

## 肺癌

胸腔外科 陳柏如醫師 / 呼吸胸腔科主任 柯延昆醫師

### ◇ 肺癌簡介

肺癌就是指長在氣管、支氣管與肺臟的原發上皮性惡性腫瘤。肺癌也是唯一全球性的，與日俱增的癌。一般來說，其長期的存活率比其他癌症為低。以台灣為例，從民國 58 年到了民國 106 年，40 幾年裡肺癌死亡率就增加了大約 10 倍。

### ◇ 流行病學

空氣污染和吸菸人口的增加，是促使肺癌直線上升的重要因素。吸菸是引起肺癌的主要原因之一，男性吸菸者，得肺癌的機會為不吸菸者的十倍(女性是五倍，可能女性菸量較小之故)。一旦停止吸菸，危害的機會就會減少。但約需 15 年後，這些以前曾經抽過菸的人罹患肺癌的危險率才會接近於不吸菸者的水平。此外，有 25% 不抽菸者得肺癌是因為吸了二手菸所造成，長期接觸二手菸得肺癌的機會約為不吸菸者的兩倍。而若干礦苗的放射線、石棉、熱焦油煙氣、工廠煙塵、污染空氣中的氧化碘、鎳、鉻化物、汽機車所排放廢氣中的苯及多環芳香烴等也是導致肺癌的原因。華人女性肺腺癌比西方國家多，

可能與黃種人上皮細胞生長因子受器基因突變有關。

### ◇ 臨床症狀

肺癌的臨床症狀，視腫瘤長出的位置而異，臨床上，位於肺門附近的肺癌稱中央型，約佔二分之一，生長於支氣管的小分支的為周圍型，以腺癌較為常見。中央型的肺癌長在氣管或大支氣管內，較易阻塞氣體的出入，並刺激支氣管壁，而造成咳嗽、咳血痰或阻塞性肺炎等症狀。

周圍型的肺癌長在肺的周邊部位，早期幾乎沒有症狀，通常等到腫瘤大到一定程度，才出現胸痛、肋膜積水、呼吸困難等症狀。約有 10% 的肺癌患者甚至在確定診斷時並無臨床症狀。

### ◇ 診斷方法

胸部 X 光或低劑量胸腔電腦斷層是篩檢及發現肺癌的基本檢查，胸部電腦斷層檢查則用來瞭解疾病侵犯的程度。痰液的細胞學檢查病人較不痛苦，不過檢出率並不很高。胸部超音波則用來指引醫師，以細針抽吸取得肋膜積液或取得位於肋膜邊緣的肺臟末梢病灶的檢體，做細胞學或病理切片檢查。

支氣管鏡檢查則可觀察在氣管或支氣管的病變，並且可以同時做支氣管壁的刷拭做腫瘤細胞學檢查或甚至切片檢查。至於胸腔鏡或開胸手術探查，則是用於連上述檢查都無法取得病灶的檢體做確定診斷時才

執行。

### ◇ 肺癌之分類

肺癌在病理組織學上可分為 4 種主要類型：小細胞癌( 佔 5% )、鱗狀上皮細胞癌( 佔 23% )、腺癌( 佔 50% )、以及大細胞癌( 佔 4% )，後三者則統稱非小細胞癌。其他少見的肺癌，則有腺鱗癌、支氣管類癌、及黏液上皮樣癌。台灣的肺癌病理組織像以腺癌佔多數，自 1952 年以來這種傾向未有改變，與西方國家不同，頗具特色。40 歲以下之肺癌病人以腺癌和未分化癌較常見。

其中呼吸道症狀與年長者並無顯然差異，但是上腔靜脈症候群、骨頭疼痛、中樞神經系統障礙等侵犯性及轉移性症狀都較常見。由於腫瘤本身極為惡性、早期發生轉移、預後極差。

### ◇ 肺癌轉移常見部位

起初先侵犯到鄰近的淋巴腺、肋膜及肋膜腔、或肋骨，以後則易轉移到遠處之其他器官，其中尤其最容易轉移到骨骼、肝臟、腦部、及腎上腺等器官，這也是腫瘤分期時，需要安排這些部位之影像檢查以確定有無轉移的原因。

### ◇ 分期

小細胞肺癌分為：

(1) 侷限性小細胞肺癌 ( 佔全部小細胞肺癌病例三分之一以下 )

(2) 廣泛性小細胞肺癌兩種分期。

非小細胞肺癌 ( 包含鱗狀上皮細胞癌、腺癌、及大細胞癌等 ) 之分期依肺腫瘤之大小及侵犯程度分為一、二、三、四期。第一期：腫瘤尚在肺臟內部，未轉移至淋巴結。中央型肺癌會有咳嗽和多痰等自覺症狀、周圍型肺癌則沒有任何徵狀。第二期：已經轉移到肺門淋巴結。第三期：轉移已達縱膈淋巴結，或即將擴大到鄰接的食道、胸膜、胸壁、心膜、膈膜等。第四期：已造成惡性肋膜腔積液或轉移到對側肺臟、脊椎骨、腦部、肝臟、皮膚等遠處的組織。

