

膽道惡性腫瘤

陳育賢 醫師

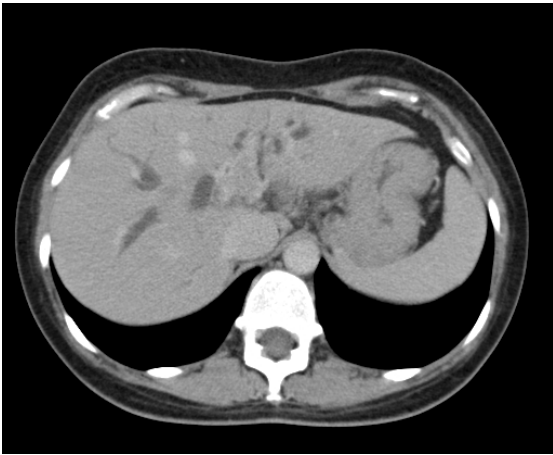
基本資料：

吳女士，38 歲，大學畢業，已婚，目前從事服務業。無抽煙，喝酒，或嚼食檳榔的習慣。家中成員，父親有高血壓，外婆有子宮頸癌。

病史：

38 歲懷孕的吳女士在去年 12 月 17 日生產。在生產前三週以來開始感覺全身皮膚有發黃的情形。但是因為沒有其他不適症狀，所以沒有尋求醫療建議。吳女士在去年 12 月 17 日開始感覺到頻繁產痛。於是到宜蘭羅東博愛醫院生產。嬰兒較預產期提前三週出生。生產過程順利。生產過後，醫療團隊發現吳女士皮膚有黃疸情形，合併有茶色尿液，以及灰白色大便。詢問過去三週以來吳女士除黃疸情形還合併有腹脹及食慾變差。除此之外，吳女士否認她有發燒，腹痛，噁心嘔吐，胸痛，解便習慣改變等情形。羅東博愛醫院醫師安排腹部超音波檢查發現肝臟雙側膽管擴張，膽囊無發炎情形，無膽結石。於是進一步安排電腦斷層攝影檢查，電腦斷層攝影檢查發現雙側膽管擴張，在膽管匯合部疑似有腫瘤（圖一）。於是腸胃科醫師安排逆行性膽管攝影檢查（ERCP）。攝影檢查發現病患在總肝管附近幾乎全部阻塞，疑似 Klatskin tumor。檢查時欲放置膽管引流導管（ERBD）緩解病患阻塞性黃疸症狀，但是經過反覆嘗試還是無法將引流導管放過狹窄處。於是安排經皮穿肝膽管引流（PTCD）處置（圖二）。引流管順利經由左側肝管穿越總肝管狹窄處進入總膽管。引流管最後置放於總膽管及左肝管之間做膽汁引流。病患經過膽汁引流後黃疸症狀逐漸改善。由於疑似 Klatskin tumor，羅東博愛醫院腸胃科醫師建議轉診醫學中心做進一步治療。

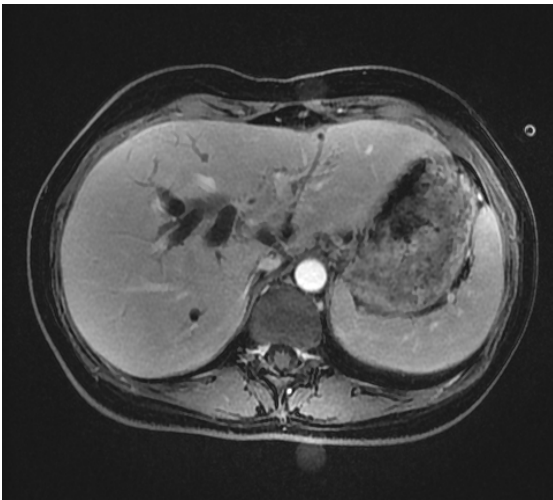
病患於去年 12 月 28 日出院。但是在出院隔日，病患開始感覺到發燒，畏寒。於是回到羅東博愛醫院急診，急診抽血發現白血球升高 11100/uL，黃疸指數 2.73mg/dL，肝功能指數 AST65 U/L，ALT68 U/L，ALP 545 U/L。診斷為膽道發炎，病患於是住院接受抗生素治療，於今年 01 月 02 日出院。病患於出院當日自行轉診至台北榮民總醫院接受住院治療。住院當中，榮總醫師安排核磁共振攝影檢查。攝影檢查發現雙側膽管擴張，肝管匯合處腫瘤，腫瘤侵犯到鄰近血管（圖三，圖四），懷疑 Klatskin tumor。榮總醫師告知侵犯範圍過於廣泛，腫瘤無法切除。病患於是在今年 01 月 10 日自行出院並於當日到林口長庚醫院求診。



