

# 認識病人自主權利法

臺北榮民總醫院臺東分院

秦聲明

QR code 掃描可得到講義資料



 **為何需要獨立立法？**

 《醫療法》    《醫師法》    《安寧緩和醫療條例》

**《病人自主權利法》**

尊重病人醫療自主  
保障病人善終權益  
促進醫病關係和諧

知情、選擇、決定

**需要**

1. 以病人為主體的一部法律
2. 統籌規範及保障病人之權利與義務
3. 法律設計具未來擴展性

 臺北市立聯合醫院   (感謝孫效智教授提供)

**醫師只能搶救到底、病人無法善終！**

**都必須救！**   **不救有刑責！**

**衛福部**   **法務部**

(衛部醫字第1041663576號)   (法檢字第10404502880號)

若非安寧緩和醫療條例第3條第1款安寧緩和醫療及第2款所稱之末期病人，醫療機構或醫師均應依醫療法第60條第1項及醫師法第21條規定，對該病人予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。

依據刑法第275條及第15條，醫師不得以病人囑託或得其承諾而不為救治或維護其生命應有之作為，更不得依家屬之同意而不作為，否則於現行法律規定下，恐涉及刑事責任問題。

**現行法令**

醫師不急救有違法的疑慮！  
醫師在該救、能救而不救時，有可能違反刑法第275條。



壹、到底有甚麼不同

- 病人自主權立法?
- 安寧緩和條例?
- 安樂死?

安寧緩和、病人自主權利法、安樂死比較			
方式	安寧緩和	病人自主權利法	安樂死
台灣狀況	已實施	明年1月6日上路	不合法
對象	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 癌症末期病人</li> <li>● 末期漸凍人</li> <li>● 八大非癌症末期病人(如心臟衰竭、慢性肺阻塞、腎衰竭等)</li> </ul>	除既有可接受安寧緩和的末期病人外，新增四類患者(處於不可逆的昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、病人疾病狀況痛苦難以忍受、疾病無法治療，且依當時醫療水準無其他合適解決方法者)	台灣目前不合法，僅荷蘭、比利時等部分國家合法，但各有審查規定
執行方法	醫師可依患者預立的醫療決定，終止、撤除或不施行急救及維生醫療	同安寧緩和	「主動安樂死」由醫師協助執行；「被動安樂死」患者自行服藥

整理：記者吳亮儀

- 《病人自主權利法》是針對未來在**特定狀況**下有拒絕**某些醫療**的權利
- 安寧緩和條例是在**疾病末期**時能拒絕**重大維生醫療**的權利
- 安樂死是**加工**造成死亡

類 型	說 明	施 行 國 家
拒絕 醫療權	醫師尊重病人意願，不強加醫療措施延長生命，讓生命回歸自然善終。 =不加工延長生命！	歐美各國普遍承認的普世人權
協助自殺	由醫師開立處方、準備並提供藥劑，由病人自己服用。	美國（奧瑞岡州、華盛頓州、蒙大拿州、佛蒙特州、加州、科羅拉多州）、瑞士、加拿大、荷蘭、盧森堡、德國
安樂死	由他人為病人施以足以致命之藥劑。 =加工縮短生命！	荷蘭、比利時、盧森堡、哥倫比亞、加拿大

