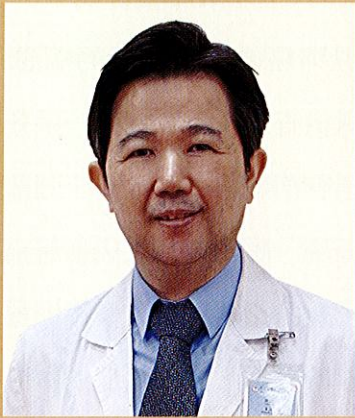


肺癌的診斷與治療



張基晟 醫師

學經歷 |

- 中山醫學大學副校長
- 中山附醫肺癌診治研究中心主任
- 中山醫學大學醫學研究所教授
- 臺中榮民總醫院胸腔內科主任
- 臺中榮民總醫院整合性癌症中心主任
- 臺中榮民總醫院中西藥臨床試驗中心主任
- 中山醫學大學分子毒理學研究所博士
- 臺灣胸腔暨重症加護醫學會理事
- 臺灣基因體暨遺傳學會理事
- 臺中市防癌協會理事

專長 |

- 肺癌治療
- 臨床試驗
- 胸腔內科
- 胸腔重症加護

文/肺癌診治研究中心 張基晟 主任

自民國七十一年起，癌症已連續三十八年蟬聯國人死亡原因的首位，近年來，肺癌更是國人癌症死亡的頭號殺手。

是肺癌，還是肺腺癌？

肺癌可分為小細胞肺癌及非小細胞肺癌。在台灣，約有九成的肺癌患者屬於非小細胞肺癌。非小細胞肺癌又可依病理組織分化再細分為肺腺癌、肺鱗狀細胞癌、大細胞癌等等。通常小細胞肺癌及肺鱗狀上皮細胞癌較常發生在抽菸的患者身上，而不抽菸的多數是肺腺癌。

在以往肺癌治療藥物選擇較少時，細胞的分型不是那麼重要，但近年各類的藥物發展迅速，包括化學治療、標靶治療、免疫治療及各種新藥…等，不同的細胞分型，甚至不同的分子病理分型，如驅動基因有無突變及免疫組織染色強弱，都與藥物有效與否有關。因此病理組織的檢查，包括分子病理檢驗，對目前肺癌病患來說是非常重要的。

要不要切片?

目前癌症確診的黃金準則就是病理組織的檢驗，影像或血液的檢查都只能當輔助的參考，無法取代組織切片，再者後續的治療，仍需依病理組織及分子病理檢驗的結果作選擇。

關於肺腫瘤的切片，醫師會根據腫瘤的病兆位置，選擇適當的切片方式。如有些腫瘤位置長在肺部靠中央支氣管的位置，醫師會選擇使用支氣管鏡的方式檢查；本院目前提供無痛支氣管內視鏡檢查服務，由專業的胸腔內科及麻醉科醫師配合執行，搭配支氣管超音波檢查及即時快速細胞染色技術，能讓病患在安全舒適的情況下，快速正確的診斷良性或惡性的肺腫瘤。

若腫瘤位置長在較靠肺部外側，則醫師會選用電腦斷層或超音波定位技術，快速正確的診斷肺腫瘤。切片造成癌細胞擴散的機會不高，延遲檢查反而造成擴散機會更高。

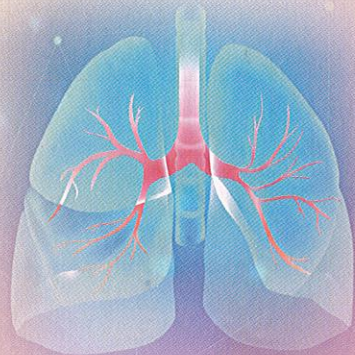
可以手術嗎？需要化學治療嗎？

疑似肺癌或確診肺癌的病患，除切片病理組織檢查外，也要接受一系列的其他檢查，包括胸部電腦斷層掃描、腦部核磁共振或電腦斷層、腹部超音波或斷層掃描、骨頭掃描等，有的還需接受正子攝影檢查，目的在於精確的分期，評估癌症的影響範圍，決定適當的治療方式。

肺癌第一期的腫瘤侷限在肺部，外科手術是最好的選擇，治療效果最好。

肺癌第二期的腫瘤有局部的淋巴轉移或周邊組織的侵犯，手術仍是最好的選擇，但由於術後復發機率略高，通常需加做化學治療，可以降低復發機率。

肺癌第三期的治療最為複雜，通常需多種治療合併使用，如手術治療、化學治療或放射線治療，雖然副作用相對較高，但仍有機會將腫瘤根除。



接受完整的標準治療後，是否需再加以輔助性標靶治療或免疫治療，目前臨床試驗在進行中。

肺癌第四期，癌症已蔓延至肋膜或遠端器官，全身性的治療是首選。除極少數病況外，不建議單純外科手術治療。醫師會根據肺癌病理細胞型態分化、分子基因檢測結果，給予個人化的精準醫療。

晚期肺癌的治療

• 標靶藥物治療

肺癌的標靶藥物治療效果非常好，但非所有的病人都有效。標靶藥物雖然效果好，但價格昂貴，因此，得找到適合的藥物來使用。基因檢測的結果是選用標靶藥物的最重要的依據。

• 化學治療

化學治療一般被認為副作用太大，因此病人常會排斥。但化學治療到目前為止，仍是肺癌治療中非常重要武器。目前新一代化療藥物的副作用已較前代的小，再者，目

前輔助性的藥物如止吐藥等，發展良好，多數的病人都可順利接受化學治療。

• 免疫治療

傳統的癌症藥物治療，主要是針對腫瘤細胞的毒殺和抑制，目前肺癌有效的免疫治療是使用免疫檢查點的抑制劑(Immune checkpoint inhibitor)透過對免疫細胞的活化或調節，達到治療癌症的效果。

免疫治療對腫瘤細胞PD-L1表現量高的晚期肺癌但無驅動基因突變者，療效頗佳，甚至約有15-20%的病人可以存活超過5年。因此晚期非小細胞的病人需檢驗腫瘤細胞PD-L1的表現量，是治療前選擇藥物的重要依據。

• 新藥

目前仍有許多新的標靶藥物及免疫治療藥物在發展，甚至新的抗體藥物複合體(Antibody-drug conjugates)治療也頗具潛力。新藥或新檢測的臨床試驗，可以充分了解後考慮加入，尤其是國際性的臨床試驗，若試驗結果成功，通常是未來治療的標準。