

肝內及肝門部膽管癌的外科治療

葉大森 林口長庚醫院一般外科系 教授

蔡駿逸 林口長庚醫院一般外科系助理教授

以胚胎學的角度，肝臟上皮細胞可分為肝細胞與膽管細胞，前者可異變為肝細胞癌，後者可能異變為肝內膽管癌。這兩者是最常見的肝臟內惡性腫瘤，盛行率大約是十比一。膽管癌致癌的原因多元，包括潰瘍性大腸炎、先天性膽道囊腫、先天性膽胰管交界處異常、肝內結石、寄生蟲、原發性硬化性膽管炎等等。綜觀以上成因，多與反覆的慢性膽管發炎相關。國內的病患以肝內結石之慢性膽管炎居多，在東南亞如泰國等地以寄生蟲感染為主要致病因，歐美國家則是原發性硬化性膽管炎為禍首。

膽管癌的症狀包括上腹部疼痛、倦怠、食慾不振、體重下降、及黃疸等。除了黃疸之外的症狀均不具特異性，因此難以從這些症狀早期診斷。黃疸導因於膽管阻塞，依照解剖位置可以將膽管區分為肝內膽管、肝門部膽管以及肝外膽管，在任何一段的膽管因腫瘤造成阻塞皆會有黃疸之表現。根據統計，半數以上病患是因黃疸才發現腫瘤，但是其中僅有四成病患於診斷後有機會接受根治性切除，其他的患者可能因為腫瘤浸潤或是遠端轉移只能接受非手術之緩解治療，相對地預後較差。

診斷上除了利用腹部超音波、電腦斷層、或是核磁共振膽胰攝影來確認腫瘤的縱向位置外（肝內膽管癌、肝門部膽管癌、及肝外膽管癌），還需要確切辨認橫向關係，包括是否侵犯肝動脈與門靜脈、區域淋巴腺轉移，以及遠端器官轉移，以利外科醫師評估根治性切除之可行性。針對已經有阻塞性黃疸的患者，尚須安排減壓處置，讓黃疸下降至正常範圍。可以由放射科醫師執行經皮穿肝放置體外引流管（外引流）或是由內科醫師以內視鏡方式進行逆行性膽胰引流（內引流）。這個膽管減壓的處置同時可以提供更清楚的膽管攝影，更精確地判斷腫瘤侵犯範圍。

包含腫瘤的根治性肝臟切除是膽管癌治療的首選，但是手術能否執行取決於功能與構造兩個面向，也就是殘餘的肝臟必須功能正常且體積足夠。阻塞性黃疸伴隨著肝內膽汁鬱積，會影響肝臟功能，肝臟切除手術必須待黃疸數值將至正常始得進行。再者，受過膽汁鬱積引響的肝臟，文獻建議在腫瘤導向的肝臟切除時至少需保留全肝大小的40%。以上兩者缺一將會導致很高的術後肝衰竭機率，甚至死亡。近年來由於醫學影像及技術的進步，高度選擇性的經皮膽管引流可以有效降低黃疸至正常值。對於欲保留肝側體積不足的患者，可以施行經皮腫瘤側的門靜脈栓塞，迫使保留側肝的供應血流增加來誘發肝臟增大，避免術後的肝衰竭，同時增加手術的適應症與切除安全邊界。

成功的手術除了奠基於妥善的術前評估及準備，還需要經驗豐富的肝膽外科醫師來執刀，進行有計畫性且精確的血管分離、淋巴腺廓清、肝切面離斷，在肝門部膽管

癌尚需進行膽管小腸之吻合重建。嚴重浸潤行的腫瘤甚至需要肝動脈或門靜脈的切除與重建。術後的輸液與營養供給、感染控制、吻合處或切面的滲漏處理，肝衰竭併發症的處置，都有專業的藥師、營養師、外科重症專責醫師組成團隊協同照顧，以期患者能預期恢復進行後續治療。

截至目前為止，肝內或肝門部膽管癌接受根治性手術治療的預後仍不慎理想，即便十年來手術週期的各項措施已有長足進步。針對術後的病理化驗及淋巴腺轉移程度，在專家組成的膽管癌團隊進行各個病例之討論，安排最適當之輔助性化學治療與局部放射治療，針對條件符合之患者，導入免疫療法或是放射質子療法，以延長術後病患之無腫瘤生存期及存活率。即便如此，欲提高肝內膽管癌的存活率，仍有賴早期診斷、早期治療，並於診斷後尋求有豐富經驗之專家意見。