


肺活

亮

臺北慈濟醫院
肺癌治療



無聲的殺手，肺癌。
讓病人心中恐懼的海嘯，鋪天蓋地襲來。
面對強敵步步進逼，
一寸也不能退讓，
醫護呵護全時，戮力以赴！
在煙硝生死戰場，構築堅固防禦工事，
為癌症的絕望，燃起了一線生機。
胸腔鏡微創手術、立體定位放射治療……
迎戰敵寇，迎來希望。



文／徐莉惠

審定／黃俊耀 臺北慈濟醫院胸腔內科主治醫師

「咳！咳！咳！」六十三歲的李女士是一位家庭主婦，生活單純，不菸不酒，二〇〇九年時出現了咳嗽症狀，連咳了一、兩個月，愈咳愈嚴重，到臺北慈濟醫院胸腔內科就醫。

胸腔內科黃俊耀醫師仔細問診後，安排相關檢查，確定罹患了肺腺癌第四期，左肺有六點八乘二點七公分的腫瘤，胸腔積水而且癌細胞已轉移到骨頭。李女士看到檢查報告的那一刻，驚訝的說不出話來，想不透為何肺癌會找上她，而且已經是末期了，腦海中頓時浮現出許多負面的想法。

黃俊耀醫師向她詳細說明治療計畫，加上志工和親友的鼓勵，李女士決定勇敢面對並配合治療。透過基因突變的檢測，確定她的EGFR(epidermal growth factor receptor 表皮生長因子受體)呈現陽性，適合給予標靶藥物治療。李女士從二〇一〇年開始服藥，半年後她的胸腔積水不見了，骨頭的癌細胞也逐漸消失，持續服藥至今，左肺的腫瘤已縮小至小疤痕一點八乘二點三公分，而且幾乎沒有出現皮膚疹、腹瀉、甲溝炎等副作用，存活超過八年，她甚至還能出國旅遊。

肺癌往往被發現得晚，存活率遠低於其他癌症，各國醫藥界對於肺癌的防治都投入了很多心力，治療方針多元且發達，依照不同的期別、個人的病況，都有最適合的治療方式。早期肺癌可選擇手術切除、放射線治療、化學治療；晚期肺癌則有標靶藥物、化學治療合併



黃俊耀呼籲病人和家屬要有信心，不要因肺癌晚期或高齡就放棄治療。(攝影／吳裕智)

血管增生抑制劑，或是免疫抑制劑等方式。黃俊耀醫師表示，防治肺癌的關鍵是戒菸，高危險族群應定期篩檢，以便早期發現、早期治療；如果發現時已是晚期，也不要喪失信心，只要按部就班配合醫師的治療計畫，一樣能獲得很好的控制。

肺癌若發現得晚 存活率低

根據衛生福利部公布之二〇一五年國人十大死因，癌症已蟬聯三十四年榜首，死亡時鐘愈走愈快，平均每十一分十三秒就有一人死於癌症。男、女性的前三大癌症死因相同，依序是氣管及支氣管和肺癌、肝和肝內膽管癌、結腸和直腸和肛門癌，肺癌已成為臺灣癌症的頭號殺手，肺癌一、二期患者的五年存

活率將近六成，但三、四期患者則低於兩成。黃俊耀醫師說，「臺灣每年肺癌的新發病例大約有一萬兩千人，遺憾的是，絕大多數的病患發現時，都已經是肺癌晚期，最主要是因為肺癌初期幾乎沒有症狀，許多病患查覺到症狀時，癌細胞已轉移到腦部或骨頭。」

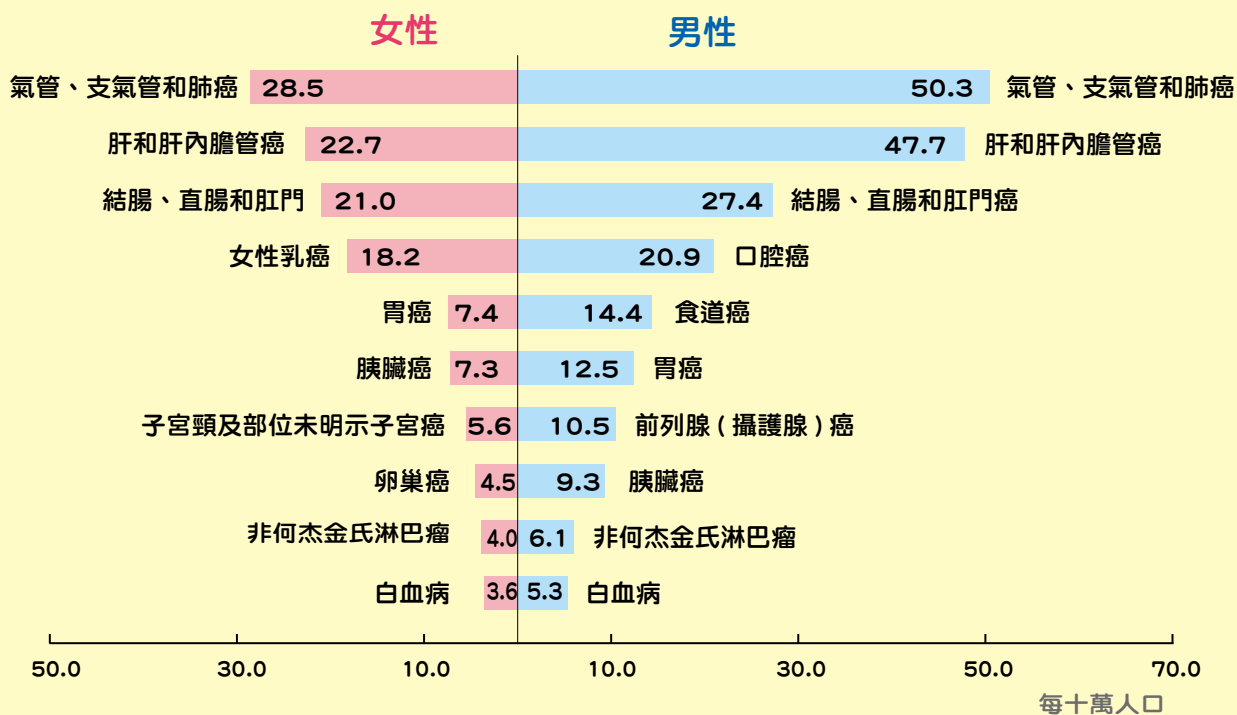
早期的肺癌幾乎沒有症狀，當有症狀產生時，七成的病患已是三或四期的晚期癌症。肺癌患者常出現的症狀包括：咳嗽持續兩週以上、氣喘、胸痛、咳血、聲音沙啞、背痛，甚至頭痛、頸痛、中風症狀等。有些肺癌患者在原發的位置沒有發生病狀，但因轉移到骨頭，產生骨頭疼痛或病理性骨折；轉移到腦部則

