認識肝細胞癌
(Hepatocellular Carcinoma)

長庚紀念醫院　編印

肝細胞癌病友手冊

我的姓名:_____

看診醫院：財團法人長庚紀念醫院

診斷日期：_____

我的醫師：_____

個案管理師:_____

聯絡方式:_____

目錄：

（1.） 前言
（2.） 肝的構造及功能
（3.） 肝腫瘤 vs 肝癌 vs 肝細胞癌
（4.） 肝癌的致病因素
（5.） 肝癌的主要症狀
（6.） 肝癌的預防與篩檢
（7.） 肝癌的診斷方法
（8.） 肝癌的外科手術治療
（9.） 肝癌的非手術治療
（9-1） 綜論
（9-2） 局部治療
（9-3） 肝動脈栓塞療法
（9-4） 放射治療
（9-5） 化學治療
（9-6）肝動脈化學藥物灌注治療
（10.） 肝癌的護理與衛教
（11.） 肝癌患者飲食與營養
(12.) 居家照護
（13.） 腫瘤病患之社會資源介紹
（14.） 結語
（15.） 編後

（1.） 前言：

“心肝寶貝”是國人常掛口邊的用詞，可見一般人對肝臟這個器官的重視。由於台灣民眾的病毒性肝炎盛行率高，肝細胞癌一直是癌症死亡首要元兇，好發於 50 至 70 歲男性。男女比約為 2-3 比 1。但令人可畏是肝細胞癌，這“國癌”（因為具醫師身份的國父孫中山先生，也敗在肝癌手上。）常常是在無聲無息中在肝臟內滋長，也就是說通常是沒有症狀，等到感覺不對時，已經是進行到相當的程度，不容易作有效治療的地步，經常令人扼腕。 肝癌並不會突然產生，往往有脈絡可尋。例如慢性 B 型、C 型肝炎感染，飲酒，吸煙，家族性肝病等危險因子存在。如果能對肝癌的特性多加注意應可預防肝癌產生。一旦肝癌形成，也可以早期診斷及治療來對抗。

所幸近 20~30 年來，醫學界的努力，得以對於高危險群進行篩檢，台灣地區並領先世界更進一步全民 B 型肝炎病毒的疫苗預防接種，大幅降低肝癌傷害性。

為了使相關人士對肝細胞癌有基本認識，本院癌症中心邀請專業人員完成此手冊，我們將目前治療肝細胞癌的方法做一簡單的介紹。希望對不幸罹患此病者及其家屬有所助益，得以面對疾病, 方便與醫療人員溝通合作，共同對抗癌症、戰勝癌症。

對於肝癌家屬而言，除了協助病患外，由於肝細胞癌之家族發生率較高，在預防勝於治療的原則下，應進行篩檢。

（2.） 肝的構造及功能

論斤兩，肝臟是人體內最具份量的器官，在成人大約為 1500 公克，肝臟位在上腹腔，和胸腔的肺臟以橫膈膜相隔，大部份在肋骨與腹肌的保護下，不易受到外力傷害。肝臟的外觀可分為左右兩葉，右葉較大，佔約三分之二，左葉較小佔三分之一。雖分左右，實則其中血管、膽管結構是相連的，為了對肝臟的解剖位置有共識，一般使用的方法是依肝動脈和肝門靜脈走向方位，由其分支、左右再細分各四小葉，即左肝有第 1 到第 4 小葉，右肝有第 5 到第 8 小葉。論功能，肝臟在人體的重要性更是不惶多讓。肺臟和腎臟都有左右接近對稱的結構，有一邊受到傷害時，另一側或許還可以補償代勞。肝臟則是相連而不易分割的單一體。肝臟是人體的大工廠，處理食物最重要的器官。糖類，脂肪及氨基酸等養分經小腸吸收後，經由門靜脈送入肝處理。肝也是合成許多蛋白質之器官，包括凝血因子及白蛋白等。又有製造各種抗體、免疫因子及分泌膽汁的功能。許多蛋白質在肝臟分解，例如女性賀爾蒙，因此肝衰竭常造成男性乳房腫大。毒物及藥物多在肝臟代謝，若飲酒過量，往往造成肝損傷。肝臟兼具消化、循環、新陳代謝、排毒、免疫之角色。“肝臟好時，人生是彩色的；肝臟不好的話，人生是黑白的”這句廣告詞充分顯示肝臟的難以取代性。

（3.） 肝腫瘤 vs 肝癌 vs 肝細胞癌

肝癌是泛指肝臟的惡性腫瘤，是個通用的名詞，涵蓋各種肝臟本身所長出來的原發性肝癌，以及由其他器官轉移到肝臟的轉移性肝癌。肝臟器官由許多種類的細胞所組成，最主要的成份是肝細胞，其他還有膽管細胞、血管細胞、平滑肌細胞、脂肪組織、淋巴組織等，其各自可能發生惡性腫瘤如“肝細胞癌”“膽管癌”“血管肉瘤”“平滑肌瘤”等。因此，原發性肝癌並不是個精確的說法，其包含前述各種惡性腫瘤。在台灣以器官別來區分，肝癌是十大癌症排行的前一、二位，其中肝細胞癌占了約 90%，膽管癌占約不到 10%，其餘則皆更少。日常用語中，常為圖方便，直接以肝癌代替肝細胞癌，有必要注意其所指為何。肝臟由於富含血管，因此常是體內其他器官之惡性腫瘤擴散後之轉移部位，常見的像大腸癌、胃癌、肺癌、乳癌等，經由血流侵犯到肝臟，造成所謂轉移性肝癌。

另一個“肝腫瘤”用詞也是常見用語，其實這是個更浮濫用字，在肝臟影像檢查發現有“腫塊”或甲型胎兒蛋白上升時，常被懷疑有肝腫瘤。前者指肝臟有個佔位性病灶，不同於正常肝臟者，在沒有確定診斷前以腫瘤稱之。而其可能為前述之惡性腫瘤，或者為良性腫瘤，或類似腫瘤如膿瘍，局部脂肪肝或脂肪分佈不均之假影等。良性腫瘤中也有不同之種類，最常見的是血管瘤，其餘還有腺瘤、平滑肌肉瘤、局部再生性結節。近年來影像技術進步許多，但對於確切之各種肝腫瘤診斷，仍有賴肝切片或所謂穿刺檢查（詳見７）。

（4. ）肝癌的致病因素

一般而言，環境毒物、飲酒、吸煙、病毒感染等會造成肝細胞損傷。這些因素通常引起炎症反應而使肝細胞之基因受損。一兩個基因受損常會自行修復。但是多個基因受損時，大部份細胞會走向死亡，

但少數不死細胞可能變成生長不受控制的肝癌。

（5.） 肝癌的主要症狀

早期的肝癌通常不會有症狀，但隨著肝癌的侵犯範圍加重，才會出現腹脹，腹部腫塊　腹痛，腹瀉，不明發燒　體重減輕，茶色尿，水腫等症狀。

（6.） 肝癌的預防與篩檢

6-1 預防

早期的肝癌除非經過檢查，否則並不容易被人察覺，尤其肝臟本身是一個”沉默”的器官，當感到疼痛或可經由觸摸而發覺的肝癌，通常已經很大且不易治療了。本著預防重於治療的觀念，若能防範肝癌的發生，則對人類的健康會有莫大的幫助。肝癌的危險因子包括大家耳熟能詳的慢性病毒性肝炎(例如：B 型、C 型肝炎) 感染，各種原因引起的肝硬化，以及黃麴毒素等。
以下將對上述各點做一簡短描述：

1. 慢性病毒性肝炎 (B 型、C 型肝炎)：
在台灣多數(約一半)的 B 型肝炎帶原者乃由母體垂直感染而得，其他帶原者大多數在小學前感染。 故病毒在體內的時間自出生時就開始，不論肝臟受到炎症破壞產生纖維化及再生或者病毒基因已侵入肝細胞核，均有可能使肝細胞產生”癌化”的機會增加，進而促成肝癌的發生。而 C 型肝炎的傳染途徑常見的有輸血，不潔的針頭及不當的體液接觸 (共用牙刷、刮鬍刀等)，一旦感染了 C 型肝炎，其併發肝癌的情形與 B 型肝炎類似。B 型肝炎病毒傳染力強，往往有家族群聚感染。C 型肝炎病毒傳染力較弱，家族群聚感染少，但與居住地區環境有關。部份鄉村有高達 50%的慢性 C 型肝炎感染。受到這兩種肝炎病毒感染患者罹患肝癌機率與病毒繁殖力有關。病毒繁殖力越早受到控制，罹患肝癌機率越低。