#### ◇ 治療

小細胞肺癌病患被發現時，通常已經有廣泛擴散及遠處轉移，所以並不適宜單獨以手術做治療或做放射治療。至於化學治療的效果不錯，一般來說侷限性小細胞肺癌經治療後平均之存活期為 14~16 個月，廣泛性小細胞肺癌則為 6~8 個月。不過，也有 12% 之侷限性小細胞肺癌經完整化學及放射治療後，有 5 年以上的存活率。一般來說，如果病人狀況許可，在 IIIA 期以前都可先手術切除腫瘤，必要時再加上放射治療或化學治療。其中 I 期肺癌接受手術切除後之 5 年存活率接近 60%。其他分期手術治療後之存活期一般不超過 2 年。IIIB 期以後之肺癌不適宜手術治療，只可給與姑息性放射治療或化學治療，近

幾年陸續有化療新藥問世，用於身體狀況較佳之病患已可使存活期及症狀改善。標靶療法之問世，更進一步提升了黃種人之肺腺癌存活期間。

- 手術治療

手術治療以肺切除 ( lung resection ) 與淋巴節廓清 ( lymph node dissection ) 為主。最近對於侵犯範圍較小之肺癌，可用胸腔鏡手術取代了一些傳統的開胸手術。侵犯範圍較大之肺癌，例如侵犯到心臟或大血管的腫瘤，若要積極的手術治療，則可利用人工心肺機使心跳暫停，以便將腫瘤切除。肺癌可能施行的手術包括：單側肺全切除 ( pneumonectomy )、雙葉切除 ( bilobectomy )、單葉切除 ( lobectomy )、肺節切除 ( segmentectomy )、楔狀切除 ( wedged resection )、袖型切除 ( sleeve pneumonectomy or sleeve lobectomy ) 等。有時腫瘤侵犯到附近其他器官必須作合併切除例如：胸壁、胸膜、心包膜、左心房、橫膈膜等。年齡在 75 歲以下之患者應施行淋巴節廓清術。對於末期病患可以用支架或雷射手術打通氣道，改善病人之生活品質。

- 手術後之呼吸照顧

胸腔外科手術後之患者常帶著氣管內管至加護病房 ( ICU )，肺功能良好、痰少者可在 re-check 兩三次 blood gas 之後拔除氣管內

管；反之，肺功能不良、痰多者則接上呼吸器作呼吸治療，並以抽痰管適時抽痰。接受肺切除之患者潮氣容積 ( tidal volume ) 應適當減低。胸腔引流管不得任意夾住，即使在搬動患者時亦勿夾住，只要小心勿使其翻倒即可。

- 手術後可能引起之併發症及處置

大的胸腔手術完全脫離危險期需要兩週的時間：第一個危險期在術後兩天內，可能發生之合併症包括皮下氣腫、出血、嚴重氣漏、肺塌陷、呼吸窘迫症候群等。第二個危險期在一週左右，可能發生感染、膿胸、支氣管皮膚瘻管等。

- 手術後常用之引流器及其拔除時機

各型引流器之拔除時機不同，但並非硬性規定第幾天拔除，通常視引流物之質量而定。水封引流瓶通常會先夾住半天，確定患者無不適，胸部 X 光亦確定無異常再拔除引流管，拔除後引流管之傷口應將術中預留之縫線綁緊以避免空氣倒吸入胸腔。

- 胸腔術後引流常見之錯誤及其影響

胸腔術後引流之照顧較複雜，生手容易出差錯，一旦出錯對患者的影響很大。

- 輔助療法

輔助療法包括放射療法 ( radiotherapy )、化學療法

( chemotherapy )及免疫療法( immunotherapy )、基因治療( gene therapy ) 等。

#### ✧ 肺癌臨床指引

全球許多國家都制定了該國共同遵守之約定以便臨床診療時引用。國家衛生研究院亦在 2004 年制定了適合我國使用之臨床指引，並且公告在國家衛生研究院網( [www.nhri.org.tw](http://www.nhri.org.tw) )。全國醫療院所可以該肺癌臨床指引為藍本，制定適合自己單位使用之臨床指引。本院每年皆根據國際與國內臨床指引並結合健保給付規範修訂符合國人的治療指引。

#### ✧ 總結

肺癌雖具有高死亡率與發生率逐年增加等特性，但由於與香菸之高相關性，要預防肺癌，戒除香菸仍是首要之務。由於肺癌早期都沒有症狀，所以對於高危險群之長期吸菸患者，應定期接受胸部 X 光、低劑量胸腔電腦斷層與痰液細胞學追蹤檢查，以期早期發現，以免延誤治療時機。