



JCI國際認證



SINCE 1896

彰化基督教醫院  
CHANGHUA CHRISTIAN HOSPITAL



國內  
郵資已付

彰化郵局許可證  
彰化字第874號

雜誌

「無法投遞請勿退回」

# 癌症防治季刊



37期

主後2020年

本期主題

！肝膽胰臟癌！

# 肝硬化？肝包油？ 非侵入性、準確度高 掃描一下就知道



## FibroScan 肝纖維化掃描儀

能直接且具體以數值方式呈現肝臟纖維化（硬化）程度，以及肝臟脂肪含量，準確度高達9成，無侵入性、檢查過程只需5-10分鐘。

- 本項檢查需自費、檢查前請空腹四小時。

詳洽胃腸肝膽科門診  
或撥04-7238595轉3500（超音波室）



彰化基督教醫療財團法人  
彰化基督教醫院

〔宗旨〕以耶穌基督救世博愛之精神，宣揚福音，服務世人

〔任務及願景〕醫療－建立堅強、完整、安全的健康照護體系

傳道－成為全人關懷的醫療宣教中心

服務－提供以病人為中心的服務，並關懷社區與弱勢族群

教育－成為醫療從業人員教育訓練的標竿醫院

研究－成為先進醫療科技之醫學研究中心

〔彰基精神〕愛上帝、愛土地、愛人民、愛自己

〔價值觀〕無私奉獻、謙卑服務

## Contents

## CHANGHUA CHRISTIAN HOSPITAL

發行人 | 陳穆寬  
總編 | 張東浩  
主編 | 洪儷中 柯啟宏  
          陳富滿  
執行編輯 | 張美惠 張怡倩  
          曾鈺婷  
醫療顧問 | 詹健彬 王百孚  
          王秉彥 張譽耀  
          陳達人 蘇金泉  
          賴冠銘 林聖皓  
          顏旭亨 蘇竣揚  
          陳子和 林盈利  
          林進清 王舒儀  
          黃頌儼 劉森永  
編輯群 | 周成德 王連嚴  
          林正修 林岳民  
          簡素玉 林逸祥  
          柯智慧 張淑真  
          游馥蓮 粘玉婷  
          呂淑芬 陳美櫻  
          吳敏華

網址：<https://www.cch.org.tw/>

若不同意個人資料供「癌症防治季刊」寄送，煩請連絡  
(04) 7238595 分機 3243  
張小姐。謝謝！

04 多科專業團隊，完整治療肝膽胰臟癌

顏旭亨

### 診斷

05 肝癌診斷，確認治療方針

蘇維文

08 內視鏡超音波是早期診斷胰臟癌的利器

林彥至

10 更加隱形的健康殺手－『膽管癌』

施凱倫

11 脂肪肝比例攀升，早期檢查預防肝硬化－肝纖維化掃描

楊承達

### 治療

13 肝膽胰臟癌症的外科手術治療

洪玉如

16 肝癌的局部治療

徐友春

18 肝癌治療新選擇～ HAIC 與 90 治療

陳嘉邦

20 放射線治療於肝癌之治療角色

楊繕駿

22 肝癌的藥物治療

曾若涵

24 預立醫療決定－規劃自己的人生大事

蔡佩渝

### 保健

26 消滅國病－C 肝患者有福了

蘇培元

27 肝癌的『中醫輔助治療』

侯俊成

28 肝癌營養補給的食與不食

許純嘉

30 肝癌藥物治療注意事項，你不可不知！

林逸祥

### 病友支持

34 愛護恁ㄝ肝，面對肝癌，因認識而不害怕

鄭嘉琪

### 其他

36 交通車時刻表

醫勤部

38 癌症捐款芳名錄&活動預告

社工部

# 多科專業團隊 完整治療 肝膽胰臟癌

胃腸肝膽內科主任  
顏旭亨

隨著科技之發展，醫界對於肝膽胰臟癌的診斷及治療，發展了更多治療與控制的方法。在本季刊中我們邀請彰化基督教醫院多科專業治療團隊，提供最新的訊息，讓大家對於肝膽胰臟癌從診斷到治療能有更多的認識。

首先由本院胃腸肝膽科的團隊針對肝癌、膽管癌及胰臟癌最新發展的診斷方式做詳盡之介紹。肝纖維化超音波是本院近兩年最新引進的設備，可以讓醫師使用非侵入性的方式評估病患肝臟的狀態，以擬定後續治療及追蹤之策略。

其次針對肝膽胰臟癌的治療，先由內外科的治療團隊，分享外科手術及內科微創電燒手術治療的經驗。對於不適合手術的病患，我們也由影像醫學部介入性治療團隊，分享各種有關肝膽胰臟癌影像導引介入性最新的治療方式及治療成效。本院的放射腫瘤科治療專家，也會在季刊中，介紹各種最新的放射線治療方式。

