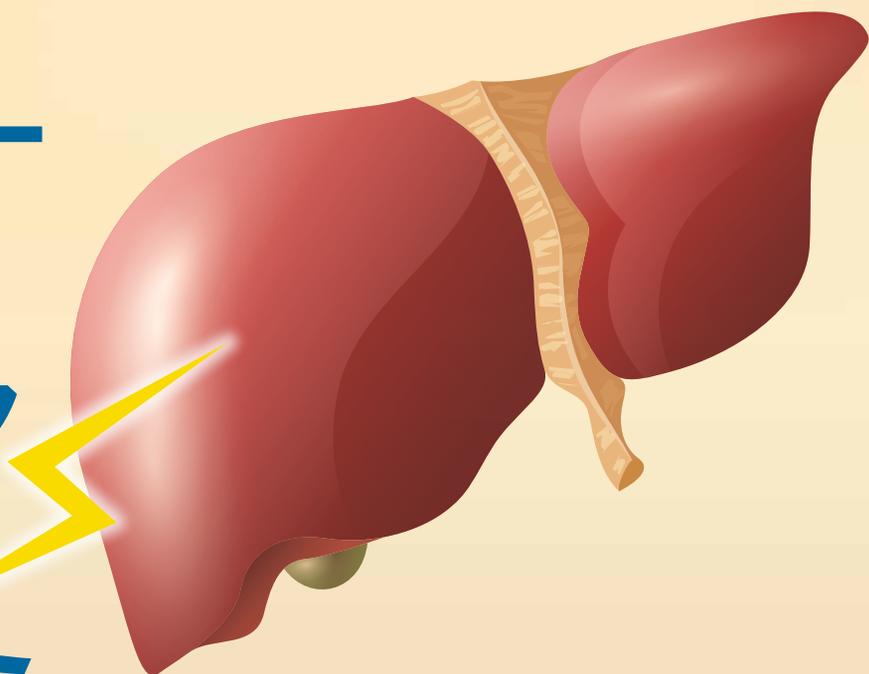


針灸



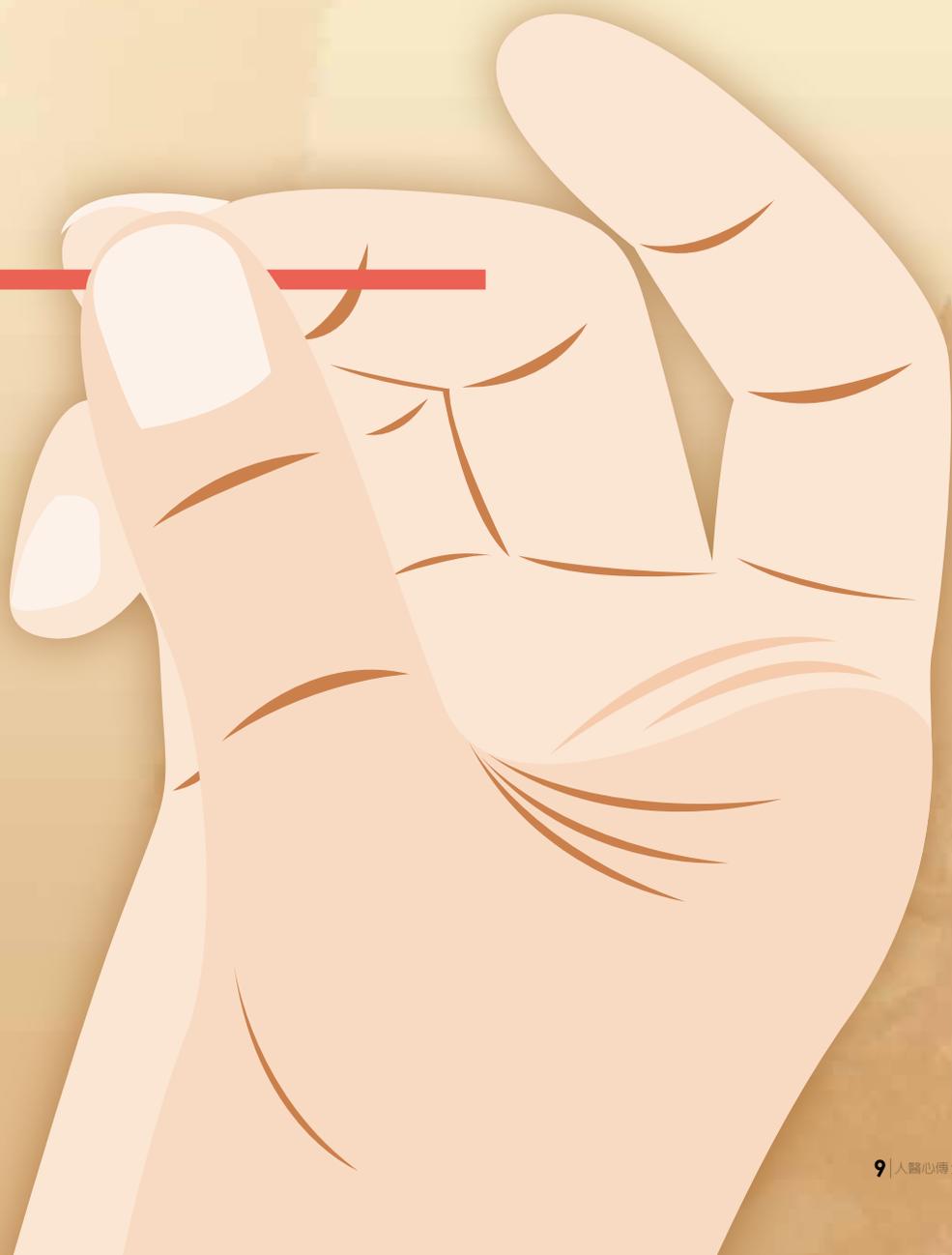
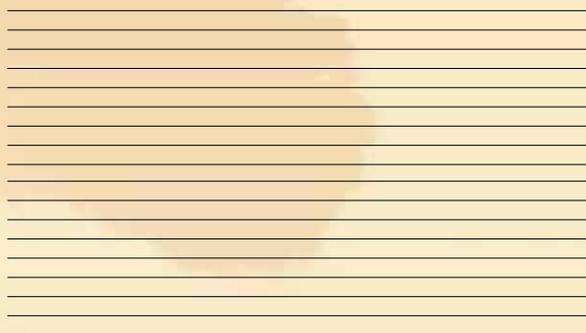
臺北慈院肝膽腸胃科治癌團隊

肝臟是人體最沉默的器官，近三十年來因便捷的生活型態及 B 型肝炎的流行性，肝腫瘤始終為臺灣民眾十大癌症排名前兩位，且治療不易。

電頻燒灼術，簡言之，是以小小的探針在肝腫瘤細胞上直接燒灼，即能成功將腫瘤細胞縮小、消除，無須進入開刀房，這是臺北慈院肝膽腸胃科體貼病患的治療選擇。

消化道器官層層相連，治療更需慎思明辨，臺北慈院肝膽腸胃專科醫師群鑽研先進療法，從監測、檢查、治療，乃至於健檢的縝密合作，徹底保肝，也守護人體消化系統的健康。

保肝



文 / 王嘉齊 臺北慈濟醫院肝膽腸胃科主任

四十七歲的李先生，幾年前因為解黑便和吐血而就醫，他原本以為自己身體很健康，但是一檢查才發他有B型肝炎，肝功能不好，已經開始硬化，而且還有多顆腫瘤。肝膽腸胃科的醫師先使用栓塞的方式，讓肝腫瘤縮小，同時給他服用抗病毒藥物，讓肝臟不再發炎，改善肝功能，病情漸漸好轉，但是，有一顆直徑超過四點五公分的腫瘤，治療過程中一直都沒有縮小，必須用其他方法來治療。

探針電燒 巧妙消滅肝腫瘤

體積這麼大的肝腫瘤，通常都是以開刀的方式切除，但是李先生肝功能不好，開刀危險太高，所以建議使用先進的「探針電燒技術」來處理。不過一般探針只能清除直徑三公分以下的腫瘤，而這一顆腫瘤已經有四點五公分大，所以要使用難度較高的「雙針」或「多針」方式來處理。使用這項技術，必須藉由超音波導引找到腫瘤的正確位置，然後將雙針插在腫瘤上加溫，才能清除患部，而不會傷到正常的組織。李先生比較特別的地方，在於他的這一顆腫瘤下面恰巧是膽管的分岔處，上面又剛好有大腸經過，針若插得太深會傷到膽管造成黃膽，插得太淺又可能把腸子燒破，所以除了下針和設定範圍必須準確，還要加一項保護措施，那就是人工腹水。

方法就是在腹腔注入大量生理食鹽水，在大腸和肝腫瘤之間用水作一道「護城河」，這樣就可以避免大腸在高溫下受傷導致大腸穿孔。另外值得一提的是，此病患腫瘤靠近肝表面，而肝臟表面有神經，如果不麻醉，治療中病人會非常疼痛，臺北慈院的麻醉科醫師，長期駐守肝膽腸胃科檢查室，如果有需要，麻醉科醫師可以馬上為病患服務，不用把病人推到手術室，現場就能進行麻醉，讓病人輕鬆睡一覺，睡醒就治療好了，李先生經過兩次雙針治療，一個月後之電腦斷層影像顯示此顆腫瘤都已消滅，目前仍持續門診追蹤。