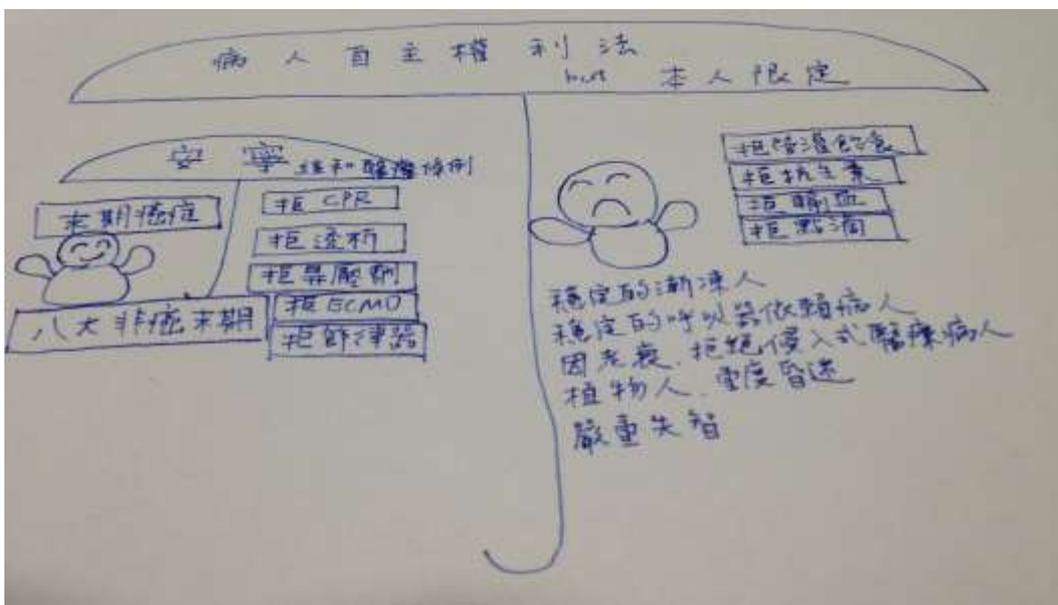


**這是不是跟安樂死或協助自殺很像呢？**

完全不一樣！  
安樂死或協助自殺都是以人工的方式縮短生命。  
而病主法讓病人有權利選擇「自然善終」，不再加工延長死亡過程！

類型	自然善終	人工縮短生命	醫師施藥	自行施藥
拒絕醫療權 病人自主權利法	✓	✗	✗	✗
安樂死	✗	✓	✓	✗
協助自殺	✗	✓	✗	✓

病人自主研究中心  
Patient Autonomy Research Center



## 貳、病主法和安寧緩和醫療條例比較

- 一、可以簽署的人不一樣
- 二、適用的病人族群不同
- 三、可以拒絕的治療，範疇不同
- 四、對病情告知的規定不同

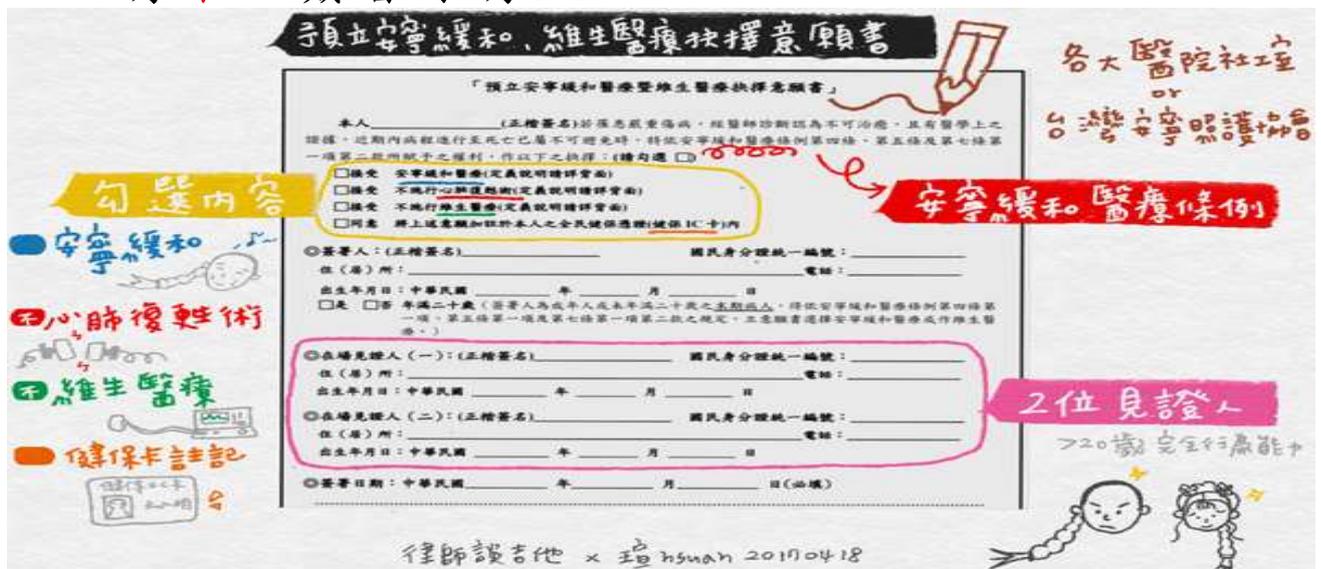
### 一、可以簽署的人不一樣

緩和醫療條例中共有五份聲明資料

\*意願書與委任書：本人簽署

\*拒絕施行心肺復甦術和維生醫療：本人、醫療委任代理人或最近親屬

- 病人自主權利法有一份「預立醫療決定書」，只有**本人**簽署才有效。



意願人：

### 預立醫療決定書

本人 \_\_\_\_\_ (正楷簽名) 經「預立醫療照顧諮詢」，已清楚瞭解「病人自主權利法」，賦予病人在特定臨床條件下，接受或拒絕維持生命治療，或人工營養及流體營養的權利。本人作成預立醫療決定(如第一部分、第二部分及附件)，事先表達個人所期待的臨終醫療照顧模式，同時希望親友尊重我的自主選擇。

意願人  
姓名：\_\_\_\_\_ 簽署：\_\_\_\_\_  
國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：\_\_\_\_\_  
住址：\_\_\_\_\_  
電話：\_\_\_\_\_  
日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 時間：\_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

見證人會經證明  
我選擇以下列方式完成預立醫療決定之法定程序(請擇一進行)：

1、二名見證人在場見證：

見證人 I 簽署：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_  
連絡電話：\_\_\_\_\_  
國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：\_\_\_\_\_  
見證人 II 簽署：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_  
連絡電話：\_\_\_\_\_  
國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：\_\_\_\_\_  
日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2、公證：

