

肺癌的診斷與治療

◎新北市立土城醫院胸腔內科主任 鍾福財



現職

林口長庚胸腔內科副教授級主治醫師
長庚大學專任副教授

專長

肺腫瘤及內視鏡、重症加護醫學、慢性咳嗽、呼吸胸腔疾病

肺

癌是台灣死亡率最高的惡性腫瘤，近年來許多名人即使未抽菸也罹患肺癌，導致民眾對肺癌產生莫名恐懼，正確的肺癌診斷及治療也因此成為重要的課題。

Y先生是一位73歲不吸菸男性，於2008年健康檢查胸片發現肺腫塊，於本體系院區經由系列影像及病理確定晚期肺腺癌，經化學藥物治療及一代標靶藥物治療，穩定追蹤到2021年底才因為惡化復發新的肺腫瘤，復經胸部電腦斷層影像確認肺葉腫塊位置與大小後，藉由支氣管鏡超音波（Radial probe EBUS：radialprobe endobronchial ultrasound）導引切片證實為肺腺癌復發。並藉由病理切片檢體經分子分析確認後，搭配精準醫療分子分析肺癌為目前最佳治療，成功申請第三代健保標靶藥物治療，持續於本院門診穩定追蹤治療！

如何正確診斷與分期及治療肺癌？

● 肺癌診斷

第一步是影像診斷，通常是胸部X光片。但是對早期小於1公分的腫瘤不易發現，因此對於有危險因子的人（如長期吸菸、有家族肺癌病史或年紀大於55歲）可以考慮低劑量胸部電腦斷層來篩檢早期肺癌。至於已發現異常陰影，在使用胸部電腦斷層掃描確認肺部腫瘤位置與大小後，

下一步便是病理學診斷，也就是所謂的生檢切片。許多病人一聽到肺部需要切片，都會對侵入性檢查感到恐懼甚至排斥。事實上肺癌確診是需要病理學確認，而生檢切片則是取得病理學診斷的唯一方法。時至今日，低侵入性且減痛鎮靜的發展已使檢查過程比以往輕鬆許多。取得生檢切片的方式包括 (1) 支氣管鏡檢查切片；(2) 影像切片如胸部超音波或電腦斷層導引切片；(3) 手術切片等，各有優缺點，需要與醫師充分討論，並視腫瘤的大小與位置來決定。一般來說，支氣管鏡檢查切片是診斷切片的第一步。

●支氣管鏡超音波

由於支氣管在肺部有許多分支，電腦斷層影像只能告訴我們腫瘤大概位置，藉由支氣管鏡超音波定位肺腫瘤，能正確有效切片以正確診斷肺腫瘤。至於已確認肺癌的病人，則接著進行臨床分期。根據病理組織及分期結果決定治療方式。早期肺癌病人是可以手術根治，部分病人須搭配術前或術後輔助治療，如化學及放射線治療等。晚期肺癌則視病理細胞型態，腫瘤基因變異之分子分析，及病人體能狀態等，選擇標靶治療、化學治療或免疫治療及合併治療等。

●經支氣管鏡縱膈腔超音波與細針抽吸

肺癌臨床分期除了腫瘤大小及侵犯器官外，最重要的便是縱膈淋巴結分期。通常病人會先完成臨床影像分期 (Clinical image staging) 也就是胸

部電腦斷層與全身正子攝影。然而光靠臨床影像，無法正確把良性淋巴結腫大與腫瘤造成的淋巴轉移區分。藉由支氣管鏡超音波取樣得到細胞或病理學的淋巴結正確分期，可以為手術切除之肺癌病人，提供最佳術前分期評估與術後追蹤，對於手術治療後縱膈淋巴復發，這也是一種高診斷率且低侵入破壞之檢查。支氣管鏡縱膈腔超音波與細針抽吸，提供了較不侵入破壞正常組織，卻有高正確分期縱膈淋巴結的選擇，只需空腹禁食 6~8 小時後，搭配局部麻醉與鎮靜術約 1 小時即可完成，術後 1 小時即可進食。目前肺癌診斷治療及藥物之發展日新月異，本院持續提供民眾接軌國際的醫療服務，民眾也可以透過門診向醫師諮詢，找出最適合的治療方案。☞

