

膽囊癌

林口長庚醫院 一般外科教授 詹益銀

前言

膽囊的惡性腫瘤以腺癌約占 90% 最常見，其他少數可能為表皮樣癌，腺樣表皮細胞癌，癌樣肉瘤，淋巴瘤，肉瘤，或類癌...等。在美國膽囊癌是消化道最常見癌症中占第 5 位，僅次於直腸、大腸、胰及胃癌，年發生率每十萬人口有 2.5 人，每年約 6500 人死於膽囊癌。膽囊癌為老年人的疾病，以 55-70 歲間最多，女性比男性多約 1.5:1。其比率與膽結石較常發生於女性相似。膽囊癌的危險因子以膽結石最常見。90% 的膽囊癌病人有膽結石或慢性膽囊炎。文獻報告可能有關因素包括總膽管囊腫、總膽管胰管合流異常、傷寒帶原者、膽囊腺性息肉、瓷性膽囊、癌原及動情激素...等。

膽囊癌的臨床症狀

早期膽囊癌局限於黏膜層或肌肉層時很少有症狀發生，術前診斷困難，病人如合併膽結石而有上腹部疼痛、消化不良或黃疸而求診，因而接受膽囊切除後才發現腫瘤，這類病人約占膽囊癌之 10% 左右，這類病人有較高的治療率。晚期的膽囊癌侵犯至膽囊漿膜外圍，膽囊肝床，局部淋巴腺，甚至肝臟、總膽管、十二指腸、胃、胰臟，或結腸等。這時候病人常伴隨的症狀包括噁心、嘔吐、疲倦、體重減輕、腹痛、腫塊、黃疸甚至於消化道阻塞、腹水...等。

膽囊癌的診斷

實驗室檢查，膽囊癌病人 1/3 左右有黃疸出現，在無黃疸病人約 2/3 左右其鹼性磷酸酶會升高，這部分可能是癌細胞侵犯至肝床，一側肝管或造成膽管炎或肝轉移之故，鹼性磷酸酶的升高可以使我門研究病人因腹部症狀而導引至膽道疾病檢查的重要指標。腹部超音波是近 20 年來肝膽疾病重要的診斷工具，膽囊癌也因超音波的檢查而使術前診斷率大大提高。膽囊癌病人超音波檢查除了膽囊內結石外可發現膽囊壁不規則肥厚，膽囊腔內贅肉性腫塊，且是否直接侵蝕至肝組織或膽囊壁，甚至可觀察是否膽管擴張，附近淋巴腺腫大...等現象。

腹部電腦斷層攝影與腹部超音波檢查對於膽囊癌的診斷有大約相同的價值，術前正確診斷率約 70-75%。

膽管攝影包括內鏡逆行性膽管攝影或經皮經肝膽管攝影，對於膽囊癌合併黃疸病人之鑑別診斷有很大的助益。

血管攝影對於膽囊癌也有很高的診斷率，可區別腫瘤或發炎，以及顯現癌擴張的程度。

內視鏡超音波檢查術也是最近幾年發展出來的診斷工具，對於膽囊癌的術前診斷幫忙很大，可以清楚膽囊浸蝕膽囊壁的詳細情形而加以腫瘤分期。

在超音波或電腦斷層攝影導引下使用細針抽吸細胞檢查是膽囊癌術前組織診斷的利器，尤其較嚴重癌症病人可能無法切除時，可使用此項檢查證實膽囊癌而採用辜息性治療，減少不必要的剖腹手術。

膽囊癌之手術治療

辜息性治療：包括手術性及非手術性，如病人已至第四期無法接受切除手術治療且組織診斷以經由超音波或電腦斷層導引下細胞抽吸或腹腔鏡下切片得到證實。病人減黃治療可經由內視鏡逆行性膽管引流或經皮經肝引流，甚至給予留置塑膠或金屬製的支架，而剖腹手術的目的包括①組織切片證實診斷②膽囊切除預防急性膽囊炎③解除疼痛④治療或預防胃出口阻塞。

外科切除手術：第一期膽囊癌病人，單純性膽囊切除術就可達到根除性目的，也可以得到長久活存的成績。根除性膽囊切除術包括膽囊切除及肝床部分肝切除，淋巴腺清除術。膽囊癌第二、三期病人接受根除性膽囊切除術。對於長期活存成績有所助益。如膽囊癌（4A期）浸蝕至肝臟、十二指腸及胰臟...等器官，最近有日本醫師報告使用肝胰十二指腸切除術來治療，甚至包括結腸或右腎切除。因手術死亡率及併發症較高而且長期活存尚迨評估，目前尚未定論。

化學療法及放射線療法

化學療法對於膽囊癌的治療功效相當有限，以 mitomycin 及 5-fluorouracil (5-Fu) 最常使用，有效比例僅 10-20% 之間。放射治療包括體外放射及手術中放射治療對於無法切除病例或膽囊癌切除後之輔助治療，國內外醫學中心均有嘗試，對於膽囊癌之活存稍有延長。

預後

膽囊癌的整個外科治療成績相當令人失望，因大部分病人手術時已相當嚴重，術後 5 年存活率僅 5% 左右，膽囊癌的活存率與膽囊腫瘤分期及手術的方法有密切的關係。第一期膽囊癌因膽結石手術無意中發現，雖僅接受單純性膽囊切除術，5 年存活率也高達 85%，而第二、三、四期膽囊癌的 5 年活存率分別約為 25%、10% 及 2% 左右。如病人有下列膽囊癌之危險因子：有症狀之膽結石，膽囊息肉超過 1 公分，慢性膽囊炎含瓷性膽囊及膽管合併胰管合流異常者，應該早點接受膽囊切除，以絕後患。