

# 腹腔鏡低位直腸癌切除手術 成功保留肛門

■ 圖文 / 陳培桓醫師

| 現職：高雄市立聯合醫院外科主治醫師



大腸直腸癌是台灣從2005年至今，蟬聯發生人數第一的癌症，更名列國人十大癌症死因的第三位，每年發生人數約15,000人，死亡人數超過5,000人。其中約有30~40%發生在直腸，過去這些病人除了擔心癌症治療，也常要面對未來排便功能及肛門去留問題，特別是國人對於身體形象的重視甚於西方國家，肛門去留問題影響治療意願，但隨著微創手術的發展，已為直腸癌治療帶來新契機。

## 直腸癌手術難度高

在直腸癌手術方面，因為人體的解剖構造，直腸位於骨盆腔深處，左、右、後方皆由骨頭包圍，前方又有生殖泌尿器官，尤其男性骨盆腔既窄又深，手術困難度更高；有一說是：「在馬桶裡丟入一瓶可樂和一塊錢，在不取出可樂瓶的前提下

將一塊錢拿出來」，恰可以說明外科醫師執行直腸手術的困境，而微創手術則以器械取代醫師的眼和手，能夠進入更深、更狹小的空間來施行手術，因此以腹腔鏡進行的微創手術已成為直腸癌手術治療的新選擇。

## 中低位直腸癌新式手術門檻高

若用反向思考法，越是直腸的深處，不就是越靠近肛門，所以切除的直腸腫瘤的手術，最直接且距離腫瘤最近的自然人體開口，就是肛門。因此經肛門微創手術(TaMIS, Transanal Minimally Invasive Surgery)被發展出來，但是這術式只適用於低位早期直腸癌或良性息肉切除；如果是真正的直腸癌手術，仍是以全直腸系膜切除手術為黃金準則。但是因中、低位直腸癌的手術仍有其限制與難處，近來結合腹腔鏡和經肛門手術的優勢，成為經肛門全直腸系膜切除手術(TaTME, Transanal Total Mesorectal Excision)，是中、低位直腸癌手術的新方法，如果用兩組人力同時由腹腔及肛門進行直腸癌手術，能處理更低位、更接近肛門口的腫瘤，適用的直

腸癌病患更多，不僅手術時間縮短，併發症更少。

可是現實上，非醫學中心級醫院有人力與經費的限制，治療肛門局部病灶而發展出的專屬醫療器械，於二十一世紀初才問世，新的術式、新的專屬器械、天價高的醫材，再再令病患卻步。

