肉多年後可能轉變為侵襲性大腸癌

臨床表現：警示症狀與轉移徵候



風險分層：平均風險 vs. 高風險

平均風險 (Average Risk)

- 年齡：45歲 - 75歲
- 無個人病史 (無CRC、腺瘤)
- 無家族病史
- 無特定遺傳疾病或 IBD

高風險 (Increased Risk)

- 家族病史 (一等親 CRC/息肉)
- 個人病史 (曾患 CRC/息肉)
- 發炎性腸道疾病 (IBD: UC/Crohn's)
- 遺傳性症候群 (Lynch, FAP)

遺傳性症候群與基因篩檢



Lynch Syndrome (HNPCC)

佔 2-4%，MMR基因突變
(MLH1, MSH2, MSH6, PMS2)

終生大腸癌風險 46-61%



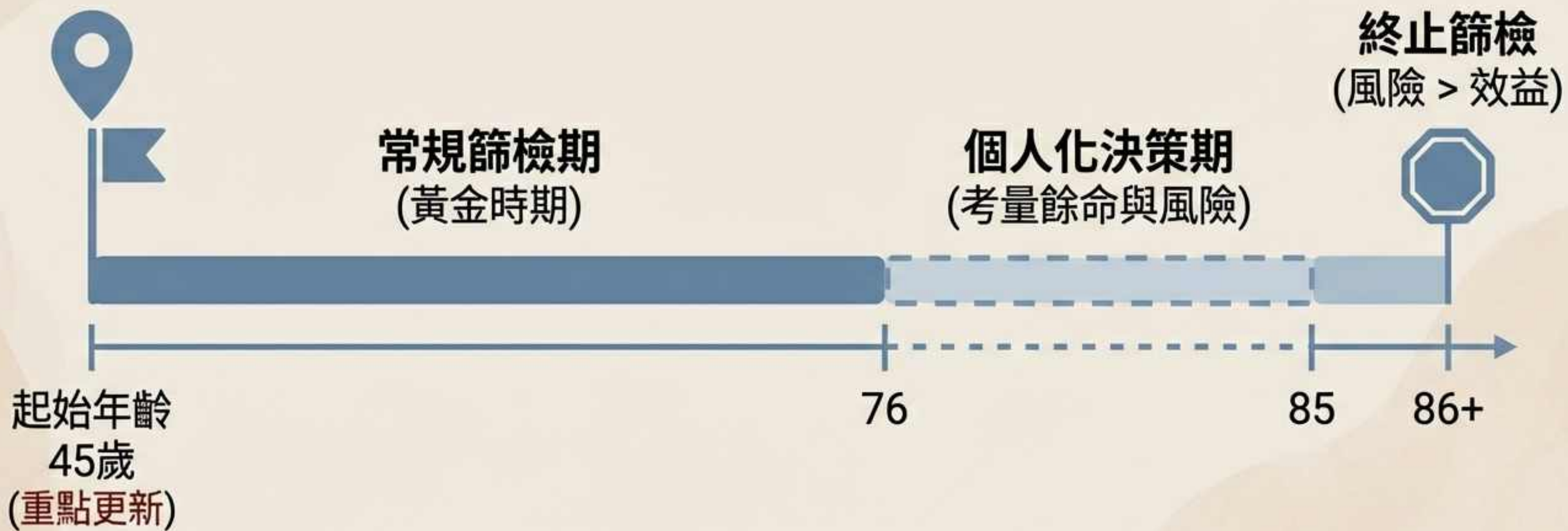
FAP (家族性腺瘤性息肉病)

APC基因突變，數百至數千個息肉
若不治療，100% 於50歲前癌變

普遍篩檢流程 (Universal Screening Flowchart)



平均風險族群篩檢策略



高風險族群篩檢建議：提早與頻繁

高風險族群	建議篩檢行動	特殊備註/頻率
一等親有大腸癌	40歲開始，或是 親屬確診年齡前 10 年	每 5 年一次大腸鏡
發炎性腸道疾病 (IBD)	症狀出現後 8 年開始	建議使用染色內視鏡
林區症候群 (Lynch)	極頻繁篩檢 (每 1-2 年)	-
囊腫性纖維化	需加強版清腸方案	-

