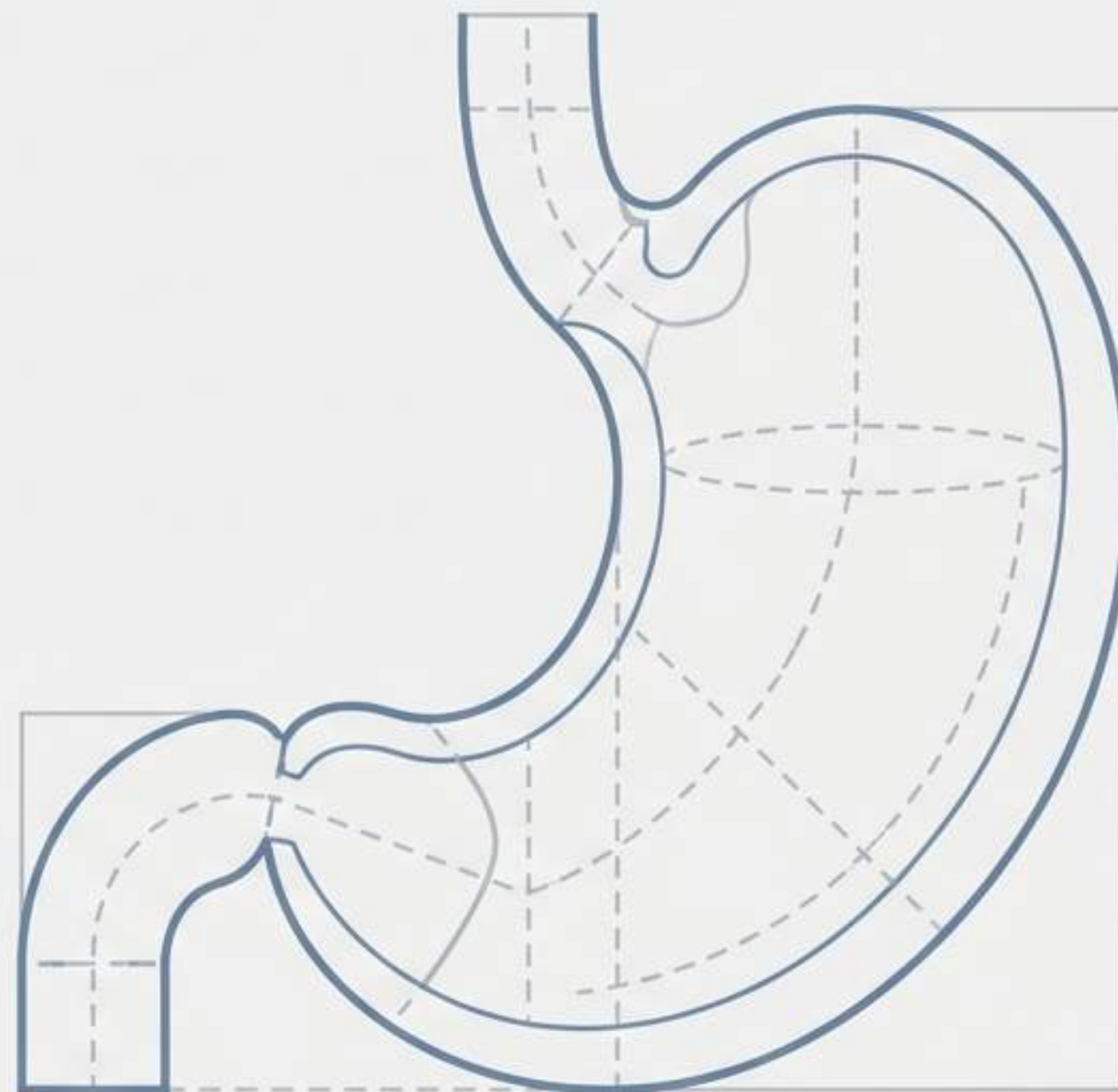
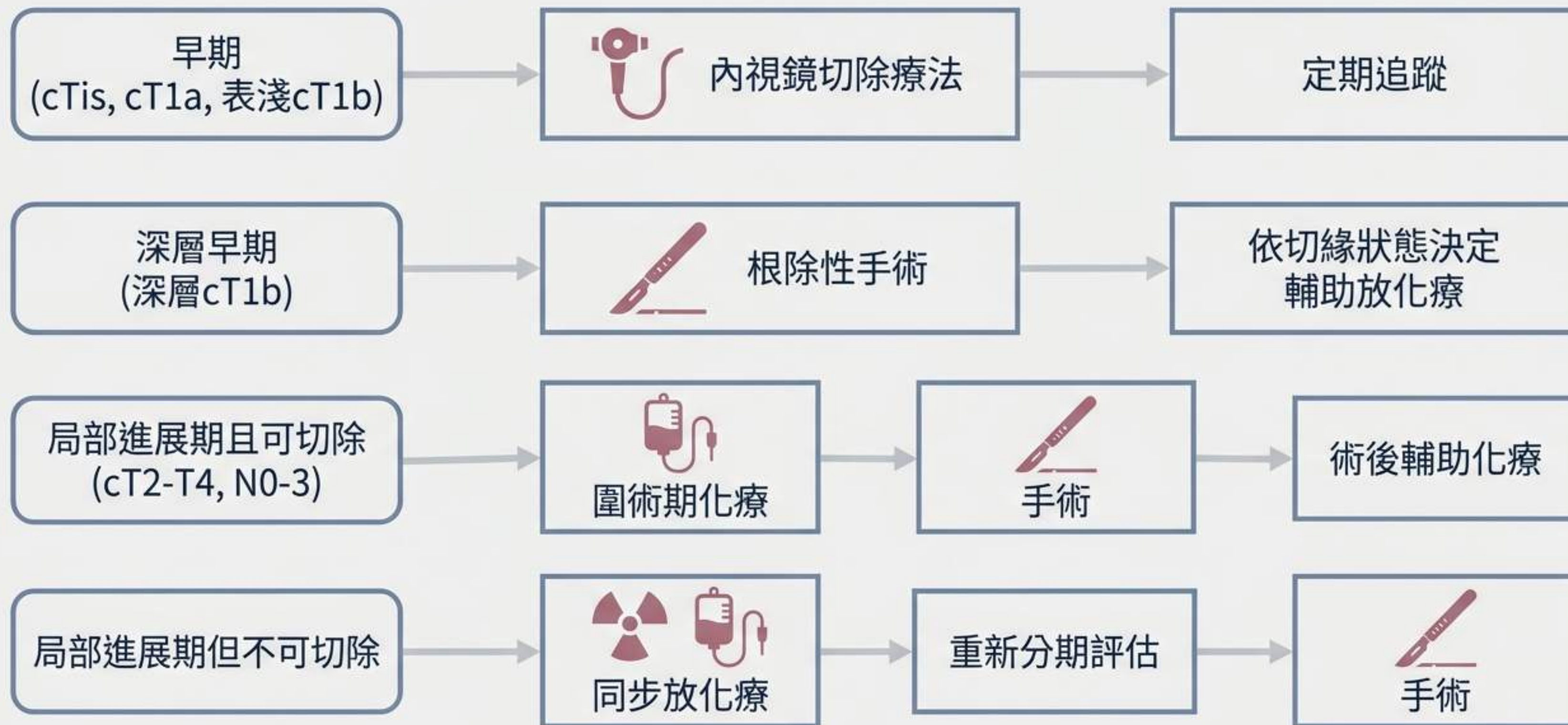


