



CRC的照護與闌尾癌之治療

基於 Colorectal Cancer大腸直腸癌診治指引 ver.1 之臨床實務

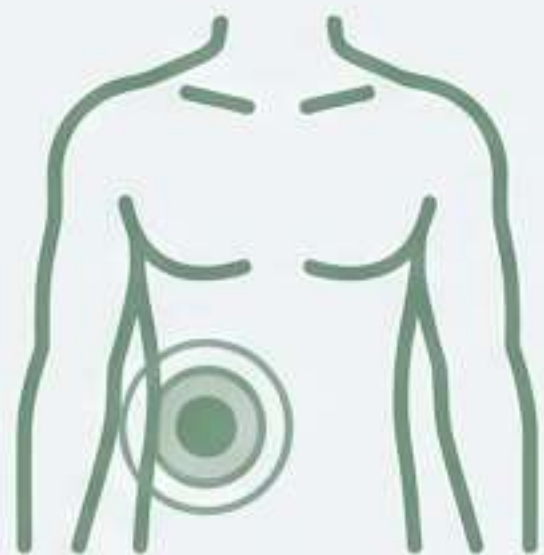
2026年一月

癌症資訊雜貨店與BCOP圖書會

闌尾腫瘤：臨床表現與診斷挑戰

臨床表現 (Presentation)

Roboto



- 症狀極似闌尾炎（右下腹痛、嘔吐），初期診斷困難。
- 高風險族群：
 - 年齡 >50歲
 - IBD患者
 - 大腸癌家族史
 - 抗生素治療無效之闌尾炎

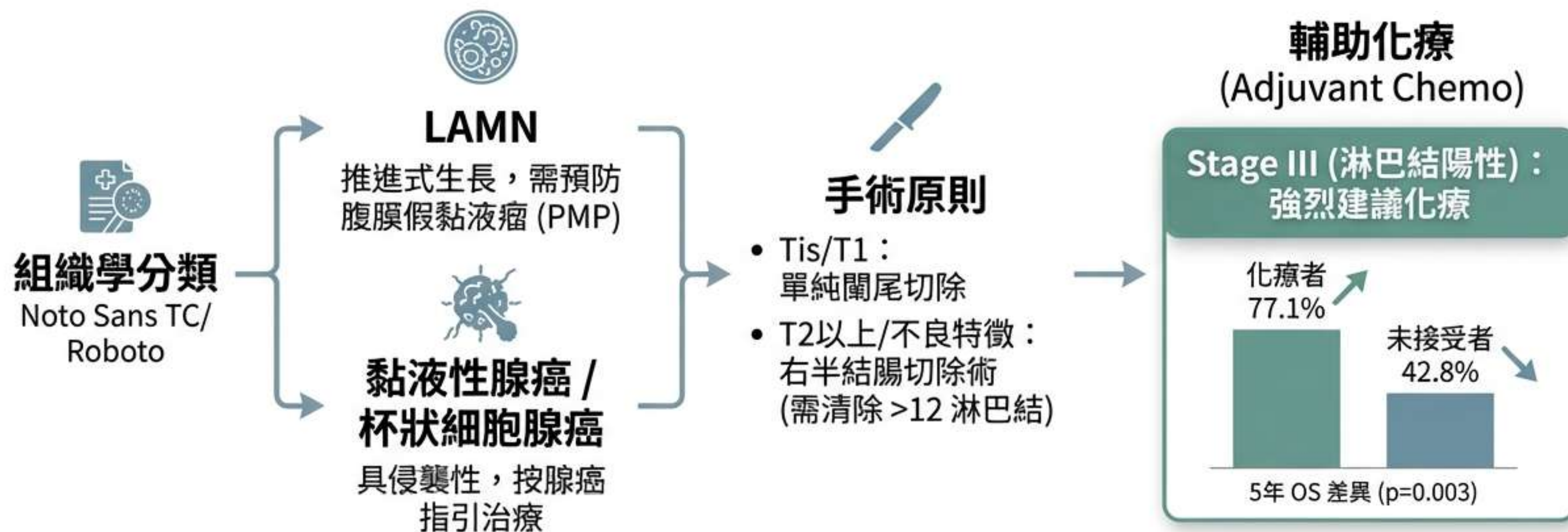
診斷工具 (Diagnostic Tools)

