

# 保肛手術的最後一哩路

文/大腸直腸外科 許倍豪 主治醫師

## 大腸與直腸

人類的消化系統由口腔、食道、胃、十二指腸、小腸到大腸，最後是直腸跟肛管。大腸直腸為消化道的最末端，一般提到的結腸就是指大腸，大腸主要的功能為吸收小腸剩餘的水分，以及利用食物消化後的殘渣形成大便。而直腸主要的功能就是儲存大便，等大便蓄積到了一定的程度，經由神經傳導及反射提醒大腦該要去解便了。

## 第一名的癌症

今年衛福部國健署公布的資料，國內的十大死因第一名仍是惡性腫瘤。其中，大腸直腸癌已連續12年蟬聯國內惡性腫瘤發生率第一名，每年有一萬六千名新診斷的大腸直腸癌患者，每年有接近六千人死於大腸直腸癌，位居惡性腫瘤死亡率第三名。

## 癌症治療

根治性手術切除仍是治癒大腸直腸癌最好的辦法，手術的基本要求包括足夠的切除範圍及適當的淋巴廓清。直腸位置在距離肛門口8-12公分的距離，結構與位置上與大腸癌不同，手術治療上，兩者的考量也有相當的差異。



許倍豪 醫師

### 學經歷 |

- 中山附醫大腸直腸外科主治醫師
- 外科重症加護病房專責醫師
- 外科專科醫師
- 消化系外科專科醫師
- 外科重症專科醫師
- 大腸直腸外科專科醫師

### 專長 |

- 達文西機器人手術
- 大腸直腸癌手術及治療
- 消化外科腹腔鏡手術
- 人工肛門造口
- 內外痔瘡治療
- 便血、脫肛及肛門膿瘍

男性直腸貼近攝護腺及儲精囊、女性則以陰道後壁為鄰，而直腸構造與大腸相比少了一層漿膜層，所以手術切除的環形切除範圍(CRM)要求更加嚴格。因外，大部分的直腸位於骨盆腔內，血管供應與神經傳導與大腸不同，淋巴廓清的範圍與想法也迥異。

早期為了足夠的切除範圍，侵襲性的低位直腸癌（離肛門口近的腫瘤）需要考慮合併肛管(肛門)切除。肛門切除後，為了解決大便排出問題，就需要永久性的人工肛門。

目前針對低位直腸癌的診斷，需要常規的大腸鏡確認腫瘤位置及進行病理切片，另外需要腹部電腦斷層掃描查看有無肝臟轉移。而侵襲性的直腸癌，再行骨盆腔磁振造影及經肛門口超音波來確認腫瘤深度、是否侵犯周圍組織，及骨盆腔壁淋巴結是否腫大。詳細檢查之後可有初步的臨床期別。

早期的直腸癌可考慮直接根治性手術治療，早期發現，不易有周圍組織或淋巴結的侵犯，第一期接受手術的治癒率可達九成以上。若二或三期的直腸癌則必須考慮TNT (Total Neoadjuvant Therapy)，在手術進行前，先接受前導性化療加上局部的電療，使腫瘤縮小後再進行根治性手術。這樣的方式可以增加腫瘤的廓清率，減少局部復發率，且有更多的機會保留肛門。

## 手術進展

手術技術的進步加上高解析度內視鏡影像系統的發展、腹腔鏡組織剝離止血工具：超音波刀、組織凝集儀及腹腔內視鏡吻合器的發展，使多數的大腸直腸癌都可用微創手術進行根治性切除。

1982年開始希爾德教授提出，直腸癌需進行全直腸繫膜切除(TME)才算根治性手術。近年來，由於3D腹腔鏡及達文西機器手臂的發展，使得腹腔鏡全直腸繫膜切除(L-TME)變成常規性的手術之一。由於骨盆腔的空間相對狹小，腫瘤越接近肛門口，手術越是困難。為了克服此問題，西班牙的Antonio M Lacy教授在2009發表了經肛門口全直腸繫膜切除(TaTME)方式，手術技巧融合腹腔鏡手術、自然孔徑手術及單孔手術的技巧，使低位的直腸癌有更理想的手術方式。經肛門口全直腸繫膜切除可於手術中再次確認腫瘤位置、確認足夠的安全距離，且能進行較完美的端對端吻合（腸道接合），可說是保肛手術的最後一塊拼圖。

## 結論

直腸癌手術相對困難，鑑於醫療技術的進步，大部分病友仍可以接受保肛手術，避免永久性的人工肛門。當然，每位個案的病情狀況都不相同，請與您的直腸外科專科醫師討論。