出現類似中風或腦癌的症狀。有些肺癌會造成皮膚變化、肌肉無力或發炎，鈉或鈣離子異常，引起全身無力、便秘、神智不清等。

環境各因素夾擊 年輕化女患者增多

肺臟分為左肺、右肺，左肺分二葉、右肺分三葉，肺的外觀類似海綿，布滿微小的肺泡及微血管，氣體由呼吸道進入肺部，空氣透過肺泡與微血管進行氣體交換。呼吸道上皮細胞可能因內在體質或外在環境刺激，增生不正常的細胞，逐漸形成癌症。

過去肺癌多屬於老年人的疾病，但



衛生福利部 2015 年兩性十大癌症死因

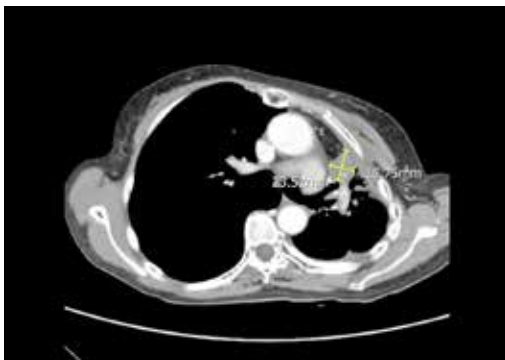
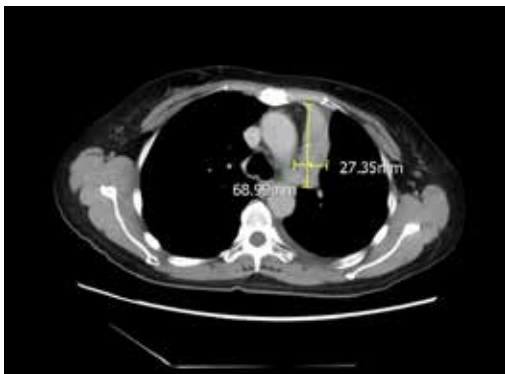
近年已有年輕化的趨勢，許多不抽菸的女性也罹患肺癌。引起肺癌的危險因子很多元，最主要的原因是吸菸或吸到二手菸，吸菸導致肺癌的死亡率是不吸菸者的五至二十五倍。其他可能引起肺癌的原因，包括了基因型態變異、工作場所暴露到石棉或放射性物質、石化工業、鎘、砷、氫氣、空氣汙染、廚房油煙等。遺傳因素也很重要，父、母方家族中若有兩位以上罹患肺癌，則其他人得肺癌的機率為一般人的五至七倍。

一位六十六歲的王先生有菸癮四十年了，每天都要抽三包菸，去年因持

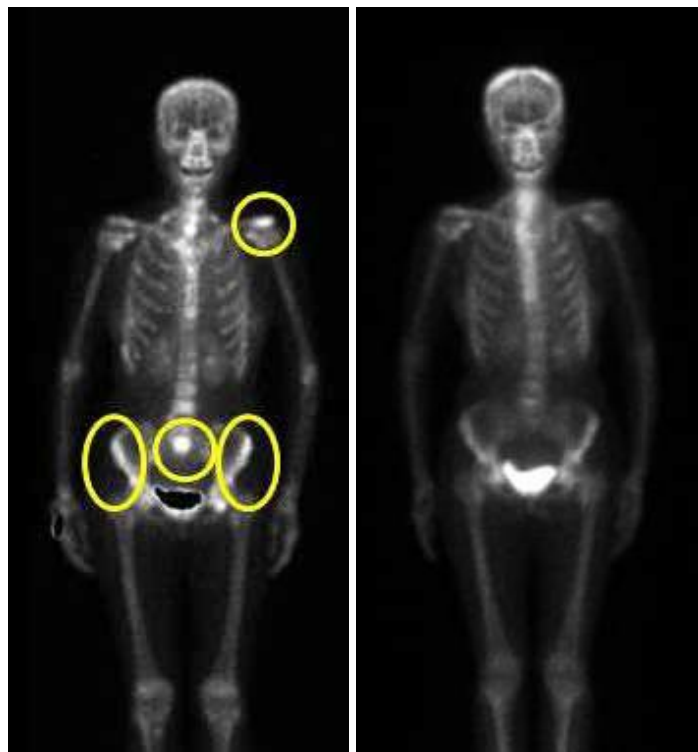
續咳嗽、胸悶、胸痛，就醫檢查才發現罹患了晚期的小細胞肺癌，當下既震驚又難過，懊悔不已，目前正進行化療。

