

臺中榮總精準 TNT 治療助一般型中低位直腸癌病人免開刀保肛

文／臺中榮總大腸直腸外科主治醫師 陳璿夫、林志安、洪浚嚴

臺中榮總大腸直腸外科主任 蔣鋒帆



▲ 臺中榮總大腸直腸外科以全面新輔助治療(TNT)結合「觀察與等待」免開刀策略，對於中低位直腸癌病人療效良好。

過去大腸或高位直腸癌病人通常透過手術一勞永逸，但中低位直腸癌病人則須面臨手術裝設人工造口（人工肛門）或切除肛門的恐懼，甚至承受術後排尿障礙與嚴重排便障礙等後遺症。近年雖有國際研究指出免疫治療可達成免開刀成果，但這類療效僅侷限於約 5 至 10% 的特定基因型（dMMR）病人，且費用高昂。為了打破天價藥物與基因型的限制，臺中榮總大腸直腸外科與多專科癌症治療團隊深耕五年，運用放射線治療與化學治療組合的「全面新輔助治療（Total Neoadjuvant Therapy，以下簡稱 TNT）」，結合「觀察與等待（Watch and Wait）」免開刀策略，應用於九成的一般基因型（pMMR）病人，已累積成功幫助 62 名中低直腸癌病人達到臨床完全緩解（Clinical Complete Response，cCR），免除手術、完整保留肛門，維護生活品質，不僅療效媲美

傳統手術，更捍衛病人生活尊嚴！

中榮臨床結果顯示，接受 TNT 治療的一般基因型中低位直腸癌病人中，45% 腫瘤消失、免手術，整體長期局部控制率與存活率與傳統手術相當，並未因不開刀而犧牲抗癌療效。相關成果已於 2025 年獲國際頂尖期刊《Annals of Oncology》及《The Lancet Oncology》刊載驗證。

衛福部統計，大腸癌為台灣十大癌症新發生人數排名第二，每年逾 1 萬 9 千人罹病。臺中榮總大腸直腸外科林志安醫師指出，大腸癌病人中約有 1/5 為中低位直腸癌，中低位直腸癌因腫瘤位置接近肛門括約肌，手術較為困難，且容易傷害骨盆底自主神經系統遺留腸道、膀胱與性功能障礙，並且常需要臨時性人工肛門幫忙確保手術的成功與安全。若癌細胞已侵犯括約肌，或無法保留足夠安全切緣，為避免癌細胞殘留與復發，常需連同肛門一起切除，裝設人工肛門。

所以這類的手術對病人社交與心理造成沉重壓力，嚴重影響病人自我形象與生活品質。因此保留肛門完整功能，是每位中低位直腸癌病人的共同期待。

國際近年對此積極尋求突破。近年國際採用的免疫治療雖具保肛潛力，卻僅適用於 5 至 10% 帶有特定基因型（dMMR）的直腸癌病人，且費用高昂。因此有義大利 NO-CUT 臨床試驗與美國 OPRA 頂尖研究倡導以 TNT 模式擴大保肛機會。臺中榮總大腸直腸外科、放射腫瘤部、血液腫瘤科、影像醫學部及病理部組成的多專科團隊，積極將國際最新指引在台落實，將 TNT 模式應用於其他 90%、不適用免疫治療的一般基因型（pMMR）直腸癌病人。

大腸直腸外科陳璿夫醫師說明，TNT 模式是將過去分散在手術前後的放射線治療與化學治療，重新精準調配，全數提前至手術前的新輔助階段集中施行。這種高強度的術前治療，如同對癌細胞密集轟炸，達到最佳的腫瘤降階與消退效果。國際大型臨床試驗長期追蹤證實，一般基因型直腸癌病人接受 TNT



▲ 臺中榮總大腸直腸外科醫師陳璿夫指出，台灣每年逾 1 萬 9 千人罹病，其中約五分之一為中低位直腸癌。



▲ 臺中榮總大腸直腸外科醫師林志安（右）為蔡先生（左）安排接受 TNT 治療後，腫瘤消失（醫師手指處）達臨床完全緩解，免除手術、保留肛門。

後，若能達到臨床完全緩解，逾半數在 3 至 5 年內仍可維持腫瘤不復發，進入「觀察與等待」的照護策略；若未完全緩解者腫瘤也明顯縮小、預後較佳。

大腸直腸外科洪浚嚴醫師強調，「觀察與等待」是一套需要醫病高度信任與超精準監控的積極策略。病人須每 3 至 4 個月定期回診，接受高解析度影像檢查、大腸鏡及液態切片等多重追蹤。一旦發現任何腫瘤復發跡象，醫療團隊將立即啟動挽救性手術（通常仍會盡力採取保留肛門的手術方式），保障病人生命安全。

40 歲的王先生便是受患者之一。他平日有飲酒、吸菸習慣，喜好油炸辛辣食物，也因工作型態常熬夜，2024 年因持續解血便長達 3 至 4 個月，就醫接受大腸鏡檢查確診第三期直腸癌，腫瘤距肛門口僅 5 公分、大小達 7 公分。年紀尚輕的他對手術可能帶來的身體損傷與工作衝擊深感焦慮，經中榮團隊安排 5 次放射線治療與 8 次化學治療，於 2025 年 5 月完成 TNT 療程後，大腸鏡及影像檢查均顯示已達臨床完全緩解，順利免除手術、回歸正常生活。



▲ 本文相關影音，請掃描 QR CODE。