

阻塞性黃疸的處理

許致博

黃疸成因可分為肝前性(prehepatic)、肝性(hepatic)或肝後性(posthepatic)，肝前性或肝性的原因如溶血、急性肝炎等，一般都不需要手術治療，這些疾病臨床上也不會看到膽道擴張。本篇文章以肝後性黃疸為主，這些病人主要以阻塞性黃疸來表現，首先可以將病人分為以下幾類：

1. 結石但不合併黃疸：不須手術治療，在此不討論
2. 結石合併黃疸
3. 黃疸但不合併結石 s

● 結石合併黃疸(病人處理流程圖如圖 1)：

第一步首先要區分病人是否有敗血症，若有敗血症，病人應直接考慮膽囊切除合併總膽管探查手術或膽道引流術，膽道引流術的方式可以做內視鏡逆行性膽胰道攝影術(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)、經皮穿肝膽管攝影術(percutaneous transhepatic cholangiography, PTC)或膽囊切開術(cholecystostomy)。要選擇何種方式，以病人的臨床狀況決定，對比較穩定的病，可以直接選擇手術治療，對比較不穩定或是手術風險大的病人，則可以選擇先膽道引流來減壓。

若病人沒有敗血症，則可以先做檢查，檢查的目的在於找到阻塞的位置，並且要排除是否有腫塊的病兆。檢查可以先排超音波檢查，但這類病人一般通常也都會做電腦斷層檢查，因此超音波和電腦斷層檢查同時進行也是合理的安排。檢查之後可以預計有 3 類結果：

1. 腫塊
2. Mirrizzi 症候群
3. 其他

首先，對於發現腫塊的病人，應該就要考慮是癌症，因此下一步就要考慮是否有切除的可能性，進一步進行癌症相關的檢查。

對於 Mirrizzi 症候群的病人，則考慮膽囊切除合併總膽管探查手術，但此類病人在術中可能會遇到因為發炎而無法安全進行手術的狀況，這時候可以考慮做部分膽囊切除的方式打開膽囊並且取出卡在膽囊頸部的石頭。另外要小心注意的是，有 5-10%的膽囊癌會以 Mirrizzi 症候群來表現，在術前的影像學檢查或是術中都要警戒小心是否有惡性腫瘤的可能性。

最後剩下其他類的病人，這些病人通常是總膽管結石的病人，可以選擇膽囊切除合併總膽管探查手術，或先做內視鏡逆行性膽胰道攝影術再安排膽囊切除手術。

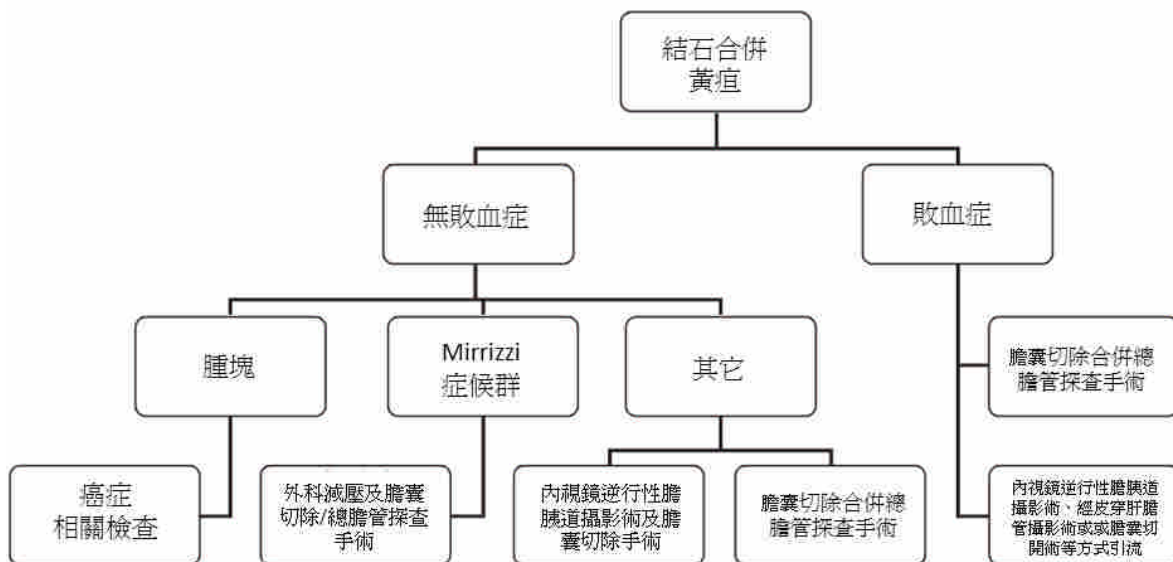


圖1：膽管、膽道結石合併黃疸病人處理流程圖

● 黃疸但不合併結石(病人處理流程圖如圖 2)：

對這類病人，最重要的就是考慮黃疸是否為阻塞性黃疸，如前所述，非阻塞性黃疸絕大部分為肝前性及肝性原因造成，一般不須外科手術治療，抽血檢查及超音波檢查通常可以分辨原因為何。而若為阻塞性黃疸就必須分辨阻塞位置。這些病人可以先做超音波檢查，在做完超音波以後可以將病人分為 3 類：

