

治療性內視鏡在治療膽管癌的角色

林口長庚紀念醫院 消化系內視鏡治療中心 胃腸科 劉乃仁、吳季桓醫師

膽管癌在臨床上的表現其實非常多變，部分腫瘤是以肝內腫瘤表現，有時會在健康檢查中發現，若早期發現可藉由外科手術切除治癒。然而對臨床醫師的挑戰是肝外膽管癌來表現的病人，最常見的症狀就是腫瘤組織阻塞膽管，造成黃疸。隨者影像醫學的進步，許多過去無法解決的膽管狹窄皆可以分辨原因，及早找出惡性病變。但總是有些反覆黃疸甚至膽道感染的病人，即便進行侵入性逆行性內視鏡膽胰管造影術(Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)切片仍無法獲得診斷。為解決這類病人的困擾，目前已有直視膽道內視鏡(SpyGlass DS)，傳統內視鏡膽胰管造影術是在 X 光導引下在攝影狹窄處切片，直視膽道鏡是經由傳統內視鏡把一支小型內視鏡送入膽管，可以直接發現病灶切片，大幅提高對於不明膽管狹窄的診斷率。診斷後目前仍以外科手術切除為目標，若無法切除或術前須膽管引流的病患，可以最小的侵入性，不開刀的方式，引流膽汁，減低膽道壓力，預防及治療膽道感染。

目前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：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照影，所以為某些膽管癌外科醫師視為術前引流的首選。因引流導管由鼻而出，病患較不舒服，也較不美觀為其缺點。這種引流方式，通常用於短期、急性感染處理，長期處理，還是需要膽道支架。

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, 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，較不易阻塞，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；其也無引流管流於體外，所以不會影響美觀。缺點是因內徑較細，容易造成堵塞而引發膽管發炎，故後續才進一步發展內徑較大的金屬支架。

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)，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。但不同於胰臟

癌主流還是使用包膜支架，膽管癌可能會長在膽管的不同部位，甚至侵犯到分枝，故對於支架外面是否包膜，或是該放置內徑多大的支架需因不同病患狀況而異，因而支架維持暢通時間也有所不同。但金屬支架內徑相較塑膠支架為大，可增加膽汁流動得順暢度，以避免阻塞。若金屬支架塞住後，也可以評估再次放置金屬，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，這些救援的術式在塑膠支架都困難施行。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，現在已漸漸成為膽管引流的主流方法

少數腫瘤或轉移淋巴節也會侵犯十二指腸，造成腸道阻塞，病患因而無法進食，甚至發生嘔吐或是吸入性肺炎。甚至腸道阻塞後，膽汁也無處可去，支架引流療效也就大打折扣了。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引了對困難病患。

膽管癌所引起的膽管阻塞，有時不會只造成總膽管阻塞，總膽管以上的肝內膽管分支的侵犯，其實會讓膽道引流非常困難，若光只靠內視鏡有時很難獲得足夠的引流效果。所以更需要在開始治療前整合介入性放射科、外科與內科內視鏡治療，共同為癌症病患提供完整的膽管治療計畫。