診斷工具多樣 揪出可疑病灶

當有症狀出現或肺部篩檢異常時，病人到門診就醫，醫師會安排相關檢查。黃俊耀醫師表示，胸部X光檢測是肺癌的常規檢查，若發現有疑似癌細胞影像者，則會進一步使用高解析度低輻射電腦斷層掃描，而影像顯現出可能罹患肺癌時，需進行病理切片，才能確認是否罹患肺癌。



李女士標靶治療前後的肺部電腦斷層圖，上圖為二〇〇九年，下圖為二〇一六年九月。圖片提供／黃俊耀醫師



李女士標靶治療前後的骨骼掃描，黃圈顯示腫瘤轉移點，治療後已消失。圖片提供／黃俊耀醫師

肺癌的各項檢查具有不同的功能性：

◆ 胸部 X 光：

最基本也是最普遍的檢查，大約可發現百分之七十的病患，但難偵測到一公分以下的肺部病變；即便是一至二公分的大小，亦受限於發生部位，不易偵測或判讀。

◆ 低劑量胸部電腦斷層檢查：

當胸部 X 光發現有異常病灶，醫師會安排低劑量胸部電腦斷層檢查，進一步確定其位置與病灶影像，可偵測到小於零點三公分的腫瘤。這是目前針對肺癌檢查最靈敏的工具，輻射量遠低於傳統的胸部電腦斷層檢查。低劑量胸部電腦斷層檢查一次的輻射量為一點五 mSv(毫西弗)，傳統電腦斷層檢查一次的輻射量為七 mSv。

◆ 痰液細胞學檢查：

有機會確定病患的肺癌型態，但每個肺癌病患不一定都有咳嗽帶痰，而且每次的痰液不一定都含有癌細胞。痰液中若出現中度或重度病變上皮細胞，十年內有兩成的機率會發生肺癌。

◆ 支氣管內視鏡檢查：

可以在局部麻醉下執行或是使用無痛支氣管鏡檢查，減少病患焦慮、咳嗽、氣喘或呼吸困難的感覺。若發現腫瘤，會進行病理切片，確認是否罹患肺癌。

◆ 核磁共振檢查：

主要用於期別的鑑定，檢查是否有腦部、骨頭的轉移，但難發現肺部腫瘤。

◆ 正子攝影檢查：

可同時偵測肺部原發病灶，各部位淋巴腺、腎上腺、骨頭等是否有轉移，但對於二公分以下的腫瘤，則敏感度不高。

◆ 胸腔鏡手術：

可做為其他檢查無法確診時的一種診斷技術，也可用於縱膈腔淋巴腺分期，更常用於手術切除肺癌。

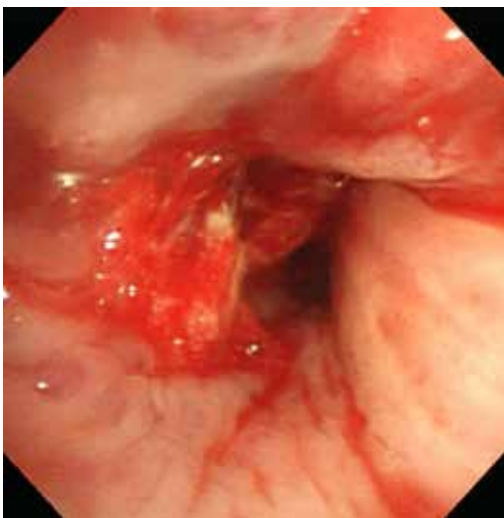
◆ 縱膈腔鏡術：

確定縱膈腔的淋巴腺是否受到癌症侵犯，可做為診斷工具或是更精確的淋巴腺分期。





黃俊耀醫師為患者進行支氣管鏡檢查。攝影／范宇宏



支氣管鏡檢查發現腫瘤。圖片提供／黃俊耀醫師

依種類和分期 選擇最佳療法

根據世界衛生組織 (WHO) 的分類，肺癌主要分為「小細胞肺癌」和「非小細胞肺癌」。「非小細胞肺癌」又再細分為肺腺癌、鱗狀上皮癌和大細胞肺癌。在臺灣，小細胞肺癌約占肺癌病例的百分之十五，非小細胞肺癌約為百分之八十五，其中又以肺腺癌的百分之五十至五十五居多。吸菸者大多是罹患小細胞肺癌、鱗狀上皮癌，不吸菸者多為肺腺癌。

