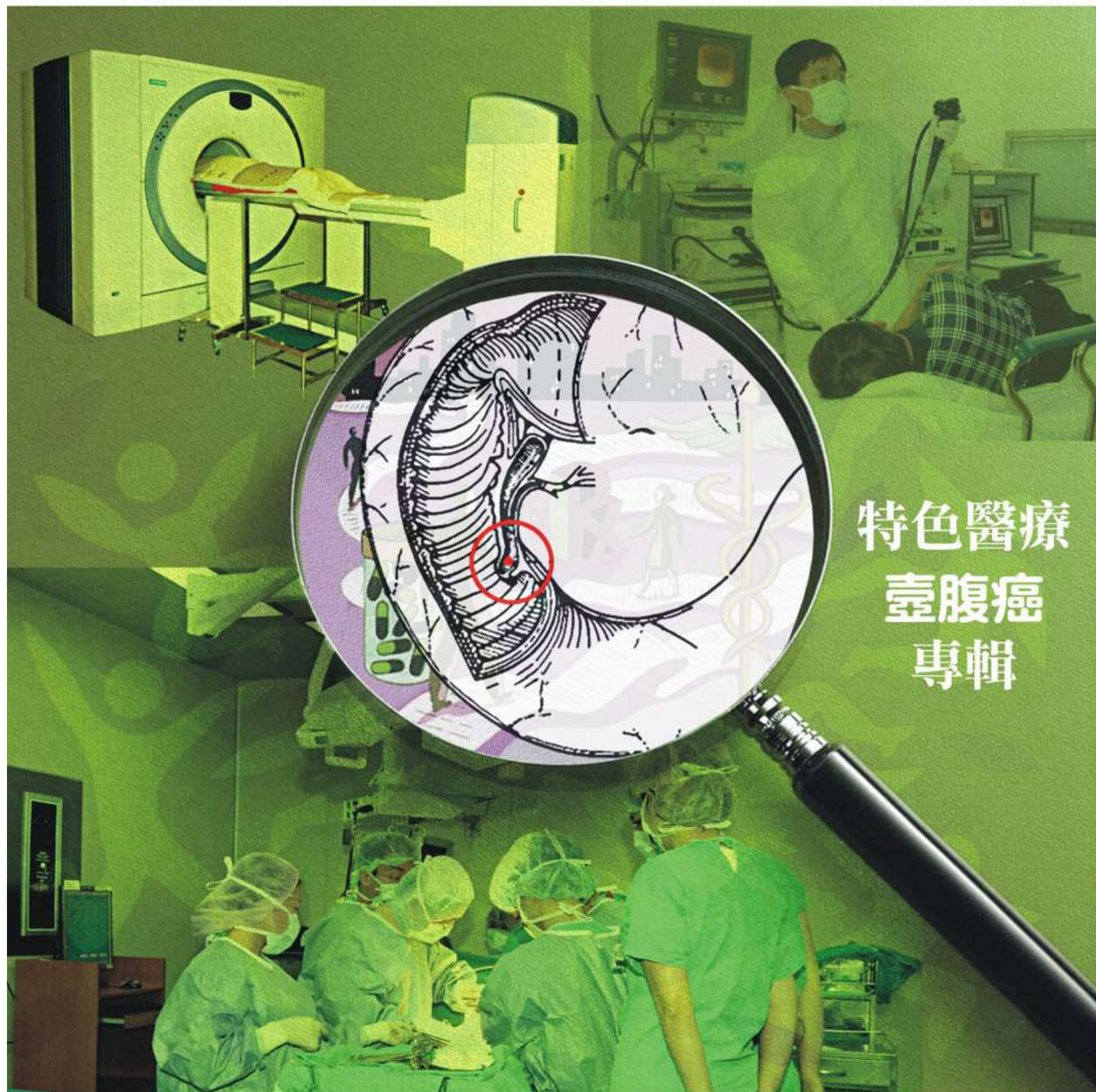


成醫季事本

陳志鴻

4 2008
3月

・民眾最理想的健康照護中心・醫療人員最理想的教學研究與工作環境



特色醫療
壹腹癌
專輯

刊名：成醫季事本 季刊
創刊：民國96年06月12日
發行人：陳志鴻
電話：06-2353535

出版機關：國立成功大學醫學院附設醫院
70403 台南市勝利路138號
網址：<http://www.hosp.ncku.edu.tw>

壺腹周圍腫瘤之根除性手術—— 胰十二指腸切除術

壺腹癌，最近在媒體上引起注意；這類位於「壺腹」周圍的腫瘤因為發生位置相近，也都造成相似的症狀，所以診斷及手術的方式也類似。

成大醫院副院長、外科林炳文教授表示，針對壺腹周圍的腫瘤，最適合的手術方式是胰十二指腸切除術，切除的範圍包括胰臟頭部、十二指腸及近端小腸；另外，以是否保留胃的幽門部分，再分為幽門保留胰十二指腸切除術及傳統胰十二指腸切除術兩類。切除後則是以小腸接合胰管及膽管，再以殘胃或十二指腸近端與小腸的吻合，重建腸胃道之連貫性。

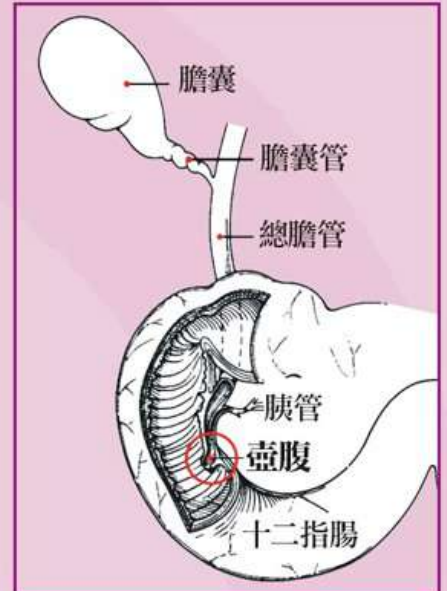


圖1：正常壺腹、胰管、總膽管與十二指腸之間的相關位置。
(圖片選自 Operative Anatomy, 2nd edn)

而胰十二指腸切除術，是腹部手術中最困難的一種。在全世界的紀錄中，若單一醫院每年執行手術的數目超過15例，即算是有經驗的高容量醫院；僅有在高容量醫院手術的病患，其手術相關死亡率才能小於5%，縱使發生可能會危及生命的胰液滲漏，也大多可以處理。