2. 肝硬化：不論是慢性 B 型肝炎或 C 型肝炎，酗酒等引起的肝硬化，因肝臟纖維化引起結構改變，此時肝細胞容易變性而引發肝癌的產生。

3. 黃麴毒素的毒性作用，易引起肝細胞基因體的損害而有肝癌的生成。

知道了上述危險因子，要預防肝癌的發生自然要先避免這些危險因子，方法如下：
a. 新生兒接受 B 型肝炎疫苗之預防注射。
b. 避免不必要的輸血，打針、拔牙、穿耳洞、紋身、針灸等，
c. 養成良好的個人衛生習慣，刮鬍刀、牙刷等應分開使用。
d. 安全的性行為。
e. 避免發黴的食物。
f. 節制酒精的攝取。

6-2 篩檢

“早期發現早期治療”是獲得治療先機的不二法門。所以針對高危險群的病人定期篩檢是非常重要的，篩檢的項目包括以下兩種：

1. α -胎兒蛋白檢驗 (AFP)
正常情形下，胎兒蛋白在胎兒時期分泌，出生後逐漸被白蛋白取代。而當有肝癌發生時，由於肝癌細胞的分泌，血液中的胎兒蛋白會逐漸增加，當超過正常值時 (20ng/ml)，便須特別注意，若大於 400ng/ml，需高度懷疑已經發生肝癌，儘快接受進一步檢查。不過炎症反應也誘發肝細胞再生。 此時胎兒蛋白也會增加，但是並無肝癌。此外有三分之一的小型肝癌胎兒蛋白正常，所以肝癌的存在與否不能只靠它來判斷，須加上超音波及其它檢查輔助才能正確及早

期診斷。

2. 肝膽超音波檢查
肝膽超音波乃是最快速方便的檢查，約 1 公分的肝癌即可藉由它診斷出來。一般來說，肝癌由 1 公分長至 3 公分平均要 4~6 個月的時間，所以若最初超音波未發現肝癌，則 4~6 個月後再一次的追蹤檢查應可發現，且可能還小於 3 公分，仍有好的治療效果。所以高危險群的病人最好 4~6 個月追蹤一次超音波檢查。一般無症狀且肝功能正常之 B 型肝炎帶原者男性 35 歲、女性 40 歲後才需要每 6 個月作超音波檢查。

（7.） 肝癌的診斷方法

一般而言，最初的懷疑往往是在超音波檢查看到腫瘤，或是在驗血時看到甲型胎兒蛋白值上升，因而懷疑是肝癌。尤其是在慢性 B 肝或 C 肝患者，進一步的檢查是絕對必要的。

確切地診斷肝癌，最正確無誤的方法是肝臟切片檢查。
所謂肝切片並不是真的用手術刀去切肝，而是在超音波的顯影下，使用一支細針，約 1.5~2.0 公厘的直徑，直接穿刺至腫瘤部位抽取極少量肝腫瘤組織來做病理檢查。穿刺前只做局部麻醉，實際操作過程只有數秒鐘，是一個相當快速便捷的方法。其危險性有二，一個是內出血，其機率約低於 0.1%，若發生時可以使用各種必要方法止血。但在肝切片執行前，醫師會先評估是否有內出血的危險，並作適當防範措施。另一個危險性是癌細胞順著穿刺針插孔道擴散，其機率約 1%。然而，肝切片診斷肝癌其正確率接近 100%，是一個診斷的黃金標準。由於肝細胞癌不是肝臟內唯一可發生的腫瘤，還有可能是其他的腫瘤，如肝內膽管癌，其治療方式與肝癌大為不同。因此，肝切片在很多時候是必要的選擇。

除了肝切片來診斷肝癌之外，其他在種種不同的考量下，也發展出不同的診斷方法，但這些方法並非絕對被所有醫師所認同：
1. 肝細胞抽吸法。使用更細的針，在超音波導引之下抽取肝腫瘤細胞來化驗。細胞學檢查可以診斷肝癌。
2. 甲型胎兒蛋白值大於 400ng/mL（或有的學者主張大於 200ng/mL），加上一種以上特殊影像診斷（如電腦斷層掃描、核磁共振掃描），可以診斷肝癌。
3. 有兩種以上特殊顯影檢查，而專家判讀皆認為是肝癌者。但這是失誤率稍高的診斷方法。

總結而言，肝癌診斷以肝切片為最主要的方法，但在有其他考量因素時，可使用其他替代方法，然而其誤診機率會稍高。

（8.）肝癌的外科手術治療

外科手術治療是治療肝癌應該優先選擇的治療方式，但是並非每一位病患都適合手術治療。由於大部分的肝癌為多發性，再加上大部分的肝癌患者，合併有肝硬化，因此適合肝癌手術切除的病患，其實並不多，約佔肝癌病患的 15~20%而已。

外科手術治療可以分為肝癌切除及肝臟移植兩種。由於外科手術畢竟是一個風險較高的治療方式，因此在決定是不是接受外科治療之前，必須仔細檢查腫瘤的狀況及肝臟的功能，是否合適進行外科手術療法。

8-1. 肝癌切除：

能夠進行肝癌切除手術的適應症，是肝癌為單一顆腫瘤或最多不超過兩顆腫瘤，並且肝臟功能能忍受切除一部分的肝臟。近年來，由於手術技術的進步，在有經驗的肝臟外科醫師執刀下，不管腫瘤的位置及大小，只要經過評估，手術切除確實可行，都可以進行手術切除，目前的手術風險，大致上可以控制在 5%以下。
不過，肝癌切除手術畢竟還是一項大手術，因為肝臟是一個充滿血管及血液的器官，其後面即是將進入心臟的下腔大靜脈，再加入 60%以上的患者具有肝硬化，因此手術中的出血不止，無法凝血，以及手術後的肝臟功能不足，嚴重感染，是肝癌切除手術最嚴重，並危及生命的併發症，假如沒有發生嚴重的併發症，大部分的病人可以在手術後 7~10 天順利出院。出院後，病人仍處於肝臟功能恢復期，此時病患的飲食不需任何的限制，一切以均衡的營養為主。
肝癌經過手術切除後，仍然有復發的可能性，肝癌復發的機率與肝癌本身的性質有很大的關係，這些性質包括肝癌本身的大小、肝癌是否有包膜包覆、肝癌是否侵犯血管、是否存在有子腫瘤，及肝癌細胞的分化程度等。因此，肝癌經手術切除後，仍需長期、定期追蹤檢查。如遇有復發，再選擇適當妥善的治療方式，一般來說，肝癌切除手術的病患 5 年存活率約為 50%。

8-2 肝臟移植：

肝臟移植是肝癌另一個有效的治療方式，但是以肝臟移植來治療肝癌，有一些條件上的限制，否則無法達到預期的效果，一般的條件為若為屍肝移植，符合單一顆腫瘤，腫瘤直徑不超過 5 公分，若為多發性腫瘤，腫瘤個數不超過三顆，最大一顆直徑，不超過 3 公分，另外，腫瘤必須沒有侵犯血管；若是活體肝臟移植，則可放寬至呆單一腫瘤部超過 6.5 公分或腫瘤個數不超過三顆，最大一顆直徑不超過 4.5 公分其直徑總合不超過 8 公分。如果沒有符合這些條件，雖然將整個肝臟換掉，植入新的肝臟，肝癌仍會於一年左右復發，但若是符合這些條件，5 年的存活率可以達到 80%。

總之，外科手術仍是目前治療效果最好的治療方式，也是提供病患長期存活機會的治療方式，外科手術治療仍是目前肝癌治療的第一個選擇。

（9） 肝癌的非手術治療

（9-1） 綜論

肝細胞癌（以下簡稱為肝癌）是國人常見的惡性腫瘤，在台灣地區，它的發生率近十年的排名都在前兩名之內。以往，在治療方面，除了少數屬於早期診斷並得以切除外，其他大部份案例，治療效果都不甚理想，理由大約有以下幾點：

