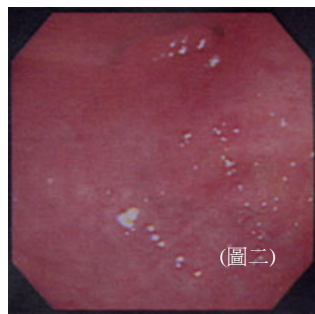
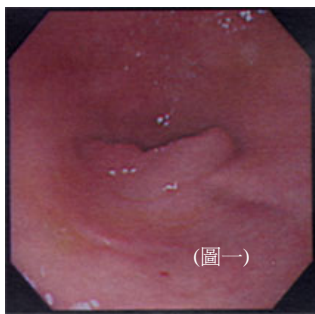


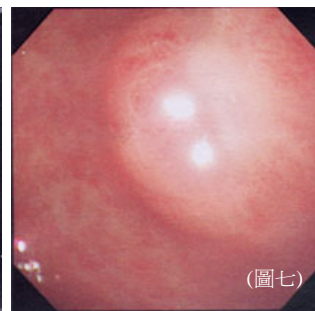
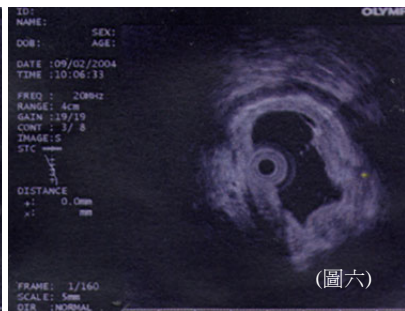
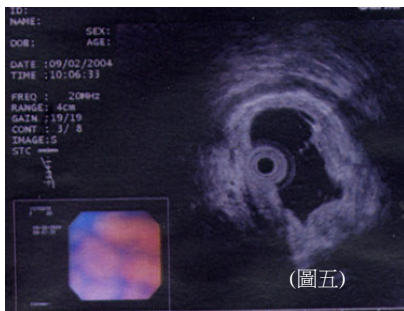
內視鏡黏膜切除術(EMR)

消化系內科主治醫師 蕭偉成，張維興

這個 80 歲女性病人，主訴長期胃痛已有 10 多年，病人長期在高雄長庚醫院門診追蹤及服藥也有一段時間，期間曾做過幾次胃鏡，但都只是慢性胃炎的表現而已。但在 8 月底，最近一次在長庚醫院所做的胃鏡報告顯示可能是早期胃癌，經朋友介紹，家人把她轉介到本院接受進一步檢查及治療。9 月 2 日在本院所做的胃鏡顯示在胃竇胃大彎近後壁側有一隆起之黏膜病灶，在病灶上有一表淺性潰瘍，可能是先前在長庚醫院做過切片所致(見圖 1.2.3.4)。再經由內視鏡超音波顯示有一界限不清楚，隆起性，均質，低回因腫塊來自於黏膜層(見圖 5.6)。黏膜肌層是完整的，而且沒有發現淋巴節，屬於第一期早期胃癌病變(T1, N0, M0)。經和家屬討論後，決定以內視鏡黏膜切除術治療之，經切除後一星期再追蹤胃鏡顯示：



原先隆起病灶已變成較深的潰瘍，而且沒有出血現象發生(見圖 7.8)。表示 EMR 非常成功。



胃癌的治療一般以手術為主。唯有將胃癌細胞完全清除，才有機會痊癒。化學治療，放射線治療等輔助療法，僅能幫助清除手術治療無法清乾淨的殘餘癌細胞。近來早期胃癌，在日本嘗試 I T

