

希望之路

面對結直腸癌



中華民國癌症希望協會

編輯顧問小檔案

陳周斌 • 台中榮民總醫院 大腸直腸外科主治醫師

李百勛 • 美國加州大學洛杉磯分校(UCLA)附設醫院 放射腫瘤科主治醫師

謝政毅 • 台北醫學大學附設醫院 血液腫瘤科主治醫師

結直腸癌小檔案

- ☺ 根據根據行政院衛生署國民健康局九十二年癌症登記報告顯示：
國人結直腸癌的總發生率排名為第三位，發生率為 36.44%，
年新增人數計有 8,238 人，男性 4,677 人、女性 3,561 人；
十大癌症排名為男性第三位、女性第二位。
而依行政院衛生署統計九十四年全國癌症死亡原因，則排名第三位。
- ☺ 結直腸癌的好發年齡為 60~65 歲，所有年過 50 歲的人都需要做篩檢。
- ☺ 結直腸癌如能早期治療，治癒率非常高。第一期結直腸癌經手術完全切除者，
治癒率可高達 90%以上。
- ☺ 結直腸癌的症狀很容易被誤以為是痔瘡而忽略，便血以及排便異常都是重要警訊。
- ☺ 飲食西化是造成結直腸癌的主要元兇，高纖低脂的飲食是預防的不二法門。

結直腸 - 體內廢棄物的處理站

大腸在醫學上有另外一個名稱叫「結腸」，它在人體與食道、胃及小腸構成消化道，在解剖結構上由上到下的位置為，食道→胃→小腸→大腸。

大腸的全長依每個人的體型不同約 90 公分~150 公分左右，從盲腸接升結腸，再連著橫結腸到降結腸，緊接著乙狀結腸，最後到直腸與肛門相連。

大腸是食物在人體內旅行的最後一站，主要的生理功能是負責回收由小腸流入大腸的水份及有用的電解質，以及排掉進入腸道消化吸收後的食物殘渣，也就是「排便」。

為什麼得結直腸癌？

雖然結直腸癌與大多數的癌症一樣，真正的致病因素仍不清楚，但屬於這個疾病的幾個可能致病因素，已經有許多的臨床驗證其相關性了：

* 家族史：罹患結直腸癌患者的一等親家屬，會比沒有這樣家族史的人高出 2~4 倍的罹病率。

- *腺瘤性瘻肉：這類型的瘻肉本身是良性的，瘻肉是否有惡性變化與瘻肉的大小有很大的關係，瘻肉愈大變成癌症的機率就愈大。一般而言，小於一公分以下發生癌變的機會很低，只有 10%以下；但如果大於三公分以上，則有近 50%的機會會變成癌症。屬於這類型的瘻肉以管狀腺瘤（tubular Adenoma）最多，另外還有絨毛樣腺瘤及絨毛樣管狀腺瘤等。
- *家族性腺瘤性瘻肉症（FAP,Familial Adenomatous Polyposis）：這類的疾病屬於顯性遺傳，通常在青春期之後，大腸內就出現數十到上百，甚至上千個大大小小的瘻肉，而這些腺瘤性瘻肉慢慢長大，細胞會分化不良，最後變成腺癌。所以罹患家族性腺瘤性瘻肉症的病人需要密切追蹤。
- *炎症腸道疾病：有潰瘍性大腸炎及克隆氏症的病人，患病時間愈長，容易讓腸黏膜發育不全而轉變成癌症，使得到結直腸癌的危險性高出一般人的 4~20 倍。
- *環境因子：許多的研究顯示，攝取過多的動物性脂肪食物會增加罹患結直腸癌的機會，而且攝取紅肉比攝取白肉(雞肉、魚肉)還多的人，罹患機會將更增加。另外也發現肥胖及不常運動的人罹患機會也較高。

