

# 大腸癌併肝臟轉移

蕭君平

## 基本資料：

王先生，59歲，已婚並育有一子一女，目前仍擔任公務員。平時有爬山及運動的習慣。平時生活規律正常，無抽菸、嚼食檳榔、及飲酒習慣，本身沒有B型肝炎或C型肝炎帶原。家中僅父親有高血壓病史，其餘皆無任何慢性病及癌症病史。

## 病史：

59歲王先生因近一個月來間歇性上腹部悶痛而至門診求診，其他相連屬症狀為容易疲勞及食慾不佳。過去病史方面有高血壓、良性攝護腺增生、及腰椎第三第四節脫位於2006年接受固定手術。

經詳細詢問後，患者表示疼痛為間歇性發作，位置主要在上腹部中央而且不會傳導至其他部位，飯前飯後疼痛沒有差別，沒有發燒畏冷的情形，排尿狀況正常，無噁心嘔吐，也沒有便秘腹瀉等排便習慣的改變。

王先生一週前曾至診所就診，因糞便潛血反應為陽性，建議至大醫院複診而轉診至本院。

## 理學檢查：

頭頸部並沒有明顯黃膽、貧血、及頸部淋巴結腫大的情形；兩側呼吸音正常；心臟搏動規律無雜音；腹部柔軟平坦，肝臟及脾臟無明顯腫大，腸蠕動正常，叩診無漲氣；肛門指診僅發現殘餘糞便，沒有發現腫塊及出血，僅攝護腺有輕度腫大。

## 實驗室檢查：

實驗室檢查顯示白血球數為6900/uL、紅血球數為5.25 million/uL、血紅素為16.2 g/dL、血比容為49%、血小板為208000/uL。血清丙酮轉氨基酶 (GOT, glutamate oxaloacetate transaminase) 為24 U/L、麩草酸轉氨基酶 (GPT, glutamate pyruvate transaminase) 為28 U/L、鹼性磷酸酵素 (alkaline phosphatase) 為87 U/L、總膽紅素 (Total bilirubin) 為0.7 mg/dL、尿素氮為 (BUN) 11.9 mg/dL、肌酸酐 (Creatinin) 為0.72 mg/dL、血清白蛋白 (albumin) 為4.66 g/dL、脂肪分解酵素 (Lipase) 為17 U/L、鈉為140mEq/L、鉀為3.6mEq/L。腫瘤指數方面，CEA 為9.8ng/mL、AFP 為6.3 ng/mL

## 住院經過：

王先生於5/24安排住院檢查，住院時並沒有發現更多不適之處，飲食及大小便亦十分正常。於5/24之腹部電腦斷層顯示輕至中度的脂肪肝，在肝臟的S5有看到一個5乘6公分，界限清楚的分葉狀低顯影密度 (lobulated hypodense) 腫瘤 (圖1)，乙狀結腸則有看到部分難以區分 (equivocal) 的腸壁增厚情形 (圖2)。5/26安排的大腸鏡發現在離肛門邊緣15至20公分距離的位置，有一個呈現環狀潰瘍性 (Annular ulcerative) 的腫瘤 (圖3,4)，切片後病理診斷為中度分化性腺癌 (Moderately differentiated adenocarcinoma)。5/31隨即安排手術，術式為

乙狀結腸切除術併擴展式右肝切除術。術中發現乙狀結腸離肛門邊緣 13 公分處有一個 3 乘 2 公分的潰瘍性腫瘤；肝臟方面在 S5 看到一個 6 乘 5 公分堅硬無被膜的白色腫瘤。

病理報告呈現乙狀結腸中度分化性腺癌 (Moderately differentiated adenocarcinoma) 並有局部淋巴侵犯 (4/32)，下腸繫膜動脈淋巴結則沒有侵犯 (0/15)，pT3N2aM1a，第四期；肝臟部分則為轉移性中度分化性腺癌；膽囊顯微鏡下則沒有發現侵犯的情形。

王先生術後回一般病房休養，術後第二天有發燒至 38.4 度的情形，經教導肺部擴張運動後獲得改善。術後第五天開始喝水並逐日漸進，直到術後第八天開始吃軟質飲食。傷口癒合良好，於術後第九日拔除引流管後隔日出院。