一、肝癌在被診斷出來的時候，常是較為晚期，已經超過了能夠切除乾淨的程度。
二、肝癌並非單純的惡性腫瘤疾病而已，在腫瘤以外的肝臟常合併肝硬化，使得手術的風險或接受其他方式治療時之限制增加。在台灣，大約 70~80%之肝癌患者，在診斷腫瘤時已經合併有肝硬化，若肝臟之餘留功能差，則不適於手術或某些非手術治療。
三、除了手術切除外，其他的治療效果未盡理想。

近年來，隨著高風險族群的認識、篩檢的普及、診斷技術的進步，較多的肝癌得以在更早期被診斷出來，而相對合併肝硬化的比例也少了些，使治療較無後顧之憂。更重要的是隨著手術進步，新的非手術治療方法也有長足發展，由於醫療技術的進步，肝癌的治療明顯改進。提供更多元治療方式其中較重要的種類，包括下列：

一、肝動脈栓塞術

人體的器官中，絕大多數是動脈血流入，靜脈血流出，唯有肝臟是人體中獨特的具有二套血流供應的例外－肝動脈以及門靜脈，肝癌組織有別於非腫瘤的肝臟其血流 90-95%由肝動脈灌注，所以放射科的專家可以由鼠蹊部穿進極細的導管，進入肝動脈藉由打入栓塞藥劑等方式，將肝癌供應的分支血管堵住，使腫瘤萎縮或抑制其生長；相對的正常肝臟，因尚有正常門靜脈血流(約佔 60-70%)的保護，其所受到的傷害將相對輕微。此種治療術式稱之為肝動脈栓塞術。如果治療的同時加入化療藥物時，就稱為肝動脈化療栓塞術。

二、肝腫瘤局部治療

利用影像的指引，通常借助超音波或少數使用電腦斷層的定位方法，可以精確的對肝癌進行局部的破壞，利用化學物質－如純酒精或高濃度醋酸溶液，其可使組織凝結破壞，或利用物理方式如高溫－如射頻燒灼治療法，以針導入肝腫瘤部位在特定區域產生的熱，使肝細胞壞死的方式來治療。也可以用低溫方式，如冷凍療法，將腫組織降溫到壞死的程度。

三、放射治療

傳統的體外放射治療（或俗稱的電療）用來治療肝癌已有多年的歷史，原理是以放射線破壞組織，但當照射超過一個放射量限度時，可能引起放射線肝炎，以致於腫瘤還沒被破壞，正常肝就已經先受其害，近年的諸多改良，包括電腦的輔助可以達到多方向，順形照射減少非腫瘤的傷害。所謂的光子刀、正子刀、電子力學理上都屬於這一類。

四、化學治療

抗癌藥物經由口服、靜脈注射或肝動脈注射，來抑制癌細胞的生長，稱之為化學治療。目前已有經大型臨床試驗證實有療效的化療藥物，它能顯著延長患者的生命，臨床醫師會根據病患的情況來選擇適當的藥物，由於效果還不盡理想，新的藥物仍持續研發中。肝動脈給藥的目的在於提高腫瘤部位的藥物濃度且減少全身的副作用，近年皮下留置人工血管的方法，使反覆注射較以往簡化許多。
全身性的化療也可對轉移的腫瘤一併治療。

5.　除了上述四大類的治療，還有其他方式嘗試，企圖用來控制肝癌，包括免疫療法、生物療法（如干擾素），荷爾蒙療法，血管新生抑制劑等。至於傳統醫學或民俗療法則有許多未盡瞭解之處。

由以上所介紹可以知道，除了手術治療外，肝癌還有諸多種類的治療法，在臨床上可能使用單一或多種治療。通常臨床醫師會斟酌各項因素，包括年齡、體能、肝硬化程度、腫瘤大小、腫瘤部位分佈情況，血管侵犯與否，及是否有其他部位轉移情況等作整體之治療規劃考量。由於各醫療機構之發展有所不同，所屬之專家專長與經驗也有差別，或治療設施之限制，不同之醫療單位可能有不同之選項建議。因此應與負責之主治醫師充分討論治療選擇，並考量可能的優點與風險然後才慎重的作治療的選擇。
以下就各種治療分別介紹

（9-2） 局部治療

肝癌是台灣非常常見的癌症之一，經由腹部超音波與甲型胎兒蛋白(AFP)的定期篩檢常常能早期診斷小型肝癌。小型肝癌的根除性治療包括肝移植、手術切除與局部治療。

9-2-1 肝癌的局部治療合適對象有那些

1. 治療的最佳對象為單一肝癌且小於或等於 5 公分、或是小於或等於 3 個肝癌且每一個小於或等於 3 公分。
2. 依據充分的研究結果顯示，局部治療能夠達到 60%至 100%的完全治療療效。

9-2-2 局部治療前應做那些評估檢查

1. 肝功能 (Child-Pugh grade)、甲型胎兒蛋白、細針抽吸細胞學檢驗或切片病理檢驗。
2. 當影像檢查診斷為肝癌且其甲型胎兒蛋白大於 400 ng/ml ，可以不必施行細針抽吸細胞學檢驗或切片病理檢驗。
3. 初步的影像評估為多時相電腦斷層掃描(dynamic CT)。
4. 核磁造影掃描(MRI)：只有在電腦斷層掃描之下無法斷定腫瘤的性質、對含碘的顯影劑過敏、或懷疑肝癌侵犯血管或膽管的情況下，才需要作核磁造影掃描檢查。

9-2-3 局部治療後應做那些評估檢查

局部治療後的第 4 週可作多時相電腦斷層掃描檢查，當動脈期的影像增強現像消失時，表示達到完全治療療效(complete response)。

9-2-4 局部治療有那些適宜的治療對象

1. 單一肝癌直徑小於或等於 5 公分、或小於或等於 3 個肝癌且每一個小於或等於 3 公分
2. 無肝外轉移。
3. 無肝門靜脈、肝靜脈或下腔靜脈肝癌侵犯。
4. 無頑強性腹水。
5. 無膽管擴大。
6. 無出血傾向(血小板應大於 60000/cumm、凝血酶原時間比對照組應小於 3 秒或 INR 小於 1.2)。
7. 針對射頻燒灼或微波熱凝治療，接受局部治療的肝癌應距離膽管、膽囊、肝門區、腸胃等器官 0.5 至 1 公分以上。

9-2-5 局部治療有那些不適宜的對象

1. 肝癌直徑大於 5 公分 (可以使用直徑達 7 公分的燒灼探針、或採用先行肝動脈栓塞治療之後再加上局部消除治療)。
2. 肝外轉移。
3. 肝門靜脈、肝靜脈或下腔靜脈肝癌侵犯。
4. 頑強性腹水。
5. 膽管擴大。
6. 出血性傾向。
7. 針對射頻燒灼或微波熱凝治療，距離大分支膽管 0.5 至 1 公分之內的肝癌 。

9-2-6 局部治療有那些種類

1. 經皮酒精注射 (percutaneous ethanol injection，PEI)：在超音波指引下，將細針引入腫瘤內，再經由細針注射 95%或 99.5%酒精至肝癌，造成癌細胞脫水、蛋白質變性以及肝癌缺血性壞死。
2. 經皮醋酸注射 (percutaneous acetic acid injection，PAI)：在超音波指引下，將細針引入肝癌內，再經由細針注射 50%或 25%醋酸至肝癌，除了上述酒精的效果外，尚可溶解脂肪及纖維組織，在肝癌

內的穿透性可能較佳。

3. 微波熱凝治療 (microwave coagulation therapy，MCT)：在超音波指引下將探針引入肝癌內，再經由探針釋放微波產生熱能，造成凝結性壞死。
4. 射頻燒灼治療(radiofrequency ablation，RFA)：在超音波指引下將探針引入肝癌內，再經由探針釋放電流產生熱能，造成凝結性壞死。

