

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。

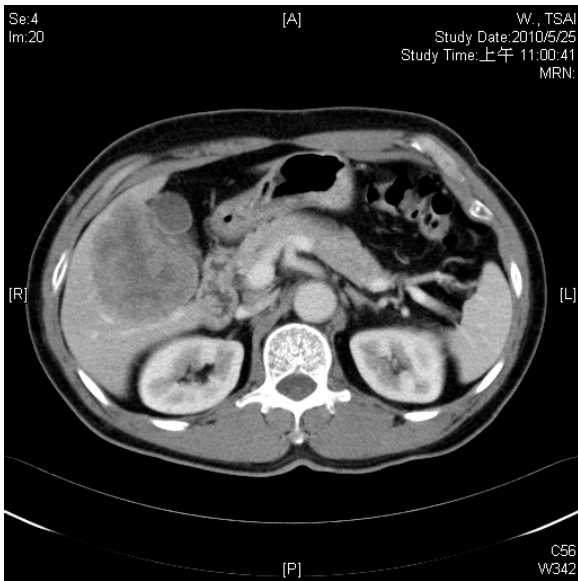


圖 1



圖 2

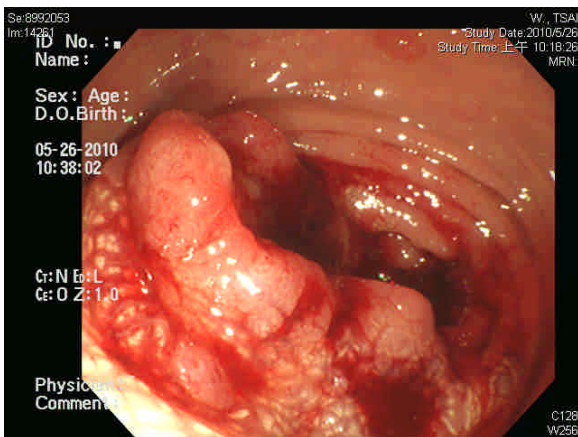


圖 3

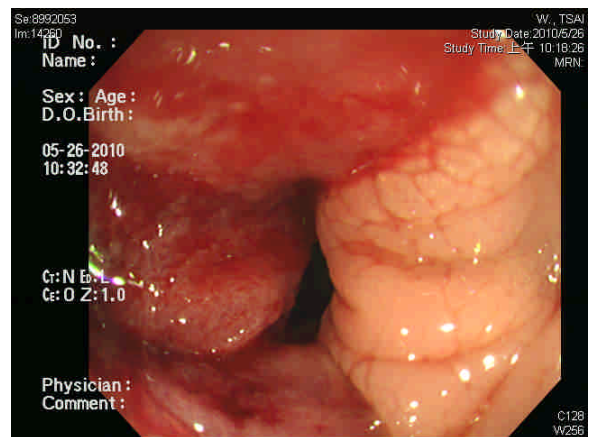


圖 4

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。