

(上接第 22 版)

M₁ 结肠癌

治疗策略按照转移瘤是否可切除分为初始可切除和不可切除两个

初始可切除者

首先强调该群体患者手术和全身化疗都是必须的，有两种模式：模式一，直接手术切除（转移瘤及原发瘤）+ 术后辅助化疗；或者模式二，新辅助化疗 + 手术切除（转移瘤及原发瘤）+/- 术后辅助化疗。原发瘤有症状（梗阻、穿孔、出血）者，宜先处理原发灶。

无症状者据预后状态来决定治疗模式：预

群体。其中，当转移瘤数目超过 5 个时，按照不可切除来处理。

后好者模式一，预后差者模式二；预后状态采用复发风险评分（CRS），即五个参数：原发肿瘤淋巴结状态，无病生存时间，肝转移肿瘤数目 >1 个，术前 CEA 水平 >200 ng/ml 和转移肿瘤最大直径 >5 cm，每个项目 1 分；0~2 分为预后好，3 分以上为预后差。新辅助化疗推荐 FOLFOX/CAPEOX/FOLFIRI，疗程为 2~3 个月。

初始不可切除者

原发瘤有症状者，宜先处理原发瘤，然后再全身治疗；其他所有患者均应该以全身治疗为初始治疗。进一步细分为两个亚组，潜在可转化组和姑息治疗组。对于初始不可切除者的全身治疗，CSCO 指南推荐取决于三个关键因素：治疗目标是转化还是姑息，患者体力状况是好还是弱，以及基因状态（RAS/BRAF）。

前两个因素决定治疗强度，转化治疗、体质好者为高强度；而基因状态决定靶向药物的选择：RAS/BRAF 双野生型，才考虑使用西妥

昔单抗（中国上市的唯一 EGFR 单抗），也可以使用贝伐单抗（中国上市的唯一 VEGF 单抗）；RAS 或 BRAF 任一突变者，仅能使用贝伐单抗。化疗药物及方案的选择上，氟化嘧啶类（5-FU、卡培他滨）、奥沙利铂为基础方案（FOLFOX、CAPEOX、FOLFOXIRI）和伊立替康为基础方案（FOLFIRI、FOLFOXIRI）均可作为一二线方案使用，并可互为一二线交替使用；三线治疗中获批使用的是雷替曲塞和瑞戈非尼，以及在一二线中尚未使用过的上述药物或方案。

潜在可切除组

如果接受转化治疗超过半年后转移灶仍无法 R₀ 切除，姑息治疗组一线治疗 4~6 个月后疾病有效或稳定但仍然没有 R₀ 手术机会者，可考虑进入维持治疗，

推荐的维持治疗方案是 5-FU/LV 或卡培他滨单药或联合贝伐单抗。

CSCO 指南 2017 版没有根据原发瘤部位（左、右半）来决定治疗方案。

指南
宗旨

简明、实用、接地气

直肠癌

内镜下 / 局部治疗原则

结肠癌的内镜下处理和原则完全适用于直肠癌；唯一在手术方式上多

了经肛门局部切除术和 TEM（经肛门内镜下微创手术）。

早期（cT₁-2N₀M₀）疾病的治疗原则

根据保留肛门括约肌功能是否有困难来选择治疗模式，无困难者，根治性手术是标准治疗；有困难而患者又有强烈意愿保肛者，cT₁ 者可经肛门局部切除，cT₂ 者术

前同步放化疗，然后根据退缩程度采取观察等待、经肛门局部切除或根治性手术等。局部切除术后如有不良预后因素，应该行挽救性直肠癌根治术。

局部进展期直肠癌（>cT₃ 或 N₊）治疗原则

该治疗原则适用于距肛缘 10 cm 以内的直肠癌；10 cm 以上肿瘤等同于结肠癌治疗。

对于该部分 LARC，基本治疗原则是术前同步放化疗（CRT）+TME 手术 +/- 术后辅助化疗；对于腹膜反折上方的 T₃N₀ 患者，直接手术列为可选策略之一；除局部不可切除的 T₄ 以外，

