

大腸癌引起的腸阻塞～ 該選擇腸造口或大腸支架來減壓？

◎林口長庚大腸直腸肛門外科主治醫師 賴正洲

封面故事



現職 林口長庚大腸直腸外科專科病房主任、林口長庚大腸直腸外科安寧共照負責醫師

專長 大腸支架置放、大腸直腸癌手術、大腸直腸癌化學治療、大腸內視鏡檢查與治療

67 歲的阿寶（病人丈夫對她的暱稱）阿姨，因腹脹數天而至急診求診，發現為乙狀結腸惡性腫瘤併完全腸阻塞，因嚴重腹脹先施行腸造口減壓手術，於幾

週後，接著安排腹腔鏡手術來進行大腸腫瘤切除，腸造口關閉與腹腔轉移腫瘤切除等術式的治療。由於腫瘤併腹腔轉移病情嚴重，後續一兩年間持續進行化療合併標靶藥物使用、甚至也安排腫瘤減積手術與術中溫熱化療，令人遺憾的是雖然接受最積極的治療，仍再次面臨腫瘤復發情形，而且還合併直腸完全腸阻塞和左側結腸處部分阻塞的現象。

和病人丈夫討論腸阻塞的治療選項，有腸造口減壓或嘗試使用兩支大腸支架置放的處理方式。這時，他的丈夫說：「雖然，之前有照顧過腸造口的經驗，但阿寶曾說，如果可以選擇，她希望不要帶著腸造口離開…」最後，順利於 2021 年 5 月底，在開刀房完成兩支大腸支

架的置放來處理腸阻塞。大腸支架的置放，成全了阿姨最後的心願。

大腸支架在 1991 年時由 Dohmoto M. 首次提出，使用於治療阻塞性大腸直腸腫瘤，也在近幾年逐漸被醫師與病人所接受。

在大腸直腸惡性腫瘤病人中，因腫瘤引起大腸完全阻塞和嚴重腹脹症狀的發生率約為 10~20%，發生在結腸左側的機率約有 70~80%，過去的治療方式，會先施行橫結腸造口減壓手術，約 2~4 週後再接受後續結腸腫瘤切除手術（階段性手術）；少部分會因為合併腸穿孔情形而需直接手術切除結腸腫瘤，但因腸阻塞和合併腹膜炎的緊急狀況，結腸切除處易水腫，且合併營養低下和感染等不利因素，而需於術中合併暫時或永久性腸造口（人工肛門）。

如今有大腸支架置放的治療選項後，雖然需自費，但卻提供阻塞性大腸直腸腫瘤病人，可以避免需要腸造口的生理和心理負擔，也為後續的微創手術（腹腔鏡或達文西手術），扮演良好的

橋樑銜接的工作，即 Stenting as bridge to surgery (SBTS) 的觀念。

在 2017 年 Marco Ceres 等人的研究中，將左側惡性結腸癌造成腸梗阻的患者，分成接受大腸支架置放和接受緊急手術的兩組病人，在各項分析比較中，發現長期追蹤的治療預後無明顯差別，但在短期治療的預後，接受大腸支架置放的病人組別，甚至優於接受緊急手術的病人，因此使用大腸支架置放來進行腸道減壓，應被視為醫學中心等級醫院的治療選項之一。

而根據 2018 年 Igor Braga Ribeiro 等人的研究，針對第四期（末期）大腸直腸癌病人合併腸梗阻，接受大腸支架置放和接受緊急手術的兩組病人，在各項分析比較中，兩組的治療後死亡率、平均生存期、術後加護病房的需求和住院時間等早期併發症相似。

大腸支架置放是末期大腸直腸癌病人合併腸梗阻的治療選項之一，其優點是與接受手術（腸造口或腸繞道等手術）的患者相比，接受大腸支架置放，可以縮

大腸癌合併腸梗阻病人，接受內減壓、外減壓和未減壓方式的各項比較與差異

減壓方式	費用	住院天數	階段性手術	腸造口	後續手術	主要傷口	傷口	併發症
細項說明	自費部分	術後	需求	暫時造口時間	微創或傳統	大小(來源)	疼痛	傷口感染率
內減壓(大腸支架)	最高	約 2~3 天	是	無需暫時造口	大部分選擇微創	小, 腹腔鏡	最低	最低
外減壓(腸造口)	次之	約 5~7 天	是	2~4 週	可以選擇微創	中, 腸造口	次之	次之
直接腫瘤切除	最低	約 10~14 天	是	12~24 週	大多是傳統開腹手術	大, 傳統開腹	最高	最高

短住院時間和提升末期病人的生活品質。

林口長庚從 2004 年由胃腸科劉乃仁醫師完成第一例大腸支架置放開始，至今已置放超過 60 個案例。早期大腸支架的置放以安寧緩和醫療為主，患者多是癌末或年紀超過 70 歲（合併多重病史且身體虛弱）的病人。最近 5 年，大腸直腸外科也參與大腸支架的置放，以接受後續根治性手術前的橋樑（銜接）目的（SBTS）為主，安寧緩和醫療為輔，至今也完成超過 50 個案例。

2021 年 12 月開始，針對無法接受手術的大腸癌合併腸阻塞，且腫瘤位置距離肛門口 5 公分以上的病人，健保已給付大腸支架之費用。但是針對根治性手

術前阻塞之病人仍須自費，若個人醫療保險可以支付或經濟狀況許可的情況下，可以考慮使用大腸支架置放來治療大腸直腸惡性腫瘤的合併腸阻塞的緊急狀況。

