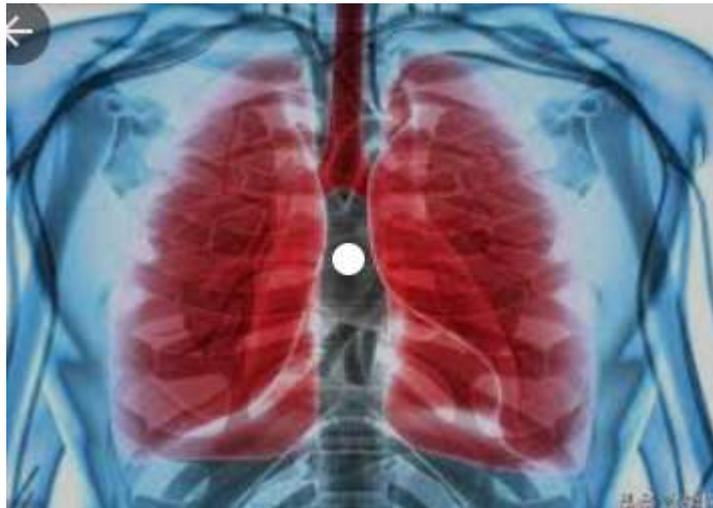


預防肺癌

早期發現是關鍵!

振興醫院 胸腔外科
楊明松主任



QR code 掃描可得到講義資料



預防肺癌, 早期發現是關鍵

楊明松, 110.3.24
胸腔外科, 振興醫院

講者介紹; 振興醫院 楊明松醫師

- 老家在台南
- 念的是台北醫學院醫學系 (751) (現今的台北醫學大學)
- 在長庚醫院當實習醫師
- 在新光醫院當外科住院醫師
- 在振興醫院當胸腔外科住院醫師, 主治醫師, 現在是胸腔外科主任
- 曾經到香港大學醫學院, 瑪莉醫院食道外科學習2個月
- 曾經到美國密蘇里州聖路易, 華盛頓大學教學醫院 (Barnes-Jewish hospital) 觀摩學習肺臟移植6個月

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 肺癌, 已經超越肝癌成為“新國病”, 尤其是小細胞肺癌, 在台灣已經是癌中之王
 - 胰臟癌; 僅約1成左右屬於早期可手術治療; 平均5年存活率-術後不到15%, 無法手術切除者低於5%.
 - 小細胞肺癌, 大部分都是不能手術, 平均5年存活率, 4%.
- 但幸好, 肺癌的細胞類型主要有4種, 小細胞肺癌只佔其中15%
 - 非小細胞肺癌占約 85%, 包括腺癌, 鱗狀上皮細胞癌, 大細胞癌等等.
 - 肺腺癌更是現在最常見的肺癌類型, 而且女型罹患肺癌的比例竟也超過男性, 大多也不抽菸 (90%).

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 在肺腺癌居多數肺癌病例的現今, 肺癌的治療與10-20年前相比, 以經有了巨大的改變; 找到**早期肺癌**, 若有體力接受手術治療, 則治癒的機率很高, 實際狀況視癌症的期別有些不同.
- 癌症的期別: 肺癌
 - 第一期: IA1 (小於 1 公分); IA2 (小於 2 公分); IA3 (小於 3 公分); IB (小於 4 公分)
 - 第二期: IIA (小於 5 公分), IIB
 - 第三期: IIIA, IIIB, IIIC
 - 第四期: IVA; IVB (胸腔外單一或多个器官, 多處轉移)
 - 最常見之肺癌轉移部位為: 腦部, 骨骼, 肝臟, 腎上腺, 肺部, 惡性肋膜積水, 淋巴腺.

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 一般的治療建議:
 - 第一期: IA1-3, IB: 局部治療; 可以是手術切除, 或是在不適合手術切除的情況下, 選擇立體定位放射治療, 消融治療 (冷凍, 微波, 射頻)
 - 第二期: IIA: 手術切除, IIB: 手術切除+ 輔助化療/標靶
 - 第三期: IIIA, IIIB, IIIC: 視情況而定, 一般建議為正式放化療+ 免疫治療, 但是相當複雜, 需要與醫療團隊討論
 - 第四期: IVA; IVB: 視情況而定, 一般建議為標靶 (若有有效突變), 放化療, 免疫治療, 但是相當複雜, 需要與醫療團隊討論
- 各位有沒有發現, 越早期發現肺癌, 治療選擇越少, 越簡單; 意思就是, 只要接受手術治療幾乎就足夠了; 再經過 5年的定期追蹤, 沒有腫瘤復發的話, 幾乎等於沒生過這個病.