(insulated tip) 刀來切除胃癌組織，成效卓著。所謂 I T 刀是指尖端為絕緣體的電燒刀，是利用內視鏡來治療早期胃癌的裝置。而內視鏡黏膜切除術的實際操作方面，首先在內視鏡下必須先以染色或內視鏡超音波將病灶範圍釐清，然後在病灶的黏膜下層注射生理食鹽水等溶液使病灶鼓起，然後在內視鏡前端以特殊的器材將病灶吸起並完整套住，最後通電切除並取出檢體確認已經完整切除。此種方法的最大好處在於不須全身麻醉，可免除剖腹開刀的危險，併發症及後遺症，並且可以維持腸胃道的完整性使身體組織的破壞程度減至最低。但是此種方法也並非毫無缺點，主要的併發症在出血及胃壁穿孔和術後狹窄。而且從事此種治療的醫師必須有完備的內視鏡訓練及純熟的技術。

I T 刀的治療方式稱為內視鏡黏膜切除術。I T 刀擴展黏膜切除術的限度，使以往大面積、淺的癌病灶也得以用內視鏡方法切除。但是，並非並非所有的早期胃癌皆可用 I T 刀切除。嚴格來說，那些沒有淋巴腺轉移的早期胃癌，才可以 I T 刀切除。因此僅有癌細胞侷限於黏膜層，或者癌細胞侵犯較淺的黏膜下層，而且癌細胞型態必須不能有戒指狀癌細胞方能用 I T 刀來治療，因為戒指狀癌細胞惡性度相當高，容易早期轉移；除了早期胃癌以外，所有位於黏膜層的腸胃道(從食道到直腸末端)腫瘤(包括良性和惡性腫瘤)，甚至於痔瘡等靜脈曲張在國外文獻報告亦有人嘗試治療過。

Reference:

colonoscopic interpretation . Kou Nagasako, M. D. IGSKU-SHOIN.

1. Gastrointestinal and Liver Disease. Sleisenger & Fordatran' s .SAUNDERS. 7th Edition.
2. Evaluation of endoscopic mucosal resection for lateral spreading rectal tumors. Tamura S, Nakajo K, Yokoyama Y, Ohkawauchi K, Higashidani Y, Miyamaoto T, Onishi S. Department of Endoscopy, Kochi Medical School, Kochi, Japan. tamuras@hiho.ne.jp/Endoscopoy. 2004 Apr; 36(4):306-12.
3. Endoscopic mucosal resection, this is our turf. Lightdale. CJ. Department of Medicine, Division of Digestive and Liver Disease, Columbia University Medical Center , New York, USA. Endoscopy. 2004 Sep;36(9):808-10.
4. Circumferential Endoscopic Mucosal Resection in Barretts Esophagus with High-Grade Intraepithelial Neoplasia or Mucosal Cancer. Preliminary Results in 21 Patients. Giovannini M, Bories E, Pescenti C, Moutardier V, Monges G, Danisi C, Lelong B, Delpero JR. Endoscopy 2004 Sep;36(9) 782-7.
5. Endoscopic mucosal resection in the upper and lower GI tract. Rosch T. Interdisziplinäre Endoskopie, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Stoffwechesl, Campus Virchow Der Charite Universitätsmedizin Berlin, \.Thomas. Roesch@charite.de. Dtsch Med Wochenschr. 2004 Sep 3;129 Suppl 2;S126-9.
6. Colonoscopic resection of lateral spreading tumors: a prospective analysis of endoscopic mucosal resection. Hurlstone DP, Sanders DS, Cross SS, Adam I, Shorthouse AJ, Brown S, Drew K, Lobo AJ. 17 Alexandra Gardens, Lyndhurst Rd, Nether Edge, Sheffield S11 9DQ, UK. Gut, 2004 Sep;53(9):1334-9.
7. Endoscopic mucosal resection: an evolving therapeutic strategy for non-polypoid colorectal neoplasia. Kiesslich R, Neurath MF. I Med Klinik, Johannes Gutenberg Univesitat Mainz, Langenbeckstrasse L, 55101 Mainz, Germany info@ralf-kiesslich.de. Gut 2004 Sep 53(9):1222-4.
8. Subcutaneous emphysema during endoscopic resection of the gastric mucosa Sato K, Koga Y. Department of Anesthesiology, Kinki University School of Medicine, Osakassyama 589-8511. Masui .2004 Jul;53(7):816-8.
9. Comparison of various submucosal injection solutions for maintaining mucosal elevation during endoscopic mucosal resection. Fujishiaro M, Yahagi N, Kashimura K, Mizushima Y, Oka M, Endomoto S, Lakushima N, Kobayashi K, Hashimoto T, Iguchi M, Schimizu Y, Ichinose M, Omata M. Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, University of Tokyo, 7-3-Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo, Japaoan. Endoscopy. 2004 Jul;36(7):579-83. D.
10. Endoscopic resection of superficial esophageal squamous cell carcinoma:Western experience. Pech O, Gossner L, May A, Vieth M, StolteM, EllC. Department od medicine II, HSK Wiesbaden, Teaching Hospital of University of Mainz, Germany. ASm J Gastroenterol. 2004 Jul;99(7):1226-32.
11. An evaluation of colorectal endoscopic mucosal resection using high-magnification chromoscopic colonoscopy: a prospective study of 1000 colonoscopies. Hurlstone DP, Cross SS, Drew K, Adam I, Shorthouse AJ, Brown S, Sanders DS, Lobo AJ. Gastroenterology and Liver Unit, Royal Hallamshire Hospital, Sheffield, United Kingdom. p horlstone@ shef. ac. uk. Endoscopy. 2004 JUN;36(6):491-8.