9-2-7 局部治療有那些主要的併發症

1. 射頻燒灼治療：約有 2.4%的發生率 (含 0.25%的死亡率)。
2. 酒精注射治療：約有 1.7%至 3.2%的發生率(含 0.09%-0.1%的死亡率)。
3. 主要併發症的種類：包括腹腔內出血、需引流的血胸或氣胸、急性膽囊炎、膽管出血、膽管狹窄、需引流的膽汁瘤、門脈高壓、肝膿瘍、腸胃道穿孔、術後肝衰竭、肺栓塞、橫膈膜麻痺、肝多處梗塞併肝衰竭、敗血症、門脈膽管廔管、癌細胞沿探針引入路徑擴散、及死亡等。這些併發症多於射頻燒灼治療後的 1 至 3 天內發生，因此治療後的住院觀察期間應注意早期的徵兆。
4. 輕微短暫的不適：如輕微傷口疼痛、輕微發燒等可以持續 2 至 7 天，可用冰枕或服用輕度的止痛退燒藥如普拿疼(acetaminophen)等。

9-2-8 小型肝癌局部治療的綜論

小型肝癌的局部治療中，射頻燒灼治療所需次數較少，肝癌完全消除率較高、肝癌局部復發率較低、存活率及肝癌消失的存活率較高，因此是局部治療中的優先選擇；酒精注射是一種最簡易、最安全的治療，且其五年以內的存活率與手術切除治療相當，因此在沒有射頻燒灼治療的設備下，酒精注射治療仍是另一種優先選擇。

（9-3 ）肝動脈栓塞療法

9-3-1: 治療的原理

正常肝臟 70~75%的血液是由腸道及脾臟回流的門靜脈所供應，25~30%是由肝動脈來提供。肝癌細胞養分 90~95%源自於肝動脈，所以可以利用阻斷動脈血流的方法，使肝癌細胞因缺少養分之供應而壞死。但是正常肝細胞則由門靜脈供應血液，仍可保持機能。這就是動脈栓塞療法，治療肝癌的基本原理。

9-3-2:如何操作

肝動脈栓塞術是由介入性放射診斷科醫師來執行。首先要進行肝動脈血管攝影，確認肝血管構造、腫瘤位置、腫瘤營養血管及腫瘤侵犯組織之情況。患者躺在血管攝影機的平台上，局部消毒及局部麻醉後，醫師使用針頭由鼠蹊部穿刺進入股動脈，將導管置入，沿著股動脈，逆行入腹部大動脈，選擇深入肝動脈。先在這些血管分枝以自動注射器注入適量對比劑，進行血管造影，以了解肝動脈的分佈，肝門靜脈的暢通度及腫瘤位置，大小及數目等。經評估後，若患者適合做肝動脈栓塞，則醫師會將導管送到接近肝癌的地方，注入栓塞物質，阻斷其動脈血流，使肝癌細胞壞死。

肝動脈栓塞術可依部位分為全肝栓塞、擴大肝葉栓塞、肝葉栓塞、肝段栓塞及亞肝段栓塞。若肝功能佳，肝硬化程度不嚴重，則可做較大範圍之栓塞。反之，肝功能不好，嚴重肝硬化，門脈高壓或嚴重動脈門脈分流，則應縮小栓塞之範圍，或者進行多次分段栓塞。

栓塞物質包括抗癌藥物、碘化油、明膠海綿、微粒球、微囊、

金屬栓子等。理想的栓塞物質應具有對人體損傷小、價格便宜、方便使用、容易取得，目前尚無一種栓塞物質有這種特性。較為常用栓塞物質為抗癌藥物、碘化油、明膠海綿、微粒球。1979 年日本學者中熊健一郎首先發現碘化油可選擇性長期滯留於肝癌及子結節內，有的長達數個月到一年以上。組織學上碘化油主要滯留在肝竇，肝組織間隙及 25~250μm 的小動脈內。其長期滯留原因為肝癌有豐富血流供應，虹吸作用強，碘化油對肝癌的親和作用大，肝癌局部缺乏 *Kupffer* 細胞無法清運碘化油，脂質代謝功能失調。利用碘化油的這種特性，與抗癌藥物混合制成乳化劑打入腫瘤，再以明膠海綿或微粒球阻斷動脈血流，促使肝癌細胞壞死。

更有學者以微細導管深入肝動脈的亞段分枝，慢速將碘化油與抗癌藥物之乳化劑打入腫瘤及其供血小動脈，到壓力平衡時，肝動脈與門靜脈交通之竇前瓣會打開，這些乳化劑則由此通道進入小門靜脈，使得腫瘤之血流供應完全阻斷，造成完全壞死。甚至腫瘤周圍之正常肝組織亦完全梗塞，產生所謂的亞肝段壞死。此法可稱亞肝段栓塞法，也有人美其名為內科的亞肝段切除術，這種栓塞法對小型肝癌具有根除治療的效果。

9-3-3:有什麼副作用

治療後病人會因癌細胞壞死或藥物作用引起所謂栓塞後症候群，包括上腹疼痛、發燒、腹脹、嘔吐現象。肝功能會輕微衰退，而於 10~12 日後回復。少部份會有較嚴重之炎症反應，肝膿瘍甚至引起菌血症。有時栓塞物質迷走到標的區外的臟器引起膽囊壞死、胃腸道出血、急性胰臟炎、脾臟膿瘍等併發症。對肝功能代償嚴重失調之患者，做完肝動脈栓塞術，有可能引起肝衰竭而致死。

9-3-4 總結

肝癌的預後受諸多因素的限制，很難整齊劃一的決定那一種肝癌預後最好，或那一種治療方法最理想。一般而言，5 公分以下之結節型者，腫瘤與全肝體積比率小於 50%者，具有豐富血流供應者，未侵犯門靜脈者，有包膜者，肝硬化程度較輕者，具有較好的預後。治療方式的選擇，治療的時機、頻率，在各家醫院會因設備，人員專長的不同，而有不同的考量。患者應與主治醫師深入討論，分析利弊得失選擇一種或二種以上混合治療方式或適合自己的治療團隊，才能有效提高生存率。

（9-4 ）放射治療

針對肝癌的局部治療方法有許多種選擇，包括手術切除、酒精注射、醋酸注射、射頻燒灼治療術(Radiofrequency Ablation 簡稱 RFA)、和化學栓塞等方法，這些方法在局部肝癌腫瘤的控制方面，都曾報告過治療效果不錯。

但是，如果肝臟腫瘤過大引起腹部疼痛，腫瘤生長過速引起阻塞性黃疸、肝門靜脈或下腔靜脈腫瘤阻塞而導致動脈栓塞或手術切除無法進行時，皆可考慮給予放射治療，以縮小腫瘤或減輕腫瘤生長過速所造成的不適。此外，對於某些肝癌病人可考慮給予根治性放射治療，例如肝臟腫瘤並沒有過大(如小於 8 cm)而又不適合手術切除時。

利用放射治療來治療肝臟腫瘤時，應根據病人疾病狀況的不同來決定照射數的多寡與治療劑量的大小，皆以病人的福祉做為優先的考量。本院放射腫瘤科有專門為放射治療計劃而安裝的電腦斷層，所有肝癌病人皆經電腦斷層模擬攝影取得肝臟的影像，也同時取得腹

腔內各器官的相關位置，此電腦斷層影像會傳至做放射治療計劃的電腦中。經由放射腫瘤科醫師與放射物理師的專業合作，放射治療計劃可將劑量集中於欲照射的腫瘤處，但同時盡量減少正常肝臟與體內其它重要的器官所接受的放射線劑量。此外可經由電腦的協助提供最佳化的強度調控放射治療 (intensity modulated radiotherapy, IMRT)、同步呼吸調控 (respiratory gating)、影像引導放射治療 (image-guided radiotherapy, IGRT)等計劃。

利用放射線來治療肝臟腫瘤須要在副作用與腫瘤局部控制之間權衡得失。假如肝臟腫瘤過大、或肝腫瘤為多發性散佈在整個肝臟中，那麼為了要治療全部的肝臟腫瘤，可預期整個肝臟都會暴露在放射線中，為了避免引起放射線所致肝病變，總劑量則往往不能超過 30-35 Gy。但如要利用放射線來治予肝癌根治性的治療，則會使用高於 60 Gy 的劑量，甚至高達 70 Gy，此乃有鑑於低劑量照射肝臟腫瘤無法達到腫瘤的局部控制。最近的研究報告顯示，如果只有部份的肝接受高劑量照射，而有足夠正常的肝沒有接受到照射，則該病人可望維持正常的肝功能而不致產生嚴重的副作用。因此每位病人在接受肝臟放射線照射時，放射腫瘤治療團隊皆會使用先進的放射治療計劃去治療病人的肝腫瘤，而同時將正常肝組織所接受的放射劑量盡量地減少。