結直腸癌有什麼症狀？

大部分的結直腸癌症狀與其他良性的腸道疾病症狀相當類似，因此有時很難分辨，在台灣有許多病例是因為結直腸癌引起腸阻塞才被發現的。

在解剖位置上大腸幾乎橫跨整個腹腔，通常以橫結腸遠端的三分之一來分為左、右兩部份，而右側大腸則包括了盲腸、升結腸、部份的橫結腸，左側則是部份的橫結腸、降結腸、乙狀結腸。

- *右側的大腸：右側的大腸由於結構上管徑較大，腫瘤較不會產生阻塞的現象，常是因腫瘤表面發生潰爛出血，病人出現大便混著血及慢性貧血的症狀，或是出現腹部隱隱作痛、體重減輕等現象而到醫院檢查才被診斷出。
- *左側的大腸：左側的大腸管徑比右側大腸窄，當有腫瘤發生時，就會出現腸阻塞而引起便秘、腹脹甚至腹痛的情形。如果阻塞的狀況嚴重的話，所排出糞便就會變得很細。此外排便習慣改變、解血便也是常見的症狀。
- *直腸癌：由於腫瘤很接近肛門，會對肛門黏膜產生較大的刺激，而有「裡急後重」的現象，也就是常常想要排便但又排不乾淨，有時還有嚴重的便秘及解血便情形。

如何確定得了結直腸癌？

由於結直腸癌的症狀在許多腸道的良性疾病中都會出現，所以不能單由症狀來做鑑別診斷，除了仔細評估臨床症狀外，還得靠各種檢驗工具來協助診斷：

- *肛門指診：如果腫瘤距離肛門口較近，可藉由肛門指診中發現。

- * 糞便潛血檢查：這是最常見的大腸癌篩檢的工具，但當檢查結果是陽性時，其實也可能只是前一天食用的食物中含鐵質而造成的「偽陽性」反應，常需進一步做其他檢查以確定是否有問題。
- * 大腸鏡檢查：這是最直接可靠的檢查方式，醫師將內視鏡從肛門進入直腸，經由乙狀結腸、降結腸、橫結腸、升結腸、盲腸及小腸開口處，將整個大腸仔細的檢視一遍，將懷疑的病變找出來，必要時可直接做切片送檢。
- * 下消化道 X 光攝影：將鋇劑灌入病人的腸道然後再照 X 光，鋇劑會附著在大腸和直腸上，可以從 X 光上清楚的觀察整個大腸直腸，如果有不正常的區域，可立即將懷疑病灶做進一步切片，以了解病變的性質。
- * 其他檢查：如果已經確定罹患大腸癌，就得加上胸部 X 光檢查、腹部超音波或腹部電腦斷層，以觀察肺、肝或腹腔其他器官有沒有轉移的現象。
- * 腫瘤指標-CEA：通常做為治療後追蹤是否有疾病復發的評估參考。

結直腸癌的種類及分期

最常見的結直腸癌為「腺癌」，約佔 95%，另外有鱗狀細胞癌、淋巴瘤、平滑肌肉瘤及黑色素瘤等。我們在這裡將會討論的是腺癌或鱗狀細胞癌，並不包括平滑肌肉瘤、淋巴瘤及黑色素瘤。

根據 1997 年 AJCC 美國聯合癌症委員會，將結直腸癌分為零期至四期。

- ◎ 零期：又稱為原位癌，指病變侷限在上皮細胞層或只侵犯到固有層（lamina propria）。
- ◎ 第一期：惡性腫瘤在腸壁內。
- ◎ 第二期：惡性腫瘤已經侵犯到腸壁表面。
- ◎ 第三期：不論病變侵犯的程度，只要有 1 至 3 個局部淋巴結轉移即屬於 III A 期；而有四個以上局部淋巴結轉移的則屬於 III B 期。
- ◎ 第四期：已侵犯到身體其他器官，如肺、肝或骨頭。

該如何治療結直腸癌？

結直腸癌的治療仍以手術切除為主，但隨著醫療科技的進步，治療的方針朝向對病人傷害最少、儘量保留原有器官功能為最高原則。在治療前要仔細評估病人的年齡及當時身體狀況，還有疾病的期別、腫瘤大小及腫瘤長的位置，以選擇合適的治療計劃。