公證人認證欄位：  
\_\_\_\_\_  
日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

說明：  
一、 意願人應為完全行為能力之成年人，且能理解其決定之法律效果。  
二、 意願人應在無任何不當壓力、脅迫、欺騙、或他人不當影響下，自由、自願地作出決定。  
三、 意願人應在充分瞭解其病情、預後、醫療選擇、及法律效果後，作出決定。

## 二、適用的病人族群不同

- 安寧緩和醫療條例適用末期病人
- 病人自主權利法適用除末期病人外

還新增四類，共計五類狀況適用。

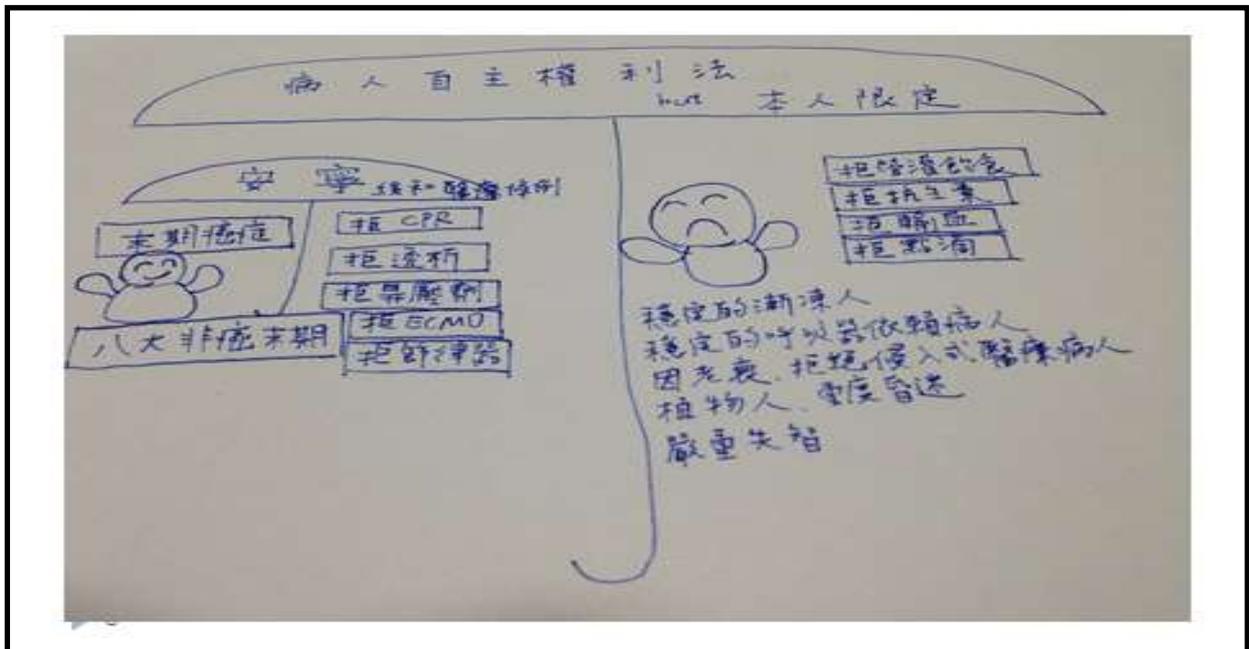
\*處於不可逆轉之昏迷狀況。

\*永久植物人狀態。

\*極重度失智。

\*其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、  
疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。

## 三、可以拒絕的治療、範疇不同



### 什麼是「拒絕醫療權」？

p6/17

斯斯有兩種，拒絕醫療權也有兩種。  
分為「一般拒絕醫療權」和「特殊拒絕醫療權」



#### 一般拒絕醫療權

拒絕不涉及生死的  
醫療行為的權利



#### 特殊拒絕醫療權

拒絕涉及生死的  
醫療行為的權利

目前法律只有保障「一般拒絕醫療權」，但「病人自主權利法」則承認：  
在「特定條件」下，病人享有「特殊拒絕醫療權」。

## 安寧緩和醫療條例第三四條第項

- 維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。
- 管灌飲食算不算維生醫療，可能有爭議！

## 病人自主權利法第三條

- **維持生命治療**：指心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施。
- **人工營養及流體餵養**：指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分。

## 四、對病情告知的規定不同

- 72歲肝癌病患，一發現即18公分，合併進行性之肝衰竭，經告知家屬後，妻子及兒女均表示希望到隱瞞病情，堅拒醫師告知本人病情。病人多次憤怒表示，「我底怎麼了」…

## 醫師向誰病情告知？



## 安寧緩和醫療條例第八條

- 醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項時，應予告知。

→ 病人沒說要知道的話，告知家屬也沒關係

## 病人自主權利法第五條第一項

- 病人就診時，醫療機構或醫師應以其所判斷之適當時機及方式，將病人之病情、治療方針、處置用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項、告知本人。病人未明示反對時，亦得告知其關係人。
- →所以在病人自主權利法，就要直接告知本人！