胃癌的局部療法 與併發症處置

臨床指引解析：由淺入深掌握手術、放療與術後照護全貌



局部區域性胃癌治療總覽



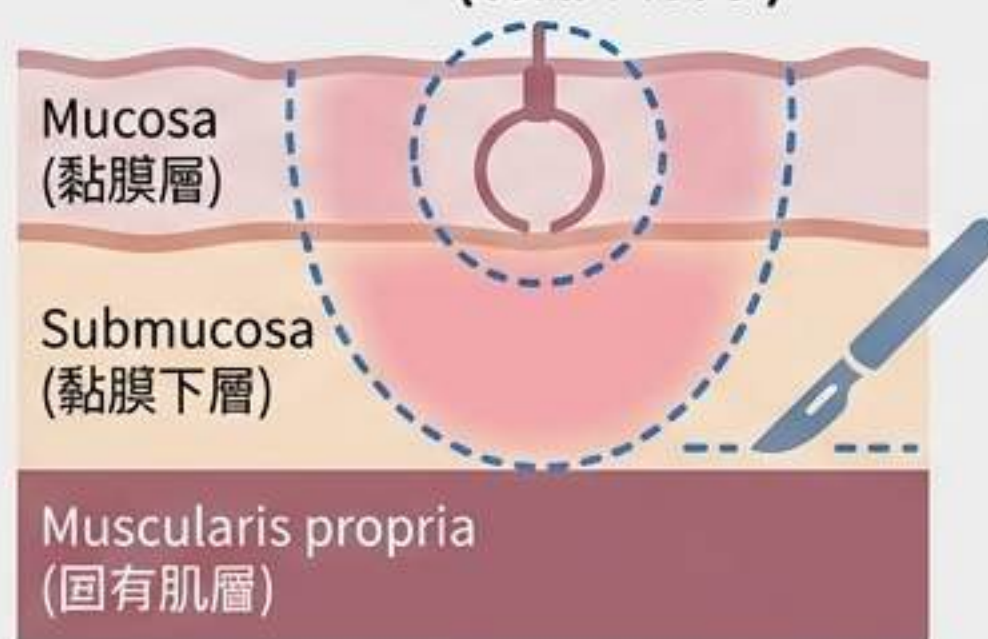
早期胃癌的精準打擊：內視鏡療法

EMR (內視鏡黏膜切除術)

- 適應症: 病灶 ≤ 2 cm、分化良好/中度、無淋巴血管侵犯、浸潤深度 ≤ 0.5 mm
- 技術: 局部注射後圈套切除 (Snare)
- 適用: 極早期小病灶



EMR (黏膜切除)

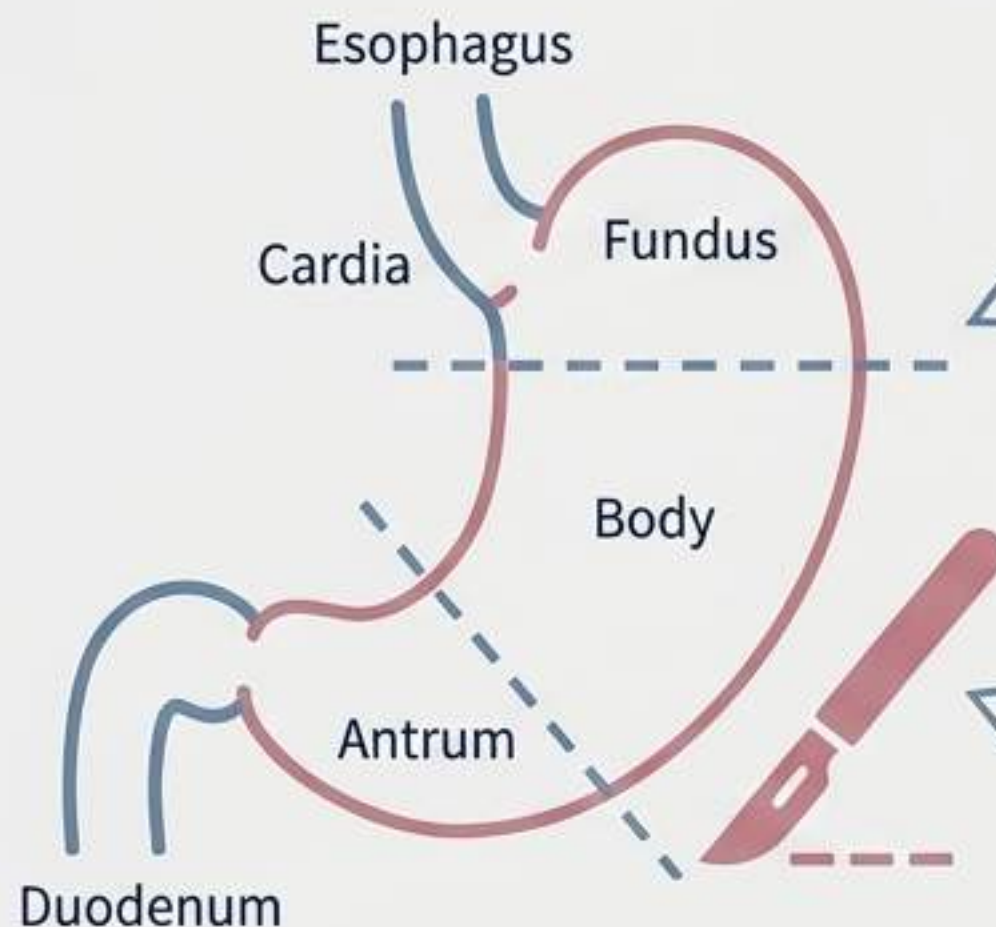


ESD (黏膜下剝離)