肝膽胰臟癌的藥物治療趨勢，也由傳統的化學治療，進入標靶治療的時代。近兩年更有所謂的免疫療法及細胞治療，不但有較少的副作用，更有較佳的治療成效。針對目前最新的藥物治療趨勢，將由血液腫瘤科的醫師做詳盡之介紹。在癌症治療的過程中，病友可能會面臨到營養照護的需求及藥物副作用的處理之需求。因此，我們也請專業營養師及藥師針對病友的這些需求進行分享。

肝膽胰臟癌除了治療，最重要的是要能夠預防癌症的發生。由於這些腫瘤的產生跟肝臟慢性發炎很有關係。過去針對慢性 B 型肝炎，我們已經有很有效的預防及治療方式。對於慢性 C 型肝炎，健保近兩年也開始給付幾乎沒有副作用的新型口服治療藥物。本季刊也會分享目前健保於慢性 C 型肝炎最新的治療規範，讓讀者對於相關治療有更進一步的了解。

本院多科治療團隊的特色，除了西醫治療之外，我們也提供中醫的輔助性治療。藉由中醫的調理與保健，病患在治療過程中可以得到最佳的照護。在癌症治療的過程中，癌症個案管理師可以提供另一扇窗口來做為溝通的橋樑。諸多的疑問往往可以因此得到適當的支持與幫忙。在季刊也會針對患者上述之需求，由專業的中醫師及個案管理師撰寫詳盡的介紹。

希望各位朋友看完此期的內容之後，對於肝膽胰臟癌能有更深刻的了解。祝福大家身體健康，萬事如意。

# 肝癌 診斷

# 確認 治療方針

胃腸肝膽內科主治醫師・蘇維文

## 病理組織診斷

取肝組織做病理切片檢查是診斷肝癌最正確的方法。診斷肝癌的“黃金標準”必須要取肝組織做病理切片檢查才能百分之百確立。但是要取得檢體除非是已開刀將腫瘤自體內取出，否則便需要藉由肝穿刺（亦有稱肝切片），在超音波或電腦斷層導引下用細針直接經過體表皮膚刺入病人的肝臟採取一小條肝臟組織做檢驗。但如果病人有腹水，或凝血功能太差、意識不清時，因可能有肝穿刺後出血不止或刺破內臟臟器產生併發症之風險，就不適宜做經過體表皮膚之肝臟切片檢查。即使沒有上述禁忌症，根據文獻報導<sup>1</sup>：肝穿刺造成出血的風險為0～10.9%不等，平均小於2%。另外，愈小的腫瘤，愈困難一次就能正確取到腫瘤組織，往往需要多次取樣，又增加出血風險。因此小於一公分的腫瘤，一般建議先定期追蹤即可。

要能進行肝穿刺需要先有影像學檢查，才能發現腫瘤並進一步導引肝穿刺之進行，因此，了解肝臟有哪些影像學檢查及其優缺點，便是接下來的課題。

## 影像檢查

腹部超音波掃描具機動性、不具侵入性，因此是第一線最常見之檢查。對於肝內的腫瘤，約可偵測至1公分以上大小，與醫師或技術員是否有足夠的經驗有高度相關，所以是篩檢肝癌的一項重要工具。文獻報

導顯示<sup>2</sup>：定期追蹤超音波檢查的慢性B,C型肝炎患者，相較未定期追蹤者，發現腫瘤時，腫瘤之可切除率平均值為51.6%對23.7%。因此，定期追蹤超音波檢查，在台灣已是行之多年，各醫療院所都有定期提醒追蹤之簡訊服務，慢性B,C型肝炎患者應多加利用。但是超音波檢查，不具有專一性，無法百分之百有效區分良性或惡性腫瘤，因此，需要另外進行肝穿刺或額外的影像學檢查來做確認。超音波無法穿透肋骨及空氣，因此檢查有其限制，會造成有部分檢查死角，而錯失病灶所在。肥胖的人檢查死角較多，錯失病灶所在的機會相對較高<sup>3</sup>。

## 電腦斷層或核磁共振檢查

電腦斷層或核磁共振檢查，可以彌補超音波掃描可能存在的死角，對於肝腫瘤的性質可提供進一步的訊息，是目前用來做為肝癌確診的工具。也可檢查肝外的淋巴結或腹腔內的大血管有沒有受到侵犯，也是肝癌疾病分期的黃金標準。

電腦斷層掃描或核磁共振檢查的缺點是需要注射顯影劑，有極小部份的人會對顯影劑過敏。同時，太小的腫瘤也可能檢查不出來。檢查費用相對較高外，電腦斷層掃描又有輻射線暴露之風險，因此，兩者均較不適合作為長期篩檢的工具。

因為肝穿刺檢查有一定引起出血之風險，因此在西元2001年在巴塞隆納會議專

家學者提出非侵入性的檢查（電腦斷層掃描或核磁共振檢查）也可做為肝癌的診斷標準，以提供病人另一種確診方式。目前最新版的準則<sup>4</sup>適用於病人有肝硬化和肝局部性腫瘤直徑超過 1 公分的患者，有動脈期早期顯影及靜脈期快速排出顯影者，可符合典型肝癌診斷，如附圖一。

