

早期食道癌的診斷及內視鏡治療

◎林口長庚胃腸肝膽科系主治醫師 朱允義



學歷
專長

長庚醫學院學士後醫學系
胃腸肝膽疾病、食道動力學
研究、內視鏡黏膜下剝離術、
診斷及治療性內視鏡超音波、
口內視鏡肌肉切開術

食道癌是目前台灣男性發生率排名第 6 的惡性腫瘤，過去食道癌很少在早期檢查出來，直到腫瘤大小佔據了管腔的一半左右才會有吞嚥困難的症狀，此時大多數都是中後期，5 年的存活率約 20~25%，是 10 大癌症中最差的。林口長庚每年診治約全台灣 10 分

之 1 食道癌病人（約 260~280 例／年），過去每年屬於早期食道癌能接受手術切除治療的病人僅約 10 位左右，其餘只能先接受放射線加化學藥物治療後再評估是否能手術。

如何早期發現食道癌

台灣的食道癌成因比較特別，許多食道癌患者主要和檳榔、喝酒及抽菸有關，合併這 3 個因素會使食道癌發生風險增高 40 倍。而食道癌常是口腔癌的第 2 個癌症，因此針對口腔癌特別是下咽癌的病人，應安排例行食道內視鏡檢查，由於早期食道癌幾乎沒有任何症狀，而且黏膜病灶的變化都很細微，往往只有些許顏色的改變，很容易被忽略。

近年開始使用擴大內視鏡併窄頻影像，可放大影像 80 至 100 倍，直接觀察食道黏膜內微細血管圈的形態，並判斷食道癌其侵犯的程度，此外運用碘液食道黏膜染色內視鏡術，可清楚分辨病灶界線。在使用這些內視鏡術後，發現約 20% 口腔癌病人合併不同期別食道

癌，也因此篩檢出許多無臨床症狀的早期食道癌，由過去 1 年 10 位病人增至目前約 40 位可以接受早期治療。

● 早期食道癌的治療新方式

傳統上，早期食道癌的治療是接受食道切除併淋巴結摘除手術，但手術有一定的併發症及死亡率。在 1990 年代晚期，日本針對消化道早期癌症發展出內視鏡黏膜下剝離術，使用特殊電子切刀將消化道黏膜表淺病灶，如同削蘋果皮一般削下來，所形成的傷口潰瘍則由正常黏膜細胞生長讓其自然癒合（附圖）。此治療技術於 2006 年引進台灣，早期食道癌患者於術前先經內視鏡超音波、電腦斷層掃描、核醫正子攝影評估，排除轉移可能性後，即可進行內視鏡黏膜下剝離術。

林口長庚已經累積了數百例早期食道癌的內視鏡黏膜下剝離術治療經驗，

根據統計結果，早期食道癌完整內視鏡切除成功率達 96%，切除併發症包括穿孔（< 1%）、出血（< 1%），術中後死亡率為 0%，病人術後最快 24~48 小時可進食流質食物，72~96 小時可出院。對於尚未形成癌的癌前病變，也可採取內視鏡食道射頻消融術或內視鏡黏膜下剝離術予以局部處理。

● 結語

隨著近年來內視鏡技術的進展和化學、光學原理的應用，讓許多食道癌患者能在早期就被發現，並且透過內視鏡黏膜下剝離術來治療，可以保存食道功能的完整，且無體表傷口，進而維持生活品質。針對食道癌高危險群及長期抽菸、喝酒、吃檳榔的人，建議每年應進行內視鏡篩檢，及早診斷及早治療，以免錯失治療的最好時機。⊕



▲附圖：早期食道癌內視鏡黏膜下剝離手術。左至右由上至下，第 1 張為食道黏膜糜爛（食道癌），第 2 至 6 張為內視鏡黏膜下剝離術步驟，第 7 張為切除檢體，第 8 張為追蹤內視鏡傷口完全癒合