

外科手術在肺癌治療的角色

林口長庚醫院胸腔血管外科 吳青陽醫生

惡性腫瘤一直以來位居台灣十大死因首位，肺癌近年來更是位居台灣十大癌症死因排行的第一位。在組織型態上，可分為小細胞肺癌 (small cell lung cancer) 以及非小細胞肺癌 (non small cell lung cancer)。小細胞肺癌因其發現時多已有對側胸腔侵犯或遠端轉移，再者其對化學治療效果反應好，因此小細胞肺癌病患多以化學治療為主。非小細胞肺癌約佔肺癌病人數的 85% 以上，可以分為腺癌、鱗狀細胞癌及大細胞癌。非小細胞肺癌的治療主要是靠手術、放射線與化學療法。不幸的是，約 70% 病人在診斷時都已經無法接受手術，只能接受以化學治療為主的緩和治療。

外科手術在肺癌治療的角色主要在下列幾個方面：第一：針對侷限性肺癌的病患可做腫瘤切除；第二：針對未明確組織診斷的肺部腫瘤可做組織確診及分期；第三：針對末期腫瘤病患提供症狀緩解之治療。

針對侷限性肺癌的病患而言，在接受外科腫瘤切除之前，須對病患自身的心肺功能做評估。在心肺功能許可的情況下，第一、二期的肺癌皆適合接受手術治療。但是針對 IIIa 期的病患，可以考慮讓病患接受以化學治療、放射治療為主的新輔助治療 (Neoadjuvant therapy) 之後評估腫瘤降階的狀況以及手術的可行性。至於 IIIb 以及 IV 期的病患而言，因為腫瘤已有局部嚴重之侵犯或遠端轉移，手術切除無法將腫瘤移除乾淨；因此只能靠化學治療、放射治療，或標靶治療來控制病患的病情。一般而言，標準腫瘤切除術為肺葉切除術 (lobectomy) 合併縱膈腔淋巴結廓清 (mediastinal lymph node dissection)。但對於肺功能不佳、年紀太大或合併其他嚴重內科疾病的情況下，盡量保留肺臟組織變得更為重要，因此楔狀切除術 (wedge resection) 合併淋巴結廓清是治療的選擇。對於腫瘤位於肺門附近無法接受肺葉切除的病患全肺切除術 (pneumonectomy) 合併淋巴廓清則是治療選擇。至於局部侵犯之 T3 病人如胸壁及縱膈腔局部侵犯亦可行器官或胸壁之合併切除術 (extended resection)。藉由術前正確的組織或細胞診斷及正確的腫瘤分期 (staging) 擬定適當之手術計劃，不僅可以減少不必要的開胸手術；亦可降低術中併發症 (如：出血) 等意外機率降到最低。而術前之呼吸儀訓練及術後適當之疼痛控制、胸腔復健照護、可使得手術後併發症降至 10% 以下。隨著醫療科技的進步，許多原本需要傳統開胸的手術在胸腔鏡下即可完成；目前本院的臨床經驗中，90% 以上的手術可在胸腔鏡下完成。

針對未明確組織診斷的肺部腫瘤可以藉由手術獲得確定組織診斷及精確臨床

分期。當病患患有肺部單一結節 (single pulmonary nodule) 或多發性結節, 且無法自傳統方式包括支氣管鏡切片, 電腦斷層導引之切片檢查得到診斷時, 可先行胸腔鏡針對肺部病灶作槓狀切除, 待病理證實為惡性腫瘤, 再施行腫瘤根治性手術。此外, 針對患有肋膜病灶以及縱膈腔淋巴結腫大之病患, 可以進行組織切片, 藉以確定腫瘤之分期。

針對患有惡性肋膜積水及心包膜積水的病患, 可以經由胸腔鏡進行肋膜及心包膜積水引流緩解病患的臨床症狀。此外亦可同時進行肋膜機械或化學沾黏術以及心包膜開窗術避免積水復發, 改善病人之生活品質。病患在生活品質改善之情況下, 可以再行接受支持性化學治療, 延長病患壽命。

總而言之, 精確的腫瘤分期決定了外科在肺癌病患治療所扮演的角色。針對局限性肺癌的病患外科手術的角色在經由精確的腫瘤分期以及術前心肺功能評估後, 進行腫瘤切除及淋巴廓清術。針對未明確組織診斷的肺部腫瘤或肋膜病灶以及縱膈腔淋巴結腫大的病患, 外科的角色在於組織切片進行確診及精確腫瘤分期。針對患有惡性肋膜積水及心包膜積水的病患, 外科的角色在於進行肋膜及心包膜積水引流緩解病患的臨床症狀。