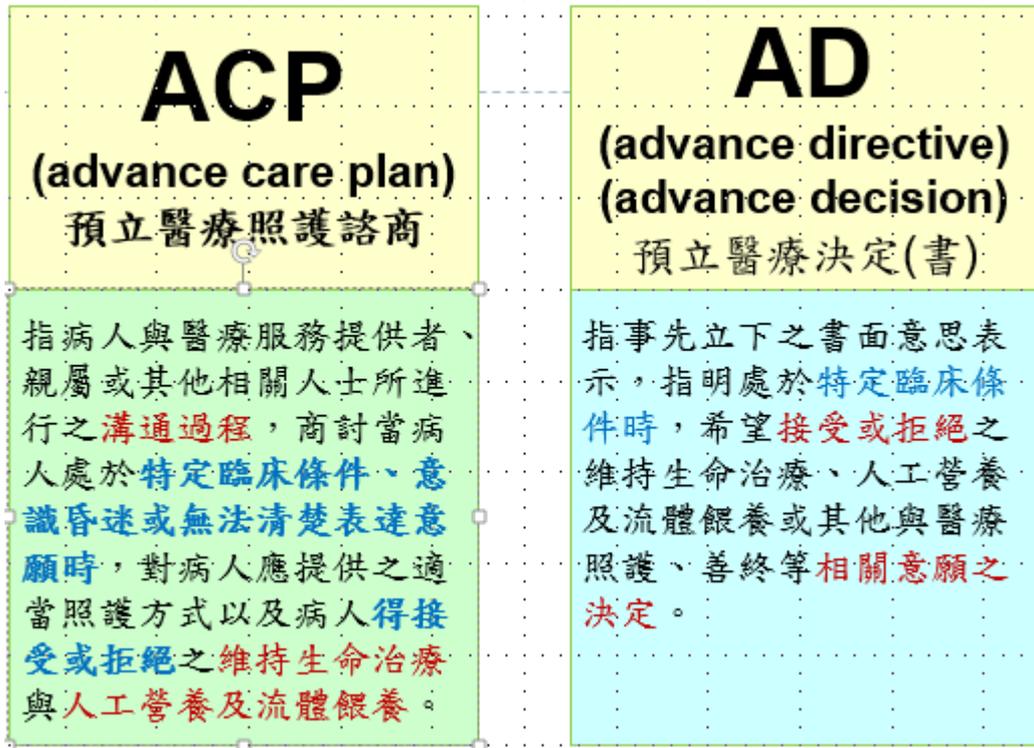
## 病人自主權利法第五條第二項

- 病人為無行為能力人、限制行為能力人、受輔助宣告之人或不能為意思表示或受意思表示時，醫療機構或醫師應以適當方式告知本人及其關係人。
- 萬一病人如上，沒有了解病情的能力，那才可以不經病人同意告知其他關係人。

## 參、名詞定義

- **維持生命治療：**  
指心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施。
- **人工營養及流體餵養：**  
指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分。
- **意願人：**  
指以書面方式為預立醫療決定之人。
- **醫療委任代理人：**  
指接受意願人書面委任，於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達意願之人。
- 意願人應**具完全行為能力**，並參加全民健康保險，領有**全民健康保險憑證**。
- **預立醫療決定：**  
指事先立下之書面意思表示，指明處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。
- **預立醫療照護諮商：**  
指意願人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願

時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養。



肆、



## 特定五類臨床條件

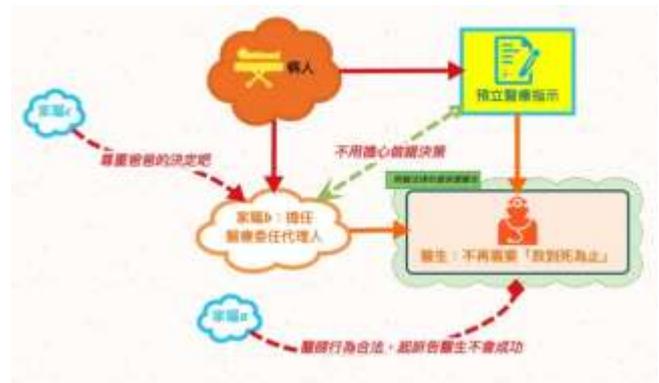
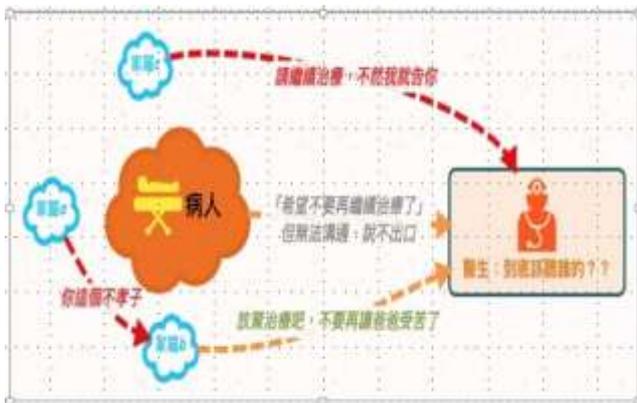
臨床條件	經二位神經醫學相關之專科醫師診斷
不可逆轉之昏迷	<p>因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之<u>持續性重度昏迷</u>：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 因<b>外傷</b>所致，經診察其意識<b>超過六個月無恢復跡象</b>。</li> <li>2. 非因外傷所致，經診察其意識<b>超過三個月無恢復跡象</b>。</li> <li>3. 有<b>明確醫學證據</b>確診腦部受嚴重傷害，<b>極難恢復意識</b>。</li> </ol>
永久植物人	<p>因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之<u>植物人狀態</u>：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 因<b>外傷</b>所致，其植物人狀態<b>超過六個月無改善跡象</b>。</li> <li>2. 非因外傷所致，其植物人狀態<b>超過三個月無改善跡象</b>。</li> </ol>