美國知名癌症中心Johns Hopkins Medical Institutions於2006年發表在Annals of Surgery的資料中提到，壺腹周圍癌症在接受胰十二指腸切除術後，手術死亡率為1%，平均手術時間330分鐘，平均失血量700cc，五年存活率在胰臟癌為18%、壺腹癌為39%。

近年來，在成大醫院每年接受胰十二指腸切除術的病患高達20至25例，手術死亡率與Johns Hopkins Medical Institutions類似(3% vs. 1%)，但手術時間與術中出血量較優(270分鐘與600cc)，長期存活率也相似，五年存活率於胰臟癌為19%、壺腹癌45%。

另外，成大醫院也針對壺腹周圍腫瘤及胰十二指腸發表一系列文章，包括手術方式、手術相關資料以及癌症病患的長期治療結果，刊登在Annals of Surgical Oncology、British Journal of Surgery、World Journal of Surgery等國際知名醫學專業雜誌上。

成大醫院在處理胰十二指腸切除術中最困難的胰臟小腸吻合處部分，為減少胰液滲漏的問題，林炳文副院長首先採用以小兒痰液抽吸管經體表至小腸，直接置入胰管中，將胰液引留至體外，不僅可讓胰管與小腸吻合處直接黏合生長，減少縫合時所造成的損傷，降低手術操作造成的發炎，縮短手術時間，更可避免胰液滲漏時引發的瀰漫性腹膜炎及其他併發症。

根據美國 Johns Hopkins Medical Institutions於2006年發表的資料中提到，胰十二指腸切除術後的胰臟瘻管的比率為12%；而成大醫院從78年至今超過300例胰十二指腸切除術中，胰液滲漏之比率為11%，且大多會自行癒合，毋須進一步手術，也不易形成胰臟瘻管。