Roboto



- 影像檢查 (CT/MRI)：闌尾直徑 >15 mm 且壁厚不均為重要徵兆。需評估是否合併黏液性腹膜侵犯。
- 大腸鏡 (Colonoscopy)：排除同時性腫瘤 (Synchronous tumors)。
- 腫瘤標記：
 - CEA (預示 OS)
 - CA 19-9 (預示 PFS)
 - CA-125

組織學導向的治療策略與存活獲益



轉移性 (M1)：針對高選擇性患者進行腫瘤減積手術 (CRS) + 腹腔熱化療 (HIPEC)

術後監測的證據與目標：挽救性手術的機會



監測目標：早期發現「無症狀且可切除」的復發病灶（特別是肝、肺寡轉移），以進行挽救性手術 (Salvage Surgery)。



- FACS & CEAwatch 試驗：密集監測未顯著改善 OS。
- COLOFOL 試驗：高頻率 CT (6, 12, 18, 24, 36 mo) vs 低頻率 CT (12, 36 mo) 之 OS 無差異。
- 結論：過度密集的影像檢查並未進一步改善預後，需權衡焦慮與成本。

NCCN 建議之追蹤時程與次級預防

檢查項目	前 2 年 (Years 1-2)	第 3-5 年 (Years 3-5)
 病史/理學檢查	每 3-6 個月	每 6 個月
 CEA 腫瘤標記	每 3-6 個月	每 6 個月
 大腸鏡	術後1年 -> 3年後	每 5 年
 CT (胸/腹/骨盆)	高風險者每 6-12 個月 (Category 2B)	每 6-12 個月

PET/CT：不建議常規使用，僅用於無法確診時。



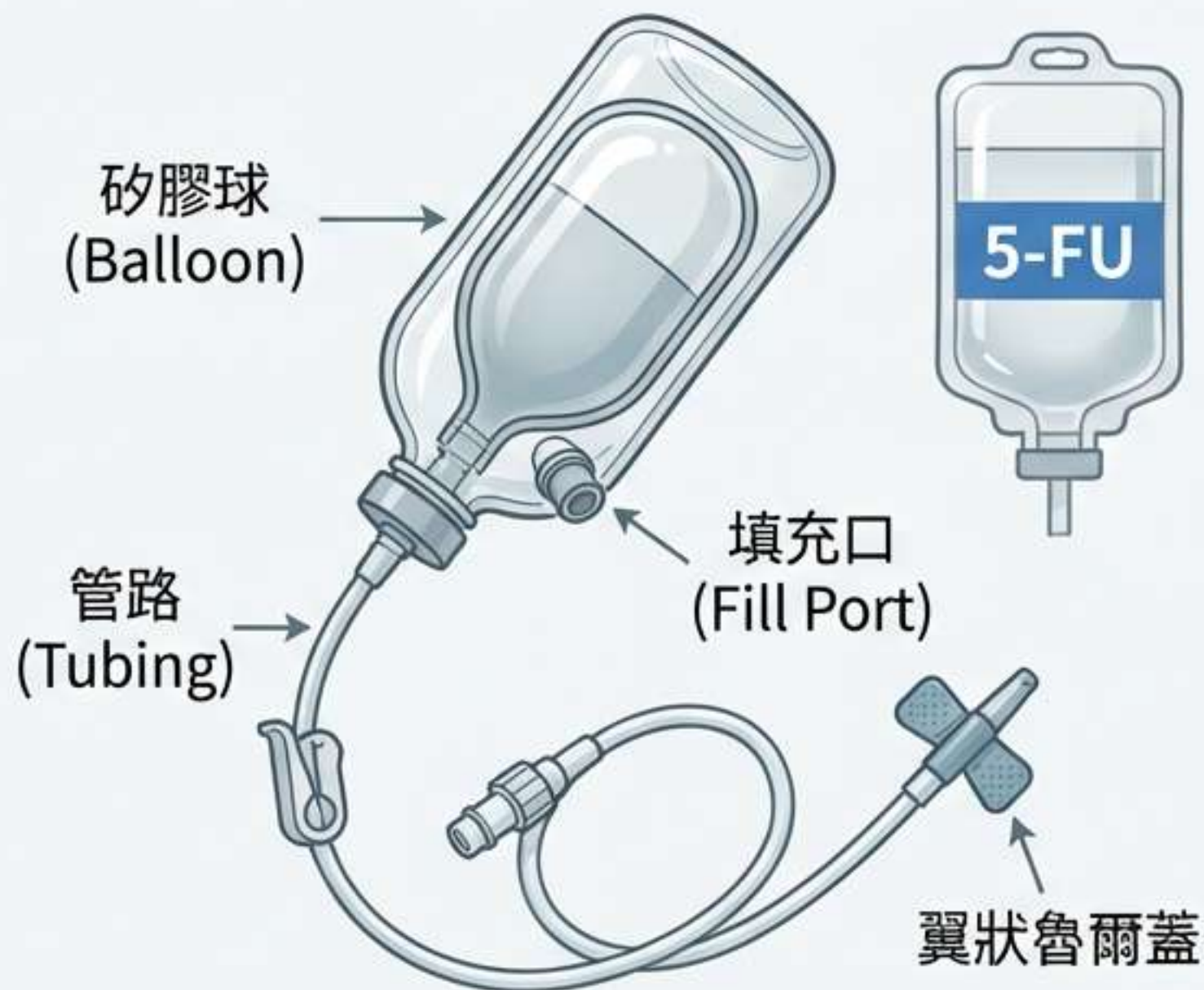
次級預防 (Aspirin)

