



癌末病人惡性腸阻塞之處置

高以信¹ 張國寬²



前言

惡性腸阻塞是末期腹部腫瘤的併發症之一，其發生率在卵巢癌約為5.5-42%，大腸直腸癌約為4.4-24%，其餘的癌症約為3-15%。造成發生率如此差異的原因可能與臨床設備、安寧機構的收案條件、診斷工具及臨床評估有關。惡性腸阻塞會造成癌末病人身體的疼痛、噁心、嘔吐等症狀。且由於病人無法進食，常造成家人心理的愧疚與不捨。因此安寧團隊對這些症狀的處置必須要有好的策略，才能提供身心靈三平安的服務。

病理生理機轉

造成腸阻塞的原因有原發或轉移的腹部或骨盆腔的腫瘤變大、復發，或因浸潤至腸繫膜或網膜及神經血管，造成腸胃蠕動不良及阻塞；另有一半是因為良性的疾病，例如：腸粘黏、放射線治療後的腸阻塞、發炎性腸道疾病、糞便填塞、長期臥床、藥物以及疝氣等。惡性腸阻塞可能

是部分或完全的阻塞，也可能是單一或多處的阻塞。腸阻塞發生之位置以小腸居多(小腸與大腸的比例約為61%：33%)。

臨床症狀

末期癌症合併腸阻塞會造成的症狀有：1.90%的病人有持續性的腹痛；2.75%的病人有間斷性的腹部絞痛；3.腹脹(在低位腸阻塞「是指阻塞部位在遠端空腸以下」較常見)；4.噁心、嘔吐；5.口乾；6.便秘；7.溢流性腹瀉(overflow diarrhea)。

診斷

對臨床上有懷疑的個案，可做影像學檢查加以確認。其中以腹部電腦斷層最具有價值，它提供疾病整體範疇的評估，這對之後處置的決定非常重要。一般的腹部X光片(躺著和站立的)只能診斷有無阻塞(可看到氣液界面「air fluid level」)。使用鋇劑(最好使用可吸收的顯影劑Castrografin)攝影檢查可以幫助評估腸蠕動情形，確定部分阻塞及阻塞的位置及範圍。

1 台南市立醫院 家庭醫學科

2 台南市立醫院 腸胃內科

關鍵詞: advanced cancer patient, malignant bowel obstruction



臨床處置

當醫師面對一位癌症末期病人合併腸阻塞時，應考慮的問題：

1. 病人適合開刀嗎？
2. 阻塞處可置放支架嗎？
3. 有什麼藥物可用來控制不適的症狀？給藥的途徑為何？哪些藥可合併使用？
4. 對於無法開刀的病人，需要放置鼻胃管嗎？
5. 何時需要考慮胃造口術？
6. 人工營養與水分的角色為何？

1. 手術方式：

惡性腸阻塞處置的第一選項是外科手術。因此評估病人是否適合手術是很重要的一件事。適合手術的情況包括：預估病人的存活期超過60天，手術後有能力回家，及能減緩阻塞的症狀。因此明確的預後準則可以幫助醫師挑選適合手術的病人。在Jong的研究，對手術有好處的預後因子包括：在腹部及骨盆腔沒有摸得到的腫瘤，腹水量小於3000cc，單一處的腸阻塞以及術前體重減輕小於9公斤。手術的方法取決於阻塞的形式及位置。末期癌症合併腸阻塞接受手術其手術的死亡率(手術30天內死亡)約為9-40%，手術的併發症約為9-90%。

2. 放置自動擴張型金屬支架：

自1992年開始，以內視鏡放置金屬支架，成為病人無法接受手術治療的另一

項選擇。它具有安全性高、成功率高、且併發症少的優點。病人因此可以經口進食，維持好的營養狀況及良好的生活品質。放置金屬支架的適應症為：手術風險高，阻塞處在胃出口、小腸近端及左側大腸(降結腸、乙狀結腸、直腸)，且為單一點阻塞。而其禁忌症為：多處阻塞及腹膜癌病(peritoneal carcinomatosis)。併發症為腫瘤出血，腫瘤往內生長，金屬支架太短及金屬支架移位等。