近幾年來，因儀器的發展及手術技巧的研發精進，已可使用腹腔鏡來進行結直腸癌的手術治療，不僅術後較不疼痛，住院天數縮短，傷口迷你且美觀，此外存活率也不亞於傳統開腹手術。

結直腸癌的手術治療

當結直腸癌的病灶只在局部時，最主要的治療方法是手術切除。手術切除的原則是將主要病變的腸道切除，並清除鄰近的淋巴結，然後再將腸子重新接回以保持

它原有的機能，由於大腸的長度約 150 公分，切掉部份的大腸對人體影響不大。如果原發腫瘤還算小，則做局部切除（Local Excision）可能就已足夠。但是腫瘤蔓延狀況要是再擴大一點，就得施行根除式的手術，將原發腫瘤和其所在的腸管位置上下端一部分切除，以確信所有可能被腫瘤局部蔓延所波及的腸道都已經鏟除乾淨。

《手術前的準備》

大腸是消化道的下段，其中含有許多細菌，所以手術前會給予瀉藥、抗生素將腸道清潔乾淨，避免手術中的污染及感染。

《手術後的影響》

手術切除會因為腫瘤長的位置而對身體有不同層面的影響。

- ✦ 右側大腸：如果腫瘤長在右側大腸，這個部位的糞便呈水樣尚未成形，細菌含量也較少，因此即使在沒有做腸道清潔的準備情況下切除病灶，仍可以立即把腸子接起來。
- ✦ 左側大腸：如果腫瘤長的位置在乙狀結腸，這個部位的糞便已經成形，細菌也相當多，因此如果無法進行術前大腸準備（淨空大腸），在將病變切除之後，不能馬上將腸子接起來，得先在病灶的前端做個暫時的人工肛門，等一段時間（約六星期到三個月後），再將人工肛門縫合起來把腸子接回去，讓腸道的功能重新恢復正常。
- ✦ 直腸：對於直腸癌，一方面要考慮足夠的安全切除距離，另一方面又希望保留患者肛門，而且直腸位在狹窄的骨盆腔內，手術操作不易，因此手術的方式考量也較多。位在直腸較上端的腫瘤，手術切除通常是經由腹部前下方剖開來進行，叫低前位切開（Low Anterior Resection；LAR），手術腸道可以再接起來，病人仍然可以保有自己的肛門。但如果腫瘤長的太接近肛門（距離短於四到六公分），切除時為了能將癌細胞徹底清除，手術得由腹部一直剖開到會陰處，將直腸下端連同肛門一併去除，這種手術方式就叫做腹部會陰切開術（Abdomino Perineal Resection；APR）；這時候病人就得做個永久性人工肛門（又稱腸造口）以取代肛門的功能。在手術時有時會傷到男性病人陰莖勃起的神經，而造成暫時性或永久性的性無能。
- ✦ 人工肛門：腸造口術（人工肛門）是在腸道造一個開口，將結腸拉出於腹壁做一開口為排泄之用，以替代原來肛門的功能。

造口種類分為：

1.永久性造口(permanent Colostomy)

因下端腸道系統之病變，如肛門癌或直腸末段癌症，手術後無法與肛門接合行排便功能，須做排便改道，或為方便處理排便問題（如下半身麻痺），將排便出口改道，而行永久性的造口。

2.暫時性造口(temporary Colostomy)

- (1) 保護作用：腫瘤位於結腸末段，為了讓傷口先修復，避免接合處受糞便污染而引發傷口裂開或感染。
- (2) 減壓作用：避免腸阻塞造成腸破裂及引發敗血症。
- (3) 促進傷口癒合：大腸肛門外傷性穿孔、嚴重肛門膿瘍、複雜性瘻管等，排便改道促進傷口癒合。