建議 Stage II/III 患者考慮每日服用低劑量 (81-100 mg)。
PIK3CA 突變關聯性尚有爭議，非絕對檢測條件。

(1)(83)

居家化療的操作：彈性給藥幫浦準備

Elastomeric Infusor (chemo ball/bottle)



裝置原理：

利用矽膠球收縮壓力，經由流量限制器穩定輸送藥液。

常見型號：

- LV10：單日輸注 (10 mL/hr, 240 mL)
- LV5：雙日輸注 (5 mL/hr, 240 mL)

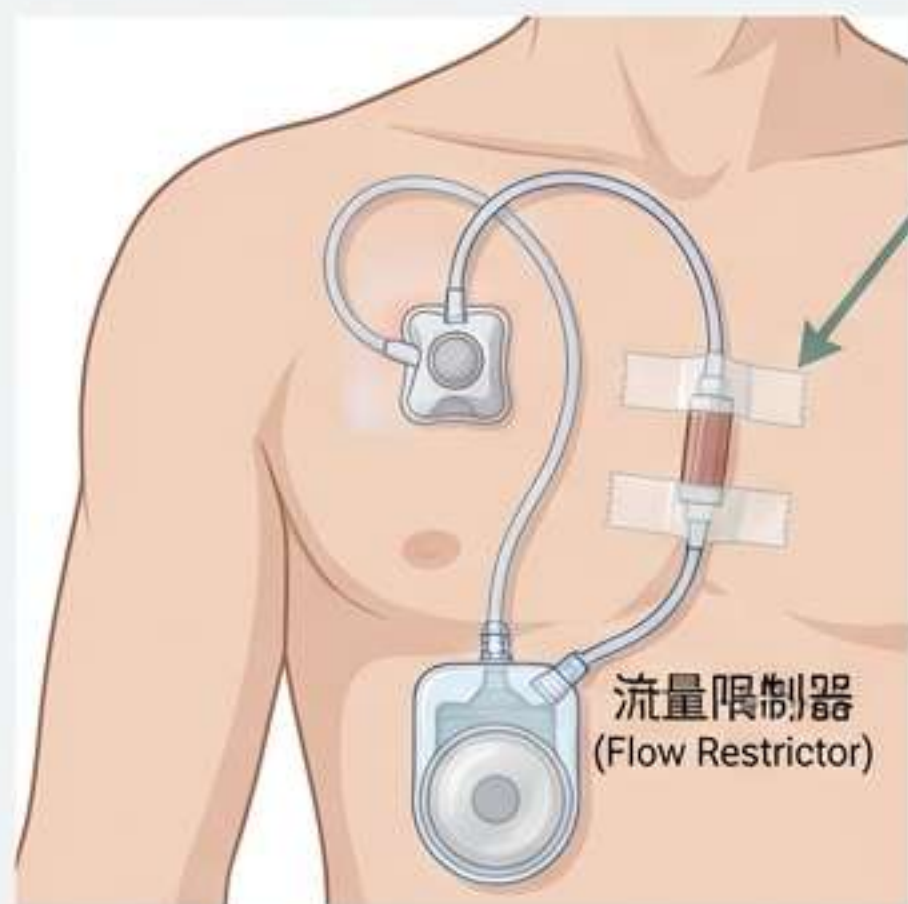
填充關鍵步驟 (Filling Steps)：

1. **排氣 (Prime)**: 尚未接針頭前，先移除翼狀魯爾蓋進行初步排氣。
2. **強力潤注 (Force Prime)**: 針筒接上填充口，推壓筒身將藥液充填至彈性貯藥囊。
3. **最終檢查**: 確認管路內無空氣，並貼妥藥品標籤。

彈性給藥幫浦：連接與病患衛教



連接程序 (Connecting)



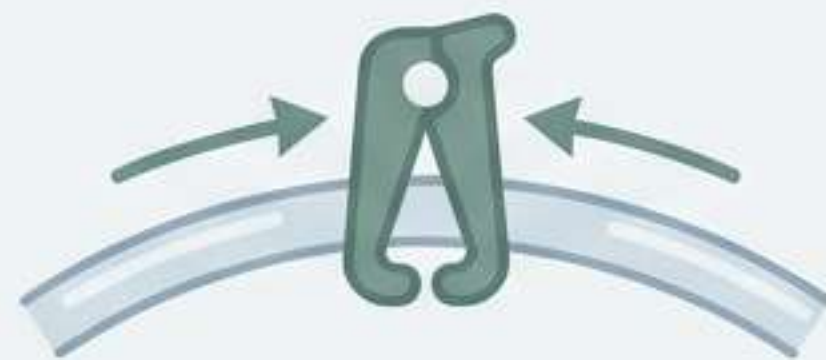
關鍵步驟:

務必將流量限制器 (Flow Restrictor) 緊貼皮膚固定。流速依賴體溫調控，未貼緊將導致流速異常。

- 連接至 Port-A-Cath 或 PICC。
- **高度**: 裝置中段應與導管接頭維持同高。



斷開程序 (Disconnecting)



- **時機**: 剩餘藥量 <10% (氣囊變小)。
- **步驟**: 夾閉導管 -> 斷開連接 -> 密封管路。
