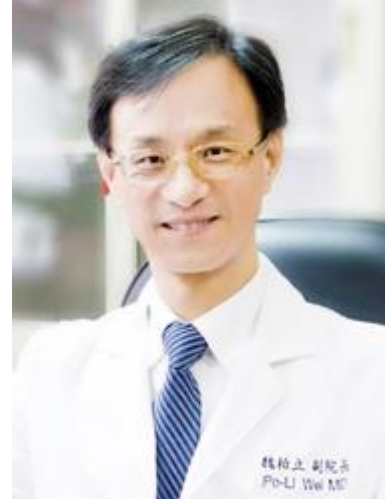


臺北癌症中心大腸直腸癌團隊召集人魏柏立醫師，談持續精進的腸癌手術發展

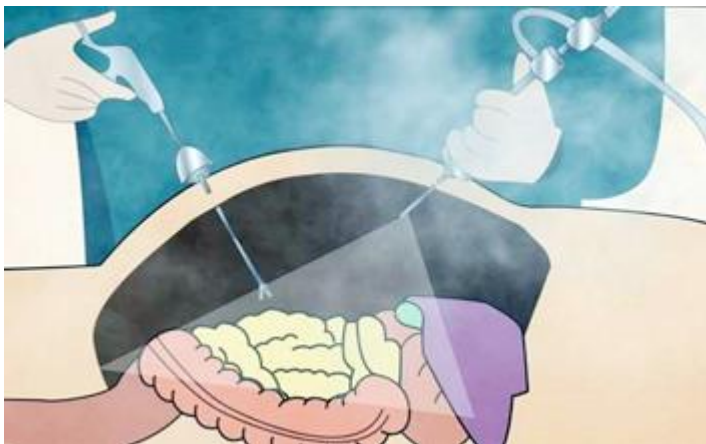
國際上大腸直腸癌罹患率逐年上升，以美國為例，不論男性或女性，大腸直腸癌皆是第 3 常見的癌症；若以致死率而言，大腸直腸癌則為排名第 2 的癌症。而隨著國人生活、經濟水平的提升，生活型態日漸西化，民眾的飲食習慣偏向高脂肪、低纖維的食物，且紅肉攝取量增加，使得原來盛行於歐美的大腸直腸癌，也在臺灣地區盛行起來。

依據國家健康署資料顯示，2007 年臺灣每年新增的大腸直腸癌病患首度超過了 1 萬例，一躍而成臺灣最常見的癌症；截至 2020 年的國健署資料統計，大腸直腸癌已連續 15 年蟬聯臺灣癌症排名的榜首。國健署為了提升國人大腸直腸癌早期診斷早期治療的目的，近年努力推動腸癌篩檢，目前每年在所有新診斷的大腸直腸癌病人中，第 4 期（已有遠處器官移轉）大腸直腸癌病人的比率已經低於 20%，這也表示大部分的大腸直腸癌病人都有機會接受根治性的手術治療。【右圖：臺北醫學大學附設醫院副院長暨臺北癌症中心大腸直腸癌團隊召集人魏柏立醫師】



腸癌最主要的治療方式是手術切除腸道內腫瘤，切除罹病的腸道後再將兩端腸子重新接回。在過去的年代，20~30 公分長的傷口在病人身上是司空見慣的情形，但自從有了腹腔鏡的技術後，已經大幅改變。目前有各種協助腹腔鏡手術的先進器械，讓手術進行更順利。譬如：腹腔鏡手術專用的腸道切割器，它可以同時切割及縫合腸道；新的能量器械，可以有效封住淋巴及血管，避免癌細胞擴散及出血；3D 的影像系統甚至機械手臂等，都讓腹腔鏡手術更順利進行。

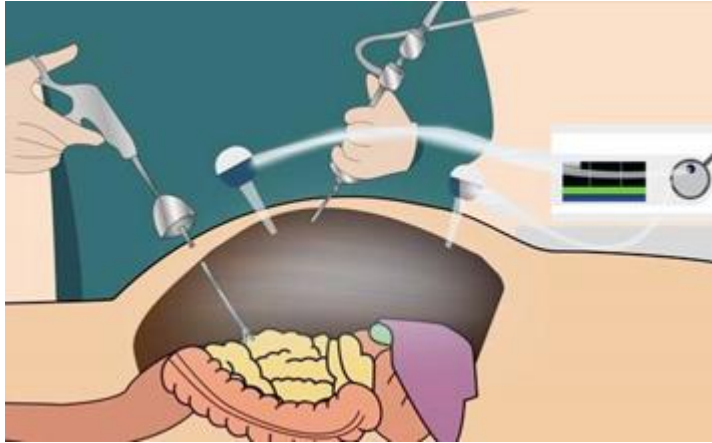
國內外已有許多支持腹腔鏡的研究發表，權威性《新英格蘭醫學雜誌》（New England Journal of Medicine）研究亦證實，它是一種安全的手術方式，甚至在部分報告認為腹腔鏡的癌症治療結果優於傳統手術。所以各國的大腸直腸癌治療指引也將腹腔鏡手術列入治療選項。



