

修訂版(100年2月)

甲狀腺癌手冊

認識甲狀腺癌 ()

我的姓名：_____

看診醫院：長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院

手術日期：_____

我的醫師：_____

個案管理師：_____

聯絡方式：_____

目錄：

序

前言（疾病介紹）

甲狀腺的構造及功能

甲狀腺癌的致病因素

甲狀腺癌的主要症狀

甲狀腺癌的預防與篩檢

甲狀腺癌的診斷方法

甲狀腺癌的治療方法

甲狀腺癌的術後復健

甲狀腺癌的護理與保健

甲狀腺癌的營養療養

甲狀腺癌的安寧照護

甲狀腺癌的心理調適

腫瘤病患之社會資源介紹

結語

編後

序

甲狀腺癌教育手冊經過兩個月之努力，終能完稿。本手冊經內外科醫師、營養師、專科護理師及研究助理等群體之合作，個人也要求再次精簡其篇幅用詞，針對病患及其家屬易懂之用詞而完成。本手冊相信是台灣首次針對甲狀腺癌或腫瘤在發生率、診斷、治療、護理、術後甚至最終安寧照顧，含有本土資料，且實際可行之重要參考手冊。希望對國內甲狀腺腫瘤之病患能提供支持與協助。在此也感謝癌症中心提供之人才及科內秘書協調幫忙，謝謝孫瑞鴻醫師及林口教材室共同合作設計手冊封面。

前言（疾病介紹）

甲狀腺瘤在國內、外均為常見之疾病。一般民眾約有百分之七至百分之十可由醫師單純之理學檢查診斷出有甲狀腺瘤，一般又稱為甲狀腺結節，其中以女性為多。大部分甲狀腺瘤均為良性之腫瘤，因而雖罹病-甲狀腺結節之比例高，但並不需要恐慌。然而對年齡較大(45 歲以上)，甲狀腺瘤較大(2.5 公分以上)，有放射線治療或體外放射線（如輻射鋼筋）之暴露史，及甲狀腺癌家族史之對象則需要提高警覺及早就醫檢查。

本院過去 22 年內 7,031 例追溯到有完整資料因單一或多發甲狀腺瘤接受門診問診，理學檢查及甲狀腺超音波，接受手術之檢查結果來看：

	男	女	共
良性腫瘤	908	4,422	5,330
惡性腫瘤	342	1,323	1,665
異形腺瘤	9	27	36

可見大部分經初步之檢查均診斷為良性。甲狀腺瘤至醫學中心檢查(包括許多轉介之病例),經醫師篩檢,接受手術治療不到5%是惡性。進一步看一下手術後證實之1,665惡性甲狀腺瘤分類:

	男	女	共
乳突性甲狀腺癌	249	1,082	1,331
濾泡性甲狀腺癌	31	135	166
何氏甲狀腺癌	1	18	19
髓質性甲狀腺癌	8	24	32
未分化甲狀腺癌	20	27	47
淋巴癌	9	12	21
轉移之甲狀腺癌	18	19	37

大部分均為預後良好之乳突及濾泡型甲狀腺癌。因而甲狀腺瘤雖極為常見,但大部分是良性,即使是惡性,接受治療,追蹤預後均很好。但如前述之危險因子較多時如年長,長的快之腫瘤則需提高警覺。

甲狀腺的構造及功能

甲狀腺是位於頸部前下方,人類發音之咽喉部位也就是在氣管之上方。甲狀腺有兩葉,左右兩葉以峽部連接起來,每一葉大約是4公分長和1至2公分寬。甲狀腺"Thyroid"這個字是由希臘文而來,它的意思是盾(shield)。

*甲狀腺荷爾蒙:

甲狀腺會製造甲狀腺荷爾蒙。這些多鍵含有碘。兩個最重要荷爾蒙分別是四碘甲狀腺素(Tetraiodothyronine)及三碘甲狀腺素(Triiodothyronine)。這些荷爾蒙是生命所必須,同時對身體新陳代謝,生長和發育是非常重要的。

*碘

碘在甲狀腺上執行非常重要之功能。它是甲狀腺荷爾蒙內重要成份。碘,一般可由飲用水或攝取之食物得到。攝取過量含高碘之食物如海帶,將會使自體免疫甲狀腺疾病惡化,使得抗體上升。在世界上缺碘的地區,碘需要加入食鹽和麵包中。