- **居家照護提示**: 病患無法自行沖洗導管，需由衛教過的家屬/照護者協助。

化療引起之腹瀉（CID）：評估與分級

高風險藥物



IRI

發生率 50-80%



5-FU



TKI

嚴重度分級 (CTCAE v5.0)

Grade 1

每日增加 < 4 次

Grade 2

每日增加 4-6 次
(影響工具性 ADL)

Grade 3

每日增加 ≥ 7 次
(需住院/嚴重脫水)

風險分層

- 單純性 (Uncomplicated)：G1-G2，無其他徵兆。
- 複雜性 (Complicated)：G3-G4，或伴隨腹痛、發燒、嗜中性白血球低下、出血。需立即住院。

CID 藥物治療指引

單純性腹瀉 (Uncomplicated)



Loperamide

- **首選**：Loperamide
 - 標準：4mg 起始 -> 2mg q4h/每次排便後
 - Irinotecan 特殊劑量：最高可達 24 mg/day
- **難治性**：考慮 Opium tincture 或 Budesonide

複雜性腹瀉 (Complicated)



Octreotide

- **處置**：住院 + 靜脈輸液 + 抗生素 (若發燒)
- **首選**：Octreotide
 - 劑量：100-150 mcg SC TID
 - 嚴重者：持續靜脈輸注 (25-50 mcg/hr)
- **化療調整**：永久停止當前週期，後續需減量

Irinotecan 腹瀉的雙相機制與處置



Oxaliplatin 神經毒性：急性與慢性之區別



急性神經毒性 (Acute)