（9-5 ）標靶治療

標靶治療是一種口服藥物，治療原則是針對癌細胞的突變、增殖或擴散的機轉，加以抑制；或是抑制腫瘤血管新生，已達到抑制癌細胞生長、加速癌細胞死亡，進而防止癌細胞擴散。目前歐洲及美國 FDA 唯一通過的肝癌標靶治療藥物是 sorafenib(商品名：蕾莎瓦，Nexavar)。他是一種多重激酶抑制劑，會阻斷癌細胞及血管內皮細胞生長有相關的訊息傳導過程，而直接引發肝癌細胞的凋亡，同時抑制腫瘤血管增生，藉此減少血液供給及緩解癌細胞的生長。

接受標靶治療前先進行一段時間的追蹤觀察，透過影像學檢查(如電腦斷層)及血液檢查了解腫瘤生長速度，對於評估標靶治療藥效會更有幫助。開始使用後應該定期回診，醫師會視病況及肝功能、副作用等狀況調整用藥；每隔 2 至 3 個月再利用影像學檢查及血液檢查進行評估。

標靶治療比較常見的副作用包括手腳的皮膚變得敏感、腫脹或乾裂起泡，以及皮疹、高血壓、腹瀉、無力倦怠、食慾不振等。標靶治療也可能產生抗藥性，如果使用後，腫瘤的生長延緩一段時間後，又繼續成長，則可能是已經產生抗藥性，應考慮停用。

根據歐美或亞太地區的研究顯示，用 sorafenib 來治療無法手術或是接受其他根治性治療的晚期肝癌病人，平均存活期相較於不治療者約可延長 2 至 3 個月。整體來看，這項藥物約可使 5%至 10%的肝癌病人腫瘤明顯縮小，約有 30%至 40%的病人治療後能保持病情穩定 3 至 6 個月。

（9-6 ）化學治療

對於肝癌的治療，目前雖然有許多局部治療方法，如手術切除、肝臟移植、血管栓塞、酒精注射等方法，但是臨床上有些患者因為腫瘤轉移、肝功能不佳、局部治療後復發或是其它原因無法以上述方法治療時，就必須考慮利用藥物來控制腫瘤的生長。藥物治療上有傳統的化學治療以及新興的生物製劑治療。由於大多數肝癌患者都

有肝硬化，肝功能欠佳，因此藥物的代謝速率可能不同於常人，另一方面由於肝硬化會引起門脈高壓導致脾臟腫大，使白血球、血小板降低，因此，接受化療時比較容易有嚴重的副作用，例如細菌感染及異常出血等。因此肝癌患者在接受藥物化學治療時，必須比一般患者更為謹慎。

由於肝癌本身具有相當的抗藥性，使用單一化學治療藥物的反應率約為 10%到 20%，傳統藥物中以 doxorubicin 最高，新藥如 gemcitabine、oxaliplatin、capecitabine 也有類似的療效，但是都沒有明顯的突破。複方式化療可以達到較高的反應率（20%到 40%），目前已證實 FOLFOX 處方，sorafenib 能延長病患的壽命。化學治療有不少副作用，包括抑制骨髓造血功能、噁心、嘔吐、腹瀉、口腔發炎等，因此只有身體狀況達標準的病患才適合接受化學治療。 香港有一個研究發現，在不能手術的肝癌病患接受化學治療 (使用 5-FU, doxorubicin, cisplatin, interferon) 後，部分病患在腫瘤縮小後變成可以手術切除。所以化學治療也可以提供部分病患治癒的機會。

在肝癌的生物治療方面，最近有一些「老藥新用」正在積極研究中。過去因 造成畸胎而被禁用的沙利竇邁（Thalidomide），最近研究發現可以有效抑制血管 之增生，對於多發性骨髓瘤、卡波西氏肉瘤 --一種與血管內皮細胞增生相關的惡性肉瘤，及部分腦瘤的病患均可能有相當療效。由於肝癌常伴隨大量腫瘤血管增生，因此醫界也使用沙利竇邁來治療肝癌。研究發現，約有三成的肝癌患者使用沙利竇邁後腫瘤可以減緩生長；而有大約百分之五的患者腫瘤有縮小的情形。由於沙利竇邁的副作用相當輕微，只有嗜睡、便秘、暈眩、皮膚過敏等，因此它仍然是一個值得考慮的治療方式。

肝癌患者手術後有沒有藥物可以預防腫瘤再發？目前國內正進行一項臨床試驗，嘗試使用干擾素來預防肝癌患者術後再發，目前研究仍在進行中，還沒有確切的結果。此外，一種從咖哩中提煉出來的薑黃素（Curcumin），具有抗發炎的成分，已經有動物實驗結果顯示薑黃素可能有預防肝癌發生的效果，但其臨床應用價值仍待進一步驗證。 一般而言，要證明某一種藥物具有預防腫瘤復發的療效，必須針對大量的病患進行長期的追蹤研究，因此這一方面的臨床試驗在設計及執行上的難度都非常高，坊間宣稱具有預防肝癌再發效果的藥物、健康食品或其他療法，目前並沒有確切的臨床試驗證據支持其療效。

儘管目前肝癌的藥物治療效果仍然不理想，但是由於醫界對腫瘤生物學的研究不斷進步，同時臨床試驗也不斷地進行中。
國內也有好幾個研究計畫在進行中，我們也期待醫學界在這方面能有所突破。因此，可望不久的將來，肝癌病患可能有更多的治癒機會。

（9-7） 肝動脈化學藥物灌注治療 (嚴重肝癌治療的另一種選擇) (Hepatic arterial infusion chemotherapy, HAIC)

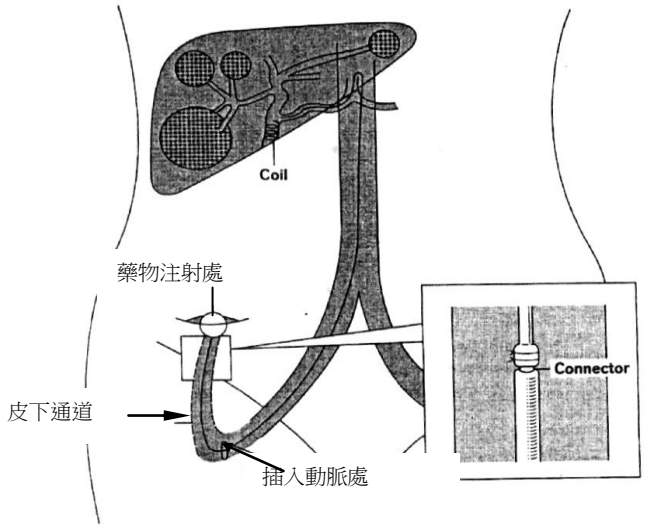
早期肝癌的治療以開刀切除、射頻燒灼術、酒精局部注射治療或肝動脈栓塞治療為主。但是，這些治療方法並不適合嚴重的肝癌患者，尤其是肝癌已經侵犯肝門靜脈主要分支的患者。若是肝癌仍局限在肝臟內，沒有轉移到別的器官時，可以考慮採用肝動脈化學藥物灌注治療。

適合接受肝動脈化學藥物灌注治療的病人必須有良好的肝功能 (Child-Pugh class A or B)以及較好的身體狀況(每天可起床自由行動

時間超過 12 小時以上)。

甚麼是肝動脈化學藥物灌注治療？簡單講就是將化學藥物直接經由人工血管直接灌注到肝癌中。這樣的方法可以直接使化學藥物進入到肝癌組織中發揮抗癌的作用。

病患首先需接受人工血管的放置。放射科醫師利用血管攝影術詳細找出供應肝癌的動脈血管，然後將細長的人工血管由大腿上方的股動脈放入肝動脈中最靠近肝腫瘤的位置。外科醫師再將人工血管的圓盤埋在大腿靠近鼠蹊部的皮下組織(如圖)。待傷口癒合後，化學藥物就可以從人工血管圓盤處注入藥物進入肝癌組織中。