ESD (內視鏡黏膜下剝離術) ★ 指引首選

- 擴大適應症: 容許 > 2 cm 且無潰瘍之分化良好癌
- 臨床優勢: 治癒率顯著較高
- 預後: 局部復發率大幅降低 80%

根除性胃切除術：範圍與切緣狀態評估



遠端胃癌：
首選部分/次全胃切除
(保留胃體功能，降低併發症)

近端胃癌：
全胃切除/近端胃切除
(需考慮放置空腸造口)



不建議常規預防性脾臟切除術
(增加併發症且無存活優勢)



手術切緣 (R分級)

R0 (完全切除)：
顯微鏡下完全無癌細胞殘留
→ 治癒前提

R1 (顯微鏡下殘留)：
肉眼乾淨，顯微鏡下邊緣陽性
→ 需後續放化療

R2 (肉眼殘留)：
術中肉眼可見無法切淨
→ 轉為晚期姑息治療

微創手術 vs. 傳統開腹：臨床實證

CLASS-01 第III期非劣性試驗

P (族群)： 1056位 cT2-T4a期局部晚期胃癌患者

I (介入)：  腹腔鏡遠端胃切除術

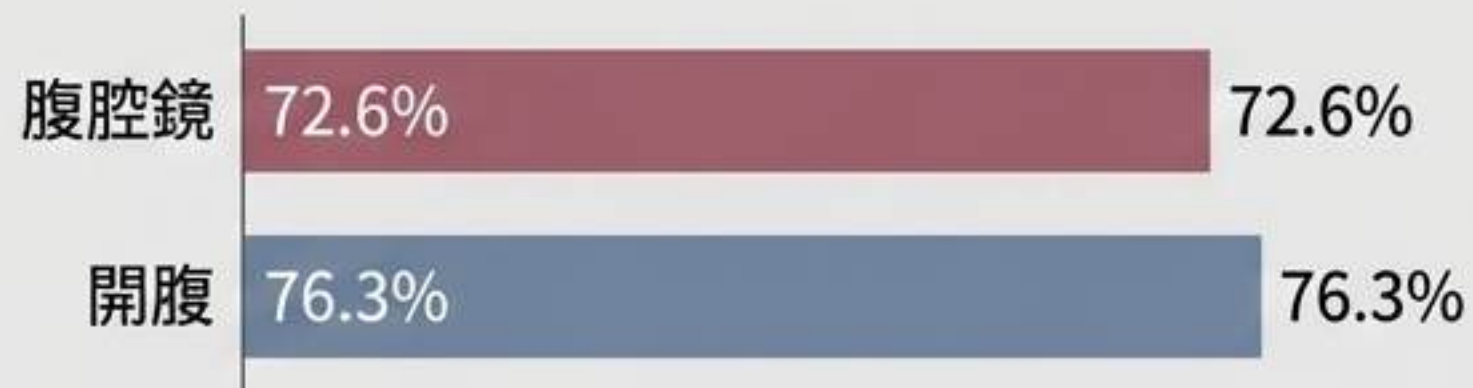
C (對照)：  傳統開腹遠端胃切除術

O (結果)： 生存率無顯著差異，確立腹腔鏡之標準地位 (T4b期除外)