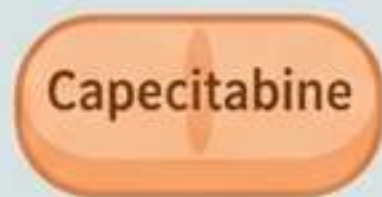
- **誘因**：接觸冷空氣/冷飲。
- **特徵**：咽喉感覺異常 (Pharyngolaryngeal Dysesthesia) - 喉嚨緊縮感但非過敏。
- **預防**：延長輸注至 6 小時。
Ca/Mg 輸注無效 (不推薦)。



慢性神經毒性 (Chronic)

- **特徵**：累積劑量 ($>780 \text{ mg/m}^2$) 導致手套-襪子樣麻木。
- **滑行現象** (Coasting)：停藥後症狀仍可能惡化。
- **管理**：‘Stop-and-Go’ 策略 (OPTIMOX1)。
- **藥物**：Duloxetine (唯一 ASCO 推薦)。

手足毒性鑑別：HFS vs. HFSR



手足症候群 (HFS)

- **藥物**: Capecitabine, 5-FU
- **表現**: 瀰漫性紅腫、脫皮
- **處置**: 避免熱水/摩擦
- **注意**: 維生素 B6 無效 (不推薦)



手足皮膚反應 (HFSR)

- **藥物**: Regorafenib (TKIs)
- **表現**: 受力點的過度角化 (Hyperkeratosis) 與厚繭
- **預防**: 治療前預先去除厚繭
- **治療**: 含 10% Urea (尿素) 乳膏軟化角質



Cetuximab

EGFR 痤瘡性皮疹：預防勝於治療



Panitumumab

預防性給藥策略 (STEPP Trial)

證實預防性給藥可降低 G2 以上毒性 (29% vs 62%)。

 Day 1   6 Weeks



1. 全身保濕 (Moisturizer)



2. 防曬 (Sunscreen)



3. 弱效類固醇
(Hydrocortisone 1%)



3. 防日減痘 (Sunstrorom)

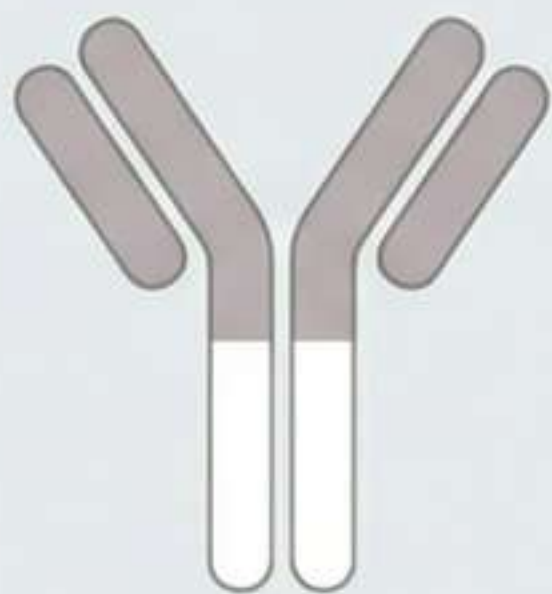


4. 口服抗生素
(Doxycycline 100mg BID)

禁忌：避免使用傳統抗痘藥 (如 Benzoyl peroxide)，以免過度乾燥。

單株抗體過敏反應與替代策略

Cetuximab (嵌合抗體)



- 機制：IgE 介導 (Type I)，針對 alpha-gal 糖基。
- 風險：高風險，多發生於首次輸注。

若發生嚴重過敏
-> Switch

Panitumumab (全人源抗體)



- 機制：全人源抗體，不含 alpha-gal。
- 優勢：無交叉反應風險，可作為安全替代藥物。



預防藥物：Acetaminophen + H1/H2 Blockers + Dexamethasone

結語：CRC 專業照護之關鍵要點



闌尾癌治療

依賴組織學型態，Stage III 具強烈化療獲益證據。



術後監測

密集檢查未改善 OS，目標鎖定於「可挽救之復發」。



居家化療

流量限制器 (Flow Restrictor) 必須緊貼皮膚以確保流速。



毒性管理

精準區分機制: Irinotecan (Acute vs Delayed), Oxaliplatin (Cold vs Cumulative), HFS vs HFSR。