圖一



圖二



圖三



圖四

理學檢查：

理學檢查發現皮膚及眼白有黃疸的情形；無頸部淋巴結腫大；兩側呼吸音正常，無囉音；心臟搏動規律無雜音；腹部柔軟平坦，無壓痛，無反彈痛，肝臟及脾臟無明顯腫大，腸蠕動正常，叩診無漲氣；左側腹部有引流管，引流液黃綠色，引流管功能正常；肛門指診僅發現殘餘糞便，沒有發現腫塊及出血，攝護腺沒有腫大。

實驗室檢查：

實驗室檢查顯示白血球數為 5300 /uL、血紅素為 9.5 g/dL、血比容為 30.2 %、血小板為 561000 /uL。AST 為 108 U/L、ALT 為 90 U/L，ALP 為 552U/L，總膽紅素(Total bilirubin) 為 2.4 mg/dL、血清白蛋白(albumin)為 3.62 g/dL。腫瘤指數 CEA 1.17 ng/mL，CA199 1476 U/mL，AFP 7.8 ng/mL。

住院經過：

病患住院後先接受抗生素治療膽道炎，但是住院後四天黃膽還是持續上升，總膽紅素由 2.4 mg/dL 增加到 4.1 mg/dL。因此再次安排經皮穿肝膽道引流處置。引流管置入右側膽管。病患經過導管引流後黃膽由 4.1 mg/dL 降到 1.7 mg/dL。外科醫師因此決定進行手術。手術方式為廣泛性 (en block) 膽管腫瘤切除手術包括：擴大左肝切除(seg 1, 2, 3, and 4)，總膽管腫

瘤廣泛切除，肝門靜脈及右肝動脈部份切除，Roux-en-Y hepaticojejunostomy重建膽道引流路徑；肝門靜脈重建及右肝動脈顯微重建手術。術後病理組織切片診斷為well differentiated cholangiocarcinoma, PT3N0cM0, stage3a。margin negative。病人術後恢復良好。術後第12天順利出院。

問題與討論：

1. 膽道惡性腫瘤的病人，術前是否需要控制黃疸？(1)

ANS: 近端膽道惡性腫瘤病患，為達到腫瘤邊緣手術切除乾淨，需做部份肝臟切除手術，這類病患需考慮做手術前膽汁引流以減輕黃疸症狀，改善肝臟功能，避免手術後肝臟功能衰竭。但是膽管引流也有可能造成膽道感染，因此，需個別評估每一個病患，不建議例行性放置膽管引流。若決定做膽道引流，可改慮以逆行性膽道引流（ENBD）或經皮穿肝膽道引流（PTCD）進行。由於導管放置後會影響影像學上腫瘤侵犯範圍的評估，因此理想上應完整評估腫瘤侵犯範圍後再進行引流處置。

目前常見做法為若是病患已有膽道感染情形，或術前黃疸指數大於10mg/dL，則先做膽管引流處置，待黃疸指數<3mg/dL後再考慮進行手術治療。

2. 如何判斷膽道惡性腫瘤局部侵犯範圍？(3)

ANS:

■ 膽管惡性腫瘤依據Bismuth-Corlette classification根據膽管侵犯範圍可區分為四種類型。

Type I: 腫瘤侵犯在左右肝管匯合區以下（未侵犯到匯合區）

Type II: 腫瘤侵犯到左右肝管匯合區。未侵犯到左或右側肝管

Type III: 腫瘤阻塞總肝管並侵犯到右側（Type IIIa）或左側肝管（Type IIIb）第二級膽道分枝

Type IV: 腫瘤為多發性或同時侵犯左側及右側肝管。

■ 依據TNM system可進一步區分腫瘤的橫向侵犯範圍：

Tis: 原位癌 carcinoma in situ

T1: 腫瘤局限在膽管，侵犯到膽管的肌肉層或纖維層

T2a: 腫瘤侵犯到膽管周圍軟組織

T2b: 腫瘤侵犯到膽管周圍肝臟組織

T3: 腫瘤侵犯到膽管同側肝動脈分枝或肝門靜脈分枝

T4: 腫瘤侵犯到肝門靜脈主幹或雙側肝門靜脈，或是侵犯到總肝動脈，或是同時侵犯到雙側第二級膽道分枝，或是侵犯到單側第二級膽道分枝合併對側肝門靜脈或肝動脈侵犯。

3. 術前應如何評估膽道惡性腫瘤的可切除性？(1)

ANS: 傳統上認為以下情形為可切除性膽道惡性腫瘤：

- 腫瘤局部沒有侵犯到肝門靜脈或主要肝動脈（部份醫學中心建議合併血管切除及血管重建）
- 腫瘤局部沒有侵犯到肝臟以外鄰近周圍器官
- 淋巴結沒有擴散到胰臟後（Retropancreatic）或 paraceliac 淋巴結。沒有遠處肝轉移

- 沒有遠處轉移

4. 膽道惡性腫瘤的手術方式？(2)

ANS: 膽道惡性腫瘤切除的手術方式主要是根據腫瘤侵犯範圍（根據 bismuth 分類）來決定，目標是手術切除邊緣距離腫瘤（tumor free margin）>5mm