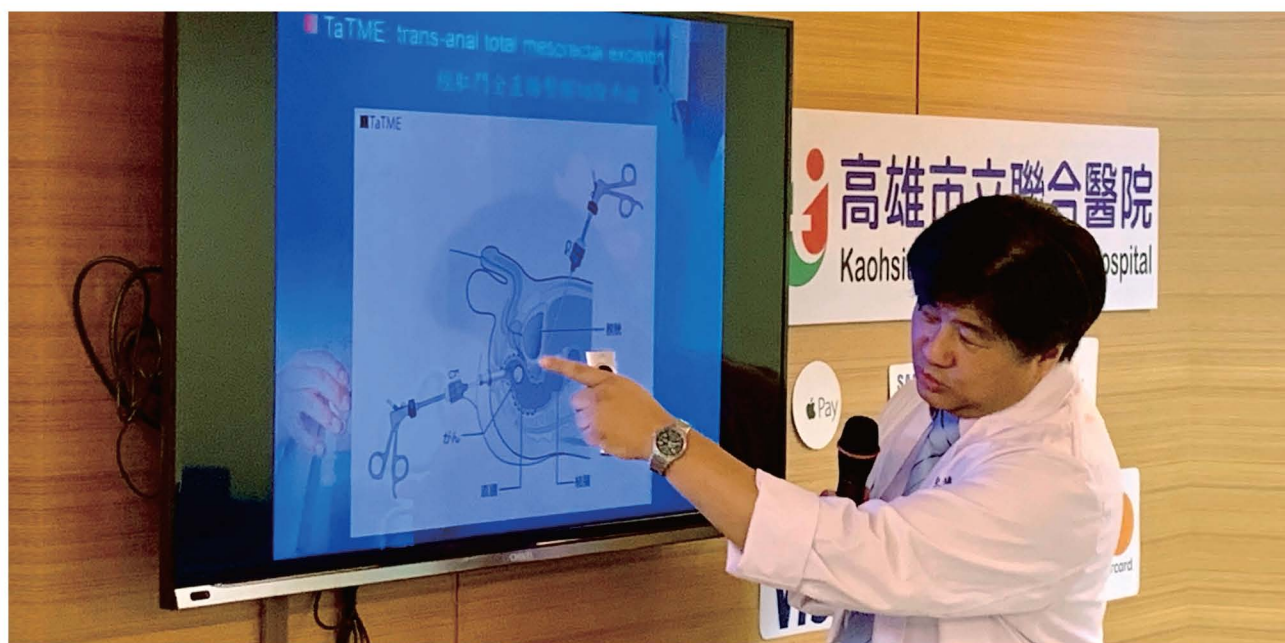
## 低位切除病兆成功保留肛門

「區域醫院的病人也有享受新術式優點的權利」這是我一開始的想法，也才有今天這一個病例。病患顏先生才45歲，持續一星期的血便，令他有了警覺，因而至本院胃腸科求診，在大腸鏡檢查後，確診為距肛門口僅5公分的直腸癌；後來顏先生被轉介到我的門診尋求手術治療，考慮到



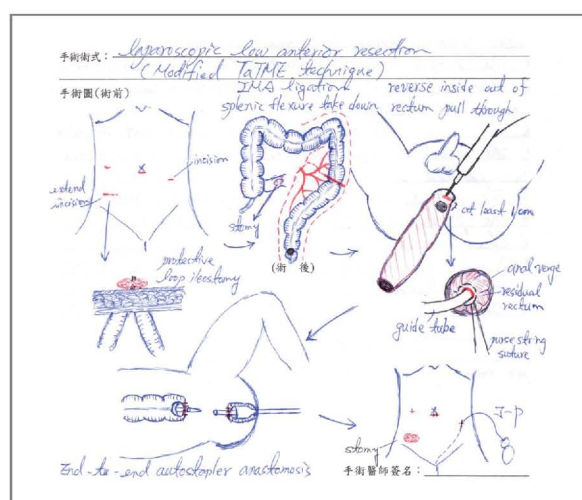
張宏泰院長主持醫療案例記者會





上圖 / 陳培桓醫師說明手術方式  
下圖 / 手術示意圖

顏先生才45歲，手術治療需得盡可能保留肛門，因此擬定的計畫是先進行術前化學、放射治療，以盡量減小腫瘤大小，腫瘤縮小可以提供手術更大安全空間來保留肛門；至於低位直腸癌手術的困難點，勢必利用前述的腹腔鏡經肛門全直腸系膜切除方式，才能達到安全與完整的切除治療，但礙於本院並無經肛門手術的專屬醫療器械，經多方考慮，仍採用腹腔鏡的腹部手術，將直腸併全繫膜剝離，然後將直腸近端先行截斷，再經由肛門伸入器械，夾住遠端直腸斷端內外翻轉拖出，如同脫長袖衣服一樣，直腸經由內轉外的動作，本來在直腸內的腫瘤，也翻轉到肛門外可以直視的情況，如此一來，在腫瘤完整曝露下，醫師甚至可以決定保留的直腸長度，來避免術後併發症，就如同前述經肛門手術的優勢，而且這個方法更有不須專屬醫療器械和開放空間下手術的優點。顏先生於今年4月接受手術治療，過程包括術前準備、手術至出院，共計住院9天，至今恢復良好，無出現併發症。



## 定期篩檢腸保健康

值得注意的是，大腸癌早期並無症狀，但可以藉由定期接受篩檢而早期發現早期治療，為治癒率很高的癌症。根據統計，早期的大腸癌如果妥善治療，存活率高達90%以上。在台灣，衛福部推動大腸癌篩檢，納入預防保健服務項目，正式於全國推行，於102年6月起將篩檢年齡調為50-74歲，每2年曾接受糞便潛血檢查，但糞便潛血檢查並非百分之百，所以當有任何異狀時，仍應找專科醫師做必要檢查。