肺癌的分期治療

	小細胞肺癌		非小細胞肺癌 (肺腺癌、鱗狀上皮癌、大細胞肺癌)
第一期 A	手術切除加術後化療，或先化療再手術切除。	化療同時併用放療	手術後定期追蹤
第一期 B			手術後用口服化療藥
第二期 A			手術後接受 4 個療程的輔助性化療
第二期 B			
第三期 A	如果病患年紀太大或體力太差，先單獨化療 4-6 個療程後，再持續放療。	<ul style="list-style-type: none"> ◎手術後持續 4 個療程的輔助性化療。 ◎若影響程度較嚴重，先化療 2-3 個療程後，再評估手術切除。 ◎若評估手術無法切除乾淨，考慮延續化療加上放療。 	
第三期 B		<ul style="list-style-type: none"> ◎同時化療加放療。 ◎若病患體力較差，可先化療再放療。若體力更差，就只做放療。 	
第四期	化學治療		<ul style="list-style-type: none"> ◎ EGFR 檢測為陽性的患者，適合標靶治療。 ◎ EGFR 檢測為陰性或使用標靶藥物失效的患者，適合化療，可加上血管增生抑制劑。 ◎免疫抑制劑對於鱗狀上皮癌的患者，有很好的療效。 ◎若癌細胞轉移至腦部、脊椎、骨頭，需要加上放療或手術處理。

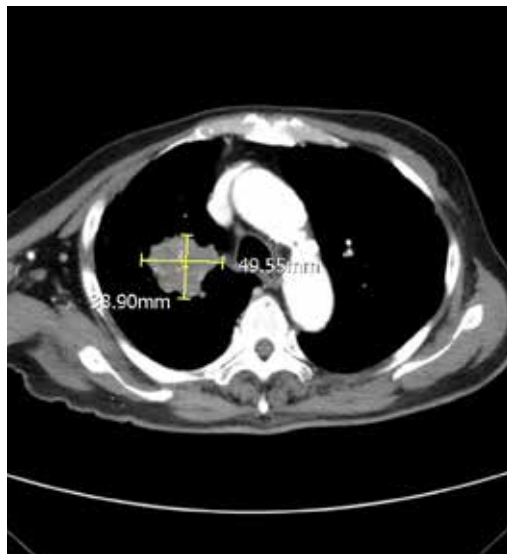
黃俊耀醫師說，肺癌的治療日新月異，有傳統化療「愛寧達」、標靶藥物「艾瑞莎」、「得舒緩」、「妥復克」、「泰格莎」、血管增生抑制劑「癌思停」以及免疫抑制劑「吉舒達」等多種藥物，各種期別的肺癌，只要配合醫師選擇適合的治療策略，絕大部分病情可以控制住。

早期肺癌(第一、二期)以手術切除為主，併以術後化學治療或放射線治療；晚期肺癌(第三、四期)通常需先進行EGFR基因突變的檢測，若檢測結果為陽性，適合以標靶藥物治療，控制率可達七成。標靶藥物常見的副作用包括皮膚起疹、腹瀉、甲溝炎，且部分患者腹瀉症狀較嚴重，這些狀況也會在治療計畫書上載明，並協助病患轉介皮膚科、肝膽腸胃科等專科醫師，輔以症狀治療，可有效減輕不適，而病患平時也應注意減少暴露在太陽下的機會，以免增加皮疹症狀。

至於EGFR檢測結果是陰性的患者，或使用第一線標靶藥物失效者，則適合使用化療，控制率約五成。若患者有投保醫療險，建議可加上自費的血管增生抑制劑「癌思停」，控制率將提高到九成。一位四十五歲肺腺癌第四期的男性病患，右肺有六公分的腫瘤已轉移至腦部，右腦有三公分的腫瘤，他的EGFR檢測結果呈現陰性，使用化療合併癌思停來治療，三個月後，右肺的腫瘤就縮小到三公分，而大腦的腫瘤已幾乎消失。

此外，目前最新的抗癌藥物是免疫抑

制劑，它能提高免疫系統對腫瘤的辨識認知，活化淋巴球進而攻擊腫瘤，增強抗癌成果。一位八十四歲的老爺爺在二〇一六年六月被確診罹患鱗狀上皮癌第四期，使用化療沒有得到很好的效果。黃俊耀醫師建議使用免疫抑制劑，從二



八十四歲老爺爺接受免疫抑制劑治療前、後的肺部電腦斷層圖比較，上圖為二〇一六年九月，下圖為二〇一六年十一月。(圖片提供 / 黃俊耀醫師)

○一六年九月開始治療至十一月，短短兩個月左右，腫瘤已從五公分縮小至幾乎不見，只剩下一點疤痕。

高危險群定期篩檢 把握黃金治療期

為了能早期診斷、早期治療、提高肺癌的存活率，黃俊耀醫師提醒五十至六十歲的民眾，每年應進行一次胸部X光檢查，六十歲以上的民眾，則需每半年進行一次檢查。

另外，以下高危險族群應定期接受高解析度低輻射的高階電腦斷層掃描(HRCT)，透過 HRCT 的早期篩檢，有兩成的病人能及早被發現。

若出現咳嗽超過一星期未癒，或者

有胸悶、胸痛、喘不過氣、莫名聲音沙啞、咳血、厭食、噁心、嘔吐、肋骨痛、反覆性肺炎或支氣管炎等情形，切勿輕忽，應盡早尋求醫師診斷。

健保的癌症重大傷病卡效期為五年，黃俊耀醫師說，「有些晚期肺癌的患者，因為病情控制很穩定，存活超過九年，已經換發第二張重大傷病卡，就像其他慢性病一樣，與疾病和平共處，過著正常的生活，甚至出國旅遊也不是問題。」