當以上問題解決，便將造口關閉，恢復正常腸道功能，此暫時性造口至少維持六個星期以上至數年。

雖然造口手術對身體外觀而言是一大改變，但對治療疾病挽救生命是絕對值得而必須的。

《手術後的照顧》

⌘ 飲食：術後需要等排氣後才能進食，出院後一至二個月都需選用低渣、軟質飲食，少量多餐，以免造成腸道的負荷。

⌘ 人工肛門的照顧：使用人工肛門的病人，一定要避免提重物，以免讓腹部太出力，最好使用束腹帶支撐。

對於食物的選擇並沒有什麼限制，如果出現腹瀉及便秘狀況，與一般人的處理是一樣的；例如，腹瀉時應避免再進食粗纖維的蔬菜及水果；但若出現便秘時，則應多攝取一些高纖維的食物；當脹氣或排氣有臭味時，則應減少容易產氣的豆類、蛋、奶類製品等食物。造口附近的皮膚更要好好照顧，注意清潔問題，避免受到刺激與感染。

結直腸癌的化學治療

※輔助性治療

80 年代末期到 90 年間，歐美諸多大型的研究報告證實，針對第三期的結腸癌施予 5FU 及 Levamisole 的術後輔助性化療，可使復發的機會降低 40%，死亡率降低 33%，比單純手術的病人存活率有著明顯的延長，一時之間 5FU+Levamisole 便成為當時手術後的標準治療。

後來也有研究證實了 5FU 加上低劑量或高劑量的 Leucovorin，六個月的化學治療更勝於 5FU+Levamisole，於是這樣的組合治療便成為二十世紀末標準的手術術後輔助化療，使第三期的結腸癌及第二、三期直腸癌的病人，術後五年的存活期可達到 70% 以上。至於第二期的結腸癌病人是否要給予輔助性化療仍存有爭議，然而部份大型臨床實驗已可看出一些端倪，接受輔助性化學治療的第二期病人似乎有較好的存活率。

※姑息性化療（Palliative Chemotherapy）

這樣的治療適用於局部晚期無法以手術切除或第四期遠端轉移的結腸癌患者，治療的目標是控制疾病，而非根治。經過多年大規模臨床研究結果顯示，不論給藥劑量的高低，連續 24 小時注射或單次注射 5FU 及 Leucovorin，其腫瘤的有效反應率皆約在 25%~30% 之間。

新藥已經至少有四篇以上的大型臨床研究，顯示傳統以 5FU+Leucovorin 合併新藥如：Irinotecan (Campto) 及 Oxaliplatin 化學治療，可達 50% 以上的腫瘤反應率，整體平均存活期逼近 15~18 個月的大關。

公元二千年美國食品藥物管理局因為這幾項結果，認同 5FU+Leucovorin+Irinotecan 優於傳統的 5FU+Leucovorin 而成為當前轉移性及晚期結腸癌病人的標準化療。

我國已於 2002 年跟進核准通過以嘉惠全台癌症病友，將使治療結腸癌的成績更向前推進一步。

※前導性化療 (Induction chemotherapy)

基於腫瘤反應可達 50% 以上的臨床效果，針對特殊局部晚期或第四期已轉移性的病例，醫師曾嚐試先以 5FU+Leucovorin+Irinotecan 或 Oxaliplatin 的前導性治療，給予病人數回化療，等待腫瘤縮小後，再重新評估療效，以決定病人是否可以接受根治性的手術治療或接受化療。

在一些小規模的臨床研究顯示，部份晚期的病人可達到長期的存活。

這些屬於比較創新的實驗性治療，有待更多的臨床研究及新藥加入，以彰顯治療的成績，帶給病人更多的希望。

※化學治療對身體的影響

化學治療對身體的影響包括：腸胃不適、噁心、嘔吐、腹瀉、食慾不振、口腔黏膜破損、骨髓造血機能抑制，導致血球降低或週邊神經性病變等。但大致說來症狀都非常輕微，而且也都可以使用藥物緩解症狀，絕大多數的病人皆能如期完成治療，而無嚴重的併發症。