*甲狀腺腫大

一般俗稱_大脖子_就是甲狀腺腫大。甲狀腺腫大並非表示有病,因甲狀腺腫大也可以是生理性肥大.,其中包括青春期或懷孕。

甲狀腺癌的致病因素

1. **低碘飲食:** 在低碘攝取區的人們罹患甲狀腺乳突癌和濾泡癌的人比較多。在台灣,自從民國50年食鹽全面加碘後,碘的缺乏已經十分罕見。
2. **輻射:** 孩童時期頭頸部的輻射是一項已被證實的甲狀腺乳突癌致癌因子。
3. **輻射大量外泄(核武或核電廠):** 會增加甲狀腺腫瘤或癌的罹患。1986年車諾比核電廠事件中,約有百萬人民暴露在大量的核能中,之後烏克蘭市附近的小孩童出現高比率的甲狀腺乳突癌。甚至連事件後居住在清除區,和核能廠附近(Ukrainian 烏克蘭市和 Belarus)的居民,不分成人或孩童皆有高比率的甲狀腺癌。最近研究美國核武測試區(1950年代在美西附近),也發現核能外泄會跨越某些地區,雖然這樣的暴露量很低,但甲狀腺癌的罹患率一樣會增加。
4. **遺傳因素:** 某些疾病容易伴隨甲狀腺癌,如 Gardner's syndrome 和家族性大腸瘻肉症常和甲狀腺癌合併發生,之後大腸癌也容易引發。另一個 Cowden disease 也是一種遺傳性疾病。20%的髓質癌(medullary thyroid carcinomas, MTCs)是基因上的異常所引起的,即所謂的家族性甲狀腺髓質癌(familial medullary thyroid carcinoma, FMTC)。合併 FMTC 和其他內分泌腺癌症的發生即是 Type 2 MEN (第二型多發性內分泌腫瘤)。

甲狀腺癌的主要症狀

已分化之甲狀腺癌往往是以無症狀性之頸部腫塊呈現，少數之病例會以轉移部位產生之併發症如骨折、頸部腫瘤等表現，由術後的病理報告得知是甲狀腺癌，才促使外科醫師回去"觀看"病人的甲狀腺，然後發現甲狀腺確有腫瘤之病例。因此每個病人術前務必接受完整之理學檢查是非常重要的，治療前就診斷出甲狀腺癌，不僅可先做好周全的準備和治療方案，又可減少許多沒必要的誤會和浪費。

甲狀腺癌的預防與篩檢

由於罹患甲狀腺癌的因素不明，大部分的甲狀腺癌是很難去預防的。有些醫師建議在孩童時期避免照射 X-ray 可以減低罹患甲狀腺癌的機率；當家族中有人患有 MTC 時（不管有沒有帶有 MEN 2），做基因篩檢是必須的，尤其是帶有 RET 突變時，建議在孩童時期可藉由手術切除甲狀腺來預防 MTC 得形成，如果拒絕基因篩檢及手術來預防 MTC，仍可藉助其他的方法來早期發現此癌症；對於偶發性的甲狀腺癌（非家族性的）可以藉由下列方式來檢查。當發現有腫塊或者脖子看起來腫腫，應立即就醫做甲狀腺超音波合併細針穿刺檢查。甲狀腺癌的症狀與訊號：

1. 脖子有腫塊，有時長得很快。
2. 脖子痛，有時會傳到耳朵也痛。
3. 聲音嘶啞。
4. 吞嚥困難。
5. 呼吸困難。
6. 持續咳嗽，但沒感冒

另外也有醫生建議一般人每半年檢查他們自己的脖子一次，看是否有異常的腫塊形成。

甲狀腺癌的診斷

除了理學檢查外，家族病史也是相當重要的資訊，尤其是家族內有人患有甲狀腺癌（特別是 MTC）或腎上腺腫瘤（pheochromocytomas, 嗜鉻細胞瘤）的時候。可藉由身體檢查注意你的甲狀腺大小和脖子的淋巴結是否增大。影像檢查包括了