他認為，不論遇到什麼階段的病人，只要醫師為病人多思考一些，量身打造治療計畫，都能得到良好的治療效果，而病人和家屬要有信心，不要因晚期或高齡就放棄治療。



罹患肺癌的高危險族群：

- ◆「吸菸數量」乘上「菸齡」大於或等於二十：
例如每天抽一包菸，持續二十年；
或是每天抽兩包菸，持續十年。
- ◆父、母方家族超過三位以上罹患肺癌。
- ◆曾經罹患肺結核或是其他肺部慢性發炎疾病。
- ◆長期暴露在致癌環境，例如不通風的煙害、二手菸、油煙、金屬業、石棉工業等。

肺癌之 立體定位放射治療

文／常佑康 臺北慈濟醫院放射腫瘤科主治醫師



八十四歲的陳先生年輕時是個老菸槍，幾年前走路、爬樓梯開始愈來愈喘，診斷是「慢性阻塞性肺病」（俗稱肺氣腫）。二〇一六年八月，經進一步檢查發現，肺部有三點二公分的腫瘤，由於他的肺功能太差，不適合開刀，經外科醫師評估，若再切除部份肺葉，恐怕沒有足夠的肺功能維持正常呼吸。

醫師建議陳先生接受「身體立體定位放射治療」，經中央健康保險署事前審查通過，他於二〇一六年十月中旬，順利接受治療。治療後，他僅出現輕微乾咳症狀。二〇一七年一月，他回院追蹤電腦斷層，發現腫瘤縮小許多，目前持續回診追蹤。

治肺癌風險低 控制腫瘤作怪

眾所周知，早期肺癌的治療，手術仍是第一線的治療原則，然而許多病人，

尤其是高齡者，常因長期抽菸造成心肺功能差，或是併發有其他慢性病，身體狀況不適合全身麻醉，造成手術風險大為增加。有些手術高風險者，會選擇放棄治療，相當可惜，其實這些病人可選擇相對治療風險低的放射治療。

傳統的直線加速器放射治療，療程大約七週、共三十五次，每次劑量一點八至二格雷（Gy），腫瘤局部控制的效果約五到六成，而且療程長，需每週五天往返醫院，對病人較不方便。針對原發性早期肺癌（腫瘤小於五公分無淋巴轉移）、不適合手術的癌症患者，中央健康保險署自二〇一五年二月起，經事前審查核准，給付「身體立體定位放射治療」（SBRT），屬於局部小範圍高能量 X 光照射、高劑量、定位精準、短療程的治療方式。此療法只需兩週、四至六次的治療，不需住院。對肺部腫瘤

局部控制的效果可達九成，相當於標準手術肺葉切除的效果。

由於放射治療僅治療局部腫瘤範圍，不會有麻醉風險及開刀後傷口疼痛的問題，也不會如化學治療或標靶治療引起全身性副作用，每次治療時有如接受檢查一樣，相當輕鬆。傳統放射治療副作用，有可能發生輕微放射性食道炎、小範圍放射性肺炎及肺纖維化，而「身體立體定位放射治療」因單次高劑量，若是腫瘤距離肋骨較近，還有機會發生肋骨或胸壁疼痛，幸好相當少見。輕微放射性食道炎可能會有吞嚥困難症狀，治療結束後多數會自然改善；小範圍放射性肺炎可能會有乾咳症狀，可以藥物症

狀治療，發炎消退後會形成肺纖維化，然而因纖維化範圍小，對肺功能影響很小，多數病人都可以保有治療前的生活品質及運動功能。

對付其他癌 同樣有效

除了早期肺癌病人，「身體立體定位放射治療」也適用於經中央健康保險署事前審查核准，不適合接受血管栓塞或電燒灼治療的原發性肝癌或肝內膽道癌的患者。大於五公分的腫瘤，可考慮減少單次治療劑量，增加治療次數為十至十二次的方法接受治療，也有相當好的治療效果與可接受的副作用。

此外，有許多晚期已合併轉移的肺腺

「身體立體定位放射治療」與傳統放射治療比較

	身體立體定位放射治療 (SBRT)	傳統放射治療
療程所需時間	兩週	七週
治療次數	4 至 6 次	35 次
每次治療所需時間	約 15 分鐘	約 10 分鐘
每次治療放射劑量	10-12 格雷 (Gy)	2 格雷 (Gy)
呼吸控制技術	使用兩種技術減少器官移動	使用一種技術減少器官移動
影像導引技術	使用二維及三維影像精準校正誤差	使用二維影像校正誤差
治療技術	銳速刀技術 (RapidArc, VMAT)	強度調控技術 (IMRT)
副作用	無或輕微放射性食道炎、小範圍放射性肺炎及肺纖維化、肋骨或胸壁疼痛 (少見)	無或輕微放射性食道炎、小範圍放射性肺炎及肺纖維化



患者準備進行放射治療，以銳速刀技術 (RapidArc, VMAT) 治療腫瘤。攝影／王占籬



在電腦斷層模擬定位攝影時，透過壓迫橫膈膜減少腫瘤的移動。攝影／王占籬

「身體立體定位放射治療」適應症

中央健康保險署事前審查適應症：

1. 小於五公分及沒有淋巴轉移，不適合手術的早期肺癌患者
2. 不適合接受血管栓塞或電燒灼治療的原發性肝癌及肝內膽管癌的患者

不符合健保適應症，但可以考慮「身體立體定位放射治療」：

1. 大於五公分及沒有淋巴轉移，不適合手術的肺癌患者
2. 晚期肺腺癌接受標靶藥物治療患者、病情穩定、腫瘤即將產生抗藥性
3. 數目較少的肺部及肝臟轉移患者
4. 與免疫治療藥物搭配使用