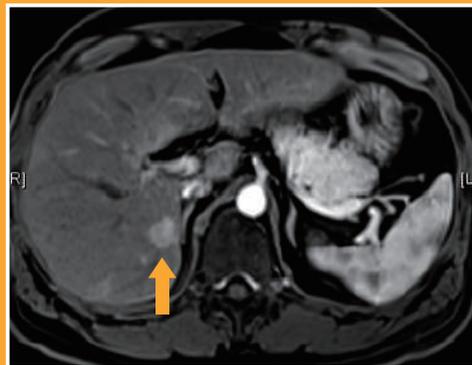


附圖 1a：動脈期早期顯影



附圖 1b：靜脈期快速排出顯影

當靜脈期未快速排出顯影時，因不符合典型肝癌診斷，日本人提出<sup>5</sup>核磁共振新型顯影劑（EOB-MRI），認為此顯影劑因不會被腫瘤所吞噬（惡性肝癌不具備正常肝臟組織具有的巨噬細胞）。因此，在“肝膽期”影像，會呈現較周邊正常肝臟更低度顯影像時（如附圖二），亦可高度臆斷為肝癌，提供



附圖 2a：動脈期早期顯影



附圖 2b：靜脈

我們另外的診斷選擇。但目前此項顯影劑，健保並不給付，需要自費使用。

## 顯影劑超音波

使用適合於超音波顯相之顯影劑，這幾年剛引進台灣，模擬出類似電腦斷層或核磁共振檢查，顯影劑在動脈期早期顯影及靜脈期快速排出顯影之腫瘤特性，也可以用來作為輔助診斷。與醫師或技術員是否有足夠的經驗有高度相關，須有足夠經驗才能判讀。目前此項顯影劑，健保也不給付，需要自費使用。

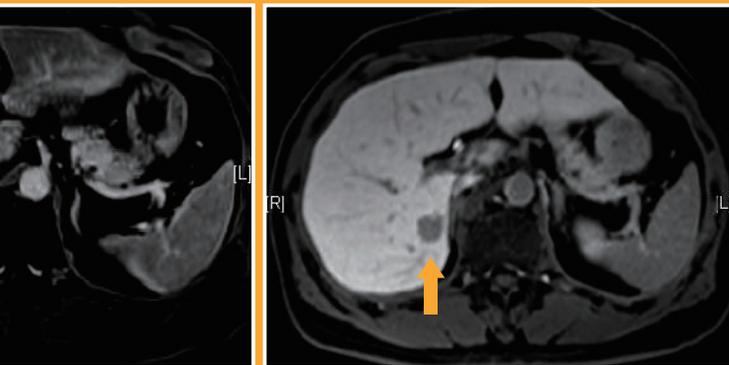
## 血管攝影

血管攝影因為具有侵入性（須從動脈放入導管），診斷專一性也不足夠，現在已很少用來做為診斷肝癌之工具，病人接受這種檢查時，程序比較繁複，需壓迫傷口止血也比較痛苦，還需要住院。通常適用於要使用栓塞治療肝癌前，評估腫瘤之顯影及相對位置之用。

## 血液檢查

### 胎兒蛋白（AFP）

抽血檢驗是篩檢肝癌最簡單方便的方法之一。血清中的「胎兒蛋白」（AFP）可以作為肝



期未快速排出顯影

附圖 2c：在“肝膽期”影像，會呈現較周邊正常肝臟更低度顯影像

癌的腫瘤標記，正常人抽血檢驗胎兒蛋白若超過標準，就注意是否有肝癌。

不過，肝臟在發炎後、細胞再生時，胎兒蛋白數值也可能會升高；懷孕婦女的胎兒蛋白數值也會升高。所以，驗血發現 AFP 異常升高就斷定有肝癌是不正確的，應該再配合影像檢查才能作出準確的判斷。

雖然，85%的大型肝癌患者胎兒蛋白值會升高，但是 3 公分以下的小型肝癌，大約只有 2/3 的病人胎兒蛋白數值會升高。所以，即使**胎兒蛋白數值在正常範圍也不能判斷一定沒有肝癌**。因此肝癌高危險群的

定期追蹤，通常需配合超音波檢查來進行。因為定期追蹤，早期發現的腫瘤較小，而小肝癌的胎兒蛋白又不一定升高。臨床上便有了對另一種腫瘤標記檢查之需求。

### 異常羧基凝血酶原 (PIVKA-II)

維生素缺乏或拮抗劑誘導產生的蛋白質 -II (PIVKA-II) 又稱為異常羧基凝血酶原 (des- $\gamma$ -carboxylated prothrombin, DCP) 最近從日本引進台灣，作為輔助肝癌診斷追蹤之方法。目前健保不給付需要自費使用。合併使用 PIVKA-II 及胎兒蛋白檢查對肝癌高危險群的定期追蹤<sup>6</sup>，與單獨使用胎兒蛋白檢查相較，可將偵測肝癌之靈敏度 (sensitivity) 從 65% 提升到 87%，但專一度 (specificity) 稍微從 84% 下降到 69%，表示為了提高早期診斷的靈敏度，稍微會犧牲到診斷的精確度。適當使用此項檢查，尤其可以輔助胎兒蛋白數值在正常範圍的肝癌病人，開刀後的術後追蹤，有助於早期發現腫瘤之復發。