1. **超音波合併細針穿刺**：這是既方便、準確率又高達 90% 的檢查，同時可看甲狀腺腫瘤的大小及數量
2. **甲狀腺掃瞄**：這項檢查無法用來區分良性腫瘤或癌。一般用於甲狀腺超音波檢查後診斷為"濾泡性腫瘤"的病人可以安排甲狀腺掃瞄來作為診斷或是處置的參考，但是如果已經確認為甲狀腺癌，甲狀腺掃瞄 主要用於評估甲狀腺癌的分佈狀況。
3. **其他**：像是電腦斷層、核磁共振、Octreotide scan 等等。血液檢查主要用來評估甲狀腺功能，一般無法直接判斷是否為甲狀腺癌。但是若懷疑有 MTC，可測血清抑鈣素（Calcitonin）和 CEA 濃度，抑鈣素在髓質性甲狀腺癌（medullary cancer）會上升，所以在對甲狀腺結節做篩檢和追蹤有用。

甲狀腺癌的診斷方法

可分為：理學檢查、甲狀腺超音波檢查及細針穿刺併細胞學檢查、甲狀腺核子醫學掃描、正子攝影、分子生物學篩檢（致癌基因之篩檢、癌症標記檢查

一、理學檢查：

由於甲狀腺為位於前頸部下方甲狀腺軟骨兩側之腺體，因此只要是發生於此一部位的頸部腫塊均有可能是源自甲狀腺。但若此腫塊伴有快速長大（通常是無痛性的腫瘤）合併局部皮膚發紅，觸感較硬或不

隨吞嚥動作移位等特徵，及併有頸部淋巴腺腫時，均須高度懷疑是否此腫瘤為惡性。

除了理學檢查之外，家族史及工作環境甚至於旅遊居住史也可以幫忙臆斷，比如說某些甲狀腺癌(如髓質癌或遺傳性乳突癌)可能與家族性遺傳有極高關聯。又及，病患是否曾長期暴露於放射性環境下(如前蘇聯車諾比核子事件後之附近居民)等等，均具有參考性價值。

二、甲狀腺超音波檢查及細針穿刺併細胞學檢查

若以超音波檢查乳突性甲狀腺癌可見腫瘤之回音較周圍正常組織低且雜以許多微細鈣化點，但這種現象也可能出現在良性的結節腫併鈣化的病灶中。若是單一的病灶，且其周圍可見完整的環狀無回音區，而病灶本身呈現正常的回音，則此病灶極可能是良性的腫瘤；惟以此區分腺瘤或濾泡癌之準確度不高。因此若單以超音波來作良、惡性的區別，將會有相當高的誤診率，因此此時最好配合以超音波定位對病灶部位施以細針穿刺，取得的細胞作成抹片，再以劉氏染劑混染，則對於乳突癌之正確診斷率將可提高至 95%以上。可惜的是，由於從細胞型態上無法鑑別診斷腺瘤與濾泡癌，因此這一部分目前仍需手術切除病灶方能正確診斷。此一缺點若能配合目前基因診斷法，以甲狀腺癌特有的基因，如 galectin-3，以（分子生物學原理反轉錄聚合酶鏈鎖反應）的方式檢查，應可提高正確的診斷率。至於髓質癌及退行性甲狀腺癌之超音波檢查，前者較無明顯之特色，至於後者則常出現瀰漫性低回音且合併大區域鈣化的病灶，當然正確的診斷仍需輔以細胞學的檢查。

三、核子醫學檢查(放射性同位素碘 131 或銻 ^{99m}(Tc^{99m}) 甲狀腺造影術)

由於甲狀腺癌細胞對於放射性同位素如碘 ¹³¹ 或銻 ^{99m} 的攝影能力平均

約為正常細胞的十分之一，因此在影像上常呈現單一之”冷病灶”，惟甲狀腺囊腫或部分之良性腫瘤也可能呈現”冷病灶”，因此目前超音波及細針穿刺幾已取代了它的地位。但核醫檢查在鑑別診斷腺瘤或濾泡癌方面，及在甲狀腺癌術後追蹤上仍扮演相當重要的角色。

四、正子(氟去氧葡萄糖)造影術

利用惡性腫瘤細胞較容易攝取更多葡萄糖的特性，將以同位素標記的葡萄糖注射入體內，則可能在病灶內成影，因而可以全身掃描配合電腦斷層檢查將腫瘤所在位置標示出來。但正子造影術應用於甲狀腺癌之經驗仍不是很多，一方面由於成本及費用太高，再則此項檢查對於甲狀腺癌之正確診斷率並不高於傳統檢查方法，因此使用的機會並不多。但對不明病灶，疑甲狀腺遠端轉移，較有幫忙。