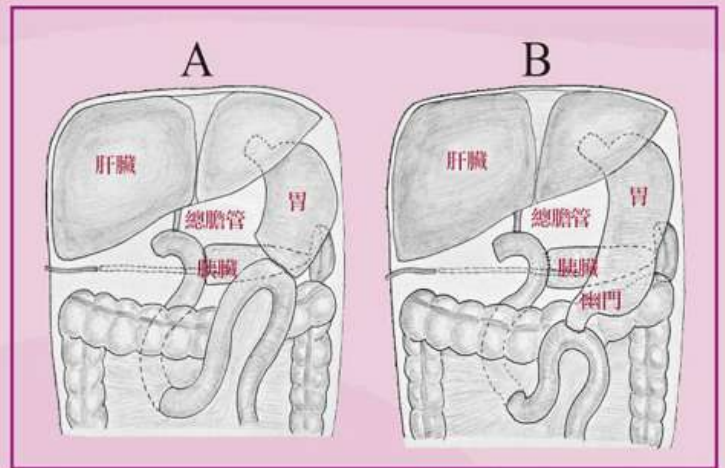


圖2：A圖為傳統之胰十二指腸切除術；B圖保留遠端胃部與幽門，稱為幽門保留胰十二指腸切除術。(繪圖者：署立台南醫院外科部許凱熙主任)

林炳文副院長表示，雖然壺腹周圍腫瘤在診斷與治療上皆有相當的難度，但成大醫院在這方面已經研究多年，藉由腸胃肝膽內科、放射診斷科與一般外科的合作，不僅可以即早診斷，治療上也有相當把握。如證實是惡性癌症，成大醫院更整合腫瘤內科與放射線治療科，為每一位病患量身訂作一套專屬的治療計畫。

相信以成大醫院這樣完整的壺腹周圍腫瘤治療團隊，能夠為更多的病患提供更好的服務。

壺腹周圍腫瘤之種類與臨床表現症狀

成大醫院外科部徐慧萍醫師指出，人體由肝臟來的總膽管與胰臟來的胰管匯流後一起注入十二指腸，在此會合處有一括約肌般構造，控制膽汁與胰液分泌，此構造就稱為「壺腹」。(見圖1)

她說，壺腹附近常見的癌症可分為4種：十二指腸癌、壺腹癌、胰臟頭部的胰臟癌及遠端膽管的膽管癌；但生長在附近其他的良性或惡性腫瘤，也可能會造成相似的症狀，診斷及手術的方式也類似。

一般而言，壺腹周圍腫瘤會因為腫瘤發生的位置、大小，及侵犯程度的不同，會引發不同的症狀。常見的症狀包括：黃疸、疼痛、上消化道出血等。

成大醫院胃腸肝膽內科張維倫醫師表示，黃疸是最典型的症狀。因為腫瘤阻塞膽道的出口，造成膽汁無法排出，膽汁淤積，導致皮膚及眼白變黃；而身上多餘的膽紅素則由尿液排出，導致小便的顏色變深，呈暗黃色。大便因不含膽汁，顏色變白，像石灰狀；有些人則因脂肪無法吸收，從糞便排出，有脂肪瀉的情形。此外，黃疸也會導致皮膚癢。

壺腹位於右上腹部，因此腹痛多位於右上腹或上腹，且多是悶悶的鈍痛。腹痛經常要腫瘤大到一定程度才會發生，有些腫瘤還沒有產生疼痛就已經阻塞膽道造成黃疸，特稱為「無痛性黃疸」。

上消化道腫瘤如果出血，血液經過腸道從肛門排出，會呈現黑便；但大部分的病人會以阻塞性黃疸的白色脂肪便為先。

張維倫醫師表示，腫瘤如果長得太大而阻塞腸道，就會有明顯的噁心、嘔吐的情形，甚至可於體外摸到腹部腫塊。值得注意的是在腫瘤發生的早期，這些症狀常不明顯，導致無法早期診斷。

張維倫醫師指出，當有上述症狀發生時，會為病患安排抽血檢驗、內視鏡檢查及影像學檢查等。其中，抽血檢驗的結果較不具特異性，通常可以看到貧血、血中膽紅素上升、和肝臟有關的轉氨酶及鹼性磷酸酶的上升等；這些抽血檢驗結果多只代表需要進一步檢查，而不能作確定診斷。