3. 藥物治療：

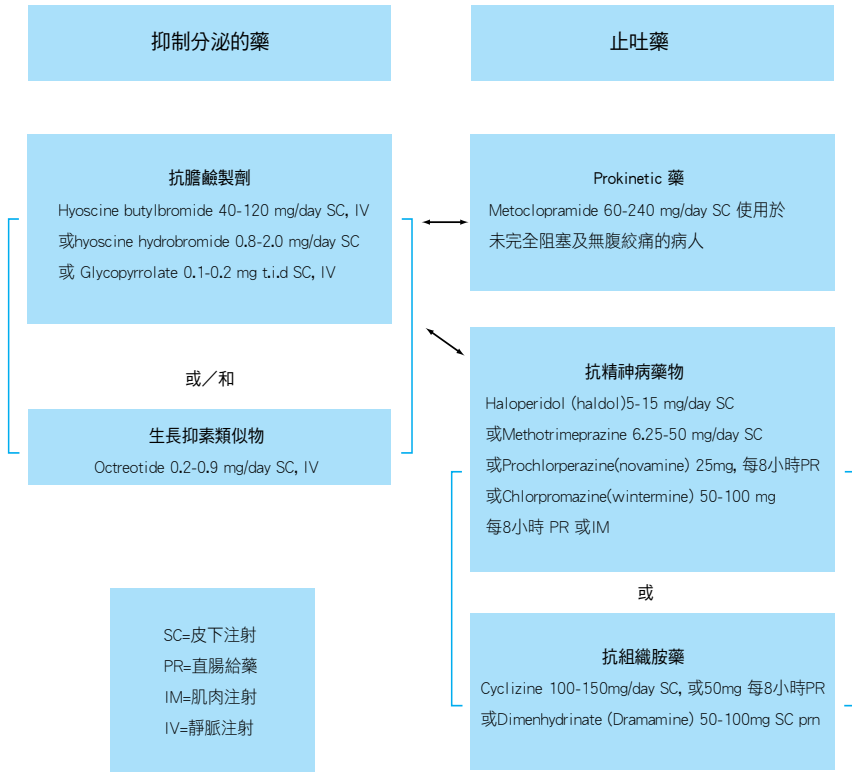
A. 噁心、嘔吐：

a. 減少腸胃道的分泌：例如抗膽鹼激性的藥物(hyoscine hydrobromide, hyoscine butylbromide「buscopan」, glycopyrrolate) 或/及生長抑素類似物 (somatostatin, octreotide) buscopan有較低的親脂性，因此不易通過血腦屏障 (blood-brain barrier, BBB)，較不易產生嗜睡、幻覺等副作用。Octreotide 在許多研究中，當其他藥物失效時，仍能有很好的療效。因為它可以讓腸胃的分泌減少、蠕動減慢、減少內臟血流及增加水分和電解質的吸收，而讓腸胃達到靜悄悄的境界。其半衰期為1.5小時，作用期間為8-12小時，給藥的途徑有皮下、靜脈注射。

b. 止吐藥：可單獨使用或合併減少腸胃道分泌的藥物使用。止吐藥又可分為：



圖1. 對於腸阻塞的病人，有噁心及嘔吐症狀的藥物治療



資料來源：參考資料 2

- (a) Metoclopramide 60-240 mg/day SC, IV 使用於未完全阻塞及無腹絞痛的病人。
- (b) 抗精神病藥：haloperidol (Haldol)5-15 mg/day SC或methotrimeprazine 6.25-50 mg/day SC 或prochlorperazine(Novamine) 25mg 每8小時 PR或chlorpromazine(Wintermine) 50-100 mg 每8小時PR 或IM
- (c) 抗組織胺藥：Cyclizine 100-150mg/day 或 50mg 每8小時 PR或dimenhydrinate

(Dramamine) 50-100mg SC prn

c. 類固醇：其機轉為降低腫瘤周圍發炎性的水腫，改善腸蠕動，因此對腸阻塞所造成的噁心、嘔吐而言，它是一個很有用的藥物。建議劑量為dexamethasone(每天8-60mg) (圖1)。

B.疼痛：分為，

- a. 持續性疼痛：疼痛的機轉為腸脹大、腸的上皮細胞受損及腫瘤本身所導致。疼痛的強度及位置不一。其處置可依據WHO的疼痛治療指引，來使用嗎啡止痛。以Fentanyl



貼片作為止痛劑比注射morphine 好的原因是，其對胃腸道刺激少，也較不易便秘。

- b. 腸絞痛：疼痛的機轉為腸阻塞處上端的腸壁強力收縮、腸的上皮細胞受損所造成。其處置為停止增加腸蠕動藥物(例如primperan, lactulose, dulcolax等)，使用抗膽鹼激性的藥：Hyoscine butylbromide 40-120 mg/day SC, IV, hyoscine hydrobromide 0.8-2.0 mg/day SC或 Glycopyrrolate 0.1-0.2 mg t.i.d SC or IV。

4. 鼻胃管放置：

當藥物治療無效、在藥物治療前、及不適合做胃造口手術時可考慮放置鼻胃管。長期使用鼻胃管會增加病人精神上的困擾、疼痛、吸入性肺炎、鼻胃管的誤放以及對鼻、咽、食道等的傷害。