癌患者，在接受標靶藥物治療一段時間後，當原發腫瘤縮小且轉移腫瘤消失，病情穩定時，或腫瘤即將產生抗藥性而變大或發生肺部轉移時，可能必須放棄標靶藥物，改接受化學治療，這時可考慮接受「身體立體定位放射治療」以控制肺部腫瘤。臨床上已有一些病人因接受「身體立體定位放射治療」，可延長繼續服用標靶藥物的時間達數年之久。

數目較少的肺部及肝臟轉移患者，若無法接受手術切除、全身性化學治療或標靶治療，或是全身性治療後仍有殘餘腫瘤，也可考慮接受「身體立體定位放射治療」以控制殘餘腫瘤。

曾有一位七十四歲男性病人，診斷為口咽癌第四A期，接受同步放射治療及化學治療，原發腫瘤消失後，於二〇一六年一月發現肝臟及胸椎第十節旁轉移，但因體重不足，未接受手術及化學治療，而於二〇一六年二月接受「身體立體定位放射治療」。治療十個月後，電腦斷層影像顯示兩處轉移腫瘤皆已全

部消失。治療後，病人體力良好，且體重自四十一點二公斤逐步增加為四十四點六公斤，病人及家屬皆相當滿意治療成效。

免疫治療為目前癌症治療的明日之星，國外將免疫治療與身體立體定位放射治療搭配使用，針對全身轉移的黑色素瘤患者的初步經驗，令人印象深刻。首先，利用大劑量的放射劑量殺死一部分腫瘤，使其腫瘤抗原暴露出來，同時以免疫治療激發免疫反應，一旦產生記憶效應，部分病人原本轉移全身的腫瘤全部消失，且維持時間達一年之久。因此，將來應用在其他腫瘤，包括治療肺癌的結果，相當值得期待。

不論何種治療方式，都必須留意復發的問題，身體立體定位放射治療對早期肺癌患者的控制率和手術差不多，局部復發機率大約是一成，少數病人會發生淋巴或其他轉移，因此，患者結束療程後，仍需持續回診追蹤。

免開膛 復原快

胸腔鏡微創手術

文／廖唯晴 審定／謝旻孝 臺北慈濟醫院胸腔外科主治醫師

大約自九〇年代開始，胸腔鏡微創手術的執行在外科逐漸盛行，從氣胸、非癌症的簡單手術開始，這種在患者胸壁上使用小傷口，置入內視鏡讓醫師在手術床邊透過螢幕、操作器械的技術，被胸腔外科廣泛使用於治療。以肺癌手術為例，不同於過去開胸手術必須打斷肋骨、撐開胸壁所造成的疼痛和需要長時間復原期等缺點，胸腔鏡手術的患者僅有二至四個小傷口，有時甚至只需要一個小傷口即可治療，不僅減少了感染機會，也縮短了住院天數，成為現在胸腔外科醫師最普遍的技術之一。

篩檢技術進步 早日發現病變

一名婦人做健康檢查的時候，醫師發現電腦斷層報告顯示出她的每一片肺葉上都有一顆薄霧樣陰影，確定為毛玻璃樣病變 (Ground glass opacity, GGO)，遂為婦人安排胸腔鏡手術。在五片肺葉中，最大顆達一點五公分的毛玻璃樣病變長在左邊，於是醫師先進行左邊的切除手術，同時對周邊淋巴結進行採樣，確診婦人得了肺腺癌。所幸淋巴結沒有



謝旻孝醫師指出病變位置所在。攝影／范宇宏

異常，也沒有出現遠端轉移，手術成功，婦人返家休養一個月後，再入院進行另一邊的病變切除。這名婦人是較少見的多發性病變，透過胸腔鏡的早期發現，在短時間內進行治療，在術後透過定期追蹤，得到良好控制。

肺部許多微小的病變在初期會被心臟、縱膈腔擋住，所以有百分之五十以上的早期肺癌在X光上會顯示為正常，許多人因為對診斷工具的不熟悉而沒有

做進一步篩檢，導致過去在臨床發現病灶時，大多已是肺癌末期，無法進行手術。然而，醫療技術的日新月異，肺癌除了治療方式的進步外，在診斷方面也有顯卓的成長。近年來，肺癌篩檢開始使用低劑量電腦斷層，透過十張以內的X光輻射劑量，就能從一百個接受檢查的民眾中，發現二人有異常情形，這種異常未必是惡性腫瘤，也可能是良性結節或縱膈腔腫瘤，出現異常時，民眾應求診有經驗的胸腔科醫師做進一步判讀，聽從醫師建議做進一步檢查或追蹤。這樣的早期診斷，大幅降低了肺癌致死率。

臺北慈濟醫院胸腔外科謝旻孝醫師表示：「肺癌有四期，第一、二期的病人會建議手術，因為手術是治癒早期肺癌的唯一方式。第三、四期就只能靠化療、電療、標靶藥物及免疫治療的方式來控制。」他指出，隨著診斷工具的進步，肺癌的開刀比例也隨之提高。早期患者的手術方式，會用胸腔鏡的微創手術將腫瘤、淋巴結全部清除，但也有少數第三期的患者，在接受電療、化療的控制後腫瘤變小，若身體狀況許可，醫師也會考慮使用胸腔鏡進行腫瘤摘除。