化學藥物治療的頻率與時間與所選的藥物及治療計畫不同而會不一樣。目前我們所選用的方法是連續 4 週每週 5 天每天約 6 小時的灌注法實行化學治療。每週實行化學藥物治療前會請放射科醫師用 X 光透視法確定人工血管的位置無誤後實行治療。為了確保人工血管的通暢，每次治療完成就以稀釋的抗凝劑注入人工血管中。

與全身化學治療方法不同，肝動脈化學藥物灌注治療是經由動脈將藥物直接進入肝癌中，藥物作用到全身的比例較少。所以使用的化學治療藥物的量可以較少就可達到較好的療效，同時避免較嚴重的副作用。根據日本學者 Ando 以這個方法治療侵犯肝門靜脈的病人，約有一半病人的肝癌明顯的縮小，這一半有效病人就有機會接受開刀切除、射頻燒灼術、酒精局部注射治療或肝動脈栓塞治療，使肝癌有機會可得到完全控制。其中有一成病患的肝癌完全消失。這些有效病人的存活時間也明顯延長。所以肝動脈化學藥物灌注治療法可以提供用前面所提的治療方法治療失敗或無法接受治療的病患之一種有效的方法。

病人可能發生的副作用也明顯較全身化學治療來的少。常見的副作用與全身化學治療的副作用類似，例如噁心、嘔吐及食慾不振，但是大多只是輕微程度，以一般的止吐藥使用就可以使病患輕易的忍受。白血球減少及血小板減少也可能發生，但是都發生在治療結束後且只是輕度到中度的減少。有少數病人(少於一成)發生人工血管引起的併發症，例如管路阻塞、人工血管位移到主動脈、局部傷口感染或化膿。所幸，沒有病患因而造成致命的危險。

病人接受肝動脈化學藥物灌注治療法時，可以在病房做輕微的活動，不須全程躺在病床上。沒有治療期間，病患可以做正常的活動，但是建議避免劇烈彎腰及伸展全身的動作以避免造成人工血管滑出肝動脈，造成將來須重新安裝的困擾。出院觀察期間，為確保管路通暢，每兩週要以稀釋的抗凝劑灌注於人工血管中。

（10.） 肝癌的護理及衛教

10-1 疼痛：

1. 肌肉放鬆：打破疼痛、焦慮、壓力的惡性循環，在安靜環境下, 採坐姿, 用眼罩遮住雙眼，意識集中在呼吸上,每次 20 分鐘
2. 按摩：促進血液淋巴循環,，移除代謝物及廢物，且會因肌肉放鬆而產生鎮靜
3. 冷熱療法：可減少疼痛感覺及促進肌肉放鬆
4. 藥物止痛：輕度疼痛: 給予普拿疼或是如阿斯匹林那類的抗發炎止痛藥物；對於中重度疼痛可給予鴉片類止痛劑，但要注意其副作用，如呼吸抑制、嗜睡、意識混亂、便秘、嘔吐、多重肌肉陣攣等情況
5. 局部麻醉劑或神經阻斷劑

10-2 口腔合併症：

1. 口腔潰瘍：適當的攝取蛋白質、維生素 B, C 及補充水份
2. 口乾：減少唾液分泌 (藥物)、口腔糜爛(感染)、脫水(厭食、以口呼吸、氧氣治療...)、精神因素(沮喪焦慮)

「預防及治療」用餐前後及睡前，使用軟毛牙刷、牙線，保持口腔衛生，每二小時以漱口液漱口，食用水量高、易消化的軟質食物，食用大量水份以協助咀嚼及吞嚥，避免香煙、酒精及碳酸飲料等刺激食物，食用無糖口香糖刺激唾液分泌.

3. 感染：最常見是念珠菌感染，會在炎性黏膜上產生白色潰爛，其他還有病毒及細菌的感染，要作好口腔衛生習慣及進一步的治療
4. 味覺改變：蛋白質、維生素、鋅攝取不足，會降低化學感受細胞的汰換，補充鋅可以改善，且刺激味覺器官，會增加唾液及胰液的分泌，且進一步會刺激胃收縮及腸子蠕動

10-3 噁心嘔吐：

1. 有氧運動：需循序漸進，且要注意副作用.
2. 音樂治療：選用旋律慢且頻率低，富節奏的音樂
3. 行為放鬆技巧：冥想及漸進性肌肉放鬆咬
4. 食物選擇：少量多餐、細嚼慢嚥、食用酸性食物及少量之冰涼飲料，避免產氣性、含油或是辣味的食物

10-4 腸道障礙：

1. 便秘：可使用緩瀉劑，如 senna or lactulose 類的藥物，建議增加活動量及水分攝取，並給予高纖食物
2. 腹脹：鼻胃管抽吸及靜脈內給液，以手術或藥物治療腸道阻塞

10-5 呼吸困難：

1. 肋膜積水：單次抽吸引流，若反覆積水時，可嘗試肋膜沾粘術
2. 腹水：因腹水造成呼吸困難，可施行腹腔放液
3. 心包膜積水：施行 P-P window 手術治療, 緊急時直接穿刺引流
4. 貧血：輸血並矯正維他命 B12 及葉酸的缺乏
5. 藥物療法：可使用支氣管擴張劑、呼吸道抑制劑、止痛藥、及類固醇藥物
6. 氧氣使用：間歇性使用於活動時或活動後所引起的呼吸困難

10-6 內分泌和代謝功能異常：

1. 低血糖：意識混淆、痙攣、呆滯、昏迷

「治療」補充糖果或靜脈給予葡萄糖輸液

2. 高血鈣：食慾差、便秘、腹痛、疲倦肌肉無力、意識混淆、嗜睡、高血壓

「治療」給予大量生理食鹽水,利尿劑和降鈣

10-7 手足皮膚反應：

1. 穿著棉襪或鞋內置入軟墊
2. 足部需密集使用潤膚乳液或霜液
3. 腳皮若變厚，應立即密集使用潤膚乳霜，來預防皮膚更進一步的硬化

10-8 皮疹：

1. 洗完澡後就寢前，在皮膚上塗抹保濕乳液
2. 使用抗頭皮屑洗髮精緩解頭皮不適，或做為沐浴乳使用來減緩搔癢
3. 穿著寬鬆衣物
4. 避免洗熱水澡和太陽直曬
5. 使用高防曬係數產品(至少 30 SFP)

（11.） 肝癌患者飲食與營養

肝癌治療期間，我們需要各種的營養素來修補組織、增加免疫功能、維持身體健康，食物，就是這些營養素的來源，因此在治療期間一定要吃的正確、吃的健康。

11-1 飲食治療的目的

1. 預防患者體重減輕或體重減輕程度過多，避免營養不良的發生。
2. 修補因治療所產生的損傷，促進肝臟新組織的建造。
3. 增加患者對各種治療的接受能力，及感染的抵抗力。
4. 減輕因治療引起的副作用，及預防因營養不良所導致的併發症。
5. 使患者感覺較舒暢、體力較充沛。

11-2 飲食治療原則

1. 採用熱量充足、營養均衡飲食，建議每天攝取奶類、五穀根莖類、蛋豆魚肉類、蔬菜類、水果類及油脂類等六大類食物。
2. 多選擇新鮮及自然的食物。
3. 多食用富含蛋白質的食物，例如：奶類、蛋豆魚肉類。
4. 以少量多餐方式進食，不可因肚子不餓而減少進食餐次。
5. 用餐時，先食用固體食物，再飲用液體湯汁或飲料。
6. 若食量少可採用流質營養補充品或管灌飲食。

11-3 下列食物避免食用

1. 避免食用發霉、含黃麴毒素及過期豆穀類食物，如花生、玉米等。
2. 少食用鹽醃、煙燻、燒烤或加亞硝酸製備的食物。
3. 避免高溫油炸及高脂肪的食物。
4. 避免酗酒。

11-4 肝癌出現腹水及水腫時：

1. 控制食物中含鈉成分：多選擇新鮮食物，避免食用醃製、加工等含鹽份高的食品。
2. 小心慎選烹調用之調味料：每天使用的鹽份約 3 ~ 4 公克。

避免食用的加工食品	避免使用的調味料
＊ **麵食類：**鹹麵包、鹹甜餅乾、麵線、油麵、速食麵 ＊ **醃製蔬菜：**蘿蔔乾、泡菜、醬	味精、豆瓣醬、沙茶醬、甜麵醬、辣醬油、海苔醬、蠔油、蝦油、豆鼓、味增、速