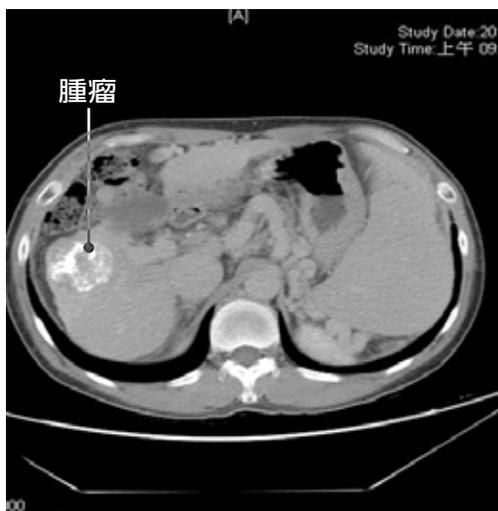
平日在市場工作的朱先生，也是四十七歲，年輕時好飲酒，雖然沒有B型或C型肝炎，二年前因肝功能異常至臺北慈院檢驗，證實為酒精性肝硬化，除了門診定期追蹤，也將酒戒了。有一次在定期檢查中，進行腹部超音波時發現了兩公分的腫瘤，位於右肝橫隔膜下方，經電腦斷層檢查證實為肝癌。瞬間，朱先生感覺到人生由彩色變成黑白，正在擔心如何治療之時，無意中看到大愛臺〈志為人醫〉節目中，介紹人工腹水的肝癌燒灼術，故專程至門診了解治療的方式與效果。兩公分的肝癌，

使用射頻燒灼術的成功率非常高，但因為朱先生的腫瘤位於右肝前葉，靠近橫膈與肺臟，不易進針；且有可能於治療中傷及肺臟，導致氣胸或血胸，一般認為是不好治療的位置，風險也較高，若能成功注入人工腹水，不僅超音波下腫瘤看得更清楚，又可保護肺臟不受損傷。李先生決定接受此項技術治療，住院後成功注入一千五百西西生理食鹽水至腹腔，順利接受燒灼術的治療，且於一個月後之電腦斷層影像顯示肝癌都已消滅，目前仍持續門診追蹤。

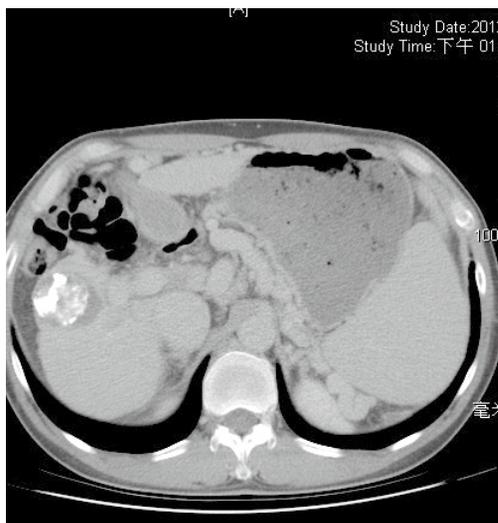
一針多針靈活運用 加熱蒸發癌細胞

肝病是國病，臺灣十大死因之首是癌症，而肝癌占癌症發生率的第二位，僅次於大腸癌。肝癌的治療最重要的是早期發現，故對於高危險群病患，如B型肝炎、C型肝炎和肝硬化或有肝癌家族史應定期追蹤。一旦得了肝癌，對病患本人和其家庭都會造成重大之影響，而醫生和病患的期望都一樣，希望能將肝癌根治，而痊癒性的治療包括手術、

局部治療如：射頻燒灼術和肝移植；手術治療通常是第一考量，但其傷口大、手術風險較高、恢復期較長，另外如肝功能不好或心肺功能不佳，則無法接受手術。而肝移植雖是最後一線的根治療法，但目前臺灣「一肝難求」，且手術成功後仍需長期使用抗排斥藥物，而射頻燒灼術提供



治療前，病患經過斷層掃描，肝臟有一顆大腫瘤。



治療後，經過射頻燒灼後一個月病患再度回診，經由電腦斷層掃描確定，同一處的腫瘤已經完全被電燒包覆消除，腫瘤上的白色影子為病患先前做過栓塞的痕跡。

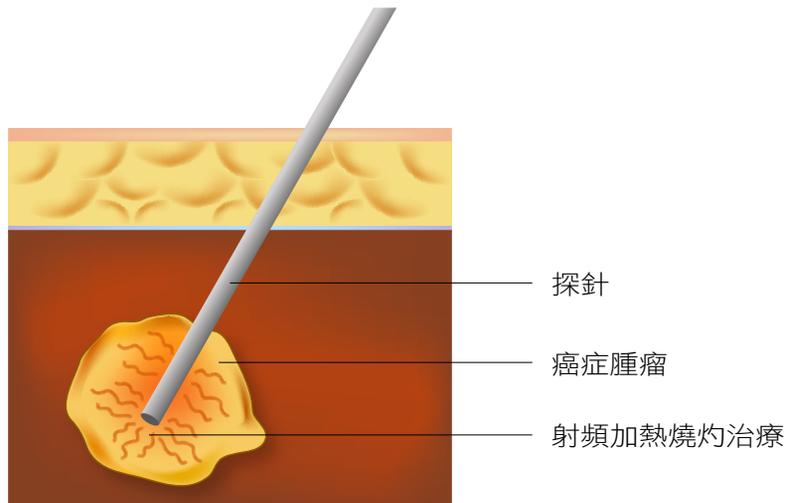
一個肝癌病患的治療方式，風險低、傷口小、恢復快，且目前的研究顯示，其治療癌症的存活率與手術相當。

射頻燒灼術主要是利用一根探針來燒灼腫瘤。這支探針在一端會接上主機，經由超音波影像的引導，從體外直接將探針插入肝臟中的腫瘤。經由機器導入電流，探針的前端有一治療區，透過交流電產生熱能，提升溫度將癌細胞的水分蒸發掉，進而殺死這些癌細胞。其燒灼的範圍，大約是一個橢圓球形，同時為了避免探針溫度過高，引起碳化而降低燒灼之範圍，探針中有冰水循環降溫。

肝腫瘤若小於三公分、數目少於三顆，可以考慮射頻燒灼治療，目前因為有雙針，甚至多針合併治療，故小於五公分的腫瘤也可以治療，一般治療成功率約百分之九十，但腫瘤越大成功率會下降，有時需要再次治療。一般除了可用於原發性肝癌，對於單一或少數轉移性肝癌，也可以用來輔助化學治療，將殘餘之癌細胞消滅。當治療完成時，探針前端可偵測局部之溫度，若溫度上升至攝氏六十度，則表示癌細胞已死亡。

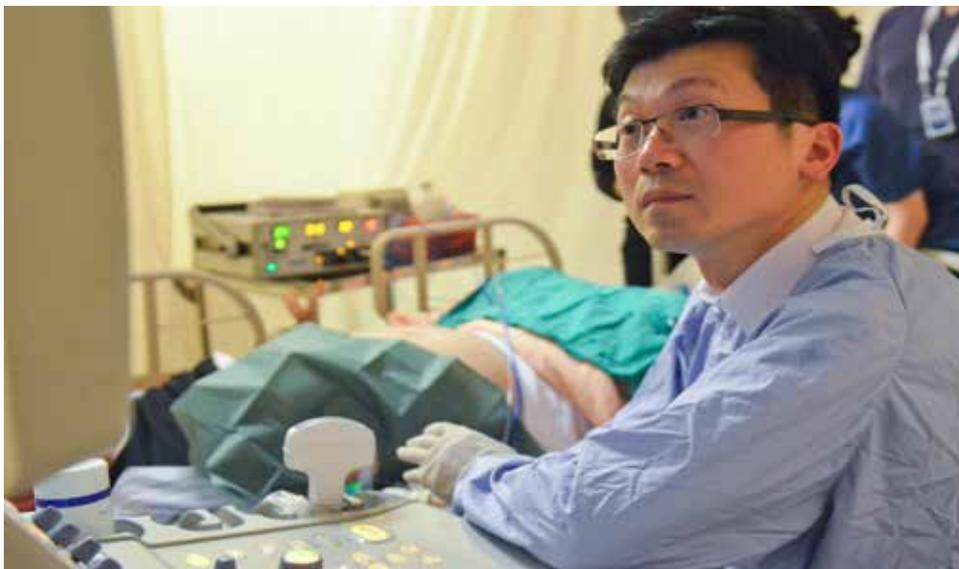
不需進開刀房 直接對付腫瘤

進行射頻燒灼不需進開刀房，可以直接在超音波檢查室進行。電燒治療前，病患必須禁食六至八小時，先給予止痛藥及局部麻醉，然後在超



射頻燒灼直接以探針在腫瘤上加熱，使腫瘤細胞蒸發消除。

進行燒灼術之前，會先以超音波確認位置，再劃上記號，精準治療。攝影／程千芳



射頻燒灼不需進開刀房，直接在超音波室就可以進行，圖為王嘉齊主任為病人進行射頻燒灼術。攝影／程千芳

音波或電腦斷層導引下，將電燒探針經皮膚穿到肝臟的腫瘤部位。此時會請麻醉科醫師給予輕度麻醉讓病患睡著，接著開啟主機治療，加熱破壞腫瘤細胞。電燒治療的時間，依腫瘤大小、範圍及探針的不同，而有所差異；當療程結束時，先測量燒灼區的溫度，若超過攝氏六十度，則表示溫度已達到標準，出針時會維持攝氏八十度的探針溫度，同時將傷口止血，也有減少腫瘤散布之效果。移除探針後，患者需臥床休息，並以沙袋加壓四小時以避免傷口出血。