胸腔鏡於肺癌治療的運用

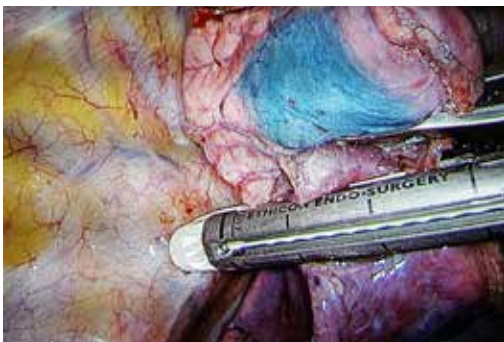
胸腔鏡手術的方式，是在患者胸壁上開一個小傷口後，將器械置入體內，在使用吻合釘釘住肺組織防止出血的同時，利用刀片進行病變部位的切割與分離。而毛玻璃樣的病變相當微小，有時

候甚至不到一公分，在過去，外科醫師必須用手做觸診來定位，相當不容易。謝旻孝醫師指出：「現在為了縮短手術時間，外科醫師會結合放射科醫師，事先於術前用電腦斷層在毛玻璃樣的附近做標記定位，進到手術室，外科醫師便能夠直接定位病灶部位，切掉病灶周圍的區域。這種跨團隊的合作方式，讓患者傷口的切割可以更微小、手術時間更短、位置也更精確。」

「一般肺葉切除的手術過程，二至三小時內會結束，若腫瘤較大顆，周邊血管與氣管發生沾黏時，需花更多的時間進行手術。」謝旻孝醫師表示，左邊有兩片肺葉，右邊有三片肺葉，每一片肺葉又可依照氣管細分葉節，這樣的生理結構，也區分出四種肺癌的切除方式。依照切除範圍，第一種是楔形切除術(Wedge resection)，當病灶不超過兩公分，位置在周邊時，醫師會執行楔形切除術，切除肺葉的一部分。第二種是肺節切除術(Segmentectomy)，當腫瘤發生在極早期，很微小，無需做到肺葉切除時，便會執行這一種解剖性切除的手術，這種方式與楔形切除術的不同之處，在於前者會按照細支氣管、動脈、靜脈的生長方式進行切除，而後者則是不顧慮解剖走向的區域切除。其餘兩種則是肺葉切除術(Lobectomy)及極少執行的單邊全肺切除術(Pneumonectomy)。胸腔外科醫師會以患者的生理狀況及肺功能為依據，決定切除範圍的大小，在將腫瘤切除乾

淨的原則下，盡量保留患者的器官，以維持最良好的肺功能。普遍來說，肺癌經手術治療後，復發情況較少見，在治癒後，定期追蹤即可，但是否復發，還是會因個人體質及所處環境而有不同情形，無法一概而論。

過去民眾拿到檢查報告後，從安排檢查、等待化驗到手術治療，往往需要多次奔波醫院，必須耗費將近三個月的心力與時間，但隨著胸腔鏡微創手術的進步，醫師能從術中就取得腫瘤進行切片，並在術中完成摘除，讓診斷、切除一次到位，為肺癌患者省去舟車勞頓的



藍色區塊為術前用電腦斷層在毛玻璃樣的附近做標記定位。圖片提供／謝旻孝醫師



摘除之腫瘤照。圖片提供／謝旻孝醫師

困擾。除了早期肺癌患者的手術治療，胸腔鏡也可以運用在末期肺癌患者的診斷上，近年來醫師利用胸腔鏡取得末期癌症病人的標本做化驗篩檢，以確認是否有基因突變的情形，來決定後續的治療是否需要使用標靶藥物，可見這種技術得到廣泛運用。

傳統手術的價值 胸腔手術的展望

儘管胸腔鏡的微創手術能處理絕大多數的早期肺癌病灶，但仍然有侷限性和風險存在，謝旻孝醫師表示，當患者的腫瘤長得太大、侵犯到肺門附近的大血管時，依然必須倚靠傳統手術進行摘除，以免發生出血的情形，確保手術的安全性。

謝醫師指出：「臺灣的醫療相當進步，在健保的給付下，胸腔鏡手術的使用率高達九成，反觀美國因昂貴的醫療費用，使用率僅有四成，臺灣可堪稱是全世界使用比例最高的地方。」而胸腔鏡微創手術的發展，至今已經成熟，隨著光學進步，3D 高畫質的視覺影像也應用到內視鏡，這樣的技術對內視鏡手術的醫學發展是相當有利的。3D 影像的立體感，能讓醫師手術做得更精細，讓手術更順利，在醫學中是非常好的應用；在醫學教育上，將手術的影像拉到螢幕上，讓更多外科學生能夠清楚看到老師的操作過程，年輕醫師便能夠更快學習、掌握到訣竅，造福更多癌症患者。

中醫角度談 癌症防治

文 / 楊淑君 臺北慈濟醫院中醫部醫師

癌症（cancer），泛指所有的惡性腫瘤，是一種令人聞之色變的疾病，即使在科學進步、醫療發達的現代，對於癌症，我們仍然有許多不解之處。根據衛生福利部二〇一五年的統計公布資料，在臺灣，癌症是所有死亡原因的第一位，約占 28.6%，其對健康的威脅與重要性不言而喻。