## 特定五類臨床條件

臨床條件	定義	診斷
末期病人	依安寧緩和醫療條例§3-2，與該疾病診斷或治療相關 <b>二位</b> 專科醫師診斷	
極重度失智	<p>確診失智程度嚴重，<b>持續有意識障礙</b>，導致無法進行生活自理、學習或工作，並符合下列情形之一者：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating) 達三分以上。</li> <li>2. 功能性評估量表(Functional Assessment Staging Test) 達七分以上。</li> </ol>	<p>由<b>二位神經或精神醫學相關之專科醫師</b>診斷。 <b>CDR<sub>s</sub>≥3</b> <b>/FAST<sub>1</sub>≥7</b></p>
其他	由中央主管機關召集會議決定後公告之。	

- ▶ 本法第十四條第一項第五款所稱**其他經中央主管機關公告**之病人疾病狀況或**痛苦難以忍受**、**疾病無法治癒**且依當時醫療水準**無其他合適解決方法**之情形

## 已立AD者，AD何時將啟動？



### 解惑！

## 預立醫療決定的6個問號

**Q1. 《病人自主權利法》三年後才實施，過渡期我要怎麼確保自己的善終權？**

答：民眾可以先簽「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」（下稱意願書），確保在罹患重病末期瀕死或無生命徵象時，表達不急救之意願。

**Q2. 我已簽署過意願書，還需要簽預立醫療決定嗎？**

答：需要。因為「意願書」僅限於「末期病人」，「預立醫療決定」範圍擴增為五大臨床條件。醫療現場經常發生簽署「意願書」的病人失去意識，若家屬堅持急救，醫師仍尊重家屬意願執行維生醫療。唯有將「預立醫療決定」書面化，醫師才能貫徹病人完整的醫療主張。

**Q3. 我是健康的人，有必要預立醫療決定嗎？**

答：需要。以「無常」的角度來看，這是對生命與家人負責的態度，也是一份愛的禮物。

**Q4. 我不想麻煩二親等家屬，可以改找朋友擔任「醫療委任代理人」嗎？**

答：可以（但對方不能是你的保險受益人或器官受贈者）；但在預立醫療照護諮詢會議上，仍須二親等家屬列席，了解意願人的預立醫療決定內容。

**Q5. 簽署後，若發生意外或病重送醫，醫師還會救我嗎？**

答：會的。除非意願人經過診治後，確定符合五大臨床條件之一，預立醫療決定內容才會被啟動。若是一般意外與疾病，病人在醫院仍按照醫療常規治療。

**Q6. 簽訂之後，反悔怎麼辦？**

答：可以隨時修改、撤回，或更換醫療委任代理人。

資料來源：台北市立聯合醫院

## 伍、病人自主權利法

- ▶ 中華民國一百零五年一月六日總統華總一義字第 10400154061 號令制定公布全文 19 條；並自公布後三年施行

第 19 條 本法自公布後三年施行。

- ▶ 所以這部法律已在 2019 年 1 月 6 日開始施行。

感謝聆聽  
敬請指教

## 補充資料

### 肺癌存活率僅 15%？辨別 9 大症狀，牢記 4 招預防關鍵

由 [IHEALTH](#) · 2018-12-22 本文出於 iHealth 政昇藥局



住在彰化的陳媽媽，是個從未吸菸的家庭主婦，最近莫名感到胸悶，且咳嗽的情況越來越嚴重，原先以為只是小感冒，直到咳出的痰中帶有血絲，才驚覺大事不妙。

進一步檢查後，發現已是肺癌晚期，讓得知消息的家人相當錯愕。以台灣肺癌的診斷結果來看，高達六成的患者發現時已是晚期，除了治療難度

大增，五年存活率也大大降低。

衛福部公布最新癌症死亡人數統計，2016 年肺癌死亡人數將近九千人，已成為十大癌症死因之冠，儼然成為新國病。除了加強防治觀念外，更應該關心肺的健康。

#### 肺癌是什麼？

肺癌是指惡性腫瘤發生於肺部、氣管或支氣管的癌症。正常來說，細胞分裂過程是井然有序的，一旦出現失控，細胞就會不斷地增生，最後積聚成腫瘤。

我們口中常說的「癌症」，常是惡性腫瘤所造成，可怕的是這些腫瘤內的癌細胞，會不受控的擴散至其他區域，進而侵犯其他器官、甚至危及生命安全。

## 肺部是如何運作的？

人體肺臟分為一左一右兩個部分，共有五片肺葉，左肺有兩片、右肺則有三片，主要功能是進行氣體交換。

當我們吸氣時，氣體會經由口或鼻進入人體，再經過氣管、支氣管運送至肺泡，由肺泡接收氣體中的氧氣，接著由含氧血液輸送到全身；呼氣時，運送流程則相反，肺泡會排出二氧化碳，再經由支氣管、氣管運送至口或鼻排出體外。