1. Midia M, Odedra D, Shuster A, Midia R, Muir J. Predictors of bleeding complications following percutaneous image-guided liver biopsy: a scoping review. *Diagn Interv Radiol* 2019; 25: 71–80
2. Singal AG, Pillai A, Tiro J (2014) Early Detection, Curative Treatment, and Survival Rates for Hepatocellular Carcinoma Surveillance in Patients with Cirrhosis: A Meta-analysis. *PLoS Med* 11(4): e1001624. doi:10.1371/journal.pmed.1001624
3. Samoylova ML, Mehta N, Roberts JP, et al. Predictors of ultrasound failure to detect hepatocellular carcinoma. *Liver Transpl* 2018; 24: 1171–1177.
4. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol* 2018; 69: 182–236.
5. Surveillance and diagnostic algorithm for hepatocellular carcinoma proposed by the Liver Cancer Study Group of Japan: 2014 update. *Oncology*. 2014;87 Suppl 1:7-21. doi: 10.1159/000368141. Epub 2014 Nov 22.
6. Lok AS, Sterling RK, Everhart JE, et al. Des-gamma-carboxy prothrombin and alpha-fetoprotein as biomarkers for the early detection of hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology* 2010; 138: 493–502.

# 內視鏡 超音波

# 是早期診斷 胰臟癌的利器

胃腸肝膽內科主治醫師・林彥至



## 胰臟癌為什麼被稱為“癌王”？

胰臟為長形扁平的腺體，深藏於上腹部的後腹腔內，加上前方有胃氣與腸氣的遮蔽，因此胰臟病變很難被早期發現。不僅如此，胰臟癌轉移迅速，造成手術治療非常困難，加上化療的反應也不佳，**國內的五年存活率不超過 5%**，因此胰臟癌被稱為“癌王”。根據我們的臨床經驗，一旦診斷出來幾乎就無法治癒，因此早期診斷成為最重要的課題。

## 胰臟癌會有症狀嗎？

**大部分的胰臟癌沒有明顯症**

**狀**。如有症狀，通常為上腹痛、背痛、黃疸、體重減輕，及灰白便。次為食慾不振、噁心、嘔吐、疲倦及發燒等。黃疸是因胰頭部癌壓迫到總膽管所造成，若是胰臟體部或尾部的胰臟癌，只有少數會出現黃疸，若出現黃疸可能要懷疑已轉移至肝臟。

## 有哪些方式可以診斷胰臟癌？

**胰臟癌的早期診斷主要還是靠影像學的檢查**。血清指標 CA-199 被認為是胰臟癌的腫瘤指數，但不盡準確，只能作為診斷上的參考。

腹部超音波檢查或電腦斷層攝影檢查（CT）是一般常見初步篩檢胰臟癌的工具。但是超音波受到腹腔腸氣的影響，往往無法看清楚整條胰臟的全貌。電腦斷層雖然可以幫助我們看清腫瘤的全貌，但是對於小於一公分的胰臟癌用電腦斷層幾乎都看不到腫瘤，甚至兩公分左右的胰臟癌用電腦斷層也往往只能看到上游

胰管擴張，而無法定位腫瘤本身，因此這兩種檢查都不是早期診斷胰臟癌理想的工具。

## 胰臟癌早期診斷最準確的方式為何？

**內視鏡超音波（EUS）檢查是早期診斷胰臟癌的標準方法。逆行性膽胰管攝影檢查（ERCP）可做為輔助檢查。**

所謂內視鏡超音波，就是將超音波探頭安裝於胃鏡的前端，如此便可避免氣體的阻撓，隔著胃壁或十二指腸壁就近觀察胰臟。與電腦斷層或核磁共振不同，即便是小於一公分的胰臟癌，使用內視鏡超音波檢查也幾乎都可以看到清楚的病灶。

## 內視鏡超音波導引下的胰臟切片（EUS-FNA/B）一定要做嗎？

如果電腦斷層或核磁共振上已經確定是惡性腫瘤，而且外科醫師判斷腫瘤還可以切除，這時候可以考慮直接開刀，不需要額外的切片。**如果病人的胰臟癌較嚴重，暫時不適合開刀而需要術前化療的時候，或者是影像上無法判別惡性或良性的時候，我們可以進行胰臟切片的檢查。**過去用腹部超音波導引或電腦斷層導引通常無法對於小型胰臟腫瘤進行安全有效的切片檢查，有了這個工具之後，便可以準確的進行胰臟切