※新藥的開發及使用

隨著二十一世紀的來臨，新藥如雨後春筍般出現在治療結腸癌化學藥物的行列中，其中以 Irinotecan (Campto) 及 Oxaliplatin 最爲受人矚目。近兩年內，合併傳統 5FU+Leucovorin 及新藥的三合一輔助性化學治療，已證實優於傳統的 5FU 及 Leucovorin，大有成爲明日的手術後標準輔助化療之趨勢，而詳細的劑量、給藥方式及病人的存活優劣等評估，仍有待長期追蹤。

其他特殊酵素抑制劑包括 Trimetrexate, Raltitrexed 及 pemetrexed 皆正在接受臨床研究，期待在不久的將來，能夠使我們增添幾分對付結腸癌的力量。至於單株抗體包括 Edrecolomab, Cetuximab, 目前也正接受大規模的臨床研究。

除了上述藥物之外，口服的化學藥物因爲方便給予，不需注射，一直是醫師與病人的最愛。其中口服的 Fluoro-pyrimidines 類，如：capecitabine (Xeloda) 或 UFT 臨床的副作用適當，與傳統注射的 5FU+Leucovorin 近似。

口服 capecitabine (Xeloda) 是 5FU 的前驅藥物，具有腫瘤選擇性，因此可以降低全身性的副作用，同時也能確保藥物的治療效果。傳統的末期結直腸癌之化學治療是以 5FU 及 Leucovorin 爲治療處方，用於第一線的治療成績約有 30% 的反應率，而且可使病人的平均中位存活期延長爲一年左右。Xeloda 用於末期結直腸癌的第一線治療反應率也是在 20-30% 左右。並未比傳統使用 5FU 化學藥物之治療成績更好，因此目前均放在第二線治療。

所以 5FU+Leucovorin 的化學治療仍屬於第三期結腸癌及二、三期直腸癌患者術後的標準輔助性化療。

結直腸癌的標靶治療

所謂的『標靶治療』抗癌藥物是利用癌細胞中某些正常細胞缺乏的特殊構造，鎖定這些目標，用專一性的藥物攻擊，來達到攻擊並阻斷腫瘤生長的目的，例如：切斷生長訊息、阻止新血管生成，或是雙管齊下來達到治療效果。通常這些治療的毒性不會像過去的細胞毒性治療方法一樣高，因此病人能進行較長時間的治療，目

前此類可使用的藥物有：**Bevacizumab (Avastin 癌思停)**和**Cetuximab (Erbix 爾必舒得)**

結直腸癌的放射線治療

在討論結直腸癌治療時，我們首先得將直腸（大腸的最尾段部份）和結腸分開來講。這並不是因為此兩種癌在顯微鏡下顯現著不同的病理型態，而是因為它們在人體內的個別位置使醫師在選擇治療方法時有著相當不同的考慮因素：面對結腸癌，放射線治療並未扮演重要的角色；但是在直腸癌，放射線治療就有很大的功用。這最主要的原因是由於直腸處於骨盆腔，是相對固定不動的器官；但是在腹腔的結腸癌常會隨著腸道遊移不定，使放射腫瘤科醫師很難準確地將放射線治療範圍鎖定在病灶上，並且所設定的照射角度經常躲不開對放射線較敏感而又無所不在的小腸。

※輔助性治療

對於腫瘤已穿越腸壁或有淋巴轉移（第二、三期）的直腸癌病人，手術後需要進一步的做輔助性化學治療加放射線治療。放射線治療通常在開刀後傷口痊癒差不多後就得開始，治療的範圍通常包括了整個骨盆腔，並涵蓋開刀的傷口（以杜絕潛藏著無法用肉眼判斷而未被切除掉的癌細胞復發）。於是在 APR(腹部會陰切開術)後的放射線治療範圍就比針對 LAR(低前位切開)的大了許多，因為前者的傷口一直延伸到會陰處，所以放射線治療必得照到這部位的皮膚才行。照射總劑量依開刀前後腫瘤大小和病理分析結果而定，大多可達 5500~6000 雷得，需時總共約六到七週）。

