

## 治療性內視鏡在治療胰臟癌的角色

林口長庚消化系內視鏡治療中心 胃腸肝膽科 劉乃仁、吳季桓醫師

胰臟腫瘤的診斷長久以來都是臨床醫師的一大挑戰，因胰臟深藏於後腹腔，胰臟癌的症狀也不明顯，實在不易早期診斷。很多病患來院求診時大多以腹痛、黃疸或體重減輕等晚期症狀，已是局部侵犯廣泛，無法以外科切除。對無法手術病患，內科或介入性放射科可提供姑息性症狀治療。然而對於胰臟癌的組織切片，也是另一個臨床上的挑戰。如同前述，胰臟位於身體較深層的部位，要獲得足夠組織作為病理診斷，內視鏡醫師可藉由內視鏡超音波導引，經由胃壁或十二指腸壁以抽吸針進入後腹腔的胰臟取得組織。隨著抽吸針材質的進步，目前已經可以從傳統的抽吸(Fine needle aspiration)，進步到細針切片(Fine needle biopsy)，增加診斷的正確率。

然而對於無法進行痊癒性治療的病患，免開刀的、以最小的侵入性，緩解病患症狀，就顯得相當重要。有五成以上的胰臟癌是發生於胰臟頭部，通常都會侵犯經過胰臟頭部的總膽管，造成膽管阻塞、引起黃疸。阻塞性黃疸也常伴隨膽道壓力升高與膽道感染，造成死亡。逆行性內視鏡膽胰管造影術(Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)，及其相關的內視鏡技術，在胰臟癌病患常因十二指腸侵犯，施行上難度較高，但其可以以最小的侵入性，不開刀的方式來引流膽汁，減低膽道壓力，治療膽道感染。

膽道引流，依引流所用的導管可分為內視鏡鼻膽管引流、膽道塑膠支架、膽道金屬支架，分述如下：

1. 內視鏡鼻膽管引流(Endoscopic Nasobiliary Drainage, ENBD)：是用 6Fr 的長塑膠引流管，我們在內視鏡與 X 光透視下，先將導線穿過腫瘤狹窄部位，再將引流管沿導線進入膽管，引流阻塞部位之上的鬱積膽汁。引流管經口鼻轉換後，引流管如鼻胃管般的經食道由鼻而出。在急性膽管炎，需緊急膽管減壓病例，是救命的利器；其侵襲性低，更適合在重症病患施行。在診斷仍不很明確病人，可經由引流管注入顯影劑重複造影；並可記錄引流膽汁量，確定導管暢通，都是它的好處。因引流導管由鼻而出，病患較不舒服且易滑脫，也較不美觀為其缺點，現在臨床上較少使用，目前只用於短期、急性感染處理，長期處理，還是需要膽道支架。
2. 內視鏡逆行性膽導引流(Endoscopic Retrograde Biliary Drainage, ERBD)：是使用較大口徑(8.5 Fr, 10Fr, 約 2.8~3.3mm)的膽道塑膠支架，是將塑膠支架(plastic stent)沿導線用推入膽管，一端引流狹窄部上游，一端開口於乳突，使膽汁直接流入十二指腸。塑膠支架的內徑較鼻膽管引流管為大，一般狀態可維持 2 至 3 個月。膽汁直接流入消化道，除可減壓外，膽汁流於腸道，對於消化食物、養分吸收大有助益。支架留置於體內，鮮少造成不適；其也無引流管留於體外，所以不會影響美觀。通常用於診斷治療方向清楚的病患，做姑息治療。
3. 膽道金屬支架是使用鎳鈦合金(Nitinol)織成網狀金屬管，因其彈性極佳，可被

拉長壓縮，以外套管包住，形成 8Fr 管狀導管。當這導管沿導線進入膽道穿過狹窄處，在適當位置，將外套拉除後，記形金屬立刻回復原形(self-expandable)，成為 8mm 或 10mm 管徑的支架，上端引流狹窄部上游，下端開口於乳突。當支架張開後，即無法收回。目前對於胰臟癌主流還是使用包膜支架，意即支架外面再包覆一層膠膜，防止上皮與肉芽組織將會長入網狀縫隙，用以增加通暢的時間。支架便無法取出了。金屬支架一般可維持 6 個月以上的暢通，對存活期不長的姑息療法病患，可得到較長期的膽道暢通。金屬支架的阻塞主要是由於腫瘤長入支架內，或腫瘤的長度的擴展，超過了近端支架的開口。與前面所提塑膠支架不同的是，金屬支架內徑較大，可增加膽汁流動的順暢度，以避免阻塞。若金屬支架塞住後，目前可以評估再次放置金屬支架或金屬支架置換，若發生十二指腸阻塞，內視鏡無法再次處理，可藉由經皮肝膽管引流管(Percutaneous Transhepatic Cholangial Drainage, PTCD)由體外放置金屬支架。目前雖然健保並不給付膽道金屬支架(自費約新台幣六萬五千元)，但膽道金屬支架是目前支架中，最大口徑、引流效果最好、暢通時間最長的支架，的確可以有效引流鬱積膽汁，減少引流手術，改善癌症病患的生活品質，現在已漸漸成為胰臟癌膽管引流的主流方法。

此外胰臟癌侵犯周邊腸道，頭部腫瘤侵犯十二指腸第二部份，體部腫瘤侵犯第三、四部份，常造成腫瘤附近十二指腸的阻塞，病患因而無法進食，甚至發生嘔吐或是吸入性肺炎。對腸道阻塞病患可以在內視鏡與 X 光導引下，置入腸道金屬支架，重新打通阻塞的腸道。腸道金屬支架也是使用鎳鈦合金(Nitinol)織成網狀金屬管，因其彈性極佳，可被拉長壓縮，以外套管包住。以大口徑上消化道內視鏡先將導線穿過十二指腸狹窄處，以顯影劑在 X 光導引下，將狹窄處定位，再將金屬支架在內視鏡直視與 X 光導引下，沿導線穿過狹窄處，再將外套拉除後，記形金屬立刻回復原形(self-expandable)，成為 20mm 管徑的支架，重新打通腸道。當支架張開後，即無法收回，上皮與肉芽組織將會長入網狀縫隙，支架便無法取出了。但不同於膽管金屬支架，腸道金屬支架，能維持多久的暢通易受到腫瘤種類的影響，較難預測，目前本院採用無包膜支架通暢時間約為六至九個月。金屬支架的阻塞主要是由於腫瘤長入支架內，或腫瘤的長度的擴展，超過了支架兩端的開口，或由食物殘渣阻塞所引起，若發生支架阻塞，可經由內視鏡嘗試再次放置支架。對存活期不長的姑息治療病患，可經口進食，改善嘔吐症狀，維持體液電解值平衡，的確可以大大改善末期癌症病患的生活品質，目前雖然健保仍未將腸道金屬支架納入給付範圍內(約新台幣六萬三千元)。

隨者醫療器材及技術的進步，目前對於胰臟癌的內視鏡技術仍然不斷進步。診斷胰臟癌內視鏡超音波可以用超音波造影劑進行及時同步性的檢查，也可增加細針切片的準確率。此外部分胰臟癌若不適合開刀，也可經內視鏡超音波進行姑息性的酒精注射，以達到減少腫瘤體積的目的。這些嶄新的技術與器材，相信未來都可成為治療病人的有利武器。