

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 劉乃仁醫師

對醫師來說，胰臟癌在診斷與治療上，都是相當困難的。因胰臟因深藏於後腹腔，胰臟癌的症狀也不明顯，實在不易早期診斷。很多病患有症狀，來院求診時，已是相當末期癌症，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所提供的姑息症狀治療，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。但其可以最小的侵入性，不開刀的方式，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 或 7Fr 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，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。
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)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。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不銹鋼或記憶金屬絲織成網狀金屬管，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)，成爲 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，上皮與肉芽組織將會長入網狀縫隙，支架便無法取出了。如要取出，只有開刀一途。所以支架並不適用於良性狹窄，而主要用於姑息治療惡性腫瘤所引起的膽管阻塞。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治療病患，可得較長期的膽道暢通。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。目前雖然健保並不給付膽道金屬支架(約新台幣六萬元)，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。

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。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。腸道金屬支架是使用不銹鋼絲織成網狀金屬管，因其彈性極佳，可被拉長壓縮，以外套管包住，形成 32mm 的管狀導管。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)，成爲 20mm 以上管徑的支架，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。腸道金屬支架各國經驗不多，能維持多久的暢通，較難預測。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。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。目前雖然健保並不給付腸道金屬支架(約新台幣七萬元)