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 雖然我們都希望早期發現肺癌, 早期治療肺癌, 如此可以大幅度提高治癒的機會, 依文獻報告, 肺癌手術後的存活期, 依照病理報告分期一般是 (2015年資料):
 - IA1-3: 92-77%
 - IB: 68%
 - IIA: 60%
 - IIB: 53%
 - IIIA: 36%
- 想要有超過80%以上的治癒機會, 至少得在腫瘤還沒長超過3公分以前就被發現

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

存活超過2年不等於就可存活超過5年, 定期接受檢查, 找出復發病灶才是關鍵。

病理期別	中位數存活期	2年存活率	5年存活率
IA1	未獲評級	97%	92%
IA2	未獲評級	94%	83%
IA3	未獲評級	90%	77%
IB	未獲評級	87%	68%
IIA	未獲評級	79%	60%
IIB	66.0 個月	72%	53%
IIIA	29.3 個月	55%	36%
IIIB	19.0 個月	44%	26%
IIIC	12.6 個月	24%	13%
IVA	11.5 個月	23%	10%
IVB	6.0 個月	10%	0%

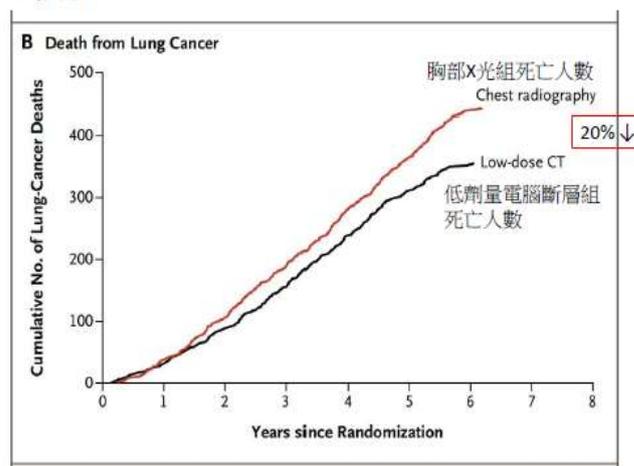
“個人化精準醫療” 仍然可以為患者尋得一線生機

- 由前面的資料可以看到, 依照手術後的病理分期來看, 晚期的中位存活期相當短, 分期 IIIC 只有 12.6 個月, IVA 只有 11.5 個月, IVB 則只有 6.0 個月。
- 當然我們知道, 隨著各種抗癌藥物的出現, 基因檢測方式的進步, 胸腔內科醫師和腫瘤科醫師的努力, 依據患者的病理報告及期別, 腫瘤基因表現, 體能狀況, 保險給付項目等等綜合考量下, 為患者制定所謂“個人化精準醫療”, 結合各種有效藥物的治療下, 存活超過 12 個月甚至更久已經是新常態; 但是話說回來, 通常這樣還是有其極限, 甚至是患者與病家的疲憊。

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 拜低劑量電腦斷層檢查所帶來的好處 (可偵測小到 0.3 公分大小的肺部病變), 我們有了可以早期發現肺腫瘤的利器
- 以前也有研究想要使用胸部 X 光和痰液檢查癌細胞找出肺腫瘤, 但是效果不彰, 並沒有在實驗組和對照組發現多少差別。
 - 但是, 如果有需要, 有時候有胸腔症狀的人, 或是因為其他原因照了胸部 X 光, 剛剛好發現有肺的結節也是相當幸運的, 不代表胸部 X 光都沒用, 只是相對肺結節需要長得大一些, 通常要 1.5 公分才能被找到
- 但是美國的一項研究 (2011 年 NLST) 顯示, 利用低劑量電腦斷層進行肺癌篩檢的人比使用傳統 X 光進行篩檢的人死亡率低 20%。