片。本院內視鏡超音波的胰臟切片準確度（accuracy）約九成以上，若同時併用超音波專用的顯影劑（Sonazoid®），內視鏡超音波的胰臟切片的精準度會更高。

## 內視鏡超音波導引下的胰臟切片（EUS-FNA/B）有甚麼風險？

內視鏡超音波下的切片的特色就是安全與精準，因為切片針只穿過一層薄薄的胃壁或十二指腸壁。可能的風險為胰臟炎、出血或感染，但臨床上發生的機會相當低。切片造成的腫瘤播種（tumor seeding）在各種切片方式下都可能發生，即便是內視鏡超音波導引下的切片也有幾例這樣的報告，不過發生播種的案例全數是經胃壁穿刺的病人。也就是說經十二指腸穿刺的病人，基本上不太需要擔心這樣的風險。這項檢查最大的缺點是健保尚未給付，必須自費。

## 甚麼樣的病人是胰臟癌的高危險群，需要在消化系內科門診追蹤？

有胰臟癌家族史者、菸酒成癮者、慢性胰臟炎患者、兩年內新診斷的糖尿病患者、以及胰臟囊腫的患者等族群為胰臟癌的高危險族群。請注意，腹部超音波或電腦斷層/核磁共振的健檢可能無法早期診斷胰臟癌。高風險族群需要與胃腸肝膽科醫師討論是否需要進一步做內視鏡超音波檢查。



# 更加隱形的健康殺手

胃腸肝膽內科主治醫師·施凱倫

## 膽管癌

肝臟癌症一直是影響國人健康的前幾名殺手，近幾年來隨著政府舉辦的各式全民健檢、萬人肝炎篩檢、C型肝炎新藥上市等等活動，民眾對肝癌預防的重視也逐漸上升，是一個很好的現象。但是肝臟除了傳統的肝癌之外，還隱藏了一個致死率更高的殺手，也就是本文所要介紹的一膽管癌。

有一句成語叫「肝膽相照」，指的就是肝跟膽是相連一起，很密切的器官。我們的肝臟除了有肝細胞之外，裡面還布滿了像水管一樣的通道，叫做膽管。我們要消化食物的膽汁就是從肝臟製造後，經由膽管運送到膽囊儲存，最後排到十二指腸消化食物。而這些像水管一樣的通道若是發生癌症病變，就是我們說的膽管癌。而膽管癌發生的原因目前仍然未知，跟一般的B型、C型、酒精性肝炎並無相關，所以較難去做什麼有效的預防措施。目前只知若有肝內結石的病人（非膽結石），該結石部位發生病變的機會較高，故有肝內結石的病人，有時須提早接受肝葉切除手術以預防癌症產生。而不同於一般的肝癌有各式各樣的治療方法和策略，膽管癌本身對化學治療、放射治療、標靶藥物的治療反應並不理想，早期發現並盡快開刀治療是膽管癌能夠治癒唯一的方法。偏偏膽管癌早期並無明顯的症狀，就像家裡的水管如果能夠正常使用，也很難去發現有藏汙納垢一樣，要早期發現是相當困難的。一般膽管癌的症狀包括沒有胃口、體重減輕、食慾減少、皮膚變黃（黃疸）、小便顏色

變深（茶色尿）和大便顏色變白（灰白便），但是如果已經有明顯症狀才就醫治療，往往都已經過了能開刀的黃金時間，錯失治療良機。

**定期接受肝膽超音波檢查**似乎是能夠早期發現膽管癌的好方法。超音波是一項相當有用的診斷工具，本身幾乎無任何副作用，對長在肝臟的腫瘤也能做有效的觀察和檢查。但超音波的缺點是容易有死角，一部分的膽管隱藏在腸子後面超音波是看不到的，但是可以藉由仔細觀察膽管和胰管有無擴張腫脹來判斷是否有隱藏的病灶，再進一步考慮接受電腦斷層或核磁共振造影來確認是不是腫瘤以及侵犯的範圍，作為後續如何治療、能不能開刀的依據。大部分人會需要接受一項稱為**內視鏡逆行性膽胰管造影術（ERCP）**的檢查，這項檢查的作法是利用一根類似胃鏡的內視鏡，經由嘴巴伸到膽管的開口，利用注射顯影劑照相的專門技術，去對病灶做更詳細的觀察，通常也能夾取組織做病理切片的判讀，對於阻塞的膽管也可以經由放置膽管支架，達到有效引流膽汁並減緩病人症狀的目的。整個檢查的過程類似接受胃鏡檢查，但是費時較久，所以病人至少需要接受朦朧麻醉以減緩不適感。近年來彰基也有引進美國最新研發的膽道內視鏡，直徑只有3.3釐米，可以直接伸入膽管做最詳細的檢查和診斷，唯須自費且所費不貲，但對急需確定診斷以決定是否開刀或化療的病人，有時也是不可或缺的角色。

定期檢查和及早治療一直都是對抗癌症的不二法門。膽管癌不管在診斷或是治療上都是相當棘手的難題，但是如果能夠早期發現早期開刀治療，仍然有相當多的病友能夠克服這個癌症。我們建議民眾可以每年追蹤肝膽超音波，以期能及早發現病灶。針對若已經產生肝內結石的患者，也須跟醫師密切討論是否需要接受肝葉切除手術，以預防癌症產生。祝大家身體健康、萬事如意！