菜、榨菜、鹹菜、梅干菜、雪裡紅、筍乾 ＊ **加鹽或燻製食品：**香腸、火腿、臘肉、豬肉乾、牛肉乾、肉鬆、魚鬆、鹹鴨蛋、皮蛋 ＊ **罐頭製品：**肉醬、各種肉類罐頭、水果罐頭、加工果汁、各種加鹽的蔬菜罐頭 ＊ **速食品及其他成品：**炸雞、漢堡、餡餅、各式肉丸、魚丸	食湯、雞湯塊

五、肝癌出現食道靜脈曲張時：

選擇軟質食物，避免食用粗糙、多纖維、酸性及刺激性的食物

可食用的食物	避免食用的食物
五穀類及其製品、加工後的豆製品、嫩而纖維低的蔬菜及瓜果類、粗纖維低的水果	未加工的穀類、豆類、粗纖維多的蔬菜(竹筍、芹菜)、蔬菜莖部和老葉、粗纖維過多的水果、辣椒、胡椒、芥茉

11-6 肝癌出現肝昏迷症狀時：

適時調整飲食中蛋白質的含量，並依照營養師設計之份量食用

富含蛋白質的食物	含少量蛋白質的食物
奶類、各類乳製品、蛋類、豬肉、	米飯、稀飯、麵條、麵包、饅頭、
雞肉、鴨肉、魚肉、牛肉、羊肉、肉類加工品、豆腐、豆乾、黃豆製品	甘藷、芋頭、紅豆、綠豆、山藥、南瓜

11-7 飲食計畫：

奶　　類：_____ 份　　蔬菜類：_____ 份

五穀根莖類：_____ 碗　　水果類：_____ 份

蛋豆魚肉類：_____ 份　　油脂類：_____ 份

11-8 簡易食物代換：

一平碗白飯 ＝ 1 個饅頭 ＝ 1 碗紅豆 ＝ 1 碗綠豆
＝ 1 碗蕃薯 ＝ 1 碗芋頭 ＝ 1 碗玉米粒
＝ 2 碗稀飯 ＝ 2 碗麵條 ＝ 2 碗米粉 ＝ 2 碗冬粉
＝ 2 片吐司 ＝ 12 片蘇打餅乾 ＝ 12 湯匙麥片

半碗白飯 ＝ 半個饅頭 ＝ 半碗紅豆 ＝ 半碗綠豆
＝ 半碗蕃薯 ＝ 半碗芋頭 ＝ 半碗玉米粒
＝ 1 碗稀飯 ＝ 1 碗麵條 ＝ 1 碗米粉 ＝ 1 碗冬粉
＝ 1 片吐司 ＝ 6 片蘇打餅乾 ＝ 6 湯匙麥片

一份肉類 ＝ 1 兩瘦肉
（雞肉、豬肉、牛肉、魚肉、羊肉、鴨肉…）
＝ 1 個蛋（2 湯匙）＝ 半尾肉鯽魚
＝ 1/3 盒豆腐 ＝3 塊五香豆干 ＝ 1 塊豆包
＝ 1 根素雞

一份牛奶 ＝ 鮮奶一盒（市售 236c.c.）
＝ 3 平匙低脂奶粉 ＝ 4 平匙全脂奶粉

一份水果 ＝ 半根香蕉 ＝ 1 個柳丁（橘子） ＝ 1 個蘋果（中）
＝ 1 個玫瑰桃 ＝ 1 個加州李 ＝ 1 個水蜜桃
＝ 1.5 個奇異果 ＝ 1/3 個蕃石榴(中) ＝ 1/2 個釋迦
＝ 1/5 個木瓜(中) ＝ 1 片西瓜(半斤) ＝ 6 個枇杷
＝ 12 個龍眼 ＝ 5 粒荔枝(中) ＝ 8 個草莓 ＝ 2 個蓮霧

一份油脂 ＝ 1 茶匙沙拉油 ＝ 1 茶匙橄欖油 ＝ 1 茶匙葵花油
＝ 5 個腰果

一份蔬菜 ＝ 1 碟蔬菜(生重 100 公克)，如空心菜、甘藷葉、小白菜、花菜、綠盧筍、青江菜、四季豆、甜豌豆、高麗菜、金針菇、花椰菜、冬瓜、葫蘆瓜、胡瓜

(12.) 居家照護

1. 飲食營養均衡
   - 營養均衡攝取，以清淡為原則，避免食用刺激性食物（煙、酒、辛辣或含黃麴毒素性食品）。
   - 食物選擇新鮮、均衡、天然非人工製品的營養食物。
   - 少吃罐頭食品或加工食品，因化學成份會加重肝臟負擔。
   - 避免亂服藥物，以免增加肝臟負擔。
   - 若有腹水宜採低鹽飲食，必要時限制水份之攝取。
2. 維持正常作息，避免熬夜。
3. 依個人體力作適度活動。
4. 不可自行隨意服藥，更不可輕信民間偏方。
5. 保持心情愉快。
6. 定期追蹤檢查，建議至少每 3～6 個月抽血檢查（肝功能及胎兒蛋白指標），肝臟超音波或電腦斷層檢查。

7.須立刻就醫情況

●突然劇烈腹痛、冒冷汗、心跳加快。

●食道靜脈曲張破裂出血，如:吐血、解黑便等情形。

●肝性昏迷引起意識變化。

(13.) 腫瘤病患之社會資源介紹

當一向順遂的人生，剎那間發生了大逆轉時，接下來的路該往哪裡走？又該怎麼走下去？每一位腫瘤病患本身或家屬定面臨很大的心理、生活、經濟層面的衝擊。然如何協助病患與家屬們透過相關資源介入，使其能將這些衝擊轉化新的適應力量，增加疾病適應能力，有品質的延續或面對生命，是每一位工作人員十分重視之課題。

無論人或社會機構可提供物資服務，以維繫生活或成長發展者即稱資源。以社會支持系統觀點而言，社會資源可分為：

內在資源：一般個人潛力可謂之。如人格特質或家庭中的某些有助於解決問題或滿足需要的特性。

一、個人：知識、體力、態度、認知、健康狀況等…..。

二、家庭：家庭成員間情感連結，提供照顧、情緒與經濟協助意願及能力等面向。

外在資源：可提供物資或服務的人或機構，使個人、家庭維持合理的生活品質、適應能力。其中又可分為非正式和正式資源二種。

一、非正式組織：親戚、朋友、鄰居、志工均屬，沒有明文規定的申請條件，服務內容較廣。

二、正式資源：有經費來源或收費的機構或專業人士，他們依據政策或相關法規明列出符合申請的條件以及服務的內容種類。可分為政府與民間機構，前者由政府稅收支應，也受法律規範，如低收入資格申請與補助內容。然民間資源多由募款捐助而來，但也有部分服務需收費，並有正式政策或程序，如慈濟基金會(募款捐助)、彭婉如基金會提供之家庭、家事服務(有部分服務需收費)。

因考量坊間針對腫瘤病患、家屬之心理歷程與調適，多有相關探討、琢磨，故在此不加敘述。以針對當家庭成員罹患疾病時，家庭生活經濟改變之因應或可尋求之相關資源來論，此部分內容即為上述之外在資源部份。

一、非正式組織：

由於罹患腫瘤或癌症病患及家屬之情緒反應極為複雜，且承受極大之壓力，家庭也可能因此面臨角色的重整，甚至帶來家庭危機，此時可透過轉介予社工，或坊間心理工作坊、工作室、協談中心尋求協助。或者有宗教信仰者，可藉由教會、寺廟友人予以支持。

另外將相同疾病之患者組織而成之團體，透過病友間之經驗交流、彼此學習，達到助人與自助之目標，增加疾病適應。以本院現有癌症團體為例：向日葵關懷聯誼會（乳癌）、梅花之友關懷聯誼會（腸癌）、長頸鹿關懷聯誼會（兒癌）等團體，提供病患與家屬本身支持力量。