五、分子生物學篩檢

在許多甲狀腺癌中發現某些特定基因突變，最著名的就是 ret 基因之於髓質癌，p53 基因之於退行性癌；其他如 PAX8PPAR γ 複合基因在某些濾泡癌，ret/ptc 及 BRAF 基因在四分之一到二分之一的乳突癌中都可能變異。分子生物學檢查由於較為繁複，兼之檢體取得較為不易(雖可以細針抽取細胞，但一來數量較少且無法同時檢視所取得之細胞是否由病灶中取得)，因此目前在臨床上仍無法大量使用，但分子生物基因學篩檢對家族遺傳性髓質癌(常合併多發性內分泌腫瘤)則有特別的診斷價值。

六、癌症標記檢查

佔所有甲狀腺發生率 95%以上的乳突癌、濾泡癌等並無特殊的癌症標記可供作術前診斷之用，惟甲狀腺球蛋白(Tg)則可提供作術後判斷腫瘤殘存及再發之依據。甲狀腺髓質癌由於腫瘤會製造過量的抑鈣激素(calcitonin)及癌胚抗原(CEA)，因此可資作為術前診斷之用。

結語：

細心的問診，詳細的理學檢查佐以適當的生化/儀器檢查，有助於臨床醫師對甲狀腺腫瘤作出正確的診斷。但由於技術上的誤差，及可能存在之微小病灶(microcarcinoma)仍有可能造成診斷上的疏漏，因此如何在節約檢查成本及避免疏失上得到一可資信賴的結果報告，則仍有待吾儕平時多加充實。

甲狀腺癌的治療方法

甲狀腺癌的治療原則上以近全甲狀腺切除術，術後碘¹³¹放射治療及甲狀腺素之補充為主。

一、分化良好之甲狀腺癌：如乳突癌及濾泡癌

此類癌症之治療，不論是否合併遠端轉移均以施行近全甲狀腺切除術(若有頸部淋巴腺轉移則合併頸部擴創及淋巴切除)，輔以術後之放射碘治療，若病灶僅侷限於甲狀腺體內，且病患之臨床分期為預後較好之分屬，則術後只需給 30mCi 的放射碘 1 至 2 次即已足夠。但若併發遠端轉移，則須給予至少 75mCi 以上的放射碘治療(此時則須隔離治療)。其後則須例行補充較生理劑量略高的甲狀腺素。若需再次施行放射碘掃描或治療前則應先停止服用甲狀腺素，待 TSH 升高之後，方能進行下一步檢查/治療；但由於停藥期間病患常常得忍受

甲狀腺低能症之苦，許多病患因此不願意接受定期檢查及治療。近年來拜科技之賜，已有可以基因工程合成之人類甲促素(rhTSH)問世，可使病患免受停藥之苦，且能充分達成檢查及治療的目的。另外，病患如若合併頸部之局部侵犯，但犯部無法以手術切除者，則須合併體外放射線治療。

對於小於 1 公分的微小甲狀腺癌需如何治療仍存在相當多的歧見，早先微小甲狀腺癌被認為是疾病的初期，因此大部分學者主張甚至只要作甲狀腺一側全葉切除即可。近來由於發現某些微小甲狀腺癌甚至在原位癌體積還很小時就已經發生遠端轉移了，因此主張在治療上應等同其他的甲狀腺癌。

二、甲狀腺髓質癌由於常併發頸部淋巴腺轉移，因此手術除了需作全甲狀腺切除術外另需作頸部清創及淋巴摘除術；又因為髓質癌源自甲狀腺”旁濾泡細胞”，而該細胞並不具攝取碘之能力，因此無法以放射碘作術後檢查及治療，但仍需謹記由於術後病患已處於甲狀腺低能狀況下，故仍需記得補充甲狀腺素。

三、分化不良/退行性甲狀腺癌

此類甲狀腺癌由於擴展極為快速，往往在診斷之初即已發現腫瘤可能已經向外蔓延甚至已有遠端轉移，由於手術通常無法順利將腫瘤完全切除(且術後再發率極高)，兼以該腫瘤幾乎已喪失攝取碘之功能，因此常令臨床醫師束手無策。雖然目前临床上曾嘗試以化學治療加體外放射治療，但通常反應不佳。此類腫瘤預後極差，病患的存活期一般預估很少超過半年。