雖說放射線治療很少用於結腸癌，但是如果腫瘤是處在結腸中比較固定不動的位置或是已深植入腹腔某一處而難以被切除乾淨，有些專家也會建議以放射線治療來彌補開刀的不足。在這情形下，外科醫師在開刀時若能在腫瘤原在的位置或任何復發率可能比較高的部位插置一些金屬做的細小種粒當記號，放射腫瘤科醫師就能夠找到該照射的地方。

※前置性輔助治療

對於手術的輔助性治療還有另一種方法，即「前置性輔助治療」（neoadjuvant therapy），也就是在開刀以前先進行放射線或化學治療。這無非是想先行縮小腫瘤體積，以使外科醫師能縮小開刀的範圍；因此前置性輔助治療主要是針對兩種目的：

1. 希望能將原本因為腫瘤太大而無法切除的病例變成能夠適度開刀的情形。
2. 希望能為原定要接受 APR(腹部會陰切開術)的病人將手術轉換成 LAR(低前位切開)或其他能夠保有肛門的腫瘤切除手術，即所謂的「肛門括約肌饒存手術」（anal sphincter sparing surgery）。

一些臨床實驗顯示，放射劑量約 4500~5000 雷得，外加化學治療，確實有可能達到以上的目標。理論上講，比起手術後再進行輔助性治療，前置性輔助治療法的好處在於放射劑量可以較少、照射範圍也可能小一點，以及能夠試著保存肛門；其缺點在於開完刀後正常組織要復原可能比較遲緩，因為手術前的放射破壞能使這些組織在開刀後無法正常痊癒。

※姑息性治療

和許多其他的癌症一樣，結直腸癌一旦形成了遠端轉移，放射線治療有時也能被用來緩解腫瘤所引起的局部疼痛或出血等現象，以求提昇病人的生活品質。

※放射線治療對身體的影響

放射線治療的副作用，主要還是由其所照射的範圍裡正常組織（如膀胱或直腸本身）受到傷害所引起，通常病人會有下腹不舒服、頻尿、腹瀉、大便帶血等暫時性的癥狀。這些局部型的作用雖然可以和全身型的化學治療副作用加以區分，但兩種治療法同時進行時，化學藥物有可能會加重放射線治療的局部反應。

長期性的放射線治療後遺症包括組織的纖維化或壞死、瘻管的形成、腸道的狹窄及阻塞或周圍神經的破壞；不過，這些副作用在放射線治療科技愈趨精細的今天已經非常少見。

面對結直腸癌

近年來因為飲食西化、生活型態改變，結直腸癌的患者愈來愈多，加上大腸直腸癌的家族性明顯，可想而知這個疾病為整個家庭帶來多麼大的影響與衝擊。治療過程中，病人與家屬除了面對疾病之外還得面臨衍生的相關問題，因此在發生副作用前讓病人事先瞭解是非常重要的，預先的準備能提昇病人的疾病適應能力。如果能與同樣疾病的病友分享相關經驗更能讓病人在「社會比較」的過程中，看見自己並非孤獨的、唯一的，有很多人與他有相同的遭遇，並且走了過來，對病人來說也可能產生相當大的激勵作用。下面就針對所可能面臨的問題以及心理衝擊分析如下：

✦ 準備長期抗戰：

一般而言，結直腸癌的治療方式有手術、化學治療與放射線治療等，其中化學治療的時間非常長，有的甚至為期一年，每個星期治療一次，這種密集且漫長的治療方式對仍在職場工作的病人及家屬可說是一種長期抗戰，有很多病人在門診治療完後又立刻回到工作場所，無疑對病人的身體、心理都是十分大的挑戰。另外，因為治療的長期性與密集性，治療過程中如何維持病人對治療的信心與忍受度是非常重要的，親友以及病友之間的打氣、關懷可說是最有效的方法。