5. 經皮內視鏡胃造口：

經皮內視鏡胃造口術自1980年被發展出來，幾經改良後，已成為一個安全、方便的胃造口方法。經皮內視鏡胃造口術的實施方法有兩種牽引法與推進法。這兩種方式都是以裡應外合的方式進行。術後禁食1天才可開始緩慢管灌。腹壁傷口需每日換藥，剛開始病人的清潔以擦澡為宜，1個月後才可淋浴，不可泡澡。對於病人的存活期較長者(大於2個月)可以考慮使用。其成功率約為

83-93%。其禁忌症為：有大量腹水、門靜脈高壓、易出血體質或服用抗凝血劑及活動性胃潰瘍者。

6. 人工營養與水分：

由於水分及電解質蓄積在腸胃道以及無法進食造成病人呈現脫水狀態，而脫水會造成噁心等不適的症狀。因此對一位有惡性腸阻塞的癌末病人，依據2007年Morita所提出的癌末病人的人工水分治療指引，若病人的存活期為1-2個月且病人無水腫的狀態下，提供每日1公升的水分內含葡萄糖及電解質，將可避免因代謝異常所導致的不適症狀。假若病人的存活期剩下1-2星期時，則不建議再給予人工水分。病人的口乾與口渴無法以補充人工水分加以緩解。對於無法提供或拒絕人工營養及水分的病人，我們可以提供舒適護理，例如：一小口一小口的餵食，吸吮冰塊，加強口腔護理等。進行安寧療護以提升末期病人的生活品質為目標，但也不希望病人是因為飢餓而往生。因此在使用人工營養與水分前須先考慮，是否可延長存活期、生活品質的提升、可能的併發症、會增加何種的痛苦、是否增加住院的需求以及倫理議題等。台灣的社會文化雖快速西化，但本質仍屬於東方文化，民以食為天的觀念仍深植一般民眾。當末期病人漸不能進食或形消瘦時，家人皆相當恐慌，不希望病人往生後變成餓死鬼，因此常要求醫護人員提供最多的營養與水分直到最後一刻。但這常造成病人的四肢水



腫、呼吸困難、嘔吐等症狀的加劇及不適。醫療人員應與病人及家人溝通和教育臨終脫水(terminal dehydration)的正確觀。

結論

對於惡性腸阻塞所造成的症狀，不僅困擾病人及家屬，甚而一些難纏的症狀也造成醫療團隊的困境。關於藥物治療的組合，我們的建議是先使用：Buscopan 60 mg/day SC或 IV (減少胃腸液的分泌；若無效則使用Octreotide 0.3 mg/day SC或 IV) + 類固醇 (Dexamethasone 12mg/day) SC或 IV + Morphine SC或 IV (鎮痛，依據WHO止痛的三階段療法。使用Fentanyl貼片較佳) + Metoclopramide 60 mg/day SC, IV (止吐；對於完全阻塞及腹絞痛的病人，則使用Haloperidol 5 mg/day SC或 IV)後，再依病情調整劑量。關於Octreotide的費用，在台灣健保價為495元/0.1mg/amp，其他國家為12.58美金/0.1mg。安寧緩和醫療照顧強調以最適切的醫療及科技，最高的智慧及最大的關懷，來為末期病人及家人提供最好的照顧。並祈能達成安寧療護的目標，讓病人身心靈得以平安。

參考資料

1. Ripamonti C, Mercadante S: Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2005:496-507.
2. Ripamonti C, Twycross R, Baines M et al: Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer* 2001; 9:223-33.
3. Jong P, Sturgeon J, Jamieson CG: Benefit of palliative surgery for bowel obstruction in advanced ovarian cancer. *Can J Surg* 1995; 38:454-7.
4. Lau PW, Lorentz TG: Results of surgery for malignant bowel obstruction in advanced, unresectable, recurrent colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1993; 36:61-4.
5. Wallis F, Campbell KL, Eremin O, et al.: Self-expanding metal stents in the management of colorectal carcinoma – a preliminary report (see comments). *Clin Radiol* 1988; 53:251-4.
6. Mercadante S, Casuccio A, Mangione S: Medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: a qualitative systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33:217-23.
7. Fainsinger RL, Spachynski K, Hanson J, Bruera E: Symptom control in terminally ill patients with malignant bowel obstruction (MBO). *J Pain Symptom Manage* 1994;1:12-8.
8. Morita T, Bito S, Koyama H, et al: Development of a national clinical guideline for artificial hydration therapy for terminally ill patients with cancer. *J Palliat Med* 2007;10:770-80.
9. 邱泰源：安寧緩和醫療常見倫理困境及解決之道。 *台灣醫學* 2004； 8： 672-83。