當然，任何癌症的治療都有其風險，射頻燒灼術約有百分之一的出血、

感染等風險，治療上也有些限制，如腫瘤靠近大腸、膽囊、肺臟時，有時會因熱能而導致大腸穿孔、氣胸、血胸、膽囊炎等情形，治療前應仔細評估或使用人工腹水的技術，若腫瘤靠近大血管或膽管分岔處，也應注意出血或傷及膽管引起狹窄，甚至黃疸。

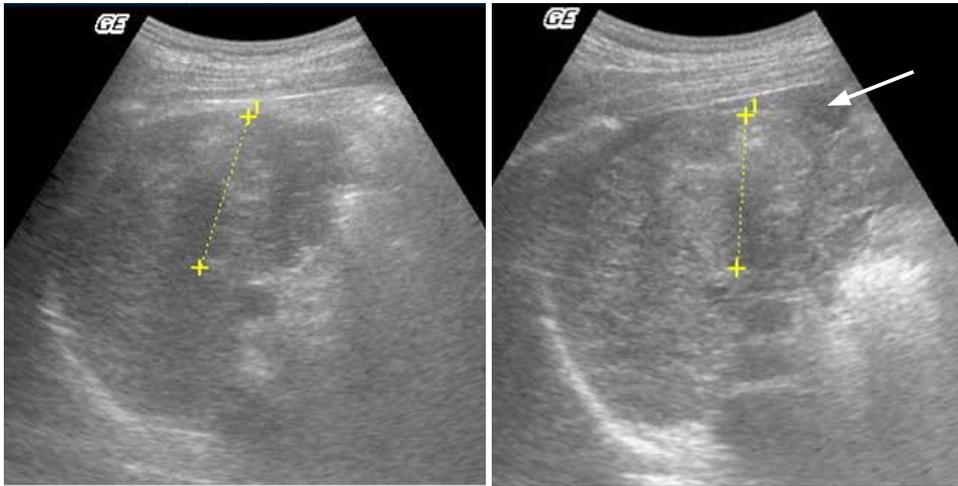
人工腹水多優點 看得更清又隔熱

人工腹水技術有兩個好處，一個是經由水的介面看到腫瘤，可使探針穿刺到腫瘤正確的位置，提高成功率，如肝癌位於橫膈下方，被肺部空氣阻擋，一般超音波下看不到腫瘤，另一個好處是當腫瘤靠近其他器官，為避免治療時溫度上升導致鄰近器官的損傷，注入人工腹水將腫瘤與鄰近器官隔開，形成一個保護層。經人工腹水技術，原先風險高或位置不適合的病患，皆可以接受射頻燒灼術。

施行人工腹水時，會先在腹部選定適當的進針位置，加以消毒，採用一般打點滴的軟針，接上含有二十西西生理食鹽水的針筒，徐徐進針，輕壓針筒，若生理食鹽水可以沒有阻力的注入腹腔，表示針已穿過腹壁進入腹腔，接著再前進一公分讓軟的套管跟著進入，再將硬針取出，接



王嘉齊醫師是臺北慈院肝膽腸胃科主任，致力研究更有效、方便的治療方法，希望讓病人減少不適、更容易獲得健康。攝影 / 程千芳



左圖：人工腹水前，患者進行超音波檢查，黃色標記處為肝腫瘤範圍，超過四公分。
右圖：人工腹水後，為了在腫瘤上施行電燒，醫師在腫瘤和大腸間注入人工腹水（箭頭處），隔離大腸和肝臟，作為保護與緩衝。（王嘉齊提供）

上生理食鹽水；若能滴得很順，且病人不會疼痛，則表示成功。一般約注入一千西西至兩千西西的生理食鹽水，將腫瘤與相鄰器官隔開約零點五公分的距離，則表示完成，治療結束後，此腹水約於五至七天後人體會自行吸收。若病患曾接受過手術，可能有內臟粘黏的情形，有時會導致成功率下降；另外也要避免將水注入肌膜，病患會疼痛，也不能達到人工腹水的效果。

射頻燒灼術在進行時，會有上腹部不適，甚至疼痛的情形，早期只給予止痛與輕度鎮靜之藥物，治療中有時仍會看到病患因疼痛而掙扎，心中非常不忍。且探針有時會因此移動而改變位置，導致治療效果下降，故本院治療時會請麻醉科醫師幫忙，給予靜脈注射的麻醉，讓病患睡著，在沒有疼痛負擔下完成治療。

團隊醫療 合併治療

肝癌的治療，最重要的是早期發現早期治療。目標仍是期望能將癌症治癒，若遇到較嚴重的肝癌，目前的趨勢是合併治療，栓塞合併燒灼術，甚至使用化學治療，標靶藥物治療，放射治療。故需要外科、內科、放射科、腫瘤科和放射腫瘤科醫師的團隊合作，齊集眾人之力將腫瘤控制，改善病人生活品質並延長壽命，是醫療團隊責無旁貸的使命。

監測 B 肝 有良方

文 / 曾岱宗 臺北慈濟醫院肝膽腸胃科主治醫師

慢性 B 型肝炎感染，對全球，尤其是亞洲地區而言，是一項相當重要的衛生議題。B 型肝炎病毒 (HBV)，為全長 3200 鹼基配對之不完全雙股 DNA 病毒。在 HBV 基因體上，包含了四個彼此部份重疊的開放閱讀序框 (open

reading frame)，可以轉譯出數種主要的蛋白質，其中包含了「表面抗原」(HBsAg) 及「e 抗原」(HBeAg)。隨著分子生物技術的發展，血清中「病毒濃度」(HBV DNA) 的定量，已經成為評估病患不可或缺的指標，而近年來，血清中表面抗原也進展到可以加以定量。透過表面抗原定量的應用，就可以知道如何改善慢性 B 型肝炎疾病進展、以及治療的監測。

B 肝帶原者的病史四部曲

在臺灣，大部分的慢性 B 型肝炎感染的患者，都是在兩歲之前得到感染。B 型肝炎自然病史的分期，可以依據病毒和宿主之間的交互作用分為三期 (圖一)。

第一個時期是「免疫耐受期」：大部分的孩童及年輕人皆屬於這個時期，其臨床表現為血清中 e 抗原呈陽



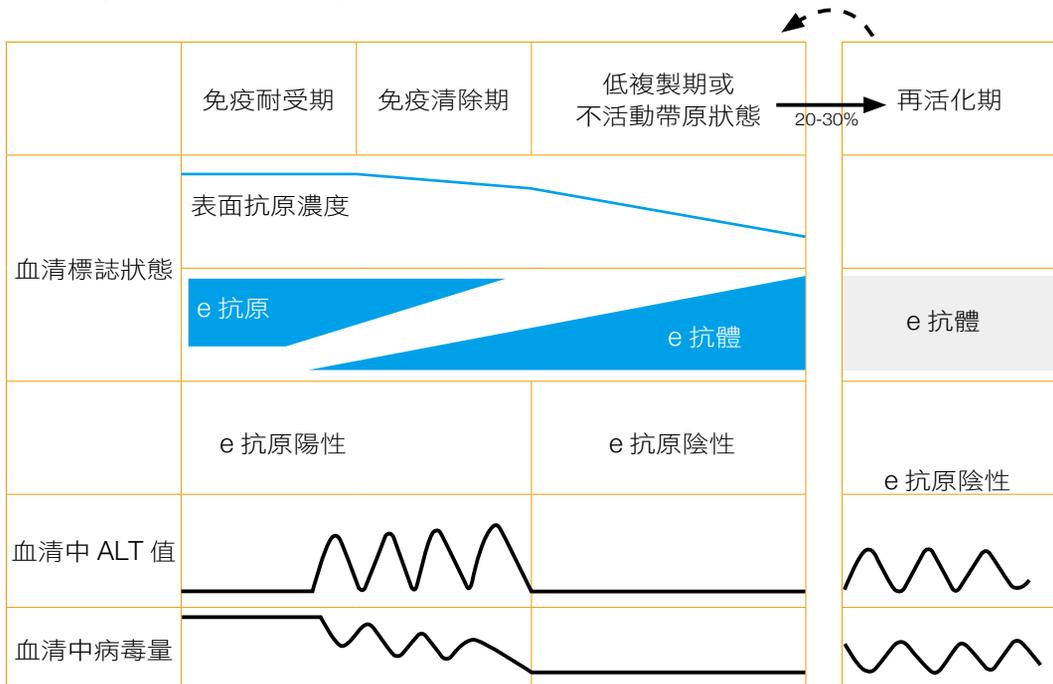
曾岱宗醫師找出病毒和表面抗原濃度與肝癌發生的關係，讓民眾更便於自我監測肝臟健康。攝影／程千芳