## 肺癌可能出現哪些症狀？

肺癌的早期症狀及前兆並不明顯，當症狀出現時，癌症可能已發展至中後期，甚至已是末期症狀。

由於肺癌症狀並沒有特異性，其他疾病也可能出現類似的症狀，除了高危險群應定期檢查，一旦生活中出現任何不適情況，都應立即就醫。肺癌常見症狀包括：

- 持續性咳嗽、咳血、胸悶或胸痛、呼吸發喘或困難、聲音嘶啞、吞嚥困難、頸部淋巴結腫大、極度疲倦、體重下降、食慾不振

## 肺癌又可分為不同種類？

肺癌主要分為小細胞癌、非小細胞癌，其中非小細胞癌又包括肺腺癌、鱗狀上皮細胞癌、大細胞癌。

**小細胞癌** /佔全台肺癌總比例的 8-10%，其中 90%有吸菸行為。

**非小細胞癌** /佔全台肺癌總比例的 85-90%，分布類型如下：

**肺腺癌** /佔 50%，與吸菸行為較不密切。其中，女性罹患肺腺癌的患者中，有 90%是不吸菸的，男性則有 40%不吸菸。

**鱗狀上皮細胞癌** /佔 30%，此類患者中有 80-90%有吸菸行為，目前多數為男性，女性則較少。

**大細胞癌** /佔 5%，無法用上述類型分類之肺癌。

上述結果可能顛覆許多人的想像，肺腺癌為台灣肺癌的最高佔比，但其中卻有多數的患者是從未吸菸的，這跟過去認為不吸菸就不會罹患肺癌的觀念大相逕庭。

## 肺癌高危險群

從肺癌類型的介紹中，可以發現肺腺癌病患的佔比最高，且其中有多數患者未曾吸菸。這讓我們必須思考，除了菸害以外，還有哪些潛在致病原因及危險族群是一般人容易忽略的？

如果你是以下肺癌危險族群的其中之一，除了加強你的防治觀念，更應該定期接受檢查。

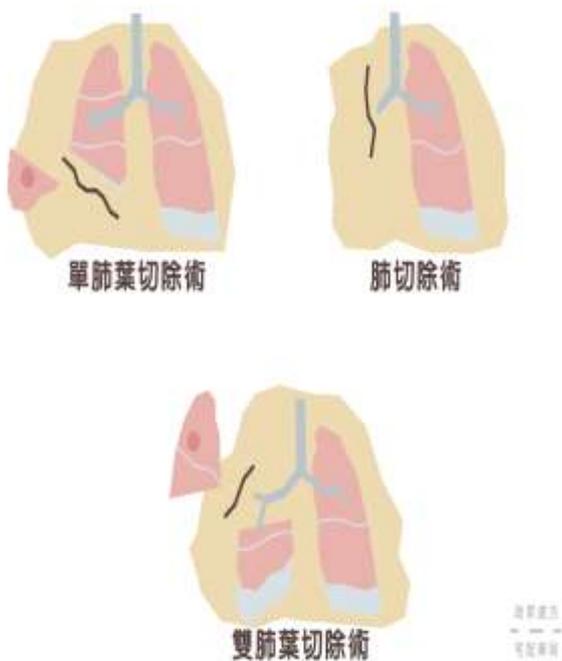
- 吸菸族群
- 有肺癌家族病史

- 曾罹患肺結核或是其他肺部慢性發炎疾病
- 長期暴露於致癌工作環境（如金屬業、冶礦業、接觸石棉、放射線環境）
- 常接觸炒菜油煙的家庭主婦、廚師
- 常接觸交通廢氣的通勤族
- 常處於空氣品質不佳的環境

## 提高肺癌存活率的關鍵

「早期發現、正確治療」是提高肺癌存活率的八字箴言！為何會這麼說？如果肺癌的病灶在一公分時就被發現，並進行手術切除，五年存活率可高達 85%-90%。

以世界平均來看，肺癌的五年存活率約為 15%，其實算是偏低的數字，當病患出現不適才就醫診斷時，癌細胞大多已經轉移，且錯失黃金治療時機，可以說肺癌是死亡率相當高的疾病。