腹腔鏡手術的執行方式，是先在患者的肚皮上打 2~5 個小洞，然後用特殊的機器將二氧化碳灌入將腹腔撐開，形成人工氣腹，接著醫師藉由腹腔鏡特製的攝影機伸入腹腔，將腹腔內的器官組織放大，再將影像傳輸到電視螢幕上，讓醫師清楚的看到腹腔內情形，接著以腹腔鏡特製手術儀器進行靈巧精細的切割、縫合與止血動作。在以往，為了將二氧化碳灌入腹腔使用的傳統充氣

機，無法提供穩定的腹內壓；而過低的腹內壓讓腹腔鏡手術不易進行，較高的腹內壓則可能造成手術中病人的心肺負擔，提高手術的風險。【左圖：手術中切割組織會產生煙霧及有害物質】

近年來，日新月異的科技，發展出另一項先進的器械：智能灌氣系統（Intelligent Flow System）則大幅改善了這個缺點。它可提供穩定的氣腹（腹腔積氣），讓手術在較低的腹內壓下進行。研究指出，運用傳統充氣機進行手術時，有 1/4 的時間，腹內壓會超出機器設定的壓力值；而運用此系統則大幅下降到 1%。也因有了穩定的手術環境，讓手術時間縮短，病人術後因氣腹而產生的不適感也大幅改善。此外，智能灌氣系統還可以持續將手術中切割組織所產生的煙霧及有害物質抽出體外，並回收至獨立的密閉過濾系統加以淨化，以減少相關有害物質對病人和醫療團隊的傷害，對於病人安全及術後康復都有顯著的提升。【右圖：智能灌氣系統除提供穩定氣腹，尚有排煙及抽回有害物質過濾的功能】



大腸直腸癌手術最可怕的術後併發症之一是吻合口滲漏（Anastomotic leakage），是指切除罹病的腸道後再將兩端腸子重新接起來的接合位置，因癒合不良導致消化道物滲漏至腹腔。雖然吻合口滲漏完整的機制仍不明確，但血液供應不良（Poor blood supply）被公認是主要危險因素，因此，判定腸吻合處血流供應狀況是否良好極為重要。

以往，外科醫生於手術中評估腸道血流供應情形，是依賴醫師本身的主觀判斷，經視覺檢視腸道顏色、腸道切除邊緣的流血情形、腸道血管的脈動狀況及腸道溫度等方法評估，但這些評估方式有著太多的不確定性，有時不僅增加手術中不必要的出血，甚至導致腸子切除過多或不足。因此近年又有一項令人關注的技術，靛氰綠（Indocyanine green, ICG）螢光顯影系統。

患者經注射靛氰綠（ICG）後，在欲保留的腸道處，經由近紅外線（NIR）光的激發下，若該處血流狀況良好，則會發出綠色螢光，有助於醫師肉眼評估。這樣的技術過去常被運用於整形外科進行重建手術時評估皮瓣的血流情形，近幾年來則開始運用在大腸直腸癌手術中評估腸吻合處的血流狀況。已經有許多研究發現透過這樣的科技，能讓外科醫師更有信心的判斷適當的腸道接合處，從而有效減少吻合口滲漏的比率，進一步提升手術安全和品質。

大腸直腸癌手術治療的成功，除了仰賴外科醫師的技術與先進科技外，手術照顧的觀念改變也是一項重要課題。目前推動的術後加速康復（Enhanced Recovery After Surgery, ERAS）的觀念，大量運用經實證醫學驗證過的治療及照護方式，全方位提昇手術麻醉安全及病人術後恢復品質。病人手術前 2 小時仍可以喝一些液態或軟質食物，不需忍受 8 小時的術前空腹；術後當天即可進行流質飲食，可使整體腸癌手術後的腸道功能提早恢復正常。即使是高齡 80 歲以上的長者也能恢復快速並減少住院天數，讓照顧者可以提早回到工作場域。整體而言，腸癌的手術治療仍然在持續精進，成效也不斷的改善。

依據統計顯示，50 歲以上的民眾罹患大腸直腸癌機率佔 90%，因此建議 50 歲以後應該定期作大腸直腸癌篩檢，儘管大腸直腸癌的治療日新月異，但預防遠勝於治療，若篩檢出現異常，早期診斷、早期治療能有效增加治癒率。微創手術相較於傳統手術，傷口小且出血量少，能減少術後傷口疼痛，恢復期短，併發症發生率較低，如果不幸罹病，切勿道聽塗說，聽信坊間偏方，應及早尋求專業醫師評估，選擇自己適合的治療方式。

（文/魏柏立，臺北癌症中心大腸直腸癌團隊召集人暨北醫附醫外科部外科主治醫師）