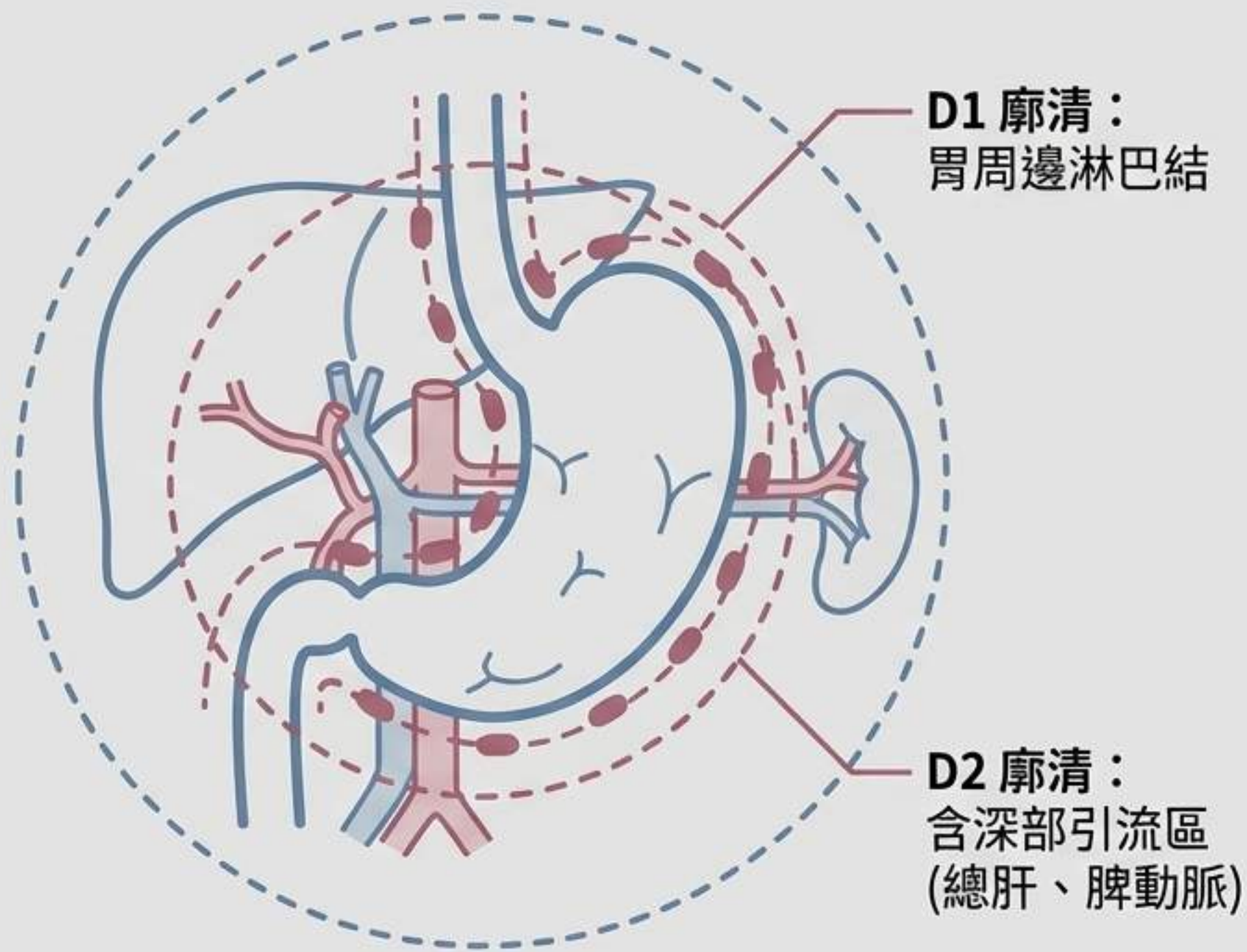
3年無病存活率 (DFS) (HR: 1.06)



5年整體存活率 (OS) (HR: 1.17, p=0.19)