圖3：膽道顯影於膽管末端有一缺陷(箭頭處)，此即為腫瘤，膽管的管徑亦有些微變粗的情形。

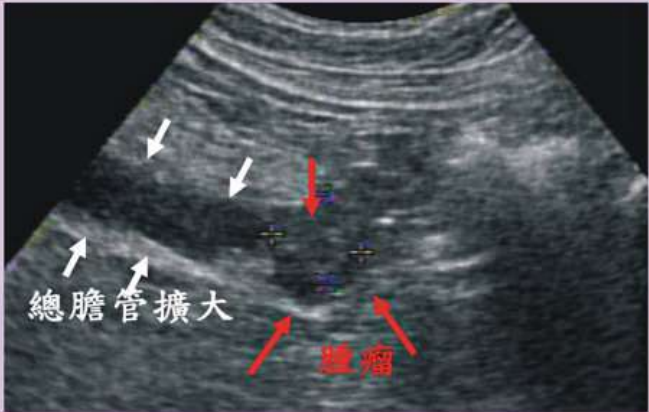


圖4：黃疸病患禁食執行超音波，發現膽管擴張(白色箭頭)，在出口有異常陰影的腫瘤(紅色箭頭)。

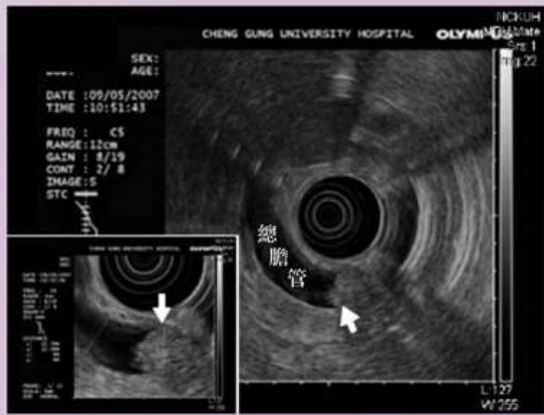


圖5：由內視鏡超音波可以清楚的看到在遠端膽管有一腫瘤(箭頭處)，造成膽管阻塞而脹大的現象。

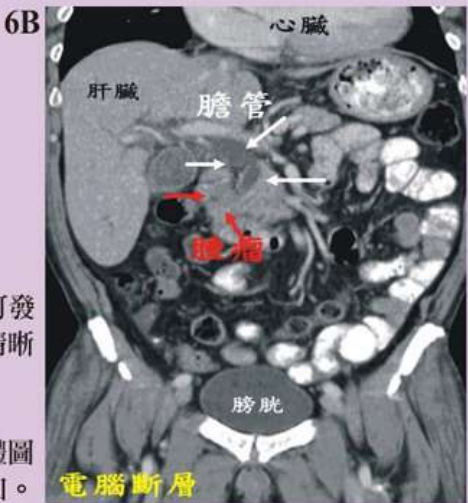


圖6A：病患接受電腦斷層檢查，同樣可發現腫瘤阻塞膽管的出口，並可清晰觀察周遭的組織。

圖6B：電腦斷層圖亦可以直立式的人體圖表現，增加對腫瘤立體上的認知。

壺腹周圍腫瘤與胰十二指腸切除術之術前檢查

針對壺腹周圍的腫瘤，成大醫院有內視鏡檢查及非侵入性的影像學檢查，都可以提供腫瘤形狀、大小、位置及可能侵犯的情形，讓外科醫師在手術前能夠決定手術的方式及評估切除的範圍。其中的內視鏡檢查雖具侵襲性，檢查過程也較辛苦，但也有許多優點是其他檢查所無法比擬且必要的。

胃腸肝膽科張維倫醫師指出，膽胰管攝影類似胃鏡，病患需吞一管狀內視鏡，但不同的是內視鏡鏡頭位於側邊，可直接觀察十二指腸側邊的壺腹處，並可由內視鏡伸出夾子，直接對腫瘤作切片、注入顯影劑作膽道與胰管攝影，或是插入引流管穿過腫瘤阻塞處引流膽汁，治療膽道阻塞的問題。只是所用的內視鏡管徑較粗，檢查過程病患必須趴睡，檢查時間也較長。



內視鏡檢查

超音波影像有時即可診斷，然因腸氣阻隔，往往只能診斷出膽道擴張，而無法發現腫瘤本身。但內視鏡超音波的探頭伸入腸道，直接靠在腸道上作觀察，不會有腸氣阻擋檢查的困擾，病兆可以看得更清楚。臨床上，對於腫瘤局部侵犯的程度及附近淋巴結轉移的情況，或是極小的早期腫瘤，其診斷的正確性甚或優於電腦斷層等影像學檢查。

非侵入性的影像學檢查包括：超音波、電腦斷層、核磁共振、正子掃描等。放射診斷部蔡宏名醫師指出，電腦斷層提供客觀的清晰剖面圖，可用以區別膽道阻塞的原因，如結石或腫瘤，不僅可診斷腫瘤，還能確定腫瘤分期。