# 脂肪肝比例攀升

# 早期檢查預防肝硬化 肝纖維化掃描

胃腸肝膽內科主治醫師·楊承達

肝纖維化對許多民眾來說仍是個陌生的名詞！當皮膚有傷口時，癒合後會留下疤痕，肝臟也是一樣，在經過多次的傷害、發炎後所留下的疤痕，就叫做「纖維化」，也就是醫師所說的「肝粗粗的」（台語）。當肝臟經歷的傷害、發炎越多，累積的疤痕就越多，肝臟在超音波下就會越粗糙，也就是纖維化越嚴重。纖維化共可分為四級，第一級是輕度纖維化，第二級是中度纖維化，第三級是重度纖維化，第四級就是「肝硬化」。肝病是台灣十大死因之一，而肝癌更位居十大癌症死因的

第二高。肝病的嚴重度或是肝癌的發生率都和肝纖維化的程度有著高度的相關性，在纖維化第三級和第四級的肝臟，肝癌的發生率會大幅上升，所以知道自己肝臟的纖維化程度是非常重要的。

一般超音波要區分肝纖維化的程度並不容易，也較為主





觀，無法作客觀的分級，故超音波主要用來區分正常、有纖維化、或已經明顯肝硬化。如要細分肝纖維化的分級或是診斷早期的肝硬化，以前都是要經過肝臟切片作病理的纖維化分級，而現在已有機器可用來做肝纖維化分級，也就是肝纖維化掃描儀（Fibroscan）。最新一代的肝纖維化掃描儀除了可做肝纖維化分級，也可做脂肪肝的分級。

**肝纖維化掃描儀**是法國 Echosens 公司研發，運用探頭對肝臟表面的皮膚發出震動波，此震動波為低頻（50 赫茲）的音波，會使受檢者的皮膚感受到輕微撞擊，此震動波穿過肝臟時會使肝臟產生微小的形狀變化，進而產生剪切波（shear wave），而探頭可偵測剪切波，運用數學公式運算，剪切波速度的平方和肝的硬度呈正比，當速度越快時，肝就越硬。

目前 C 型肝炎已進入全口服藥的時代，治療成功率高達 98~99%，而 B 型肝炎則因嬰幼兒全面預防接種，以及可用藥物做有效的控制，可想見未來 B 型和 C 型肝炎的患者都會大幅下降，反觀脂肪肝目前尚無有效藥物，在加上外食族越來越多，預估未來肝病或肝癌的主因會變成脂肪肝一枝獨秀。而

肝纖維化掃描儀運用剪切波在脂肪中衰減較大的原理（CAP 數值），可偵測脂肪肝的程度，區分為輕度、中度及重度脂肪肝，故 CAP 數值可視為是脂肪肝的分數，CAP 數值越高脂肪肝越嚴重。

藉由肝纖維化掃描，可以了解纖維化的程度，評估肝病的嚴重度和未來發生肝癌的機率，也可以了解脂肪肝的程度，進一步擬定飲食、運動及減重的計畫。當然，找出肝病的原因並加以治療更是重要，包含 B、C 型肝炎篩檢及治療，脂肪肝需控制飲食、運動及減重，酒精性肝炎則需戒酒，找出**肝臟發炎及纖維化的原因並妥善治療、控制及追蹤，是保持肝臟健康的不二法門。** 🏠



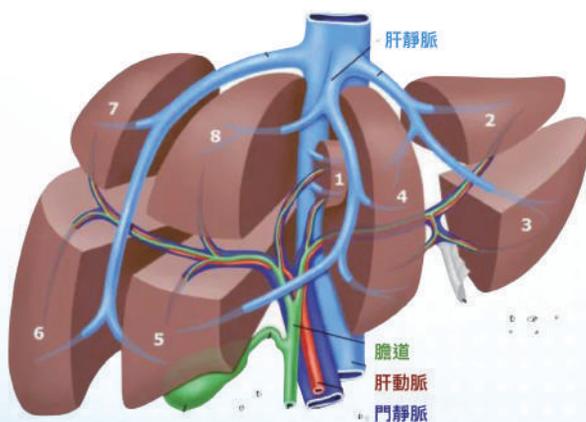
# 肝 膽 胰 臟癌症的 外科手術治療

一般外科主治醫師 · 洪玉如

## 肝臟基本解剖構造

一般肝臟腫瘤需接受手術治療的狀況以肝細胞癌為最常見，其次為膽管癌。肝細胞癌，也就是大家俗稱的肝癌，是台灣最常見的癌症之一，發生肝細胞癌的危險因子包括：B 型或 C 型肝炎長期感染、酒精性肝炎、家族有肝細胞癌病史等。在台灣大約 80% 的肝細胞癌病人是慢性 B 型肝炎帶原者，其次是慢性 C 型肝炎感染以及酒精性肝炎。

