

# 肝癌的外科手術治療

文/消化外科 李祥麟 醫師

每年，衛生署統計國人死於惡性腫瘤的數目，「肝癌」總是名列前茅。如何預防肝癌的發生及治療肝癌成為目前相當重要的課題，因為肝癌常不知不覺中侵襲正值中、壯年期的男性，而這群人卻是家庭支柱、社會之生產主力，肝癌使這些人的人生蒙上陰影，摧毀完整的家庭，影響社會之生產功能，對於肝癌之威脅我們不可不慎。

早期肝癌並無症狀發生，得依靠血中胎兒蛋白（但約三成肝癌，是在正常範圍內）及影像檢查（如超音波、電腦斷層）才能查覺。在台灣於成人肝臟若有發現實體腫瘤者，都不可掉以輕心，畢竟肝癌實在太可怕了。對一般民眾而言，個人若帶有肝癌發生的危險因子（如B型肝炎帶原者、C型肝炎感染、肝硬化、長期酗酒、有肝癌家族史等），每半年主動去醫院追蹤血清甲級胎兒蛋白質值及接受超音波檢查，以了解是否有腫瘤發生的跡象，實有其必要。

至於肝癌治療，目前常見除傳統開刀外，還有局部電燒灼手術、血管栓塞及酒精注射，少見的方式有冷凍療法、光刀子（局部放射線治療）等，以及國外普遍行之的肝

臟移植。一般認為根治性手術治療（包括部分肝切除、肝臟移植及局部電燒灼手術）可對部份病患提供治癒的機會。

以肝癌而言，術前除常規檢查外，得加作ICG檢查來測知肝血流量，以評估肝臟實際之功能，來排除肝功能不佳者接受手術，因這些病患術後肝衰竭（因剩餘的肝臟功能不全）的機會較高，會有致命之危險。有了術前充足的檢查和評估，術中的正確判斷及充足之切肝經驗，才能確保手術之成功，對於肝癌手術，除了切除腫瘤外，還得留下足夠的肝臟來執行它的功能。另外術中減少出血量，才能避免術後的併發症。

手術切除的技術方法，近年來有一些共識點普遍被外科醫師採納：(1)切除腫瘤必須帶有足夠的外科邊緣（安全邊緣大於1公分）；(2)在安全範圍內儘量採取合乎解剖學的切除；(3)儘量避免手術期輸血；(4)為了減少腫瘤手術中因扳動引起的血行散播，扳動肝臟前，盡可能結紮預定切除區域的門脈分枝；(5)儘量避免手術中因操作引起腫瘤破裂。近年由於醫療儀器的發展，如

# 常見疑難

問：肝癌手術後復發率如何降低？

手術中超音波、超音波碎肝器(CUSA)的使用，普遍提升了手術的切除率及降低其死亡率。目前手術期死亡率報告介於1.2%—5.0%，最主要的死亡原因是手術後發生肝功能衰竭。

肝癌手術後並非就一勞永逸，仍然有復發之可能性，其預後因素包括術前單顆腫瘤、小腫瘤（小於五公分）、有包膜、無血管侵犯、無明顯肝硬化者，這些患者其術後預後較佳。在術後追蹤方面，若有肝癌再生，除了再一次手術外，另外也可以考慮栓塞或局部電燒灼手術、直接酒精、醋酸注射，以延長壽命。總之肝癌之治療是多樣化的組合，得視病人情況而選擇較佳之治療方式，所以同是肝癌病患，但其治療方式卻可以是不同的。

肝癌外科手術治療後仍有相當高的肝內復發率。肝臟外科醫師在成功的降低了肝臟切除及肝臟移植治療肝癌的手術危險性後，進而希望研究如何進一步改進手術後的長時間成績(包括降低手術後腫瘤復發率及增進病患存活率)。此目標目前分三方面來進行：【1】加強手術前影像學檢查的正確

性：為了能在術前正確診斷出病患所有腫瘤，避免有潛伏性的肝內及肝外轉移腫瘤未被察覺，一些新的影像方法，包括電腦斷層間接性門脈攝影(CTAP)或磁振造影等檢查，已被選擇性用來決定術前腫瘤的數目及位置。【2】改進手術的技巧：包括做合乎解剖學的切除，腫瘤切除邊緣儘量大於1公分，減少術中肝臟扳動，以減少腫瘤細胞隨血行肝內肝外散播的可能，減少出血量以避免術中及術後的輸血需要，以及儘量在手術中避免人為造成的腫瘤破裂。【3】積極治療復發性肝癌：肝癌手術切除後復發的病患若給予適當治療，可延長病患的存活機會。這些治療一般包括肝動脈栓塞、酒精注射及局部電燒灼手術治療。近來文獻報告指出在一些肝內復發病患中施予再切除手術甚至肝臟移植，可以有效延長病患存活時間，甚至提供治癒的機會。

最後重申，早期肝癌治療，其術後預後最佳，五年存活率可高達90%，所以高危險群患者，宜定期至醫院接受正規的檢查，才能在肝癌早期予以根治性手術治療，避免延誤病情而導致個人遺憾或家庭悲劇。