性且病毒量高 ($>2 \times 10^7$ IU/ml)，但血清中的 ALT 數值（肝功能指數）卻是正常或是輕微的上升。在此時期肝臟中病毒大量的複製，但宿主對 B 型肝炎病毒的免疫反應卻相當有限，因此稱為免疫耐受期。到了十幾至三十多歲間，會進入第二個時期，稱之為「免疫清除期」：之前沒有症狀的帶原者，會開始有一些急性發作的症狀，同時血清中的 ALT 也會反覆的上升。在肝臟中，肝細胞會因為宿主的免疫反應而遭破壞。而在經過一段時期肝臟反覆的發炎之後，病人的 e 抗原會被清除，e 抗體會出現，稱之為 e 抗原的血清轉換。同時，病人血清中的病毒

量也會隨之下降。

接著病患會進入第三個時期，稱之為「低複製期」：在這個時期，血清中的病毒量通常較低 (< 2000 IU/ml)，ALT 數值正常。肝臟中的病毒複製活動會被抑制，同時肝臟細胞也不再遭到破壞。由於病毒的複製僅被抑制，但病毒並未被清除，故病人血清中的表面抗原仍為陽性。這群病人在長期追蹤後，每年有百分之一至二的人會發生表面抗原消失。然而有部分不活動帶原者，會以每年百分之二點二至百分之三點三的機會，產生 B 型肝炎病毒的再活化，也就是進入「再活化期」；這些病人的臨床表徵包括血清

圖一 慢性 B 型肝炎自然病史的示意圖



中病毒量上升 (>2000 IU/ml)、ALT 數值上升，以及肝臟細胞再次受到免疫系統的破壞。而一旦肝臟持續的發炎，形成肝硬化的風險就會增加，而一旦產生肝硬化，每年就有百分之五到十的機會產生肝癌。所以慢性肝炎，肝硬化，及肝癌，就成為我們所熟知的慢性肝病三部曲。

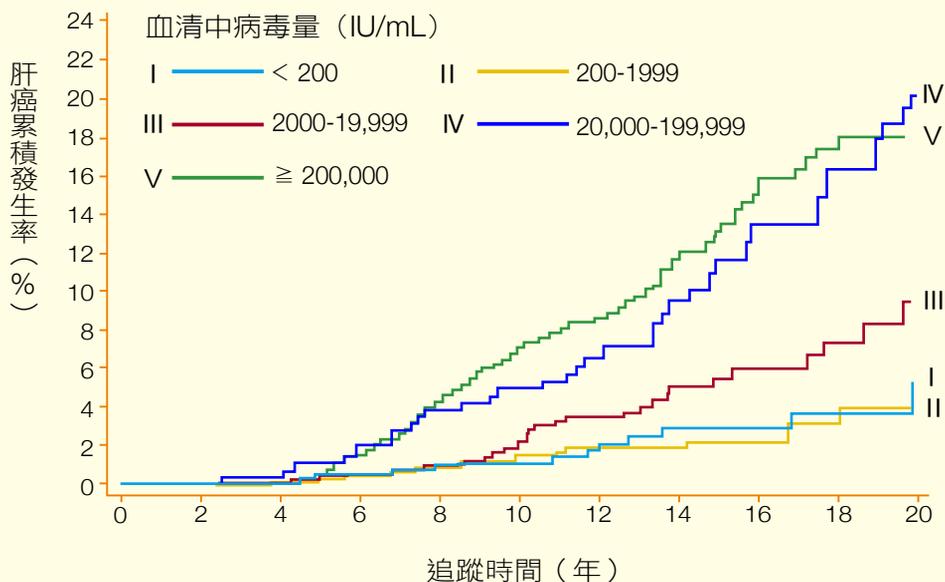
黃金雙指標 病毒量及表面抗原濃度

血清中病毒量及表面抗原濃度，會隨著自然病史中，不同時期的演進而逐漸的降低。從橫斷面的研究指出，在免疫耐受期，病毒量及表面抗原的

濃度最高，而進到免疫清除期後，兩者濃度持續降低，若屬於低複製期的不活動帶原者，兩者濃度最低，若有發生 e 抗原陰性的慢性肝炎，則病毒量會大於 2000 IU/mL，而表面抗原濃度則會略為上升。

而在一項臺大和慈濟合作的長期追蹤世代研究中指出，對於感染慢性 B 型肝炎的患者，表面抗原的濃度越低，日後清除表面抗原的機會越高，對於 e 抗原陰性的患者，若表面抗原濃度下降至 10 IU/mL，則每年產生表面抗原消失的機會，可以從一般患者的百分之一至二，上升至百分之七。

圖二 血清中病毒量和肝癌累積發生率的關係

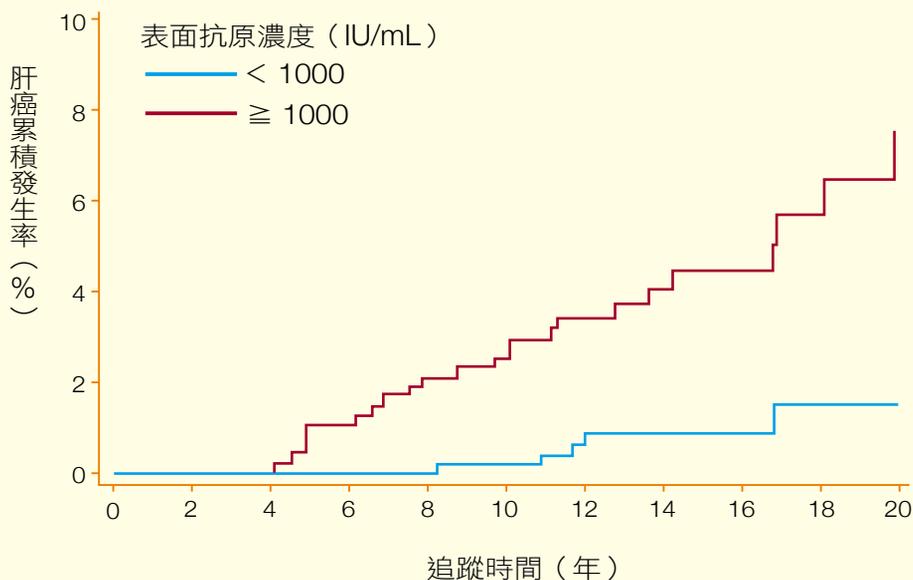


而對於肝癌的預測，病毒量的高低，一直扮演一項重要的角色，病毒量越高，發生肝癌的機會越大，而肝癌風險上升的閾值，則為「2000 IU/mL」。無獨有偶的，最近一項慈濟和臺大合作的研究也指出，病毒量大於 2000 IU/mL 的患者，肝癌的風險的確有明顯的上升（如圖二）。對於 e 抗原陰性且病毒量濃度 <2000 IU/mL 的患者，則病毒量不具有預測的角色，但若其表面抗原濃度 ≥ 1000 IU/mL，日後產生肝癌的風險比為表面抗原 <1000 IU/mL 的十三點七倍（如圖三）。同樣的，對於低病毒量的患者，表面抗原濃度 ≥ 1000 IU/mL 的患者，

日後產生慢性肝炎急性發作及肝硬化的風險，也較表面抗原濃度 <1000 IU/mL 來的高。換言之，對於病毒量小於 2000 IU/mL 之慢性 B 型肝炎患者，表面抗原濃度 ≥ 1000 IU/mL，則日後產生慢性肝病三部曲的風險，都有顯著的增加。

綜合以上的研究，近日所發展出來的血清中表面抗原的定量，能夠輔助血清中病毒量，讓臨床醫師能夠更精準的預測慢性 B 型肝炎患者的預後，也期待在未來，合併這兩項病毒指標，讓臨床醫師能夠提供患者更佳個人化的醫療。

圖三 低病毒量患者 (小於 2000 IU/mL) 血清中表面抗原濃度和肝癌累積發生率的關係



揭開胰臟的 隱形斗篷

文 / 林憲宏 臺北慈濟醫院肝膽腸胃科主治醫師

去年我們碰到一位患者，她是一位六十歲的女性，大約三十歲的時候就發現有 B 型肝炎帶原，並曾經在四、五年前肝炎急性發作，因為病毒量高達百萬以上，所以接受抗病毒藥物治療三年，穩定後停藥觀察，並定期做抽血及腹部超音波肝癌篩檢。