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵



今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 我們要詳細了解進行低劑量電腦斷層檢查的利弊, 才不會盲目的去接受仍然是有輻射暴露風險的檢查, 而造成自己身體的危害。
- 低劑量電腦斷層, 是一種使用低輻射劑量電腦斷層掃描的新技術, 而且不用注射顯影劑。
- 跟傳統電腦斷層相比, 低劑量電腦斷層掃描的輻射劑量約為傳統電腦斷層的 1/5~1/7。根據受檢者的身材, 暴露劑量大約會有 1-2 毫西弗的輻射劑量, 這大約跟 15 次 X 光 (一次胸部 X 光檢查約產生 0.1 毫西弗輻射劑量) 檢查的輻射劑量差不多。
- 雖然有輻射的問題, 但好處是可以達到早期診斷, 早期治療的目標, 特別是對於有肺癌病史的族群。

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 下列幾個族群建議可以進行低劑量電腦斷層檢查進行肺癌篩檢
 - 55~74 歲, 菸齡超過 30 包-年 (每天 1 包菸達 30 年, 或每天 2 包菸達 15 年), 目前仍抽菸且戒菸時間未超過 15 年者。
 - 一等親有肺癌家族史者。
 - 有肺部病史 (慢性阻塞性肺病、肺結核)、氬暴露及特定職業暴露 (如石綿) 的民眾。
 - 已經得過一種癌症 (比如乳癌、大腸癌、食道癌、子宮頸癌) 的病人

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 我們應該了解沒有萬能的檢查, 就算是低劑量電腦斷層檢查也有所謂 **偽陽性** 的問題, 也就是假警報。
- 有報告綜合分析國外文獻, 發現低劑量電腦斷層篩檢肺癌的陽性預估率 (最後確診為肺癌) 估計只有約 6.4%。高達九成三的人收到的是「假警報」, 假警報超過九成, 容易造成心理壓力。
- 我們也應該知道要尋求專業醫師的意見諮詢, 隨著檢查的人次越多, 累積的經驗越多, 通常在小於 0.6公分以下者, 會建議數月後再次檢查, 以確定肺結節的存在及變化, 並不會建議直接接受侵入性檢查或手術切除。

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 既然低劑量電腦斷層檢查發現肺結節, 有一定的機會是惡性的, 但有更大的機會是良性的, 那就一直做低劑量電腦斷層檢查就好, 等到有長大的跡象時再開刀切除, 這樣可行嗎?
- 輻射劑量是一個考量, 過多的檢查會帶來對身體有一定影響的輻射; 更多的是擔心腫瘤在不知不覺中偷偷轉移出去, 所以由專業醫師判斷, 最好有相隔數月的電腦斷層檢查做對照, 更可以判斷出良惡性與否。
- 根據日本的研究, 肺結節可以分為所謂毛玻璃病變和實心病變, 當然也有介於兩者之間的部分實心病變, 在追蹤期間會產生變化的時間長短不同, 實心病變最快, 純毛玻璃病變最慢, 甚至可以達4-5年之久才長大或變為實心。

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

純毛玻璃病變, 一直都沒長大也沒變實心的有 87%, 其餘有長大的為 0-1年內 5%; 1-2年內 4.2%; 2-3年內 1.8%; 3-4年內 1.2%; 4-10年內 0.6%; 可見得有些不痛不癢的小東西, 放著的時間長了仍然有機會製造問題

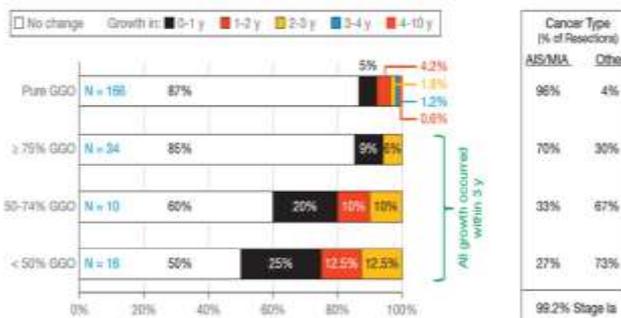


Figure 1 - Outcomes by time interval and type of ground-glass nodules during long-term follow-up of 226 patients. AIS = adenocarcinoma in situ; MIA = minimally invasive adenocarcinoma. (Data taken from Sawada et al.)