篩檢工具比較與台灣公費政策



免疫法糞便潛血 (FIT)

非侵入性，無飲食限制
若陽性，需於 9 個月內做大腸鏡

台灣公費：45-74歲 每2年1次



大腸鏡 (Colonoscopy)

黃金標準
診斷 + 治療 (息肉切除)

2026 新制：胃腸二合一篩檢

同一次採檢，同時檢測「幽門螺旋桿菌」與「糞便潛血」

腸道準備：分次服用法 (Split-Dose Regimen)

檢查前一晚
(The Night Before)



檢查當天 (The Morning Of)



TIME

為何要分次？

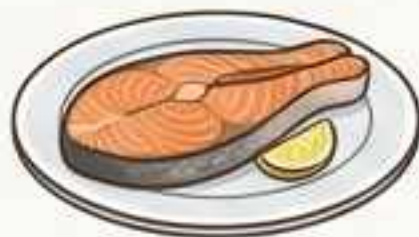
第二劑關鍵：清除夜間流入大腸的食糜 (Chyme) 。
顯著提升腺瘤偵測率。

腸道準備：飲食控制 (低渣飲食)

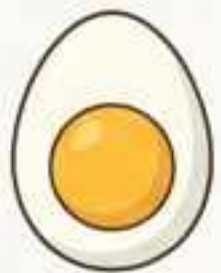
可食 (Low Residue)



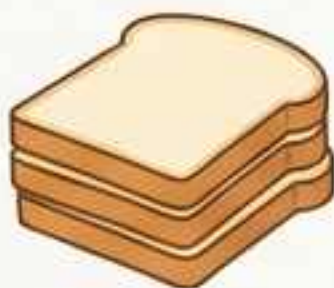
白飯、白麵、魚肉、
蒸蛋、去皮肉類



海鮮魚食



清油卵蛋



白芝豆司

禁食 (High Residue)



蔬菜、豆類、乳製品、
全麥雜糧 (避免殘渣)