隨著時代進步，西醫治療及診斷癌症的方法已日新月異，除了延長生存時間外，也讓病人生活品質有所提升，使得癌症已不如以往般令人恐懼。就中醫而言，有許多傳統中醫藥能夠介入並給予病人幫助之處，尤其在體質調整、補益氣血方面。中西醫如果能夠截東補西，在臨床上相互配合，對於病人無異是一大福音。

若在一个以西醫為主、中醫為輔的架構之下，臨床中可以發現，中醫藥有許多介入的時機及好處。例如在手術之後，病人常會覺得比手術之前更容易感到疲倦，這在中醫角度看來，與手術後人體氣血的損傷相關，故常常給予病人補益氣血的中藥，再輔以一些化痰的中藥，幫助傷口復原。又例如在放療、化療期間，中醫藥的目標會放在減少



楊淑君醫師為病患仔細診療。攝影／王占籬

放療、化療的副作用，尤其是骨髓抑制、消化系統等問題，常常讓病人延後療程；而這些問題，以中醫理論看來，多與中焦脾胃、下焦腎氣或腎精的受損相關，故這段期間，中醫會給予病人健脾、益氣、補血、補腎類的方藥。另外，標靶治療、抗荷爾蒙療法所造成的副作用如腹瀉、皮疹、甲溝炎、潮熱盜汗、關節酸痛、子宮內膜增厚等，都是臨床上常碰到的問題，依法治之，也常常能夠幫助病人在症狀上有所緩解。

當歸



雞血藤



補骨脂



炒白朮



黃耆



熟地



白英



蛇莓



龍葵



白花蛇舌草



半枝蓮



楊淑君醫師表示，中醫治療腫瘤的用藥大致分為扶正本、軟堅散結祛痰、活血化瘀、清熱解毒等類型。圖為常見防治癌症的中藥材。攝影／吳裕智

可惜的是，終究不是每一位患者都能對傳統西醫的治療方法有所反應且效果良好，在部分放療、化療後仍無法得到良好控制的病人，就中醫的角色，便可轉為以控制腫瘤、體質調整為目標，進行處方治療。

那麼，中醫是如何看待且治療癌症的呢？在中醫理論中，癌症多被歸為「癥瘕」、「積聚」等範疇，又依不同的發生部位及其對應的症狀，各有不同的病名，如繭唇、乳岩、噎膈等，像是明朝的外科正宗即以「初如豆大，漸若棋子，半年一年，二載三載，不痛不癢，漸漸而大，始生疼痛，痛則無解，日後腫如堆粟，或如覆碗，色紫氣穢，疼痛連心，出血作臭。」來描述乳癌的形狀、大小、病程及症狀。

而癌症發生的過程，以中醫理論而言，多是先有正氣的損傷、加之外感六淫「風、寒、暑、溼、燥、火」，或內傷七情「怒、喜、憂、思、悲、恐、驚」等病因，進而導致病理產物如痰、瘀、毒等的發生，這種病理產物就容易演變而成為腫瘤。故在用藥上，大致也可將藥物分為扶正培本、軟堅散結祛痰、活血化瘀或清熱解毒等類型，這些藥物在處方時，則會透過中醫四診望、聞、問、切，並隨著病人的狀況不同而有所側重、挑選。

另外，預防疾病的發生，在中醫也是一門重要的課題，早在《內經》時期，古人就以「上工治未病」來提醒我們預防的重要。而癌症的預防，以中醫理論而言，與正氣的調養有極大的關聯，正如《內經》所說的：「正氣存內，邪不

可干，邪之所湊，其氣必虛。」又如《醫宗必讀》所說：「積之成也，正氣不足而後邪氣踞之。」故我們可以知道，正氣的虛弱會使病邪有機可趁，調養正氣對於預防疾病的發生是重要的。

而確切的作法，應是避免外感六淫及內傷七情，可從飲食、情緒、作息著手。飲食方面宜清淡，若過食膏粱厚味、生冷或辛辣食物，會傷及人體脾胃的運化，水溼不化而成痰，易發為積聚。如《濟生方》中所提：「過餐五味，魚腥乳酪，強食生冷果菜，停蓄胃脘，……久則積結為癥瘕。」《醫鑑》〈反胃噎膈篇〉中亦有提到：「酒客多噎膈，飲熱酒者尤多，以熱傷津液、咽管乾澀，食不得入也。」在情緒方面，應保持情緒愉快，避免憂思、暴怒；在中醫理論看來，七情會影響人體的氣機，若氣機不暢就容易造成氣鬱血瘀，進而導致積聚。如《濟陰綱目》曾以：「婦人不得於夫，不得於舅姑，憂怒郁遏，時日積累，脾氣消阻，肝氣橫逆，遂成隱核。」描述情志對乳房腫瘤的影響。作息方面，應正常作息，並維持適當運動，保持身體氣血的運行順暢，以適應四時之變，預防外感六淫的侵襲。

總體而言，中醫的理論基礎雖然看似與現代醫學大相逕庭，但無論在臨床治療或預防保健方面，其實是沒有抵觸的。癌症是一種具侵襲性、轉移性、復發性的疾病，因而在臨床上較為棘手，若是能早期發現、早期治療，並以中西醫學相輔相成，相信能夠幫助更多的患者。🍀