二、正式組織：

（一）政府社會福利措施：

1.低收入戶補助：（依據社會救助法訂定）

（1）申請地：戶籍所在地鄉鎮市公所

（2）申請資格:全戶平均每人每月最低生活費用標準於（台北市 14794 元以下、新北市 10792 元、高雄市 10033 元、其他縣市 9829 元以下），存款每人每年不超過（台北市 15 萬元、新北市與其他縣市 7 萬 5 千元、高雄市全戶四人不超過 30 萬元，每多一人不超過 5 萬元），不動產部分（台北市不超過 550 萬元、新北市不超過 325 萬元、其他縣市不超過 300 萬元）

（3）福利內容：

◎生活輔助金：（包括兒童、少年、身心障礙者生活輔助、老人生活津貼）

◎健保費用及部分負擔減免

◎住院期間臨時看護補助（各縣市規定不一）

◎日用品平價提供

◎房屋修繕

◎子女就學學雜費補助

◎生育補助

◎托育津貼

◎租屋補助

◎公費安置

2.馬上關懷急難救助：（依據社會救助法訂定）

(1) 申請地：事發地或實際居住地之鄉鎮市公所

(2) 申請資格：

A. 負擔家庭主要生計責任者死亡、失蹤或罹患重傷病、失業或因其他原因無法工作，致家庭生活陷於困境。

B. 其他因遭逢變故，致家庭生活陷於困境。

3.急難救助申請資格：（依據社會救助法訂定）

(1) 申請地：戶籍所在地鄉鎮市公所。

(2) 申請資格：

A. 家庭突遭變故或其他原因致生活限於困境者。

B. 該縣市居民罹患重病或遭遇意外傷害，致生活陷於困難者。

C. 該縣市居民死亡，家屬無力殮葬者。

D. 其他縣市民眾缺乏車資無法返鄉，給予車資救助。

4.身心障礙者福利措施：（依據身心障礙者保護法訂定）

需經主治醫師評估，能否開立殘障手冊，方可申請以下之福利措施：

（1）申請地：戶籍所在地鄉鎮市公所。

（2）申請資格：經主治醫師評估是否符合開立殘障手冊標準。

（3）福利項目：

A. 身心障礙者生活補助。

B. 所得稅部分減免優待—稅捐處辦理。

C. 免徵汽車牌照稅（全戶一輛車）---監理所辦理

D. 子女就學減免、補助學雜費（針對直系血親）

E. 交通優待（半價）

F. 公立休閒設施優待

G. 全民健保自付保費補助（輕度障礙—補助健保費 1/4；中度障礙—補助健保費 1/2；重度、極重度障礙全額補助）

H. 托育養護、短期照顧補助

I. 輔助器具補助

J. 租屋補助

5.居家照顧：

(1) 申請地：戶籍所在地各縣市政府社會局或長期照護中心提出申

請。

(2) 申請資格：由各縣市政府評估案主身心功能受損情形(ADLs 評估)以致日常生活需他人協助者。依據案主身心功能受損情形不同可申請不同時數之照顧。

（3）福利項目：

A. 喘息服務：為短期的服務方式。依據家庭照顧者需要，由受有訓練之喘息服務人員協助家庭照顧者照顧不便、失能之家人或長者，讓照顧者可獲得短期休息與空間，服務種類有居家式、機構式二種。

B. 居家服務：為長期服務方式。由受過訓練的照顧服務員到府服務，協助照顧家中有身體功能缺損或失能家人提供照顧、家事等服務。

C. 居家護理：病患返家後身上帶有鼻管、尿管、氣切管等，可轉介居家護理，由居家護理師至家中進行基本護理，及教導家屬如何照護。此項服務亦可向就醫之醫療院所提出申請。

6.學產基金：

(1) 申請地：子女擇一，向其就學之學校教師提出申請。

(2) 申請資格：子女就學中，且父母任一方罹患癌症，取得重大傷病資格者。父、母、學生等 3 人，一年所得合計不超過百萬者。

（二）、社會保險部分

1.全民健保：疾病狀況符合健保局規定可申請重大傷病卡者，醫療費用免部分負擔。如：癌症病患。

2.勞保：一般勞工申請勞保給付內容有：

（1）普通傷病給付：被保險人遭遇普通傷害或疾病住院診療，不能工作，以致未能取得原有薪資，正在治療中者，自住院日第四天起至出院日，得請領普通傷病補助。補助金額按被保險人住院診療前 6 個月平均月投保薪資之半數，以請領 6 個月為限。但傷病事故前參加保險之年資已滿一年者，可增加給付 6 個月，前後合計共為一年。

（2）殘廢給付：被保險人遭遇普通傷害或疾病、職業傷害或罹患職業病，經治療終止後，如身體遺存障害適合勞工保險殘廢給付標準表規定之項目，並依醫師診斷為永久殘廢者，可請領殘廢補助費。給付金額就被保險人身體各部位之殘廢程度，依勞工保險殘廢給付標準所定，核定其殘廢等級及給付標準。

（3）死亡給付：

A. 被保險人死亡：按其死亡當月起前 6 個月平均月投保薪資發給 5 個月喪葬津貼。另被保險人因普通傷病死亡，按其死亡當月起前 6 個月平均月投保薪資發給遺屬津貼（依投保年資長短增加給付金額）。

B. 家屬死亡給付之喪葬津貼：案家屬死亡之當月起前被保險人平均月投保薪資依下列標準發給。

◎父母或配偶死亡時，發給 3 個月津貼。

◎年滿 12 歲之子女死亡時，發放 2 個半月。

◎未滿 12 歲之子女死亡時，發放 1 個半月。

（4）失蹤給付

（5）職災給付

（6）生育給付

（7）老年給付

3.農保：

（1）殘廢給付：被保險人遭遇普通傷害或疾病，經治療終止且症狀固定（無法好轉）後，經就診醫師診斷為永久殘廢

者，可請領殘廢補助費。給付金額就被保險人身體各部位之殘廢程度，依殘廢給付標準所定，核定其殘廢等級及給付標準。

（2）生育給付：分娩或早產者，按其事故發生當月之投保金額一次給與 20400 元。流產者，按其事故發生當月之投保金額一次給與 10200 元。

（3）老年給付

（4）喪葬給付：按被保險人死亡發生當月之投保金額，一次給與 153000 元。

4.國民年金：年滿 25 歲、未滿 65 歲的國民，在國內設有戶籍且有下列情形之一者，在沒有參加軍保、公教保、勞保、農保期間，應參加國民年金保險。

(1) 老年年金給付

(2) 身心障礙年金給付

(3) 喪葬給付：以國保開辦第 1 年月投保金額為 17280 元為例，喪葬給付金額為 86400 元。

(4) 遺族年金給付

三、民間機構

1.就診之醫療院所：

透過就診醫療單位之社工部門提出醫療費用或生活費用之補助需求。社工人員會依據該服務單位之制訂補助標準依案家經濟情形評估計算，案家是否符合其補助資格。另各醫療院所亦會定期舉辦相關腫瘤疾病之座談會，供病患、家屬參加。

2.各民間團體基金會、協會等：

如慈濟功德會可給予經濟困難者急難救助、家扶中心提供貧困兒童生活補助、安寧基金會提供相關安寧療護之照護訊息與相關配合單位機構、希望協會則提供各類癌症衛教手冊或辦理醫療座談會供病患、家屬、民眾參加。

在入院期間病患與家屬欲了解相關社會資源，即可透過醫護人員轉介至社服部門，請社工人員予以說明或提供。

社會資源介入與結合即希望共同協助病患、家屬解決或調適經濟、情緒、家庭等相關問題，以增進病患、家屬疾病適應及降低就醫障礙，然因相關政府或民間機構福利措施繁多，如何了解與運用，進而發揮資源最大使用功效，亦是目前社會福利中十分重要之議題。

（14.） 結語

對抗肝癌比起其他癌症是相對辛苦的，因為面對的是 2 個病，一個是惡性腫瘤，另一個是肝病，可能是肝硬化或病毒肝炎。對於來路不明的偏方更需格外小心，以免未蒙其利，先受其害。因此，更需要與醫療團隊密切合作，以達到最好的療效與結果。

（15.） 編後

我們感謝長庚紀念醫院癌症中心肝癌醫療團隊成員的協助，編寫完成此一手冊。

修訂日期:20140830