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 總而言之, 如果擔心自己是否得了肺癌, 比較正確的步驟是:
 1. 先看看自己是否在高風險族群之內, 如果是的話, 可以尋求健檢單位的協助, 接受 **自費** 的低劑量電腦斷層檢查進行肺癌篩檢。
 2. 接受低劑量電腦斷層檢查後由檢查醫師解釋或轉介胸腔內外科醫師複查, 看看是否須立即進行侵入性檢查或手術, 或是再次電腦斷層檢查。
 3. 若須接受侵入性檢查或手術, 則再與醫師討論風險和好處, 通常一定是好處多於風險才要接受這類建議, 否則寧可再多檢查一次。

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 讓我們了解一下所謂侵入性檢查或手術治療的風險和好處。
- 侵入性檢查一般指的是切片檢查, 目的是在進行手術之前先大約知道是否已經是肺癌, 或者是別的仍然需要手術的疾病, 例如類癌, 轉移癌, 某些感染症; 若因為肺癌要進行更大範圍的肺切除, 需要在術前接受其他檢查 (例如正子造影, 腦部核磁共振等), 以確定沒有轉移。
- 如果是最常使用的電腦斷層定位肺結節切片, 其產生副作用的機會如氣胸 (10-40%)、咳血或肺出血 (5-15%), 血胸或其他種種問題等極少發生 (<1%); 但是氣胸程度嚴重到需要插入引流管者仍是少數, 其餘大多可觀察而自然痊癒。

不適合電腦斷層定位肺結節切片的情況

- 1. 在影像上沒有可從體表安全接近的路徑, 不適合電腦斷層導引. (通常是比較深的病灶或靠近身體中心的部位)
- 2. 受檢者無法配合呼吸靜止 (感到呼吸較困難, 較急促), 難以準確到達病灶.
- 3. 病人有出血傾向或血液凝固異常的疾病, 或正在使用抗凝血藥物者, 須改善凝血功能或等藥效過後才能進行. (比如我們振興醫院有很多心臟內外科的患者, 會遇到有使用抗凝劑受檢者的機會就相當大, 必須例行性的進行藥物使用詢問; 最好由受檢者主動告知, 以免遇到出血風險或被取消檢查預約)

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 最後要講一下現今針對肺部小的腫瘤的治療趨勢
- 如果腫瘤位置在肺的外1/3處, 適合局部切除者, 使用微創手術方式, 一般住院大概在3-4天即可.
- 微創手術方式其實可以分成傷口的微創和肺部切除大小的微創
- 傷口的微創應該是近年胸腔外科醫師一直在求新求變下的成果, 以前的開胸手術, 傷口約25公分大, 幾乎要橫跨半個胸部, 其疼痛程度甚至超過開心手術的正中胸骨切開術; 而現今各種微創傷口, 不論是單孔, 雙孔, 多孔, 傷口總長度一般不超過5-6公分, 再加上各種止痛方式, 開完刀立刻下床走動也不是難事.

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 再說到肺部切除大小的微創: 完整切除病灶才是醫師最該做到的工作; 但是如果盡能盡量保留肺的健康部分, 則也是另一件重要的考量; 因為有些患者其實腫瘤會長了又長, 可能需要接受一次以上的手術治療, 而肺部少了是不會再長出來的, 最多是漲大補充回來; 因此胸腔外科醫師針對較深的病灶有時會進行所謂肺節切除, 以達到減少肺傷害的目的, 但因為技術含量較高, 需要一些經驗的累積, 或是高科技的輔助 (3度立體電腦斷層血管成像), 住院天數也會稍多 1-2 天.
 - 肺部可分為右側-左側
 - 右側有上肺葉 (又可分為 肺節1,2,3), 中肺葉 (又可分為 肺節4,5), 下肺葉 (又可分為 肺節6,7,8,9,10); 共10個肺節
 - 左側有上肺葉 (又可分為 肺節1+2,3,4,5), 下肺葉 (又可分為 肺節6,8,9,10); 共8個肺節

今日主題: 預防肺癌, 早期發現是關鍵

- 其實若以純毛玻璃或實心成分占總腫瘤大小 < 25% 的病灶來說, 手術後病理報告多數是所謂 "原位腺癌" 或 "微侵犯癌", 極少有淋巴轉移, 一般認為進行次肺葉切除後的存活率幾乎是 100%; 復發機率幾乎為 0%; 反而是發生第二個肺癌的機會還比較高 (原位腺癌 5.6%, 微侵犯癌 7.7%) (2021年)
- 因此, 各位親愛的長輩朋友們, 預防肺癌, 早期發現就是關鍵, 了解自己的身體, 做好保健工作, 有症狀早點就醫, 沒有症狀也可以考慮定期接受有效的健康檢查; 擁有健康, 才能擁有全世界.

您的筆記