1. 無肝內膽道擴張
2. 肝內膽道擴張無肝外膽道擴張
3. 肝內及肝外膽道擴張

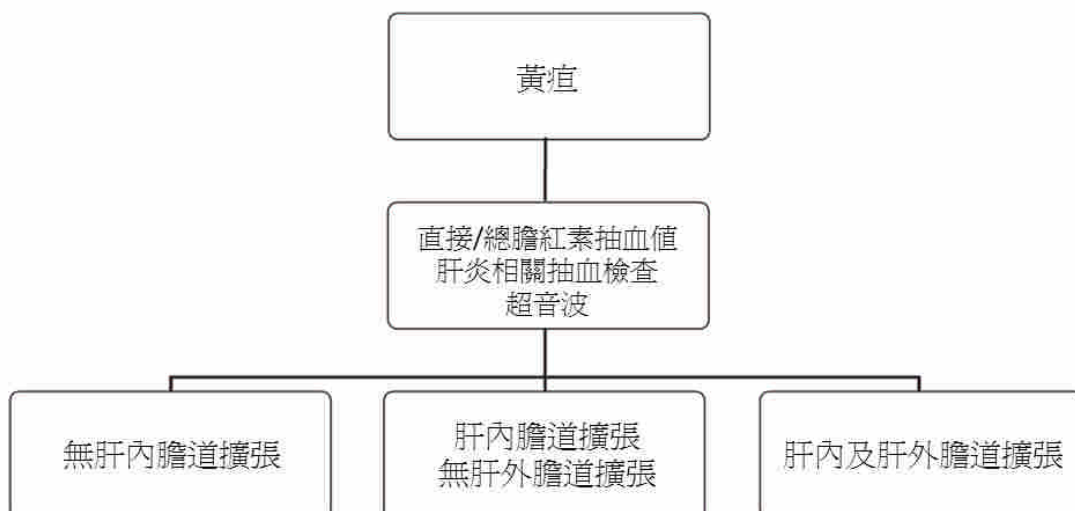


圖2：無結石黃疸病人處理流程圖

✓ 肝內膽道擴張無肝外膽道擴張(病人處理流程圖如圖 3)：

阻塞在肝臟或肝門(porta hepatis)的位置，此處為比較高位的位置，與較低位的阻塞處

理不同，最主要的不同在於內視鏡減壓引流要做到這個位置有一定的難度，並且因為阻塞的關係，肝臟會被分成數個部分，若逆行性內視鏡膽管攝影術做完但引流不完全，有可能會造成敗血症。因此在這種狀況下經皮穿肝膽管引流術(percutaneous transhepatic cholangiography and drainage, PTCD)優於內視鏡逆行性膽胰道攝影術，但檢查最好在阻塞位置確定後才安排，否則減壓引流後看不到膽道擴張，最後可能找不到病兆。在影像學檢查方面，對此種高位的阻塞，核磁共振膽胰道攝影術(MR cholangiopancreatography, MRCP)為首選，通常在超音波檢查及核磁共振膽胰道攝影術後，大部分阻塞的原因可以被找出來，常見的原因有

1. 結石
2. 腫塊病兆：如肝癌或膽管癌
3. 水囊病兆：如單純囊腫(simple cyst)或囊腺癌(cystadenocarcinoma)
4. 無病兆：硬化性膽道炎(sclerosing cholangitis)