要細談肝臟的手術治療之前，我們要先了解肝臟的簡單基本構造，對一般人而言肝臟分成左右兩葉，但對外科醫師來說，肝臟更詳細分成八個小段。Couinaud 肝臟分段法是由 Claude Couinaud 這位法國外科醫師依據功能及血管的位置將肝臟分為八個獨立的段，每個段有自己的流入和流出血管以及膽管系統。如下圖所示，肝臟自右到左順時針分成 1 ~ 8 段。



紅色為肝動脈系統，深藍色為門靜脈系統，淺藍色為肝靜脈系統，綠色為膽道系統。

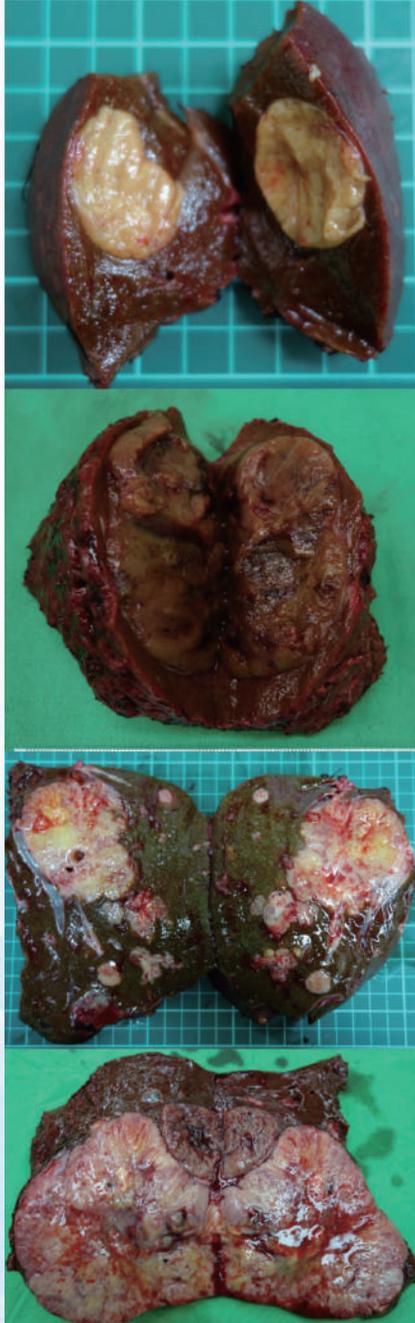
## 肝癌手術治療

目前而言，手術切除是治療肝細胞癌確保長期存活率的最佳方法。不過由於肝臟本身的血流相當豐富，加上肝臟腫瘤患者多半合併有肝機能不全及凝血功能的異常，所以肝臟手術是高危險性的手術，須由經驗豐富的外科醫師執刀方能獲得最佳療效。

大家都知道肝臟本身有再生的功能，在手術切除後約 10~14 天即可恢復手術切除前的 9 成體積。但是先前提到肝細胞癌病人多為 B 型或 C 型肝炎長期感染所致，所以病人本身多合併肝硬化及凝血功能不良，在這樣的前提下，大範圍肝葉切除會導致手術後肝衰竭，進而造成病人死亡，這也是為什麼只有將近 20% 新診斷肝細胞癌的病患可以接受手術治療的原因。

所以，手術前需針對肝臟功能及腫瘤現況做完整評估，肝臟功能檢查在血液檢查項目一般有血小板及凝血功能，全項肝生化檢查 (AST、ALT、Bilirubin、Albumin、ALP、rGT)。另外，綠靛基質氯化物 (Indocyanine Green, 簡稱 ICG) 是一種色素，不經肝臟分解、改造，而由膽管排除，故原始應用在計算肝臟的血流量。一般以判讀 ICG 注射 15 分鐘後的血清濃度百分比 (ICG15) 來評估肝臟的功能。如果 ICG15 分鐘的滯留率 < 10% 可做大

範圍的肝葉切除手術（例如左半肝切除或是右半肝葉切除），而若 > 30% 則僅能進行限制性的切除手術（例如部分肝段切除手術，甚至是楔形切除手術），減少術後發生肝臟衰竭的遺憾。

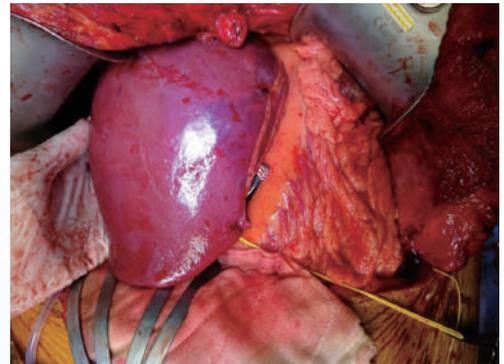


肝膽胰癌症的外科手術治療

## 肝臟移植手術

肝臟移植手術可一併治療肝炎所導致的肝硬化及肝癌，早期因沒有適當的選擇標準，因此肝臟移植治療肝癌的成績並不理想，直到 1996 年義大利米蘭國家癌症研究院的研究團隊在《新英格蘭》醫學期刊發表肝臟移植治療小型肝癌的成果，奠定了日後肝移植手術治療小型肝癌的基礎，就是所謂的米蘭準則。米蘭準則指的是肝癌單顆且小於 5 公分，或 3 顆以內且任 1 顆腫瘤體積不超過 3 公分者，才能進行肝臟移植，並且移植後 4 年存活率高達 75%，復發率僅 8%。