區域淋巴結廓清術：D1 vs. D2 的生死之戰

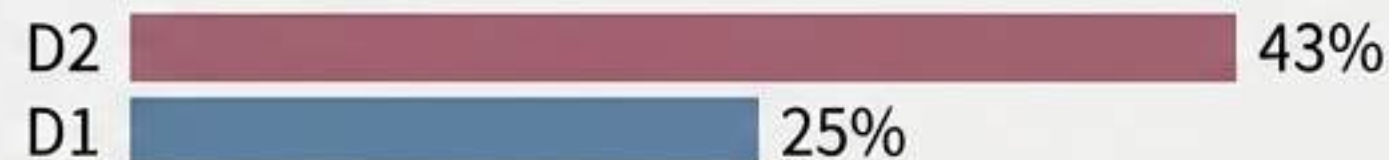


NCCN 強烈建議檢驗 ≥ 30 顆淋巴結

荷蘭胃癌研究試驗

P: 711位根治性手術患者 | I: D2 廓清 | C: D1 廓清

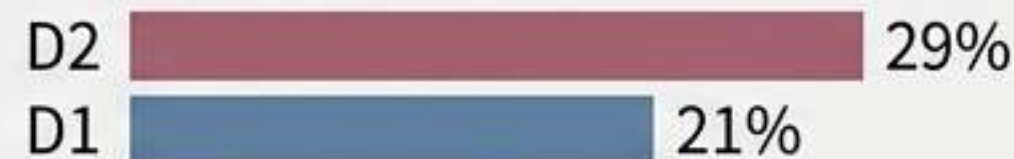
術後併發症率



手術死亡率



15年 OS



早期 D2 併發症極高；現今主流為「保留胰臟的改良型 D2」，安全且提升存活。

放射治療的角色限縮與適應症



術後切除不完全 (R1/R2)