✦ 坦然面對失控的生理：

因為化學治療的副作用，病人常有腹瀉的情形，可能十分鐘就要去廁所好幾次，對生活造成不小的影響，很多病人對參加長途旅行或重要聚會感到卻步。大小便的控制是兒童早期的重要發展任務，這種身體的自主性對人的自我形象與自我概念發展有非常大的影響，在成年時期突然又面臨對自己身體的失控，常會讓病人感到自慚形穢。除此之外，手術也會長期造成腸粘黏的結果，導致腹痛或無法解便，這對病人來說又是另一種痛苦，需要親友在旁給予更多的協助與扶持。

✦ 適應人工肛門：

結直腸癌的病人中有些人會需要裝置人工肛門，即腫瘤位置距離肛門太近，需要將整個肛門拿掉以避免癌症的復發。這群人所要接受的挑戰更是艱鉅，尤其要接受肛門所在的位置不同於以往，還要重新學習控制排便的時間。身體心像的改變是對他們最大的挑戰，肛門位置不同於正常人，他們容易與「骯髒」、「噁心」聯想在一起，導致自我概念低落。有時病人會不定時地解便，且常會有異味傳出，讓病人

感到尷尬與不堪，因此不敢或不願意出門，進而導致社交範圍縮小，將自己孤立於人群之外，覺得自己不為社會所接受。在這個時候，協助病人瞭解人工肛門仍可控制排便的習慣是非常重要的，慢慢地，病人可以像正常人一樣有固定的排便時間，加上學習清理人工肛門，甚至可以處理的比一般人更乾淨。曾有病友自我調侃地說，人工肛門患者最適合去公廁清理不佳的地方玩，因為根本沒有如廁的問題。

✦ 重整親密關係：

根據統計顯示，罹患結直腸癌的患者多是中、老年人，在這個生命階段，親密關係的建立與發展是主要的任務之一，對結直腸癌的病人(尤其是裝有人工肛門的病人及其配偶)而言，對親密行為常有許多擔憂，例如，在進行親密行為的過程中，糞便會不會溢出？異味是否會影響親密關係的進行等？此時，開放的溝通、坦誠的表達是面對此事的不二法門，讓對方瞭解你的擔心與對對方的愛是二碼子事，主要希望過程中二人都是享受的，不用為其他的事煩惱，慢慢地，雙方都能體會許多問題其實都是可以解決與克服的。

在結直腸癌風暴之後

根據國內醫學中心的統計：第一期的結直腸癌病人五年存活率可高達 90%以上，而第二期約為 70%，第三期則為 50%，至於第四期的病人則預後較差。大部份的病人在接受手術治療後，若有復發或轉移都發生於頭兩年內，超過五年之後復發的機會就減少很多。(五年存活率：是指根據過去的統計資料，在一群病況類似的病人中，罹病五年之後仍然存活的病人所佔的百分比。但這都只是數據統計資料，且每一位病人都有其個別特殊狀況，最好不要當作預估病人存活時間的指標，以免造成病人及家屬不必要的心理壓力。)

在手術切除後，仍必須要定期做追蹤檢查，一般來說，前兩年必須要每三個月追蹤一次，第三年到第五年則可延長到半年追蹤一次，五年之後也應該每年定期追蹤一次。在密切的追蹤檢查中，腫瘤標記-CEA 對大腸直腸癌的復發偵測較具價值，可做為疾病的參考之一，但並不是唯一的依據。

另外，女性病人會比一般人有較高的機率得到乳癌、卵巢癌及子宮頸癌，而男性病人罹患攝護腺癌的機率也比一般人高，所以在追蹤的過程中，也需注意是否有罹患另一癌症的可能，以期早點發現並治療。

在歷經了一連串治療之後，疾病治療的恐懼將暫離，隨即展開與疾病共存的新生活。除了要定期再返回醫院追蹤外，您會發現身體曾因治療所造成的不舒服逐漸在恢復當中，身體也不再感到那麼疲倦，皮膚因化療而產生的色素沉著也慢慢的消褪，這是個重生的開始，希望您能珍惜這人生中的意外所給您帶來的新體驗，為自己的新生活再造出亮麗的虹彩！