

## 肝內及肝門膽管癌的外科治療

葉大森 林口長庚醫院一般外科副教授

由胚胎學而言，肝臟上皮細胞分為肝細胞和膽管細胞，前者可變性成肝細胞癌，後者則可變成肝內膽管癌，以盛行率來看，膽管癌約為肝癌的十分之一。

分析致癌的原因，肝癌幾乎皆是 B 型或 C 型慢性肝炎患者經歷肝硬化的階段而形成。膽管癌的原因則較為複雜多變，潰瘍性大腸炎、膽道囊腫及膽管胰管接合處先天異常都是可能的原因，以國內患者來說，肝內結石重複感染則是最重要機轉。在香港和泰國等東南亞國家寄生蟲是重要的禍首。西方國家則以原發性膽管硬化症為主要致病機轉。鑑別診斷包括肝癌、肝內結石、肝轉移癌，和其他傳染性疾病如腹腔結核菌感染。

依照解剖位置，膽管癌可分為肝外膽管癌及肝內膽管癌，後者可再細分為肝門膽管癌及肝內周邊膽管癌。膽管癌的症狀主要有黃疸、上腹部疼痛、全身倦怠、間歇性膽道感染、食慾不振、體重減輕、貧血等，然而常因症狀隱晦不明，等到獲得診斷已藥石罔效。

在診斷上，血清腫瘤標誌 CEA 對不到一半的病人有陽性反應；影像檢查包括超音波、電腦斷層、膽道攝影、血管攝影、核磁共振攝影等。若是病人就診時已有黃疸，甚至合併膽道細菌感染，則須先行以內視鏡途徑或經皮穿肝的方法針對阻塞性黃疸予以減壓及抗生素治療。這部分侵入性的治療措施有賴專業的膽道內科及放射科醫師的團隊合作。

完美的膽道攝影及減壓在整個醫療過程佔有非常重要的角色，不僅可緩和十萬火急的病情，甚至決定將來手術的可行性及切除範圍，相反的，膽道攝影或黃疸減壓過程若發生併發症，諸如內出血、胰臟炎，甚至加重膽道感染的程度，則可能延誤病情，斷送病人原有根治性外科切除機會。

由於肝內及肝門膽管癌的治疗常需牽涉超大範圍的肝臟切除，因此外科醫師最大的考量是病人術後剩餘的肝臟是否足以提供生存所需。在正常的情况下，剩餘三十%的肝臟病人是無法倖存的，也因此近年來發展出經皮穿肝門靜脈栓塞法，使得肝臟能在術前因血液營養分流至健側而快速增生，避免術後肝衰竭的風險，擴大手術的適應症及提高安全性。

手術前完整的感染控制、營養補給、精準的膽道支架配置及黃疸減壓，肝切除範

圍的妥善評估，及術前健側的肝再生措施，事實上已決定手術成功與否的八十%，手術本身只是按照術前所擬定的作戰計畫來執行，當然一些高難度的步驟諸如門靜脈的截斷再吻合，肝臟尾葉的切除，及肝臟深處膽道重建則須經驗豐富的肝臟外科醫師來操刀。截至目前為止，肝內膽管癌患者接受根治性外科切除的五年存活率約為三十%，成績並不理想，欲提高肝內膽管癌的存活率還是只有早期診斷、早期治療。