強烈建議：必須追加術後輔助化放療 (CCRT)，以消滅邊緣殘留病灶。



無法切除之晚期

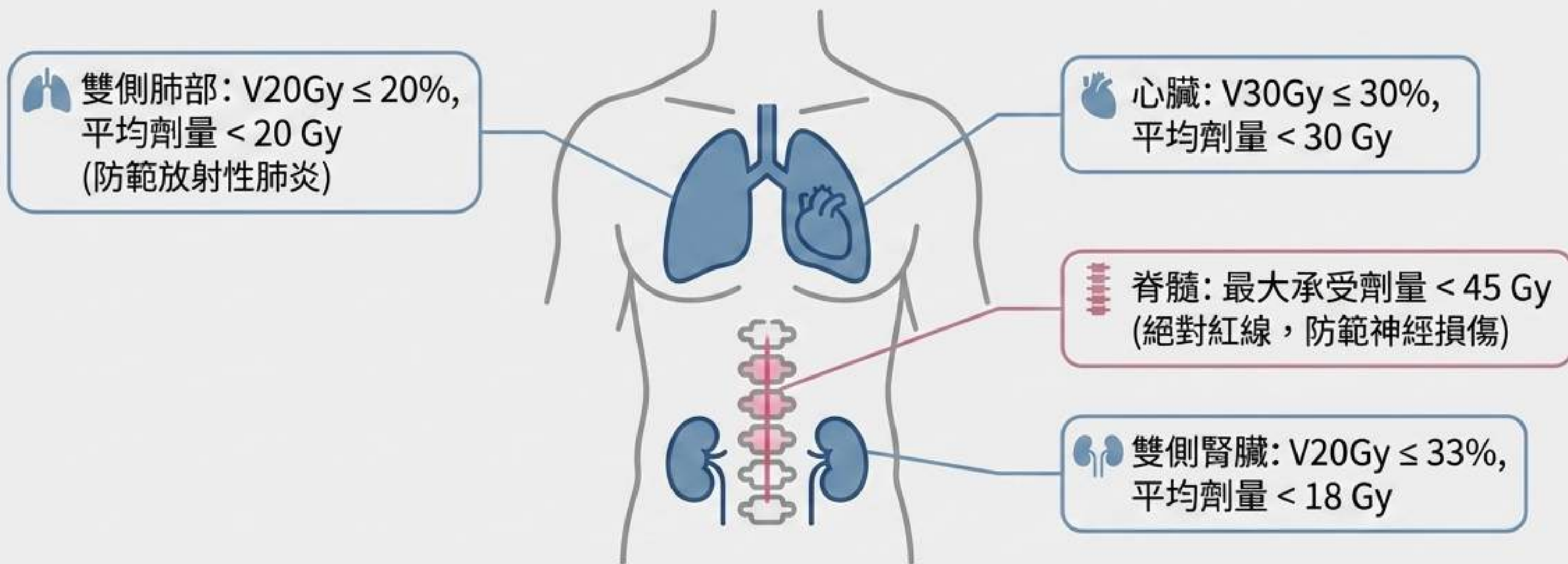
強烈建議：同步化放療，有機會縮小腫瘤爭取後續手術切除機會。



經 D2 廓清且手術乾淨 (R0) → 不需常規放療

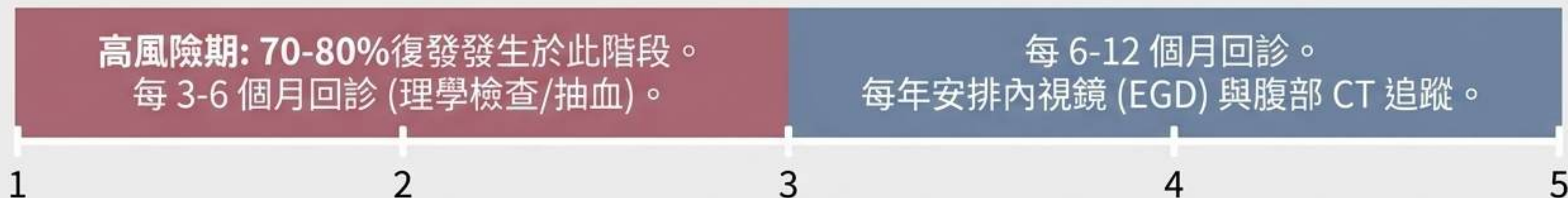
ARTIST / ARTIST II 試驗證實，徹底執行 D2 廓清的患者，額外添加術後放療無法帶來任何生存獲益 (OS 無顯著差異)。

放射治療的器官容忍限制



V參數代表「暴露到該放射劑量之器官體積占比」。
數值越界，嚴重併發症風險將呈指數上升。

胃癌術後階段性追蹤與預防



防範次發性胃癌的最後防線 (幽門螺旋桿菌根治試驗 NCT02407119)

P : 早期胃癌術後患者
I : 抗生素根除療法
C : 安慰劑



遠端復發風險大幅下降 50%

術後一旦發現幽門螺旋桿菌感染，強烈建議執行根除療法。

胃切除特有後遺症：傾倒症候群 (Dumping Syndrome)

早期傾倒 (Early Dumping)

發生時間：餐後 30 分鐘內



症狀：心悸、腹瀉、噁心、腹部絞痛



心悸



腹瀉、噁心、
腹部絞痛

晚期傾倒 (Late Dumping)

發生時間：餐後 2-3 小時



症狀：暈眩、冷汗、虛弱、極度飢餓感



暈眩



冷汗、虛弱、
極度飢餓感

核心護理衛教

少量多餐、嚴格餐水分離、提高蛋白質與高纖維攝取、限制單一碳水化合物（甜食）。

營養防線：維生素與礦物質缺乏處置



維生素 B12 缺乏

機轉：喪失壁細胞與內在因子，迴腸無法吸收。