甲狀腺癌的術後復健

甲狀腺瘤手術後的照顧著重於早期發現及治療會危及生命跡象的併發症，例如：血腫形成、呼吸窘迫等。病患頸部如果漲大時，可能有血腫。雖然血腫不一定會導致呼吸窘迫，但是絕對不可掉以輕心。有任何跡象顯示血腫造成呼吸窘迫時，應立即將手術傷口打開以減輕加諸於氣管的壓力，緩解呼吸窘迫之現象。

病患如果接受甲狀腺全切除手術可能有低血鈣或副甲狀腺機能低下，會有肢體麻木或抽筋之現象。這種現象通常在數個月內會恢復，稱為暫時性低血鈣或副甲狀腺機能低下。如果不能恢復，則稱之為永久性低血鈣或副甲狀腺機能低下。病患可服用鈣片來治療。

部分病人在手術後會有聲音改變的情形。原因可能是麻醉時之插管造成，或者可能是因為手術影響喉返神經或喉上神經。影響喉返神經時會有聲音嘶啞情形，如果在六個月內恢復，稱之為暫時性喉返神經麻痺。如果在六個月內不能恢復，則稱之為永久性喉返神經麻痺。另一種聲音的改變是因手術影響喉上神經而導致無法發出高音階之聲音，這樣的情形雖然無法完全恢復，但是通常會隨著時間而改善。聲音有所改變時應盡量使聲帶有休息的機會，也就是減少持續性說話。

有些病人手術後進食液體食物或喝水時有不順之情形或可能噎到，這時應緩慢、小口進食，必要時應改因較為固態的食物。很多病患在手術後會有喉嚨疼痛與咳嗽有痰的現象，可以使用藥物緩解症狀。後頸部疼痛是手術後常見的症狀，這是因為在前頸部做手術後，病人會不自覺地保持頭部向前低下的姿勢，因此導致後頸部的肌肉拉直、疼痛。手術後保持正常的姿勢或做輕微的頸部運動，可以減輕發生後頸部疼痛的機率。

雖然手術部位會有皮下血腫的現象，但是發生傷口減染的機會不高。傷口不需使用藥物照顧，只需保持清潔、乾燥即可。手術後不需給予抗生素。

甲狀腺癌的護理與保健

一、甲狀腺切除術

全甲狀腺切除術用以摘除甲狀腺腫瘤；接受這種手術的病人常須終身服用甲狀腺荷爾蒙。

手術前照護：患者接受完整術前準備的標準須具備：甲狀腺功能及其它各項血液及心肺檢查才可接受手術。若有甲狀腺毒症的症狀則須緩解或消失，患者是處於安靜和放鬆狀態。體重和營養狀況在正常範圍內。如有心臟問題。則須在良好控制中，心電圖檢查沒有心律不整。

手術後照護：在手術後會由護理人員每 15 分鐘測量生命徵象至恢復正常值，評估傷口滲血、引流球的功能、傷口腫脹情形及意識情況，在術後如果有傷口腫脹不適及疼痛的情形，可使用冰袋置於傷口兩側以緩解不適。術後 12 小時內呼吸道是否會因手術部位出血局部壓迫造成呼吸窘迫是非常重要的觀察重點。在術後 1~2 天會有吞嚥困難的情形，隨時間會慢慢緩解。儘量做咳嗽及深呼吸以排除在呼吸道的分泌物，如果患者有呼吸困難、心博過速、嘴唇發紫、手足抽搐式發麻等情形應立即告知醫護人員。

在術後第 2 天至第 4 天患者可執行頸部部位活動範圍內之運動，以防發生攣縮。例如：點頭、仰頭、儘量伸展頸部，向左向右轉動頭部。

病人出院後 2 個月內要回門診追蹤，至少一年要看醫師兩次，以早期預防合併症的發生。

二、放射性碘-131

甲狀腺乳突癌及濾泡癌約佔所有甲狀腺癌的 90%。其中少數乳突癌、濾泡癌造成於遠端轉移兩者皆不易以手術根除，因此碘-131 乃成了治療的最佳選擇。無論是碘-131 全身掃描或摘除治療，在進行的 4~6 週前必須停用甲狀腺素，同時必須避免吃含碘食物如：海帶、海藻，乳製品。近期使用 Thyrogen 是一種基因合成的人類甲狀腺刺激激素，能避免因停用甲狀腺素 4~6 週而產生甲狀腺低下症，Thyrogen 加上放射性碘能提供甲狀腺癌病人或罹患甲狀腺分化癌的病人追蹤期間的診斷工具。因此藥物費用昂貴使用前須向健保局事前申請。