台灣在 2009 年以前，肺癌病患五年的存活率低至 12%-13%，和世界平均相去不遠。根據台灣多個醫學中心的統計數字，在 2009 至 2012 年間，台灣肺癌的五年存活率已提升至 25-30%，可見醫療及公衛領域已有明顯進步。

簡單來說，在環境誘發因子與日俱增的情況下，民眾更應該留意肺部健康，若是肺癌高危險群，更應該定期接受檢驗，有異狀時才能及早發現病症、有效治癒。

## 打擊肺癌可以怎麼做？

從肺癌分期可以了解癌細胞的大小及入侵範圍，因個別情況不同，所採行的治療方式須藉由醫師的專業判斷。

## 手術治療

第一、二、三期的肺癌患者，皆可視情況進行手術治療，腫瘤越小且未發生轉移時，治療效果越好。

手術類型可分為單肺葉切除術、雙肺葉切除術、肺切除術，手術過程除了將病變的肺葉予以切除，還會做局部的淋巴結廓清。

## 化學治療

對於無法進行手術治療的患者，以及第三、四期的患者，可進行化學療法。或是第二期、第三期手術後的輔助治療。

化學治療的主要方式為口服或靜脈注射，常見的副作用有噁心、嘔吐、食慾不振、腹瀉等等。

## 放射線治療

放射線治療常搭配化學治療使用，或是手術前後的多元合併治療。另外，也有一部分無法進行手術的患者，會採用放射線治療。

## 標靶治療

由於癌症的形成可能與特殊基因有關，因此標靶療法為針對特定基因病變所發展出的新藥物。

舉例來說，台灣罹患肺腺癌的女性近六成有表皮細胞生長因子接受體（EGFR, epidermal growth factor receptor）的突變，健保署在 2011 年開放針對此突變的標靶藥物（EGFR-TKI），並提供健保給付，除了有效提升 EGFR 基因檢測陽性患者的治癒效果，也延長病患的存活時間。

另外，部分肺腺癌患者中也出現間變性淋巴瘤激酶（ALK, anaplastic lymphoma kinase）基因錯位的情況，此基因錯位會促使正常細胞發生癌變、細胞增生及轉移。目前健保署已給付針對 ALK 基因錯位的標靶藥物，提供給 ALK 基因檢測為陽性者使用。

## 免疫治療

隨著醫學研究的進步，科學家從免疫系統與腫瘤細胞的交互作用，試圖了解腫瘤細胞是如何對抗免疫系統，並希望扭轉這樣的情況。

針對肺癌免疫療法的原理是，藉由阻斷人體免疫檢查點的活動，增強免疫系統破壞腫瘤細胞的能力。

目前核准針對此類免疫療法的藥物包含 nivolumab、pembrolizumab。

接受免疫療法前，建議先做生物標記檢測，PD-L1 生物標記表達越高的腫瘤，治療效果越好。但是，並不是每個病患體內都有 PD-L1 腫瘤標記，缺乏 PD-L1 標記的患者，就不適合用免疫療法抗癌。

## 多元療法

多元療法是結合了手術、化療、放射性治療的綜合性療法，此種療法的優先順序視疾病的期別而定。根據統計資料，多元療法可增加 5-15% 的五年存活率。

## 預防肺癌牢記 4 招

從肺癌五年平均存活率來看，因肺癌導致死亡的機率是相當高的，雖然醫療科技日益進步，但治療過程中免不了因手術或化療帶來痛楚。醫學界常說：「預防勝於治療」自然有它的道理。

## 不吸菸與戒菸

根據研究，香菸含有八十種以上的致癌物，更經過科學驗證會造成肺癌及其他癌症。此外，暴露於二手菸的環境也會提高罹癌風險，不論吸菸者或不吸菸者，遠離香菸才是保持健康的明智選擇。

## 留意職場汙染

長期暴露於重金屬物質下的工作者、在釋放銻、鎘與砷環境下工作的族群、製造石綿或在石綿環境工作的建築工人、油漆工人、工作時需接觸高度放射線、長期接觸油煙的廚師等等，這些高危險群須特別留意肺部健康，並且定期檢查。

## 空氣汙染環境

空氣品質不佳時，應避免出門或戶外運動，外出時須戴上口罩，降低空氣汙染的危害。另外，居住在工業區附近的居民、常接觸交通廢氣的上班族，都應留意肺部的健康狀況。

## 良好生活品質

癌症的發生可能與先天或後天因素有關，藉由維持良好的生活習慣，加強自身的免疫力，就能降低疾病的威脅。例如定期運動、規律作息、均衡飲食、適時紓壓，這些都能有效提升生活品質。

## 醫生如何揪出肺癌？

確診癌症需要進行一系列的綜合評估，從病人的疾病史、家族史、症狀與生活習慣，加上醫學儀器、細胞學檢查或組織切片的輔助診斷，過程是相當嚴謹的。

## 胸部 X 光

最常見的初步檢查方式，也是最直接能察覺肺部有無病灶的檢查，可粗略的知道病灶的大小及位置。不過，缺點是難以偵測 1 公分以下的病變，有時 1-2 公分的病灶也不易判別。