處置：終身依賴針劑！常規注射 1000 mcg IV (每 1~3 個月一次)。



缺鐵性貧血

機轉：缺乏胃酸，三價鐵難以轉化為二價鐵。

處置：每年追蹤；避用腸溶衣或緩釋型口服鐵劑。



骨質減少與疏鬆

機轉：鈣質與維生素 D 吸收不良。

處置：術後第 3 年強制檢測骨密度 (DEXA)；常規補充鈣片與維生素 D。



盲迴路症候群 (Blind Loop Syndrome)

機轉：重建手術盲端腸液滯留，細菌大量繁殖。

處置：口服抗生素 Rifaximin 550mg TID，療程 7-10 天。

晚期併發症決策樹：出血與阻塞處置

消化道大出血 (吐血/黑便) 處置

急性大出血



首選內視鏡止血
(極易復發)

若失敗或持續出血



血管攝影栓塞術
(IR)

慢性失血



姑息性體外放療
(EBRT) 無創止血

惡性胃出口/賁門阻塞處置

局部阻塞



置放自膨式金屬支架

若支架失敗或病灶廣泛

減壓性胃造口引流
(Venting Gastrostomy)



禁忌症：大量腹水者極易引發
外漏與腹膜炎

治療副作用照護：神經病變 (CIPN) 與疼痛管理



實證有效 (Do's)

- 唯一具備實證基礎的止痛藥物為 Duloxetine。
- 必要時延遲給藥或降低化療劑量。
- 影響步態時，提早轉介復健科防跌倒；疼痛可考慮放化療減輕腫瘤負荷。



證據有限 (Caution)

- ASCO 指引提及可嘗試：針灸、低溫冷凍療法 (冰敷手腳)、加壓療法 (緊實手套)。



強烈不建議 (Don'ts)

- 實證無效藥物：鈣/鎂輸注、Gabapentin / Pregabalin、維生素 B 群 / E 群 (無效且增加負擔)。
- 出現噁心嘔吐時，切忌盲目給藥，須先排除物理性消化道阻塞。