住院期間保健：爲了進行大劑量碘-131 治療，爲避免輻射對環境之影響病人必須住院，（但 30 mCi 以下不用住院）。一般而言，治療後第三天體內的放射線活性就可降低至符合出院之標準。通常碘-131 治療沒什麼副作用，少數病患可能會出現噁心、嘔吐可以採少量多餐，適時的使用止吐劑來改善。唾液腺炎：食用硬或酸的糖果可以改善，暫時性血球減少：治療後六個星期會出現，不過會自動痊癒。疲倦或頭痛，除非轉移之腫瘤極大，否則不會出現轉移部位腫脹。定期追蹤造影：可評估是否有遠端轉移。局部甲狀腺殘餘組織放射碘之攝影於 5% 依臨床之判斷可再手術；若小於 5% ，可再進行一次碘-131 治療。服用碘-131 治療後，2 mCi 是 24 小時後掃描；30mCi

是一週後掃描；100~200mCi 是一週後掃描，治療步驟是半年進行一次，若沒問題，再改一年接下來是二年、五年等檢查一次。

與孕婦及小孩的接觸：家中若有孕婦和小孩須與其隔離二週，以免影響孕婦及嬰兒，且距離愈遠愈好（保持 3 呎以上的距離），以減少幅射影響。

有 25% 的女性會有暫時性卵巢衰竭或無月經，不過會自動痊癒。男性方面，有 10~50% 會出現睪丸功能下降的情況，病患宜多喝水、多排尿可減少睪丸接受放射劑量。

不孕也是患者會擔心的，本院過去發表在英國醫學雜誌研究指出治療過的病人當中並不會造成生育力降低，在醫師合理治療範圍下，目前大型文獻統計並無畸胎或死產率異常增加之結果。出院後醫師指導下起居生活可與常人無異，唯建議女性病患服用放射碘後避孕六個月，男性病患避孕三個月，但無礙性生活。

住院期間在其 1 米處的幅射劑量率有可能高達 200MSv/h，因此對於家屬的探訪有選擇性和限制，特別是懷孕婦女，及未滿 16 歲的青少年，建議不要來訪，而探訪時間應不可超過 1 小時且最少距離 3 米以上。

出院後居家照護：飲食方面仍須避免攝取含碘食物如：海帶、紫菜、海產、乳製品、白麵包配濃咖啡。可至市面上購買無碘鹽用來加味，以減少干擾甲狀腺或轉移部份吸收所服用之放射性碘。

按時服用甲狀腺素：不論是接受甲狀腺切除手術或放射性碘-131 治療會造成甲狀腺功能低下，而且甲狀腺功能低下會引起腦下垂體甲狀

腺荷爾蒙刺激素上升，此激素上升會讓潛伏在體內之甲狀腺癌細胞活躍，癌細胞會更快轉移。這兩個因素，使病患須服用一輩子的甲狀腺素。病患須定時返診，醫師會適度的調整劑量，甲狀腺功能每半年檢查一次。

甲狀腺癌的营养療養

- 一、服用放射碘檢查診斷或檢查前二週應禁吃海帶、紫菜、海苔、含碘維他命，禁用含碘藥水，並少食用海鮮、鹽分含量高的醃製品及加工食品，且減少餐飲中食鹽用量。
- 二、甲狀腺癌治療後平日飲食注意事項：
 1. 以均衡營養，維持合理體重為療養的重點。
 2. 食物挑選以天然、新鮮、多樣化、無發霉為主。
 3. 少食醃製、煙燻、碳烤或加硝酸鹽製作（如：香腸、火腿）或刺激性強的食物。
 4. 每天至少食用半斤蔬菜與半斤水果。尤其多選擇深綠色蔬果及十字花科蔬菜如：高麗菜、花椰菜、青花菜。
 5. 脂肪總量應不超過總熱量的 30%，少動物性脂肪，植物油則避免高溫油炸及反覆多次使用。
 6. 如出現噁心、嘔吐可以少量多餐的方式來進食。
 7. 利用乳製品、小魚乾、豆腐等食品來補充鈣質。
 8. 勿輕易購買或服用未經科學證明的補品或健康食品，以免花錢又傷身。
 9. 不要聽信不正確的飲食限制或偏方，以免飲食不恰當，引發營養不良。