上腹痛到後背是警訊 內視鏡超音波抓病灶

在去年十月定期超音波檢查時，在一併檢查膽、腎、胰、脾時，發現胰臟管有擴張，雖然當時並無症狀，可是胰管擴張是不對的，因此立即安排核磁共振膽胰掃描（MRCP），結果並沒有結石或腫瘤，所以建議密切追蹤，並且交代若有不適，尤其是有上腹痛、痛到背後時立即回診。

到十二月，有一次突發上腹痛並反射到背部，她立即到本院急診並聯絡

我。發現肝功能與脂肪酵素升高，馬上照了電腦斷層掃描，可是仍然只有胰管擴張，看不出明顯腫瘤，於是住院做進一步檢查。住院中，我們安排內視鏡超音波檢查，這是把超音波探頭附在內視鏡前端，深入胃腸道作透視的檢查，對於後腹腔的胰臟、膽管末端等器官的病變，有很好的鑑別診斷能力，這是比較先進的檢查，需要特別訓練才能勝任。由於檢查的時間比較久，病人比較不舒服，通常要在靜脈麻醉之下才可以從容不迫地完成。

幸好檢查室陳建華主任與蕭宗賢醫師是這方面的專家，而肝膽腸胃科也與麻醉科醫師密切合作多年，在他們小心麻醉以及陳主任與蕭醫師細心檢查之下，發現在胰臟頭部勾狀突起處有一兩公分的腫瘤，這部位是胰臟腫瘤中更不易發現的位置。於是我們照會一般外科伍超群主任，伍主任非常仔細，與本科



經驗豐富且心思細密的林憲宏醫師，正仔細為病人作檢查。攝影／程千芳

及影像科詹正義醫師開會討論，把所有臨床檢查與影像全部調出來重新看過，大家同意胰臟頭部癌的診斷，才安排手術。胰臟頭部癌的手術是消化外科最大的手術，必須切掉胰臟頭部、十二指腸、膽囊、總膽管、和胃的下半，所幸手術在伍主任團隊的妙手之下順利完成，病理報告確認為胰臟腺癌，仍然侷限在胰臟膜內，並無淋巴腺轉移，算是早期胰臟癌。術後病人恢復很快，順利出院，繼續門診追蹤。

深藏腹部難診斷 團隊合作病人福

胰臟位於上腹部最深處，是消化脂肪與蛋白質酵素的重要器官，由於位處後腹腔，一般觸診或超音波不易檢查清楚。若有癌症，後期會有上腹悶痛、痛到背後的症狀，晚期則影響食慾、體重減輕、阻塞膽道或腸道而致命。初期癌

症則因症狀不明，又沒有特定高危險族群，也沒有很好的篩檢方法，因此早期診斷不容易。「CA-199」號稱是胰臟癌血液腫瘤指數，但是其敏感度與特異性都不好，意思是真的有胰臟癌也不一定高，而高的常常沒有胰臟癌，只有在診斷胰臟癌時剛好 CA-199 有高時，才可以作為治療後追蹤的指標。而臨床上胰臟癌一旦有症狀，通常來不及開刀，而開刀是唯一有機會治癒的療法，不能開刀時，化學治療只有部分有效，目前也沒有特定的標靶藥物，所以預後是很差的。

幸好有診斷的利器與專家，才能確診，讓病人恢復健康。這個案例說明臺北慈院消化科（胃腸肝膽胰）、影像科、麻醉科、與外科團隊的診斷治療能力不輸任何醫學中心，能在這樣的環境工作，盡心解決病人的問題，是當醫師的幸福。

急性胰臟炎的 祕密

文 / 李忠憲 臺北慈濟醫院肝膽腸胃科主治醫師

一位中年女性李小姐，本身有高血壓、糖尿病和尿毒症等慢性疾病，長期在臺北慈濟醫院接受治療，十分信任醫療團隊。近半年多次因腹痛合併噁心嘔吐至本院急診室求診，診斷為急性胰臟炎，入住胃腸科接受內科治療。住院期間，經內科輸液、禁食和藥物治療，病況逐日進步，數日後康復出院。某日又因腹痛合併噁心嘔吐至急診室求診，診斷仍為急性胰臟炎，入住胃腸科成為我的住院病患，本次住院期間，考量病患多次因急性胰臟炎入院，再次安排腹部電腦斷層檢查，發現胰臟有許多囊泡性病兆，進一步安排內視鏡超音波檢查，高度懷疑李小姐有胰臟囊泡性腫瘤疾病，因此造成李小姐反覆因胰臟炎入院治療，建議接受外科手術切除治療。

因李小姐有高血壓、糖尿病和尿毒症等慢性疾病，手術風險非常高，外科醫師建議待胰臟發炎狀況改善後，擇日接受手術治療，目前仍以內科治療為主。內科治療期間，某日半夜，患者發生呼吸困難伴隨意識不清，立即轉入加護病房並發出病情嚴重通知，經和家屬詳細討論病情後，病患的母親心疼患者長年因慢性疾病，飽受洗腎之苦，與其他家屬一起決定如果病況急速惡化願放棄急救。

加護病房醫療團隊在和家屬的互動中，獲知家屬有「希望李小姐在未來有機會穿上婚紗當一個漂亮新娘」的心願，加護病房醫療團隊齊心齊力實現家屬的願望，終於讓李小姐穿上婚紗，成為一個最漂亮的新娘子，除了家屬，所有醫療人員也是感動萬分；最後在醫療團隊的努力下，李小姐的病況趨於穩定，順利轉至地區呼吸照護中心繼續接受完善的照護。

結石酗酒是主因 風險很高需小心

這個真實故事，讓我們好奇急性胰臟炎的祕密。急性胰臟炎多因為胰臟消化液分泌管阻塞壞死或胰臟外分泌腺細胞遭破壞所引起。常見症狀有腹痛並轉移至背部、噁心、嘔吐、發燒等症狀，嚴重胰臟炎患者會有臉色蒼白、血壓低、脈搏弱、盜汗



李忠憲醫師認為現代人吃太多油脂及飲酒過量，都會造成胰臟過大的負擔。圖為他進行內視鏡影像檢查。攝影／程千芳

等現象，有高死亡風險，萬萬不可掉以輕心。胰臟炎常見原因有酗酒、膽結石、高血脂症、藥物、外傷和腫瘤等，其中膽結石與酗酒是最主要的原因。

胰臟炎首先有腹痛的症狀，血清澱粉酶 (amylase 或 lipase) 濃度超過三倍以上，影像學檢查如腹部超音波可發現胰臟有明顯腫大及低超音波回音，有時可以看到胰臟周圍有液體滯留。治療胰臟炎首先必須要禁食，減輕胰臟的工作負擔。適當使用止痛劑、體液的補充非常重要，以補充熱量、電解質和水分。應臥床休息，如發生噁心、嘔吐或腹脹等症狀，可考慮放置鼻胃管引流，緩解不適。少數病患，會轉變成壞死性胰臟炎而需要手術治療。針對於膽石性胰臟炎的病人可接受內視鏡逆行性膽胰道攝影術兼作診斷與治療。

減輕胰臟負擔 少酒低脂八分飽

百分之八十五至九十的急性胰臟炎經內科醫療團隊的治療可痊癒，然而仍有百分之十至二十的嚴重胰臟炎會併發多器官衰竭，且有很高致死率，所以不可掉以輕心。對於胰臟炎的防治，首重保持生活正常，少喝酒；常有膽石引起症狀者，應考慮手術切除膽囊；持續高血脂症的病人應接受藥物治療。急性胰臟炎病患的飲食原則應避免食用油膩的食物和吃太飽。

秘境探幽

內視鏡 超音波術

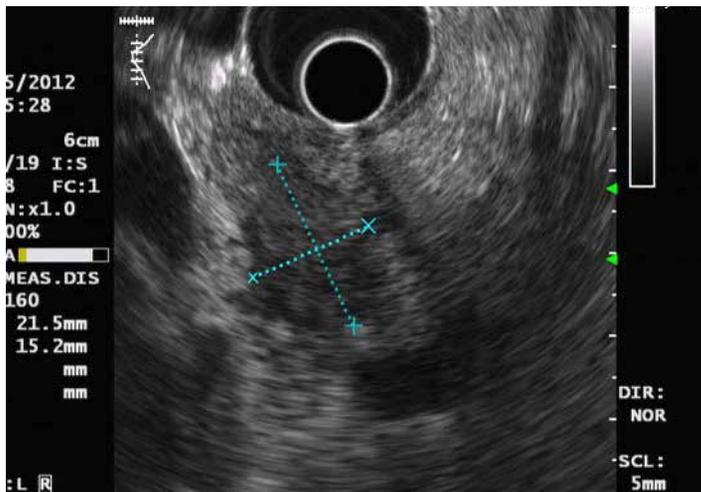
文 / 蕭宗賢 臺北慈濟醫院臨床研究醫師

張女士今年六十歲，因為慢性 B 型肝炎在腸胃科門診追蹤，在一次腹部超音波的追蹤中發現胰管有擴張的情形，抽血亦發現其血清脂肪酶 (lipase) 及胰臟腫瘤指數 (CA19-9) 均有上升情形，然而在電腦斷層 (CT) 及磁振造影 (MRI) 影像中並無法看出明確的