如因腫瘤太小或表現和旁邊組織接近，導致無法確切診斷時，或是對電腦斷層顯影劑過敏的病患，則可選擇磁共振造影來檢查。

磁共振造影檢查可以提供與電腦斷層類似的剖面圖，藉以觀察腫瘤與周圍組織間的相關性；磁共振造影還能利用不同的顯影程度，清楚描繪出腸胃道、膽道與胰管的走向，更有助於手術前的評估。

核子醫學部姚維仁主任指出，正子掃描可以利用F-18去氧葡萄糖之放射製藥來偵測腫瘤的葡萄糖代謝，據以判斷腫瘤的良惡性、腫瘤侵犯範圍及遠端轉移，可作為術前評估。

外科徐慧萍醫師表示，藉由術前詳細的檢查，確定腫瘤的位置及侵犯的範圍後，若沒有侵犯到上腸繫膜動靜脈的話，就可以考慮接受根治性手術。

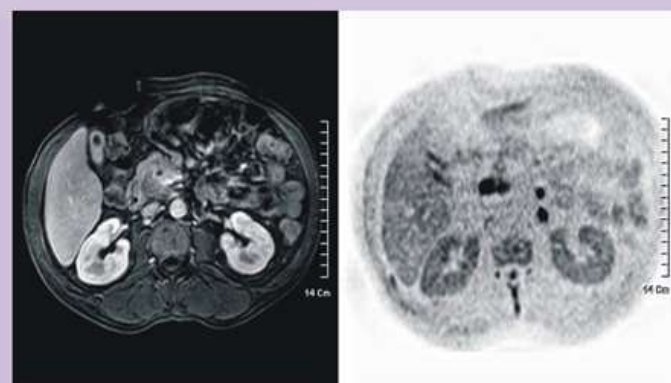
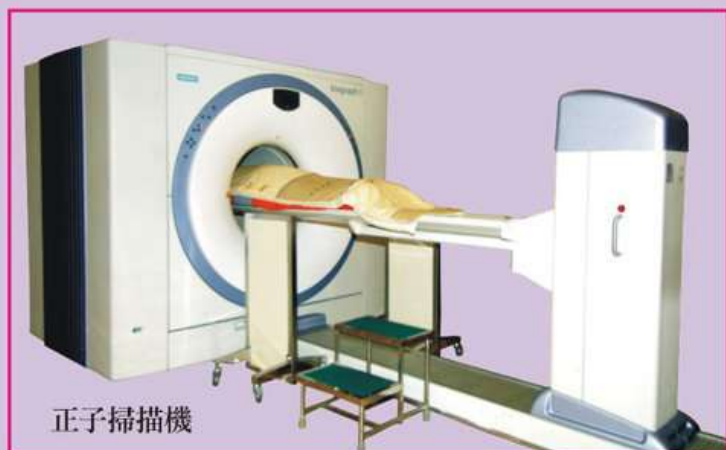


圖7A：磁共振造影之影像圖，可清楚的見到體內構造。

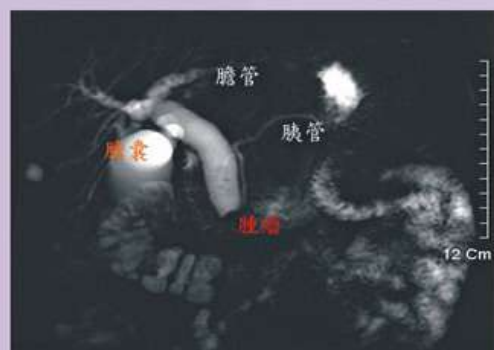


圖7B：磁共振造影膽道圖，可以清楚看出所有膽道的分佈圖及胰管分佈圖





【成大醫院貼心服務】

提供健保重大傷病證明代辦服務，
歡迎本院病友多加利用。

【成大醫院電視健康講座】

播出頻道及時間

◎ 台南縣 第03頻道

每週一～週五16:30播出

每週日8:00、13:00播出

◎ 嘉義縣 第03頻道

每週六23:00播出

◎ 高雄縣 第03頻道

每週日13:30播出

成醫電子報 生命・愛心・卓越・創新

免費訂閱網址：<http://webpage.hosp.ncku.edu.tw/>

成醫季事本 民國96年6月12日創刊

總編輯：李經維

總編室：吳正儀・沈尚良・王玉柳

美術編輯：鄭楚麗

版權所有