

肝臟移植於肝癌病患的角色

文/外傷科 丁麗娟 個管師
肝膽外科 李祥麟 主任

肝臟移植是近三十年來醫學上最大突破之一。以治療非肝癌所致的末期肝病而言，長期存活率、生活品質、重返工作崗位率或節省長期醫療支出，肝臟移植已被證實是唯一有效之治療方法。

肝臟移植適用於不可逆的進行性肝病，且無其他方法可以有效治療。在台灣最常見的適應症，成人是B型肝炎引起的肝硬化；兒童則是膽道閉鎖症。適應症細分如下：

一、極期慢性肝病：

甲、肝實質肝病

1. 壞死後肝硬化(病毒性、藥物引起)
2. 酒精性肝硬化
3. 自體免疫肝病
4. 隱因性肝硬化
5. 新生兒肝炎及其他肝病(先天性肝纖維化等)

乙、膽汁鬱滯性肝病

1. 膽道閉鎖症及其他肝病
(Alagille氏症候群、Byler氏病等)
2. 原發性膽汁性肝硬化
3. 硬化性膽管炎

丙、肝血管疾病

1. Budd-Chiari 症候群
2. 靜脈阻塞疾病(veno-occlusive disease)

二、猛暴性肝衰竭

1. 病毒肝炎

2. 藥物引起(如halothane, sulphonamides等)
3. 代謝性肝病(如Wilson氏病，Reyes氏症候群等)

三、遺傳性代謝肝病

1. 肝醣貯積症
2. α 1-抗胰蛋白酶缺乏症
3. Wilson氏病
4. 其他(tyrosinemia等)

四、肝臟惡性腫瘤

1. 肝癌(肝硬化並不等於肝癌)
2. 膽管癌
3. 肝肉瘤

五、再移植

六、其他

1. 肝內結石
2. 多囊性肝病、Caroli氏病等

由於手術侵襲性高，肝癌復發率亦高，移植在最初並非肝癌的標準治療。過去，若病患無法接受手術切除或射頻燒融等治療的話，往往就是墜入絕望深淵。然而，隨著移植醫學的進步，義大利國家癌症研究中心，1996年在新英格蘭醫學雜誌上，發表著名的米蘭準則(Milan Criteria)後，肝臟移植成為肝癌的標準治療之一。目前肝癌病患，接受肝臟移植的5年存活率均達70%以上，不遜於因良性疾病而接受移植的成績。但必須符

合以下條件，才可能有此成效：(1)在影像學上，不能有血管侵犯。(2)接受腦死捐肝者，若只有單顆肝癌，須小於5公分；若為多發性肝癌，則不可多於三顆，其中最大顆之直徑不大於3公分(Milan Criteria)。(3)接受親屬活體捐肝者，若只有單顆肝癌，須小於6.5公分；若為多發性肝癌，則不可多於三顆，其中最大顆之直徑不大於4.5公分且三顆肝癌直徑總合不可大於8公分(UCSF criteria，美國舊金山大學準則)。也是我國健保署所採用的審核標準。因此，許多肝癌患者受惠於肝臟移植。

另外，針對肝癌降期治療是指若腫瘤超過移植的標準，則先以肝動脈栓塞、射頻燒融，甚至切除術來進行肝癌治療，設法先降低肝癌期別。經治療一段時間後再評估腫瘤分期，如符合標準，仍可進行移植手術。在米蘭標準下經降期治療再接受移植的病患，五年存活率最高可達90%，不亞於非降期患者。

目前移植標準的缺點，以腫瘤大小和數目來評估，無法完全反應肝癌的腫瘤，例如目前無參考胎兒蛋白(AFP)指數的高低。所以陸續多項標準被提出，也需要更多研究來發現新的肝癌標記，選擇適當的病患接受肝臟移植。

對於肝臟切除和移植治療肝癌的比較來說，肝切除治療費用相對低、安全、且死亡率低，缺點是復發率高，無法同時治療慢性肝病和肝硬化。肝臟移植的優點是復發率

低，可同時治療肝硬化及肝癌，但費用較昂貴，技術門檻要求相對高，且捐贈來源有限。所以若肝功能許可仍以手術切除為第一優先考慮，術後的病理報告也可做為日後治療或移植的參考。

目前，在肝切除手術及其它肝癌治療的進步下，已大幅改善肝癌的存活率和存活時間。肝臟移植提供小型肝癌同時治療腫瘤及慢性肝病的機會。相信未來加上肝癌標記的發展和標靶治療的進步，能提供更全面性的治療。筆者除了希望國內器官捐贈的觀念能更提昇外，亦必須指出，在與時間賽跑的等待過程中，經過嚴密的評估，病患之配偶或五等內血、姻親，可以捐出部份的肝臟來拯救至愛。當然活體肝臟移植，必須在確保捐贈者安全的前提下進行。而受贈者在術後，必須終身服用抗排斥藥，也得面對可能發生的大大小小併發症及復發的可能性。對病患、家屬及醫療團隊而言，都是不簡單的事。然而，在肝臟移植成為例行手術且具有良好療效的今天，我們應該以更積極的態度來面對眼前的困境。