病灶，於是病人接受內視鏡超音波檢查，結果在胰臟頭部鉤突處發現一約兩公分大小的腫瘤，造成近端胰管的壓迫而導致上游胰管的擴張。病人後續接受「幽門保留性胰十二指腸切除術」，病理診斷為第一期的胰臟癌。

傳統腹部超音波檢查對於後腹腔器

官（例如胰臟及部分的膽管）的檢查，礙於超音波傳透腹壁時訊號的衰減，或受到腸道氣體的干擾，導致檢查結果不盡理想。其他的影像學檢查，如電腦斷層 (CT) 或磁振造影 (MRI)，對於膽胰病灶當然是很好的診斷工具，但一是電腦斷層檢查具輻射性，二是兩者價格都相對昂貴；且對



內視鏡超音波顯示胰臟頭部一低回音腫瘤（藍色虛線標示處）。

於微小腫瘤的偵測、血管或淋巴結侵犯，其影像解析度仍有不足。內視鏡超音波（endoscopic ultrasound，簡稱 EUS）是利用內視鏡讓超音波探頭深入靠近檢查的部位，避開腸氣之干擾，同時使用較高頻率的探頭可提高解像力，更能偵測或分辨微小的病灶，因此成為診斷胰臟與總膽管疾病的重要工具。

線性環狀超音波 細探膽胰微病灶

膽道、胰臟內視鏡超音波術是利用特殊的內視鏡（Echoendoscope），其內視鏡的前端裝置有一超音波探頭，將探頭隨內視鏡伸入胃或十二指腸內，施行膽道、胰臟與周遭器官構造的超音波檢查。設計上有兩種不同掃描方式的探頭，一種是環狀掃描 (radial scan)，另一種是線性掃描 (linear scan)。我們常用環狀掃描內視鏡超音波來觀察病灶，用線性掃描內視鏡超音波來作細針穿刺與其他治療之用。

精密微創多功能 細心操作很安全

有些人因咽喉部解剖位置異常、食道狹窄、或幽門狹窄，而有穿孔之虞時，或重症病人有吸入性窒息之危險，或排斥內視鏡檢查者，不建議做膽道、胰臟內視鏡超音波檢查。

病人要接受膽道、胰臟內視鏡超音波檢查前，必須充分明瞭這個檢查的



蕭宗賢醫師鑽研內視鏡超音波，希望找出細微的膽胰問題，嘉惠更多民眾。攝影／程千芳

適應症、操作過程可能之併發症與填寫同意書。檢查前需空腹八小時以上。檢查前會吃去泡劑、給予喉嚨作局部麻醉、給予鎮靜劑及腸胃道肌肉鬆弛劑。檢查時病患為左側臥，檢查過程與做胃鏡類似。如果需要實施穿刺、生檢或引流等步驟，術前還須作血液和生化檢查，評估是否有凝血方面的問題。若有服用阿斯匹靈或其他抗凝血劑時，原則上須停藥一星期。在操作穿刺、生化或引流時，有些醫師會給予病人麻醉，以減少病人的疼痛並防止病人因疼痛而移動身體，造成操作上的危險。

觀察胰臟疾患用的環狀內視鏡超音波探頭比較大，而線性探頭比較長，進入食道時要小心，需配合病人吞嚥動作順行滑入。內視鏡超音波探頭會放在胃之上半部及十二指腸進行觀察。

過程與一般上消化道內視鏡類似，但檢查時間可能較長，視病灶位置及複雜度而定。

術後通常建議二小時之後方可進食，這是希望避免因喉嚨麻醉後食物嗆入氣管。基本上，內視鏡超音波檢查是一種非常安全的檢查方式，發生併發症的機會很少。曾有人報導過有食道穿孔的情況發生，這是因為食道本身就具有問題才會發生，在正確操作之下發生併發症的機會少於千分之一。萬一有併發症發生，比如腹痛或出血，應立即禁食、給予輸液補充、並密切

觀察，若有臟器穿孔的徵兆，應會診外科醫師評估開刀的適應症。

內視鏡超音波在膽胰疾病的診斷具有相當的重要性，主要是它可以很接近病灶且可以使用高頻率音波，讓病灶以及與周遭器官的關係能清楚地呈現。膽胰內視鏡超音波除了診斷之外，還有治療的功能，例如：細針穿刺的細胞學診斷、胰臟假性囊腫的引流、胰臟癌的局部注射化學療法、或神經節阻斷止痛療法等。隨著機器精進與微創手術觀念普及，內視鏡超音波將使用在愈來愈多疾病上面。

內視鏡超音波的適應症

胰臟部分：

1. 胰臟惡性腫瘤與慢性胰臟炎形成之假性腫瘤的區分。
2. 胰臟癌的分期——對於腫瘤是否侵犯鄰近血管，內視鏡超音波可以提供絕佳的解像力，藉以提供能否手術切除的參考。
3. 胰臟囊性腫瘤的區分。
4. 胰臟內分泌瘤的定位。胰臟內分泌瘤——比如胰島素瘤，通常很小，傳統超音波與電腦斷層往往無法發現，必須藉助內視鏡超音波，才有辦法定位。
5. 胰臟假性囊腫的引流。內視鏡超音波除了診斷的功能外，還可以做治療之用。經由內視鏡超音波的定位及導引，在假性囊腫和胃或十二指腸

間造一條通路，讓囊腫內的液體流入腸胃道內，藉以消除囊腫，這就是所謂的內引流法 (internal drainage)。病人因此可以免除剖腹手術，達到引流的目的。

6. 不明原因胰臟炎的鑑別診斷。
7. 除此之外，胰臟內視鏡超音波術的治療尚包括神經節阻斷術與注射治療等等。

膽道部分：

1. 膽囊息肉與結石的區別。
2. 膽管狹窄及膽管擴張的鑑別診斷。
3. 對於一些膽管結石或膽道引流的困難個案，經由內視鏡超音波的導引可以協助內視鏡取石或膽道支架的置放。

微處見功夫

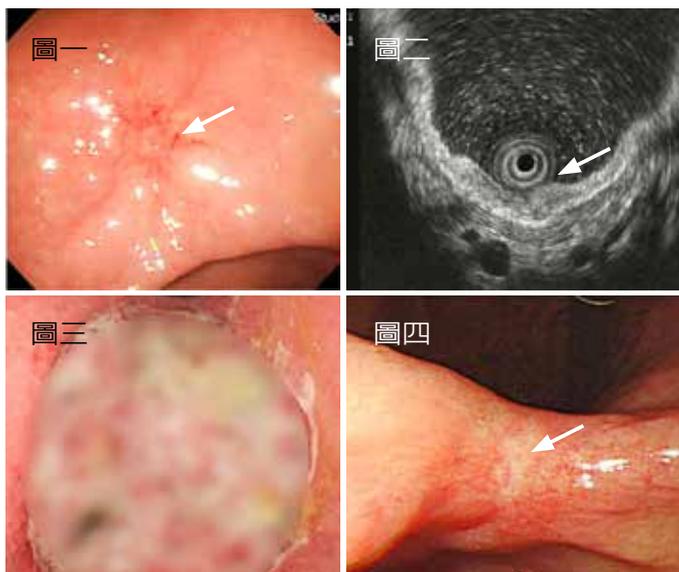
內視鏡黏膜下剝離術

文 / 陳建華 臺北慈濟醫院肝膽腸胃科主治醫師

王先生今年八十二歲，除了高血壓之外，過去身體健康狀況大致良好。他兩年前曾因上腹部不舒服到臺北慈院腸胃科看診，經胃鏡檢查是胃潰瘍。兩年來他接受過三次胃鏡檢查，每次都有切片，病理結果都是胃炎與良性潰瘍。最近又因上腹部不舒服到醫院看診，醫師建議再做一次胃鏡檢查。除了看潰瘍有沒有復發之外，因為王先生曾有胃潰瘍病史，而胃潰瘍有百分之五可能是胃癌，因此有必要進一步檢查。

在上消化道內視鏡檢查過程中，發現在胃的竇部小彎處有一約一點五公分的輕微凹陷且有皺摺匯聚的黏膜病灶(圖一，箭頭處)，經由切片結果確診為胃癌。內視鏡超音波證實癌細胞僅侵犯黏膜層，是早期胃癌(圖二，箭頭處)。同時

電腦斷層檢查發現並沒有局部淋巴結或遠端器官轉移現象，醫師為他進行「內視鏡黏膜下剝離術」(Endoscopic Submucosal Dissection, ESD)(圖三)。術後幾天，王先生很快恢復健康順利出院。一年後追蹤之內視鏡，可見瘢痕組織(圖四，箭頭處)，切片檢查無癌細胞復發之情形。