## 低劑量電腦斷層掃描

若胸部 X 光發現有病灶時，會進一步做電腦斷層掃描，能夠更精確的偵測病灶的大小、數目及位置。

## 痰液檢查

肺癌依發生位置可分中央肺門型肺癌及周邊末梢型肺癌，痰液檢查對於前者的診斷較有幫助，診斷陽性率為 60-70%，藉以判斷細胞病變的情況。

## 支氣管鏡檢查

利用軟式光學纖維支氣管鏡，經由口腔或鼻腔進入氣管、支氣管及細分枝，觀察病變的情況及侵犯程度，接著再取出可疑的病灶進行檢驗。

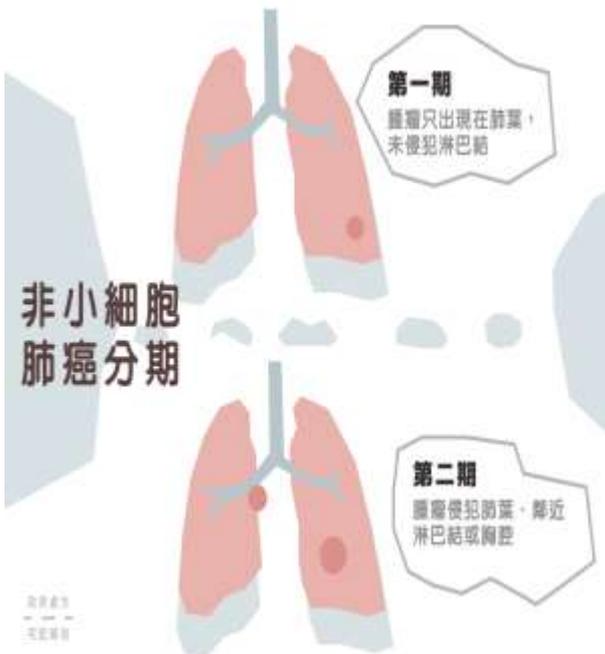
## 組織切片檢查

當病灶位置不易利用支氣管鏡或其他方式採集檢體，此時可先藉由電腦斷層掃描或超音波偵測，引導病灶的所在位置，再以細針穿刺皮膚，取出病灶的組織細胞或做組織切片加以檢驗。

## 不同期別的肺癌有何差異？

肺癌分期的目的是為了評估最適合的治療方法，醫學上主要是依腫瘤的大小及擴散程度作區分。

癌症一般可分為四期，期數越大則表示腫瘤擴散程度越廣、嚴重度越高。下面以非小細胞肺癌為例：



### 第一期

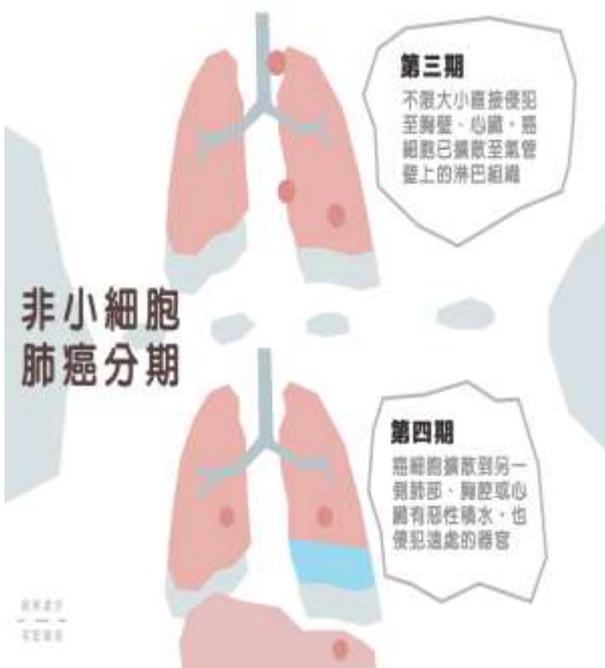
腫瘤直徑小於 3 公分，被肺臟及肺臟肋膜包住，且腫瘤未侵犯至主支氣管。原腫瘤只出現在肺葉，未侵犯至淋巴結。

### 第二期

腫瘤直徑介於 3 公分至 7 公分之間，已侵犯肺臟肋膜，腫瘤已侵犯至主支氣管，但並未擴及到氣管，合併肺葉塌陷或慢性阻塞性肺病。

此時腫瘤除侵犯肺葉外，也轉移到鄰近淋巴結或胸腔。

此時腫瘤除侵犯肺葉外，也轉移到鄰近淋巴結或胸腔。



### 第三期

腫瘤直徑大於 7 公分，或不限大小直接侵犯至胸壁、心臟，癌細胞已擴散至氣管壁上的淋巴組織，離氣管分岔部小於兩公分。

### 第四期

腫瘤包含任何大小直徑，出現惡性肋膜積水或心包膜積水，癌細胞已轉移到遠處的組織器官，如縱膈腔、心臟、大血管、氣管、食道、脊椎骨、腦部、肝臟等等。

文：林恆毅