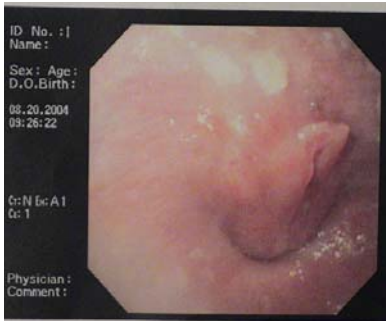
胃賁門癌

消化外科 阮東光 陳仕強

一位64歲女性病患曾接受子宮及膽囊切除手術多年。健康狀況一直保持良好直到3個月前。感覺進行性吞嚥困難。起先硬體食物。接著半固體食物。最近液體食物都會進食幾分鐘後發生嘔吐。體重也減輕5公斤。她曾就診某家醫學中心接受胃鏡檢查。被告知無異常發現。因症狀持續惡化而轉本院就診消化內科門診。經安排上消化道X光攝影檢查（圖3）發現有胃癌可能。安排住院胃鏡檢查（圖1.2）發現胃賁門部有生長腫瘤並侵襲下端食道並阻塞通道。生體切片檢查證實是胃癌腹部CT檢查做分期鑑定（圖4）病患轉外科安排手術。病人因虛弱營養不良併有血小板缺乏症。先做營養治療



(圖三)



(圖一)



(圖二)



(圖四)

改善體力。一星期後進行近端次全胃切除。脾臟切除併食道胃吻合重建術、幽門成型術。病患於手術後恢復順利。血小板數量回復正常。兩星期後順利出院。病患於門診追蹤治療。安排化學抗癌治療。

討論：癌症目前仍然是佔臺灣十大死因首位。胃癌則佔第四、五位。胃癌發生原因仍然不明。據了解最可能與食物有密切關係。喜好醃漬食物或燒烤食物。少食用蔬菜水果的人。比較有高發生率。胃癌的症候常伴上腹疼痛。解黑便。吐血。腹脹。厭食。嘔吐。體重大量減輕。不明原因貧血。或摸到腹部腫瘤。檢查利用胃鏡最容易得到正確診斷。

上消化道X光檢查可以了解胃癌侵襲部位。電腦斷層攝影檢查可以明瞭癌症轉移分期現況。腫瘤標誌血清測定可用追蹤病情復發與否。而根除性治療必需完全切除胃癌病灶。併行化學抗癌治療可以達到更好效果。