微創清除黏膜 初癌治癒率高

一九九五年，日本細川浩一（Hosokawa 和 Yoshida）等兩位學者，利用經內視鏡十二指腸乳頭括約肌切開術所用的針刀（needle knife），在前端加上一絕緣的小圓球發展為IT刀（insulation tipped-knife）。其後藤田卓志（Gotoda）和小野裕之（Ono）醫師首先利用IT刀發明新的黏膜切除術，不管腫瘤的大小，都可以利用這個新的方法進行「完整」的切除，不管對於腫瘤的完全根除或是術後病理切片的判讀，都提供了相當大的幫助，此新方法命名為「內視鏡黏膜下剝離術」。現在，內視鏡黏膜下剝離術已經成為早期食道癌、胃癌、大腸癌受歡迎之治療選擇。它最主要的目的是希望使用微創的內視鏡手術，達到腫瘤根除的目的，而取代部份外科剖腹之根除性手術。



陳建華醫師是內科檢查室主任，他正為病人解釋檢查的步驟與情況。
攝影／程千芳

針對僅侵犯黏膜層，影像學檢查無淋巴結或遠處器官轉移的消化道惡性病灶，「內視鏡黏膜下剝離術」可在內視鏡直視下進行局部切除，病患不必接受剖腹手術。自一九八三年，日本多田正弘（Tada）醫師報告首例使用內視鏡切除早期胃癌的成功病例後，二十幾年來，隨著內視鏡器械及操作技術的進步，現在已經成為早期食道癌、胃癌、腸癌的標準療法。其長期存活率並不比外科手術差，但卻可以避免大手術的風險及術後所產生的後遺症。

「內視鏡黏膜下剝離術」乃是針對傳統「內視鏡黏膜切除術」無法整體切除之較大病灶，而發展為提供完整病灶切除的新技術，其對於病灶侵犯程度提供更詳細之病理判斷，以期達到早期消化道癌免除傳統開刀治療。

早期腸胃道癌症（包括食道、胃、十二指腸、大腸），經內視鏡超音波證

實僅侷限在黏膜層，且影像學檢查沒有局部淋巴結轉移者，是最好的候選者。此外，在黏膜異生（即癌前病變）的去除方面，像是與胃酸逆流相關、易引起癌前病變的巴瑞特食道症（Barrett's）食道黏膜的切除，也是適應症之一。

剝離組織難度高 務求細心經驗豐

並不是所有的早期腸胃道癌症均適合做此手術，像是癌細胞分化極度不良，或深度達到下黏膜（接近肌肉層）、或解剖位置不恰當，或有凝血問題而無法矯正者等，均不建議做黏膜下剝離術，因為復發與併發症的機率很高。

因為手術時間較長，建議給予病患全身麻醉，或靜脈麻醉。切除的方法主要是利用針刀及IT刀等進行病灶周圍之環狀切開，使病灶與周圍正常組織分離，再利用IT刀等逐步將病灶與其下層之組織完整剝離開來。內視鏡黏膜下剝離術有兩大併發症，一是出血，一是穿孔。施行手術過程中需隨時注意出血之情形，並利用止血夾或電燒器進行止血，當進行黏膜下剝離時，須注意不可剝離太深以免發生穿孔情形。若有穿孔的情形，應視穿孔的位置決定其處理方式；穿孔若是洞很小的話，可以用金屬夾補起來。若有解黑便或血便，應施以內視鏡止血。以食道而言，應注意是否有發燒與胸痛加劇的情形，若有，應以外科手術修補。以胃而言，應放鼻胃管減壓，保持禁食，給與降胃酸的藥，再端視病人情形，決定下一步的做法；若肚子持續脹痛，且有腹膜炎情形，應立即外科手術處理。以大腸而言，若肚子持續脹痛，也應立即外科



陳建華醫師使用內視鏡為病人檢查，仔細的查看每個細節是否有病灶。攝影／程千芳

手術處理。

內視鏡黏膜下剝離術跟傳統內視鏡黏膜切除術相較，比較不會殘留癌細胞，同時也有較低的復發率。若真的發生有殘留或復發之情形，可以視情況再做一次剝離術，或傳統外科手術處理。對於不適合手術者，可以使用雷射或氬氣電漿凝固器做輔助治療，做法是燒灼已做完切除術後留下的潰瘍邊緣，以達到癌細胞完全根除的目的。

內視鏡黏膜下剝離術提供早期消化道癌之完整切除。與傳統手術比較，不僅恢復快，且沒有剖腹手術後傷口照護問題。況且沒有犧牲器官，保留器官的完整性，不影響原先的生理功能。在目前強調微創手術的時代與健保財務吃緊情形下，實不失為一種處理早期癌症的好方法。唯初學者併發症比率稍高，需要一定經驗的累積，才能提供更好、更安全的處理。

探索黑暗大陸的 小腸鏡

文 / 陳泓達 臺北慈濟醫院肝膽腸胃科主治醫師

七十六歲的劉女士，有肝硬化、心衰竭、慢性腎臟功能不全等病史，反覆發生腸胃道出血，經胃鏡及大腸鏡檢查，以及其他相關影像檢查後仍找不出病因。病患和家屬與醫師討論後，施行了「經口單氣囊小腸內視鏡」檢查，發現在小腸內有數個疑似血管異常增生之病灶，經適當之內視鏡治療及藥物控制後，腸胃道出血情況改善並順利出院。

腸胃內視鏡是二十世紀劃時代的發明，在腸胃內視鏡廣泛使用之前，腸胃科醫師面對各種各樣的腸胃道疾病，在診斷及治療上，總有種種不及之處。進入腸胃內視鏡的時代之後，包括胃鏡及

大腸鏡等，陸續在食道、胃、十二指腸及大腸的診療上有重大的成就。然而，卻也存在著這些檢查「鞭長莫及」的地方，也就是位於胃及十二指腸以下，大腸以上的小腸。

人體的腸胃道從咽喉以下的食道開始，接著胃、十二指腸、小腸及大腸。位於整個腸胃道中間地帶的小腸，擔負著消化分解食物及吸收食物營養的重責大任。整個小腸的平均長度約在四到六公尺左右，長度約佔了整體腸胃道的四分之三，再加上小腸在腹腔內彎曲環繞，造成傳統腸胃內視鏡檢查的困難，胃鏡長度為一百至一百二十公分，大腸鏡長度約一百五十公分；推式小腸鏡檢查至多只能進入近端空腸五十至一百五十公分，因此於二十世紀，在腸胃道內視鏡檢查領域，小腸仍猶如「黑暗大陸」一般難以進入。

膠囊內視鏡 小腸的第一道曙光

隨著科技的進步，小腸內視鏡檢查領域終於在二十一世紀有了重大的突



陳泓達醫師正在病房巡診，與家屬及病患溝通。
攝影／程千芳



破。二〇〇〇年，膠囊內視鏡 (capsule endoscopy) 的問世，有如照亮小腸內視鏡檢查的第一道曙光。膠囊內視鏡擁有非侵入性以及檢查診斷完成度高的優勢，但由於先天條件的限制，膠囊內視鏡只能達成診斷的功能，切片取樣及治療的功能則付之闕如。而隨後問世的氣囊式小腸鏡檢查，包括雙氣囊式小腸鏡檢查及單氣囊式小腸鏡檢查，除了診斷的功能，也兼具了切片取樣確診及內視鏡治療的功能。

目前常見需評估施行氣囊式小腸內視鏡檢查之臨床病症，包括經反覆胃鏡與大腸鏡及其它相關輔助影像檢查後，仍無法確知腸胃道出血之原因的不明原因/隱晦性腸胃道出血，是相當棘手之病症，由小腸病灶引起的出血約佔所有隱晦性腸胃道出血的百分之七十五。再則為診斷及治療小腸腫瘤或息肉，可針對小腸腫瘤或息肉做切片取樣、切除或其他治療措施。另取出小腸異物、診斷或治療小腸狹窄性病灶、不明原因之長期腹痛或腹瀉且反覆經一般腸胃鏡及其它影像檢查後仍無法確定診斷之病例。而經其他檢查 (例如膠囊內視鏡或腹部電腦斷層) 懷疑小腸病灶，需施行針對性檢查或治療。

單氣囊內視鏡 回拉摺疊深入小腸

以單氣囊小腸內視鏡檢查術為例，是以內視鏡進入小腸，單氣囊小腸內視鏡與胃鏡外觀類似，但長度達兩百公

結合膠囊內視鏡的小腸鏡長達兩百公分，可以深入小腸深處檢查及治療。

分，以約一百四十公分長、具備氣囊之外套管輔助，氣囊可充氣膨脹或還原，用以固定小腸壁並往回拉，將一段一段的小腸回拉摺疊，周而復始的重複這一步驟，深入小腸檢查治療。由於小腸長度可達四到六公尺，若需作完全小腸檢查，要合併經口及經肛門兩種途徑之小腸內視鏡檢，才可能完成全小腸檢查。經口小腸鏡檢查之術前準備和胃鏡檢查類似，需空腹八至十二小時；經肛門小腸鏡檢查之術前準備則與大腸鏡檢查類似，需服用清腸藥物及相關飲食控制及空腹。且氣囊式小腸鏡檢查相較於一般內視鏡檢查耗時更久，檢查技術困難度也較高，並且目前健保並不給付氣囊外套管等耗材。