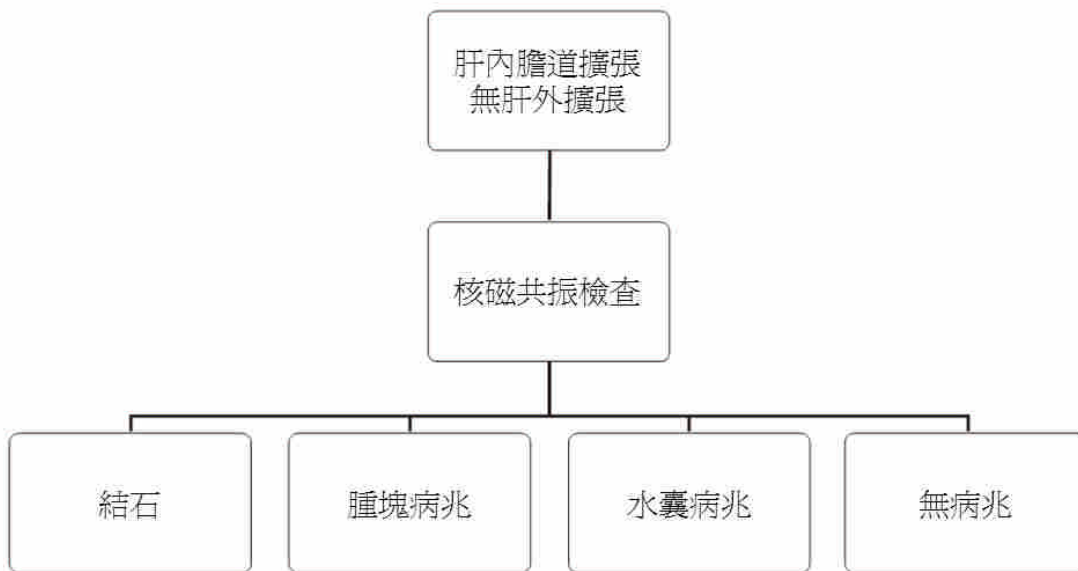


圖3：肝內膽道擴張無肝外擴張合併黃疸病人處理流程圖

✓ 肝內及肝外膽道擴張(病人處理流程圖如圖 4)：

阻塞在遠端的膽道，可以將病人分為 3 類，進一步檢查可以考慮內視鏡逆行性膽胰道攝影術或電腦斷層血管攝影術(CT angiography)：

1. 結石
2. 總膽管或胰臟腫塊
3. 非腫塊或結石

對結石的病人可以考慮內視鏡逆行性膽胰道攝影術或膽囊切除合併總膽管探查手術。若發現是腫塊，根據各種影像學的特徵可以有各種不同的鑑別診斷，如神經內分泌腫瘤(neuroendocrine tumor)、壺腹腺瘤(ampullary adenoma)、惡性腫瘤等等，但站在臨床治療的觀點來看，病人主要區分為三項：

1. 可切除腫塊
2. 不可切除腫塊
3. 胰臟炎

對一個可切除腫塊不需要有確定的診斷，因為大部分造成黃疸的腫塊都是癌症或癌前期病兆，因此若可以切除則選擇手術治療。一個比較重要的例外是胰臟炎造成的病兆，因此在影像學檢查時就要仔細檢查是否有慢性胰臟炎的表現，若比較認為是胰臟炎，觀察是比較適合的治療方式。而對不可切除的腫塊，應該要安排切片檢查確定診斷，診斷確定後才能安排下一步治療

最後，若沒有結石也沒有腫塊被發現，應該要安排內視鏡逆行性膽胰道攝影術或是內視鏡超音波照影術(endoscopic ultrasonography, EUS)，目的是為了評估是否有狹窄或是有影像學看不到的病兆，若看到長段的狹窄，膽管癌或胰臟癌也要列入鑑別診斷。若有小的病兆，內視鏡超音波照影術下也可以做切片。較短的狹窄且沒有看到腫塊病兆可以選擇觀察一段時間。在內視鏡逆行性膽胰道攝影術下也可以放支架作為解除黃疸的治療。

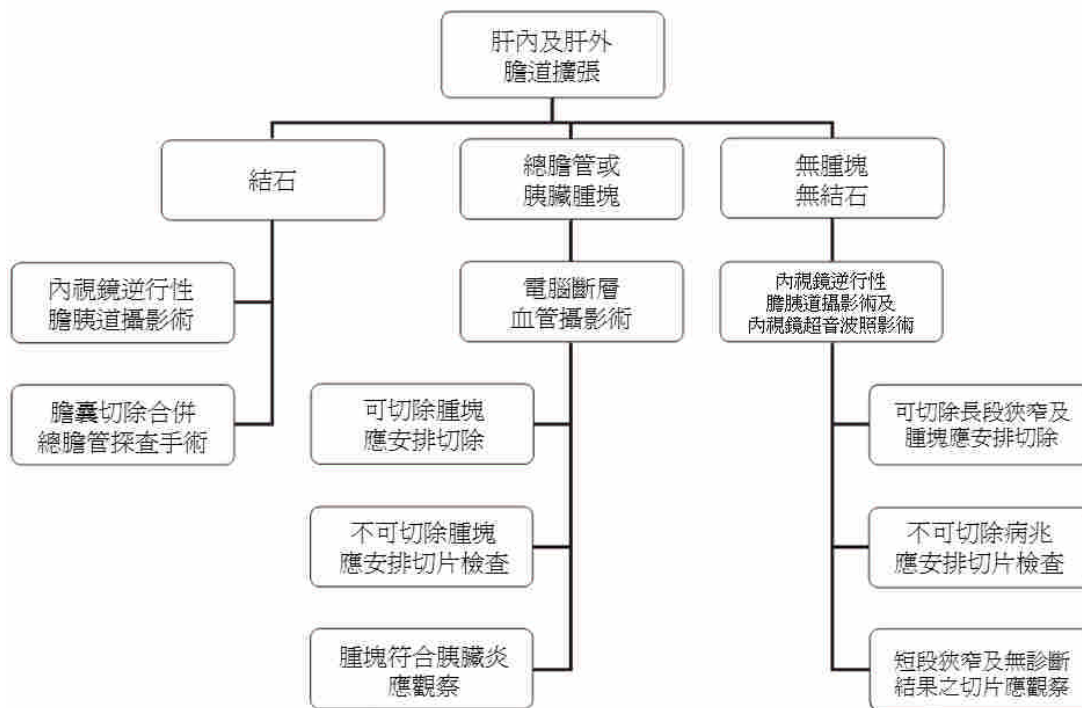


圖4：肝內及肝外膽道擴張病人處理流程圖