甲狀腺癌的安寧照護

就甲狀腺癌之病例而言，很難聯想到安寧照顧。畢竟大部分之病例在治療與追蹤之過程，都是相當平順與安穩。較常見的情形是甲狀腺癌病例，接受甲狀腺荷爾蒙治療追蹤中，出現其他疾病，包括心血管疾病，其他癌症或退化性疾病，而不論是醫師或病人均把追蹤之重點轉至此些後發之疾病，甚或病人最後死於此些非甲狀腺癌疾病。然而在長期治療甲狀腺癌之過程中仍面臨少數因甲狀腺癌導致臨終結局之病例，醫學之利器畢竟有其極限。許多過去之臨床狀況，往往會浮現醫療人員之腦海。病人面對可能臨終之過程，因人而異，當可能之現行醫療對病患已到極限時，醫師對病患的義務真正的挑戰才剛開始。雖然我們無法”治癒”其癌症，然我們將共度最後之行程。

最早安寧病院在歐洲中世紀，多由宗教團體主導，以病者、飢餓者、旅人之避風港，此乃 hospice 之起源，時至今日以末期病人為主之安寧病院。近期之安寧照顧活動如 1967 年英國 Dame Cecily Saunders 在倫敦 Sydenham 開設之 St. Christopher's Hospice 及 1974 年美國康乃迪克州安寧病院之成立。至目前歐美之安寧照顧多以愛滋病及末期癌症病患為主。由於保險給付之規範須合乎預期六個月內會死亡，且不需積極介入性治療為主要對象。不論是在家由安寧照顧小組成員至府上，由全身換洗，止痛，心靈照顧，甚至無所不包之志工服務，購物，開車兜風，完成臨終病人之心願。而非只侷限於病房之照顧。就甲狀腺癌病人之安寧照顧，居家之安寧照顧尤其重要，止痛與呼吸道之維護是常遇到之重心。

當病患在急迫的喘氣中，勉強的告訴醫師：「我自己已知道最後時刻，雖然到此時刻，你沒有辦法再幫我，我還是很感激你的」。其心聲往往讓醫療人員心酸與無力感時，已到電療、化療之終點。此時，對併發之感染，醫護人員也會深感積極抗生素治療之意義在那裏？呼吸治療甚至插管以呼吸器協助之意義。什麼時候才是放棄積極治療免除無謂苦痛之時刻，尤其在家屬多之個案往往最後之決定極其困難。因而在病患意識清醒時，自己的意願，極其重要。由於大部分末期甲狀腺癌多是不可逆，因而相對於美國紐澤西州凱倫·安·昆蘭 (Karen Ann Quinlan)，年輕突發腦死之病例，反而較能為家屬或一般民眾所接受安排其最後之安寧照顧。

甲狀腺癌病人之安寧照顧基本上面臨的問題與其他癌症相當類似。或許大部分甲狀腺癌由”無法治療”至臨終期限較長，病人有充裕時間思索相關問題。在相關法令及保險幾付均未完善前仍有許多問題會發生。醫護人員以不同之個案，站在病人立場或家屬立場，以同理心為基礎給予長期醫療建議是必要之步驟。提供患者一個不痛與莊嚴安祥的臨終環境是基本的要求。相對於許多病例臨終前之無謂的插管，急救，維持心跳，大量升壓劑，管灌…等等令人不忍之措施，醫療資源是否不當使用是另一個爭議的話題。問題是我們讓病人得到了什麼？醫療的努力應該放在更早一點，現實的狀況往往是比較複雜，病人個人先前意願，臨終時之意願，監護人之意願，家屬之意見。不同醫護人員之意見，法律之規定，社會之規範，甚至宗教團體之看法常使一件事情在不同之時空狀態下有不同之共識。因而以病人為主之個案安寧照顧絕對是因人而異，負責之醫療人員除了有專業之醫療知識外，人生體驗之智慧與莫大之愛心更是不可或缺。如此才可能照顧每一個臨終病患之最後階段。

