

大腸癌之內視鏡處置

文/肝膽腸胃科 張明輝 主治醫師

根據衛福部國民健康署資料，目前大腸癌為國人發生數最多的癌症，平均每年有1萬多人罹患大腸癌，並且每年超過5千人因大腸癌而死亡。現在國民健康署推行，針對50歲至74歲的民眾進行大腸癌篩檢的計畫即糞便潛血反應檢查。若篩檢為陽性患者，進一步再接受大腸鏡檢，有助於提早發現早期癌，或癌前病灶，進而可以單用大腸內視鏡治療即可。

傳統內視鏡針對大腸瘻肉及癌前病灶的處理方式有以下三種：

- 一般瘻肉切除術 (polypectomy)。
- 內視鏡黏膜切除術 (endoscopic mucosal resection, EMR)。
- 內視鏡黏膜下剝離術 (endoscopic submucosal dissection, ESD)。

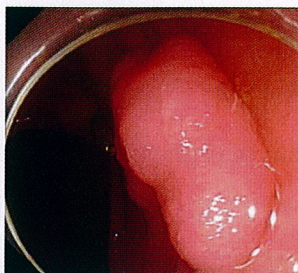
瘻肉切除 (polypectomy)與內視鏡黏膜切除 (EMR) 方法類似：是利用注射針將生理食鹽水打入腸道的黏膜下層，將病灶處隆起，之後再將病灶處套上電圈(SNARE)並通電，予以切除。但腫瘤可切除的大小受限於電圈的大小 (約2公分)。若EMR無法切除的病灶 (如：大於2公分的癌前病灶、或早期癌、黏膜下腫瘤)，以往必需接受外科手術，而目前可以在謹慎的評估挑選下 (無淋巴結侵犯、腫瘤特性及困難度)以內視鏡黏膜下剝離術 (ESD) 將腫瘤切除術。



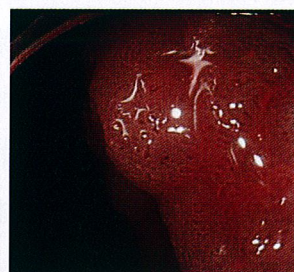
內視鏡黏膜下剝離術（ESD）的優點是可以一次切除比較大的病灶，但缺點是併發症也比較多，如：出血、穿孔，及所需時間比較久。

內視鏡黏膜下剝離術（ESD）過程為：

1.以電刀標記腫瘤範圍。



三分大腸腫瘤

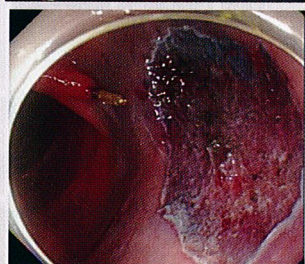


NBI加放大觀察

2.利用注射針，於黏膜下層注射液體，達到病灶處隆起後，利用電刀（本院使用Olympus IT-2 Knife, Dual Knife）進行腫瘤外圍環切。



局部注射隆起



ESD切除後傷口

3.之後再利用電刀進行黏膜下層剝離。

4.完整切除病灶後，利用止血鉗進行止血及傷口內視鏡縫合(endoclipping)。

結論

在大腸癌的發生率持續升高的現代社會，雖然大部分大腸癌治療仍需接受外科手術治療，但在慎選患者下進行內視鏡黏膜下剝離術（ESD），可提供早期消化道癌之完整切除。與傳統手術比較，不僅恢復快、且沒有剖腹型手術後的大傷口照護問題。而且可以保留器官完整性，減少手術後沾黏的情形，不影響原先的生理功能，對病患而言，也有助於提升生活品質。