

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 劉乃仁醫師

膽管癌最常見的症狀就是腫瘤組織阻塞膽管，造成黃疸。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，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。

膽道引流是膽管癌內視鏡治療最重要目的，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 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。

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，如對於膽管癌做姑息治療。

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，記憶金屬立刻回復原形(self-expandable)，成為 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。

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，有時會讓膽道引流非常困難，不可能讓每一條阻塞的膽管有效引流。少數腫瘤或轉移淋巴節也會侵犯十二指腸，造成腸道阻塞，引流了膽汁也無處可去，療效也就大打折扣了。對困難病患，就需要整合介入性放射科、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。