因檢查必須深入小腸深部，往往需要麻醉科醫師協助麻醉以利檢查施行。發生感染、穿孔的機會約百分之一至二。

隨著科技進步，小腸疾病之檢查相較於從前有更多的選擇，包括膠囊內視鏡及氣囊式內視鏡等新設備讓小腸相關疾病可以獲得更即時適當的診斷，而其他包括螺旋式小腸鏡的陸續發明及使用後，小腸疾病醫學也將能更上一層樓，並使相關疾病患者能得到更好的治療。

危機處理

大腸息肉切除術

文 / 王品超 臺北慈濟醫院肝膽腸胃科主治醫師

近幾年由於飲食的西化，使得大腸癌發生率逐漸增加，成為已開發國家中常見的癌症之一。雖然醫療儀器及藥品之進步，但還是有相當多的患者死於大腸癌，其痊癒性的治療方法為手術，而決定大腸癌手術預後的好壞及成敗關鍵在於透過大腸鏡檢查早期診斷。可想而

知，如果可以早期發現，甚至更早進一步對於癌症的前身予以診斷、治療，當然更加理想。相信大家都聽說過，「大腸息肉」是癌症的前身，但是息肉到底是什麼東西？息肉和癌症之間究竟有何關連？

一位六十三歲的王先生，本身並無血便，排便習慣改變及體重減輕等症狀。二〇一二年一月經國民健康局癌症篩檢，發現糞便潛血呈陽性反應，故轉介至臺北慈院腸胃科施行大腸鏡檢查，以確定有無病灶。於內視鏡下，發現王先生的降結腸處有一個二點五公分帶柄之突起息肉，施以息肉切除術後，將切下的檢體送予病理化驗，結果為良性腺瘤，卻發現該息肉前端局部已有腺癌之變化，所幸息肉之切除根部邊緣並沒有發現癌細胞侵犯，經電腦斷層掃描也未發現局部或遠端轉移之現象。之後於門診追蹤大腸鏡及影像檢查也無癌症復發跡象，病患健康狀況至今也都一直維持良好。



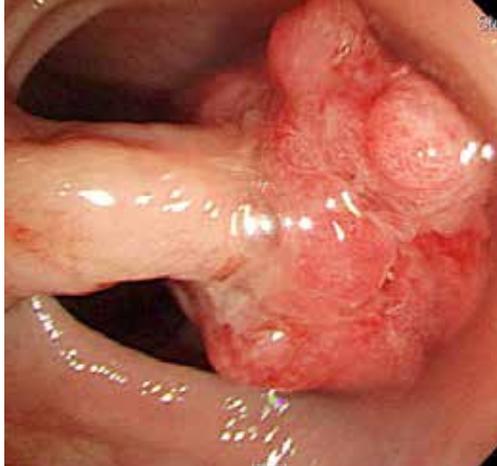
王品超醫師看診，向病人解釋腸胃道的運作機制。攝影／程千芳

微小息肉難辨認 洞燭機先防癌變

所謂大腸「息肉」，就是大腸壁上的一個突起物的統稱，是由大腸黏膜不正常增生所形成的。小的息肉通常都不會有症狀，較大的息肉就有可能造成出血現象。有的息肉會造成腸阻塞，出現噁心、嘔吐、腹痛等現象。大腸息肉常見大致可分為「增生性息肉」和「腺瘤性息肉」兩種。增生性息肉通常是微小的黏膜突起，常小於零點五公分，不會變成惡性腫瘤，這種小的黏膜突起通常和周邊的黏膜同一顏色或略為蒼白。增生性息肉可能是單獨發生，也可能在某一段大腸中數個息肉成群存在，因此以肉眼不易分辨判斷增生性息肉和腺瘤性息肉，常常需靠切片或息肉切除術，利用病理檢查來分辨。至於腺瘤性息肉，根據大規模醫學研究，多年之後可能會產生癌變，故可視為是大腸癌的前身，臨床如果發現應該盡可能將其移除。

鋼絲套圈熱能切斷 檢體送樣以策安全

大腸息肉移除的方法有很多種，當息肉較小時，可用切片夾除去。但當息肉較大時，則需使用內視鏡息肉切除術予以切除。大腸內視鏡息肉切除術之先決條件是大腸必需事前清腸準備得很乾淨，以便能很清楚地發現、觀察息肉以及周圍的大腸黏膜變化。常用的息肉切除術，是利用鋼絲套圈來操作；先以套圈套入有柄的息肉，預訂的切斷面最好



上圖：經大腸內視鏡檢查為有柄之大腸息肉在大腸鏡下之外觀。
下圖：使用鋼絲套圈套住息肉根部通電以熱能切除。

在息肉莖柄與頭部的接合處，須與胃腸管壁保持距離，不可與之接觸，以避免熱能導入胃腸壁，產生穿孔的危險；一旦鋼絲套圈套住息肉根部後，再慢慢將其縮小，接著再通電漸漸縮緊套圈，即可利用傳導的熱能切斷根部，取出息肉。

由此可知，大腸息肉切除術不僅可以避免息肉進一步演變成大腸癌，更能針對本身即為早期大腸癌的息肉予以消滅根除，不須經由開刀即可在內視鏡下操作進行完成，使病患免於開刀麻醉之風險及痛苦，且大部份皆不須住院，很快就能恢復正常工作及生活。

保養健康 很簡單

文 / 徐榮源 臺北慈濟醫院副院長、肝膽腸胃科主治醫師
陳建華 臺北慈濟醫院預防醫學中心主任
楊慧莉 臺北慈濟醫院預防醫學中心護理長

醫學的最高境界不只能治癒已發生的疾病，而是能早期診斷並預防疾病的發生。也就是所謂的「上醫治未病」，治未病是養生的第一原則，早期診斷對於疾病之治療效果有顯著之提升。



臺北慈院徐榮源副院長是資深的腸胃科醫師，多年的經驗讓他相信預防絕對重於治療。
攝影／吳裕智

最近我讀一本書，內容提及起初福特汽車需要保養的零件約有一萬八千項，不幸的是，它們並不需要同時維修保養，因此顧客不知道何時該做何種相關保養；而有同樣零件的本田汽車則清楚規定，五千英哩、一萬英哩及兩萬五千英哩等不同階段需要維修保養的內容與費用，讓顧客了解讓愛車準時進廠維修保養車是一件簡單的事情。福特公司後來仿效本田模式，才讓其維修業務能趕上本田公司的水準。我們從福特經驗提供的啓示了解，把各種健康檢查變得簡單化，讓人們容易記得執行，提升人們的健康水準，即可讓醫療成本下降。

醫療檢查需對症 珍貴資源難「順便」

做為一位資深腸胃科醫師，在門診看診時，常常會遇到一些困擾，例如

病人希望抽血時能「順便」加做其他檢查，如血糖、膽固醇、三酸甘油酯、乃至各類腫瘤及肝炎標誌等等，這些檢查單項自費費用從五十元至四百元不等。另外，當病人因上腹不適被安排胃鏡檢查時，亦會「順便」要求加做大腸鏡檢查。病人常誤以為需自費的無痛麻醉費用已包含於鏡檢費用內，其實這些病人額外的要求，因為缺乏需要檢查的適應症，都不符合健保給付，皆屬於自費健檢項目，若不按規定，健保局會抽審並擴大核刪，除會造成醫院損失外，亦會促使健保制度無法永續經營。

二〇一一年統計資料顯示，癌症連續三十年排名臺灣人民的十大死因第一位，死亡人數占百分之二十八，平均每十二分二十一秒就有一人死於癌症，比起前一年縮短了二十七秒。其中肺癌排名第一，其次是肝癌，結腸直腸癌排名第三。

近三成大腸不健康 定期健檢自省養生

二〇一二年臺北慈院預防醫學中心通過醫策會「健康檢查品質認證」評鑑。以發現大腸癌為例來做分析，於二〇一一年至二〇一二年度在臺北慈院預防醫學中心健檢時發現的大腸癌就高達二十五位，若可早期發現大腸瘻肉並即時做切除就不致轉為癌症。

臺北慈院二〇一一年至二〇一二年的健檢個案為一萬一千六百三十四



臺北慈院提供免費四癌篩檢以及自費的一日健檢，都可以為民眾的基礎健康把關。攝影／程千芳

人，做無痛大腸內視鏡檢查者有九千四百四十一人，其中發現大腸有瘻肉有二千五百六十九人，佔總大腸鏡健檢人數的百分之二十七之多，其中近兩千人做瘻肉切片摘除，最年輕為十七歲，年紀最長為八十八歲。

檢查出有瘻肉的民眾中，四十至五十九歲之間佔百分之五十六點七。由以上資料顯示，對於四十歲以上的民眾，建議每二年至三年應接受一次含大腸鏡之健康檢查，而臺北慈院推出的一日健檢是可行之選項。

臺北慈院的預防醫學中心有優質的胃腸科及麻醉科團隊。健檢過程中有麻醉專科醫師、麻醉護理師及恢復室護理人員，專心照顧每一位受檢者。而定期接受適當的健康檢查是預防大腸直腸癌之最佳方法。🌱