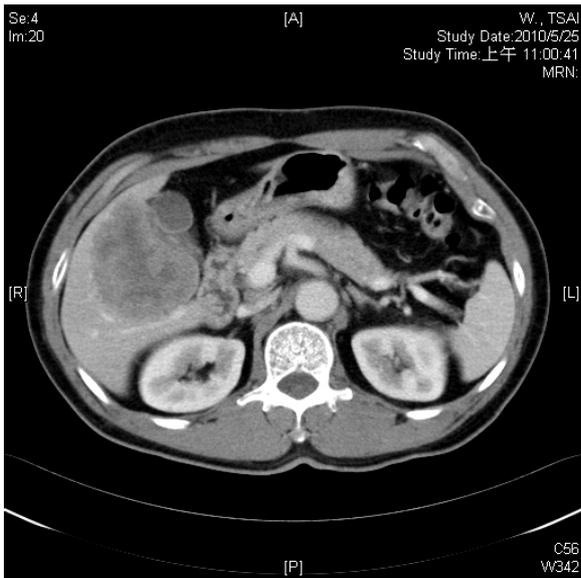


圖 1



圖 2

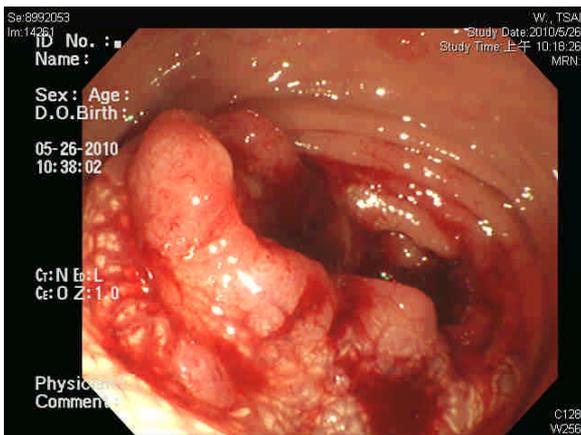


圖 3

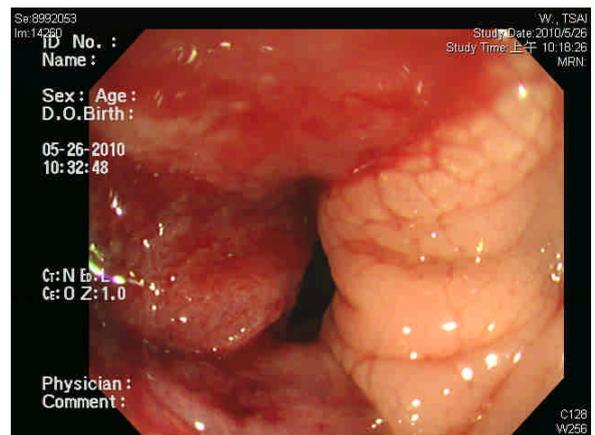


圖 4

## 問題與討論：

1. 直腸併肝臟轉移的患者，一次同時將兩個病灶同時切除會比分成兩次手術來得好嗎？

ANS: 以病人的角度來看，兩個病灶在同一個手術中一起完成可以減少住院的時間及花費，患者自己也會覺得減少疼痛及恢復的時間。但目前統計的資料指出，對於肝臟切除範圍不

大的患者，一階段手術比兩階段手術並沒有在復發率、存活率、及術後併發症上有著明顯的好處。[1,2]

## 2. 為什麼直腸癌特別容易轉移至肝臟？

ANS: 大約 20% 的病人在診斷罹患大腸癌的時，就已有遠處轉移。因為大腸癌可由淋巴及血液轉移，所以好發位置依序為局部淋巴結、肝、肺、及腹膜。而腸道的靜脈循環是經由門靜脈回流至肝再回下腔靜脈，因此若由血液擴散的途徑，肝臟具有最高的轉移風險。唯一例外是乙狀直腸下段及肛門部位，因其血液回液經由下肛門靜脈直接連至下腔靜脈，故此處的腫瘤好發轉移位置為肺。[3]

## 參考文獻：

1. Reddy, SK, Pawlik, TM, Zorzi, D, et al. Simultaneous resections of colorectal cancer and synchronous liver metastases: a multi-institutional analysis. *Ann Surg Oncol* 2007; 14:3481.
2. Martin RC, 2nd, Augenstein, V, Reuter, NP, et al. Simultaneous versus staged resection for synchronous colorectal cancer liver metastases. *J Am Coll Surg* 2009; 208:842.
3. Jemal, A, Siegel, R, Ward, E, et al. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin* 2009; 59:225.

# 跨領域團隊合作照護教案討論(醫師)

## 教學目標：

1. 了解不同區域腹痛的病史詢問重點及鑑別診斷。
2. 了解腹部理學檢查的技巧及描述方式，肛門指診的檢查重點。
3. 了解各項實驗室檢查的代表意義及數值判讀，能了解在不同的鑑別診斷下須額外安排哪些實驗室檢查？
4. 了解直腸腫瘤及肝臟腫瘤的手術適應症。
5. 了解各種直腸腫瘤的特殊臨床及影像學表現。
6. 了解各種肝臟腫瘤的特殊臨床及影像學表現。
7. 了解腹部手術後的治療重點及常見併發症。
8. 能讓病人及家人術前充分了解手術方式及可能面對的風險。
9. 能衛教術後飲食、傷口恢復、及後續追蹤的注意事項
10. 學習和其他領域的專業人員合作，達到專業能力互相交流與溝通，使病人獲得跨領域完整照護。

## 教學重點：

1. 不同區域腹痛的可能連屬器官及理學檢查重點。
2. 肛門指診的觀察重點
3. 直腸腫瘤的好發形態及臨床表現
4. 直腸腫瘤的診斷及治療方式
5. 肝臟腫瘤的好發形態及臨床表現，原發性肝臟腫瘤的影像學特異性表現。
6. 常見的直腸及肝臟手術術式
7. 腹部手術術後的常見併發症
8. 直腸惡性腫瘤的分期。

## 教學方式與媒介：

1. 共同研讀：研讀相關電子資料庫、包括參考書籍、醫學期刊、治療指引。
2. 案例討論。
3. 實際演練。
4. 和其他領域(護理、藥劑、放射、醫檢等)師生共同討論。

## 問題與討論：

1. 術前應做哪些影像學檢查？
2. 腹部重大手術應做哪些術前準備？
3. 若肝臟腫瘤太大無法切除，還須考慮哪些治療方法？
4. 如何評估肝臟功能？

**學習評核方式與回饋：**

- 1.心得報告。
- 2.筆試。
- 3.口試。