- Type I and type II :廣泛性切除肝臟外膽管，膽囊，局部淋巴結：以 Roux-en-Y hepaticojejunostomy 重建。
- Type III：如 Type I and Type II 的範圍再加上左肝或右肝切除。
- Type IV：如 Type I and Type II 的範圍再加上擴大性左肝或右肝切除（extended left or right hepatectomy）。
- 在 Hilar cholangiocarcinoma stages II-IV 的病患，由於肝臟 segment 1 常常有顯微轉移的腫瘤，所以建議需考慮切除肝臟分葉 segment 1。

參考文獻：

1. UpToDate “Treatment of localized cholangiocarcinoma: Surgical management and adjuvant therapy”
2. S A Khan, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: consensus document. Gut 2005; 51(suppl VI);vi1-vi9
3. Yong Eun Chung, et al. Staging of extrahepatic cholangiocarcinoma. Eur Radiol (2008) 18; 2182-2195

跨領域團隊合作照護教案討論(醫師)

教學目標：

1. 了解膽管癌相關病史及家族史之詢問重點。
2. 了解黃疸及腹部理學檢查的技巧及描述方式。
3. 了解各項實驗室檢查的代表意義及數值判讀。
4. 了解膽道惡性腫瘤手術適應症。
5. 了解膽道惡性腫瘤的特殊臨床及影像學表現。
6. 了解膽道惡性腫瘤手術後的治療重點及常見併發症。
7. 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。
8. 能衛教術後傷口照護、復健運動及後續追蹤的注意事項
9. 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. 不同原因的黃疸的可能病史及理學檢查重點。
2. 膽道惡性腫瘤的好發形態及臨床表現
3. 膽道惡性腫瘤的診斷及治療方式。
4. 常見的膽道惡性腫瘤手術術式
5. 膽道惡性腫瘤手術術後的常見併發症
6. 膽道惡性腫瘤的分期。

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、放射、腫瘤等)師生共同討論。

問題與討論：

1. 術前應做哪些實驗室及影像學檢查？
2. 採取何種手術方式較好？
4. 手術前是否需做膽道引流控制黃疸？

學習評核方式與回饋：

1. 心得報告。
2. 筆試。
3. 口試。

跨領域團隊合作照護教案討論(護理)

教學目標：

1. 能瞭解膽道癌患者的主要不適症狀。
2. 能瞭解膽道癌手術後傷口及引流管之觀察重點。
3. 能運用家庭發展理論進行家庭評估並瞭解家族病史。
4. 能運用相關護理指導患者住院及返家後的照護。

教學重點：

1. 膽道癌的照護重點及衛教內容。
3. 以家庭為中心的護理，家庭內在結構及外在結構需評估的項目。
4. 面對疾病復發其病患及家屬心理之調適。
5. 病患住院及返家後自我照護相關護理指導。

教學方式與媒介：

1. 學員預習案例相關知識(教師可提供相關知識來源)。
2. 講授。
3. 臨床實際評估及護理指導。
4. 案例報告。
5. 討論。

問題與討論：

1. 不同膽道癌切除術式切除術後的照護及觀察重點？
2. 患者的復健運動指導包括哪些？
3. 患者其家庭評估包括哪些？

學習評核方式與回饋：

1. Mini-CEX 評量。
2. DOPS 評量。
3. 筆試。
4. 口試。

跨領域團隊合作照護教案討論(腫瘤)

教學目標：

1. 熟悉膽道癌輔助治療選擇之原則及常見併發症。

教學重點：

1. 了解化學治療的選擇、及使用方式
2. 如何監測、避免及治療輔助治療時所產生的嚴重併發症？

教學方式與媒介：

1. 講授
2. 個案討論

問題與討論：

1. 選擇使用化學治療時需注意什麼樣的副作用？
2. 何時該選擇化療

學習評核方式與回饋：

1. 心得報告。
2. 筆試。
3. 口試。

跨領域團隊合作照護教案討論(放射)

教學目標：

1. 能了解常規胸部、腹部一般 X 光檢查攝影技術。
2. 能與患者及家屬進行良好溝通。
3. 能為患者做好必要輻射防護措施。
4. 能了解胸腹部電腦斷層及核磁共振的攝影技術及顯影劑的劑量

教學重點：

1. 電腦斷層及核磁共振的之準備工作與必要之攝影參數與技術調整。
2. 進行衛教的解說重點與技巧。
3. 輻射防護鉛衣與設備的使用。

教學方式與媒介：

1. 臨床教師現場模擬教學。
2. 學員觀摩臨床教師實際執行方式，並於檢查完成後進行討論。
3. 影像評估與解說。

問題與討論：

1. 胸腹部電腦斷層及核磁共振如何正確操作。
2. 如何依據病患個別狀況調整攝影參數與技術。
3. 患者與其家屬所接受之輻射曝露劑量與影響為何。
4. 若患者腎功能不佳該如何調整顯影劑劑量？

學習評核方式與回饋：

1. DOPS 評量。
2. 課後討論。
3. 學員學習成效自我評量。