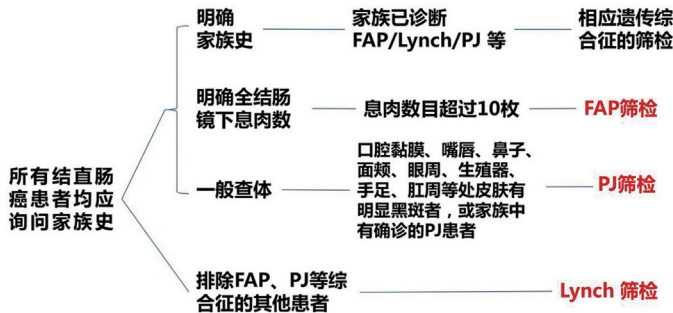
短程放疗或单纯化疗均列为可选策略之一，具体建议有 MDT 讨论决定。计划性手术一般在 CRT 后 5~12 周进行。辅助治疗根据术后病理判断，如果为 T₁N₀ 或 T₂N₀，则无需辅助化疗。所有接受术前辅助治疗的患者，均应接受术后辅助治疗，总的辅助治疗的疗程推荐为 6 个月。

局部复发处理原则

强调直肠癌术后复发的 MDT 评估，除了常规结直肠癌 MDT 学科参与外，还需纳入泌尿外科、妇瘤科、整形外科等学科一起参与。能否再次手术切除是预后的关键因素，可切除性的判

断主要因素是骨性骨盆、髂外血管是否受侵犯；可以借助 mCRC 转化治疗理念治疗局部复发，争取转化为可切除，转化治疗除了全身治疗外，更重要的是局部放疗的参与。

遗传性结直肠癌筛检的基本流程



M₁ 直肠癌治疗原则

同时性转移性直肠癌，由于直肠原发瘤和远处转移瘤同时并存。因此，针对原发瘤的局部治疗和针对远处转移的全身治疗都是必须的，应该在 MDT 框架下讨论如何安排局部治疗和全身治疗的

顺序问题。总体来说，对健康威胁最大的的优先处理；除了考虑局部是否需要放疗外，M₁ 结肠癌治疗的所有原则均适用于 M₁ 直肠癌。转移瘤可切除者，原发瘤局部风险越高越需要局部放疗。

随访原则

追求患者的获益最大化

随访监测的主要目的是发现那些还可以接受潜在根治为目的治疗的转移瘤；根据疾病复发转移模式，选择适当的随访频率和检查手段，还要考虑到卫生经济学的支出 / 效益比，以及对患者带来的心理影响。

I~III 期根治术后随访监测：频率推荐每 3 个月 1 次，共 3 年；然后每 6 个月 1 次，至术后 5 年；5 年后每年 1 次。I 期患者推荐每

6 个月 1 次，共 5 年。随访基本内容包括体检（尤其是肛门指诊）、血 CEA、肝脏超声。CT 可以用于超声、CEA 有异常时。结肠镜随访主要目的是发现新生腺瘤或多原发瘤。PET/CT 不推荐常规用于随访。

M₁ 患者 R₀ 切除术后随访监测：总体等同于上述随访原则，唯一不同的是频率要更密、检查手段要积极一些，如每 6~12 个月就得做 1 次 CT 扫描。

其他要点

遗传性结直肠癌筛检和基因诊断原则

指南推荐所有结直肠癌患者应询问其肿瘤家族史并明确肠道息肉情况，并熟悉肠癌相关的三

种遗传性症候群：家族性腺瘤性息肉病、Lynch 综合征和黑斑息肉病（PJ 综合征）。



医师报

社址：北京市西城区西直门外大街 1 号西环广场 A 座 17~18 层

邮编：100044

广告经营许可证号：2200004000115

编委会主任委员：张雁灵
编委会名誉主任委员：殷大奎
编委会副主任委员：
杨民 庄辉 蔡忠军
梁万年 胡大一 郎景和
王辰 马军 赵玉沛
张澍田 齐学进

卓信医学传媒
ZHUOXIN MEDICAL MEDIA
《医师报》社出品

社长 王雁鹏
常务副社长 张艳萍
副社长 黄向东



总编辑 张雁灵
执行总编辑 张艳萍
副总编 杨进刚
王德

新闻人文中心主任 陈惠 转 6844
新闻频道副主任 张广有 转 6869
新闻人文频道助理 宗俊琳 转 6884
学术中心主任 许奉彦 转 6866
综合频道副主任 裴佳 转 6858

市场部总监 张新福 转 6692
市场部常务副总监 李顺华 转 6614
公共关系部部长 于永 转 6674
公共关系部副部长 王蕾 转 6831
法律顾问 邓利强
首席医学顾问 张力建

东北亚出版传媒主管、主办

网址：www.mdweekly.com.cn

邮箱：ysb@mdweekly.com 微信号：DAYI2006

每周四出版 每期 24 版 每份 4 元 各地邮局均可订阅 北京中科印刷有限公司 发行部电话：(010)58302970 总机：010-58302828 举报电话：010-58302828-6831