全麥牛奶



堅物



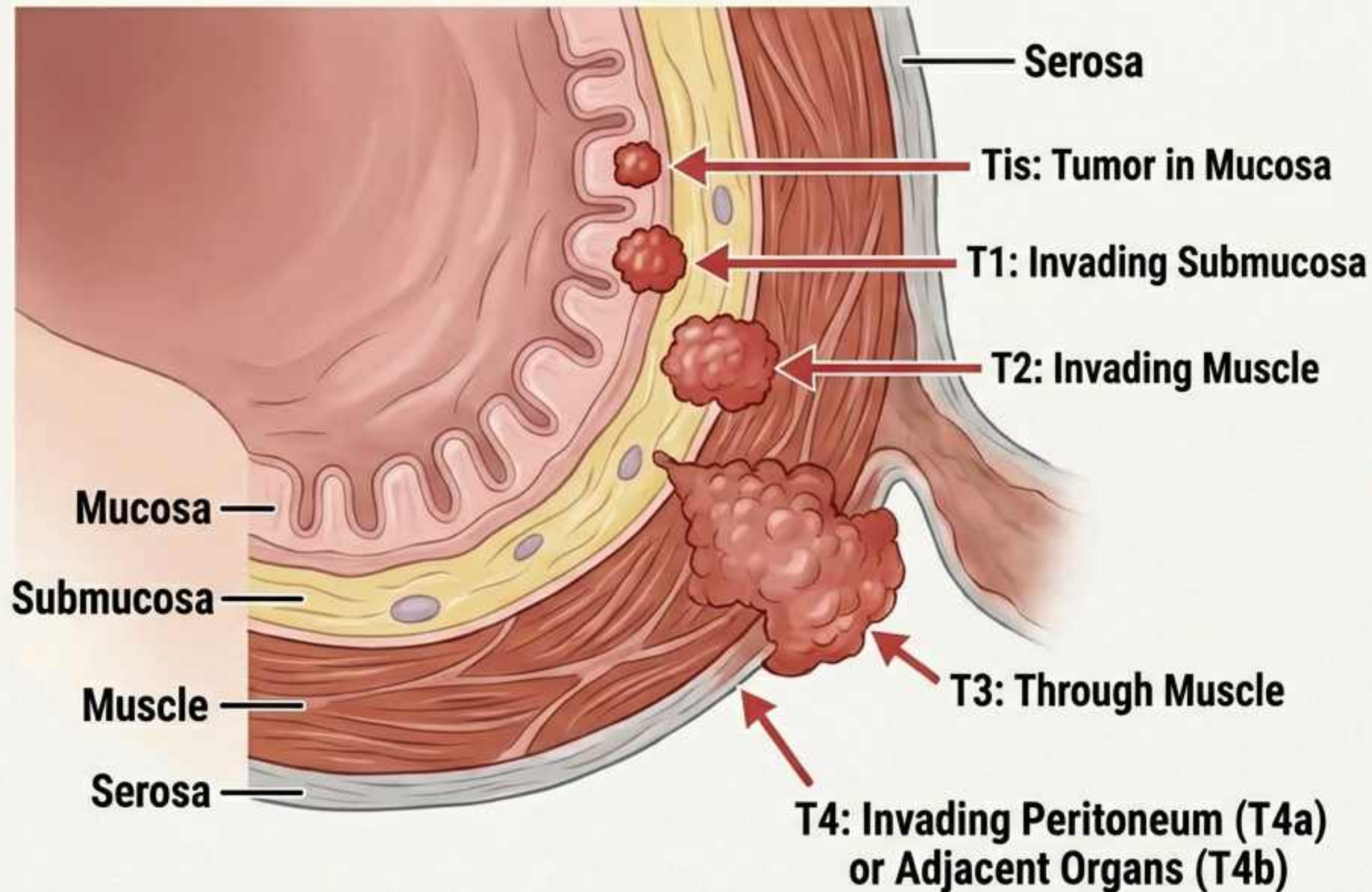
全麥苳麵包

檢查前一天：清流質飲食 (無渣飲料、清肉湯)
輔助：Simethicone (消氣泡)

診斷與追蹤：大腸鏡發現後的處置



分期系統：AJCC 第八版 TNM 定義



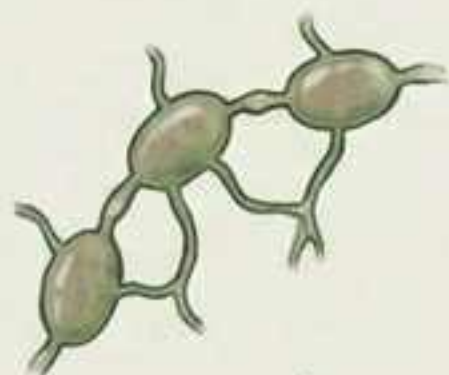
N (Node)

- ✓ **N1 (1-3顆)**
- ✗ **N2 (≥ 4 顆)**

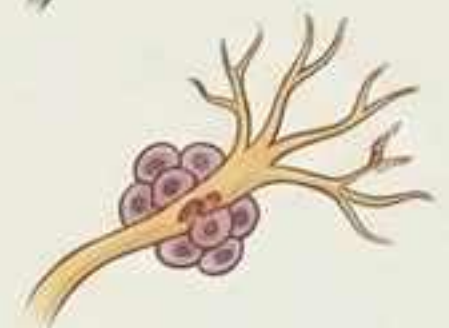
M (Metastasis)

- ✓ **M1a (單一器官)**
- ✗ **M1c (腹膜轉移 - 預後最差)**

病理評估：品質指標與預後因子



淋巴結檢出數 (Lymph Node Yield)
 ≥ 12 顆 (確保分期準確)



神經周圍侵犯 (PNI)：高復發風險



腫瘤出芽 (Tumor Budding)：侵襲性強



MMR / MSI 狀態：影響化療與免疫治療決策

結語與重點摘要

5. 政策更新：
2026年台灣推動
胃腸二合一篩檢。

4. 精準診斷：
淋巴結需 ≥ 12 顆；
重視 MSI 與 PNI。

1. 流行病學：
發生率高，
但早期發現
可治癒。

2. 篩檢策略：
平均風險 45 歲開始；
高風險需提早。

3. 腸道準備：
Split-dose (分次服用)
是品質關鍵。

讓我們共同守護國人腸道健康