甲狀腺癌的心理調適

由於甲狀腺癌臨床之表徵差異極大，在確知得病須由主治醫師了解自己的病情。由於約 85% 以上病例均屬預後極佳之病例，應避免不必要之憂慮。大部份之病例只須定期追蹤手術後不須擔心癌症之再發。過度地使用不須要的他類療法在臨床病例中並不少見，雖不見得對身體有害，然而精神、經濟上之耗損是顯而易見。

部份須定期放射碘治療之病例，也可由主治醫師了解只是定期之追蹤或轉移後之治療。對檢查中停用甲狀腺素可能帶來身體之不適須事先先有心理之調適。在停藥檢查前後一、兩個月間適度地調整作息，減少工作之壓力，避免須高度集中精神之工作是必要的。若女性病患，生理期之改變，可能懷孕之計劃等等均須先和主治醫師討論，事先規劃。

對極少數年長，已轉移或惡性度較高之甲狀腺癌，定期追蹤，治療則更顯重要。甲狀腺素不足或過度之服用對年長病人心肺功能影響會較明顯，因而藥物之調整更為重要。不同於其他癌症，積極，樂觀之態度在甲狀腺癌已轉移之病例是須要的。對轉移之分化甲狀腺癌積極治療下，超過五年以上之存活者比比皆是。因而如何使癌症之陰影減少對生活或心情之衝擊是病患與所有醫療人員需合作的共同標地。

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：清楚的溝通能力、提供情緒支持、家庭成員忠程度等內在資源……。

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涵種類。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）申請資格:全戶平均每人每月最低生活費用標準於（台北市 13797 元以下、其他縣市 8770 元以下），存款每人每年不超過（台北市 15 萬元、其他縣市 5 萬五千元），不動產部分（台北市不超過 500 萬元、其他縣市不超過 260 元）

（2）福利內容：

◎生活補助金：（包括兒童、少年、身心障礙者生活補助、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

2.急難救助申請資格：（依據社會救助法訂定）

（1）家庭突遭變故或其他原因致生活限於困境者。

- (2) 該縣市居民罹患重病或遭遇意外傷害，致生活陷於困難者。
- (3) 該縣市居民死亡，家屬無力殮葬者。
- (4) 其他縣市民眾缺乏車資無法返鄉，給予車資救助。

3.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) 身心障礙者生活補助
- (2) 所得稅部分減免優待一稅捐處辦理
- (3) 免徵汽車牌照稅(全戶一輛車)---監理所辦理
- (4) 子女就學減免、補助學雜費(針對直系血親)
- (5) 交通優待(半價)
- (6) 公立休閒設施優待
- (7) 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)
- (8) 托育養護、短期照顧補助
- (9) 輔助器具補助

4.居家照顧：(與戶籍所在地各縣市政府社會局或長期照護中心提出申請)

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。

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。

(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：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)。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) 老人給付

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

(3) 老人給付

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。

結語

長庚醫院近幾年來在台灣之努力，服務台灣之病患，在甲狀腺腫瘤之檢查，治療追蹤隨著年代也有不同之發展。在林口追蹤之病例仍以北部居多（佔 76.9 %）。東部、中南部隨著各醫學中心之設立，各地病患均能得到需要之照顧。本手冊所提供原則，相信也可供其它地區醫院之參考。手冊封面之資料若能包括全省醫療體系甚至其它醫學中心，對全省癌登之系統相信會有更明確資料。

編後

我們感謝長庚紀念醫院癌症中心甲狀腺癌醫療團隊成員的協助，編寫完成此一手冊。

團隊成員包括：

新陳代謝科：林仁德醫師、陳思達醫師、孫瑞鴻醫師、劉妙真醫師

病理科：薛純醫師

一般外科：趙子傑醫師

核醫科：林昆儒醫師

放射腫瘤科：曾雁明醫師

血液腫瘤科：王正旭醫師

精神科：

專科護理師：楊惠美小姐、唐凱琳小姐

營養師：楊美瑩小姐

個案管理師：小姐

社工：小姐

長庚紀念醫院癌症中心
甲狀腺癌醫療團隊負責人
林仁德醫師