然而臨床上大多病患初診斷時已超過米蘭準則而錯失治療時機，所以美國加州大學舊金山分校（UCSF）將標準擴大為單一腫瘤不大於 6.5 公分，多發腫瘤不多於 3 個，任一最大直徑不超過 4.5 公分，且總直徑不大於 8 公分，稱為 UCSF 準則。我國衛福部於 2006 年 7 月將國內肝臟移植治療肝癌規定由原先的米蘭準則改為 UCSF 準則，以造福更多患者。



肝臟移植手術，左圖為取下的病肝，右圖為捐贈者肝臟種植在受贈者體內情形。

## 膽管癌手術治療

膽道系統分為肝內膽管、肝門膽管及肝外膽管，膽道系統的癌症源自於膽管內上皮細胞的惡性變化，



膽管癌行部分肝臟切除手術

屬於高惡度性。膽管癌早期並無特別症狀，晚期疾病的症狀包括腹痛、全身乏力、夜間盜汗、體重減輕；另外膽管癌因為容易造成膽道阻塞，臨床上大多以黃疸來表現。手術切除是唯一有效的治療方式，但因診斷困難，大多數病人發現時多半已錯失手術治療的時機。切除的多寡主要是依腫瘤的位置來決定，肝內膽管癌的術前評估以及手術方式與上述肝細胞癌相同，不過因為膽管癌容易快速復發，所以並不適合做肝臟移植手術。肝門膽管癌，又稱Klatsin tumor，主要波及左肝管、右肝管及總肝管部分的膽管癌。手術的範圍依據腫瘤侵犯的位置而定，通常需要做到左半肝或是右半肝的大範圍切除合併肝腸吻合重建。肝外膽管處的腫瘤早期診斷困難，如能早期發現可以實施惠普氏手術（Whipple Operation），詳細見下段說明。

## 胰臟手術治療

胰臟腫瘤是指胰臟細胞發生癌變，胰臟的癌症可再細分為許多類型，最常見的是胰臟腺癌（pancreatic adenocarcinoma），佔了了85%。胰臟癌最常見的症狀和徵象包括黃疸、腹痛或背痛、不明原因的體重減輕、淺色糞便、茶色尿和食慾不振。早期通常沒有症狀，並且這些症狀通常不具特

異性，因此發現胰臟癌時常常為時已晚。胰臟癌發生的部位，以頭部居多，往往引發膽管阻塞或胰管阻塞，胰頭部腫瘤的手術治療方式為惠普氏手術（Whipple Operation），該手術切除病患的十二指腸、胰臟頭部、總膽管和膽囊，再以小腸完成腸胃、肝腸及胰腸部分的重建。



上圖為壺腹癌，下圖為胰頭惡性腫瘤

## 結語

拜科技日新月異及手術技巧的進步，肝膽胰器官的癌症手術不論是在死亡率及手術併發症都有相當幅度的改善，病人如能早期發現早期接受手術，術後都有不錯的存活率及生活品質。♻️

# 肝

# 癌

# 的局部治療

胃腸肝膽內科主治醫師  
徐友春

肝癌相較於其他的癌症複雜，往往身體內存在兩種疾病，慢性肝炎與肝硬化，所以治療時須同時兼顧上述兩種疾病，針對極早期、早期之腫瘤，如果不適合開刀的病人，建議局部腫瘤消融治療，治療種類包括：酒精注射、射頻消融治療（電燒治療）、微波消融治療、冷凍消融治療等。

## 射頻腫瘤消融治療

射頻腫瘤消融治療（RFA）的原理，是在超音波指引或電腦斷層指引下，將治療探針穿過皮膚，插入腫瘤組織中，接上電源，當交流電經過組織時，會造成組織中的成分因電子激盪摩擦，因而產生熱，當溫度在 60°C 以上時，腫瘤將產生壞死。

射頻消融治療的適用範圍：主要以合併肝硬化不適宜或拒絕手術切除的小型肝臟惡性腫瘤（數目不超過三個，直徑小於三至五公分）為較佳對象。肝癌的外圍常有一些癌細胞，因此腫瘤消融治療時，消融的理想範圍通常會大於腫瘤，並涵蓋了癌細胞所在的位置（如圖 2），所以針

對 3 公分以內之肝癌其根除率可達 90%，治療效果已可與外科手術切除相當。但在治療過程中有「熱沉效應」，也就是腫瘤靠近大血管時，因血流會把熱度帶走，造成接近血管部分腫瘤消融不完整，可能會侵入血管或腫瘤增生變大，使得病情惡化。至於較大的肝癌或是腫瘤靠近大血管，合併酒精注射或肝動脈栓塞治療，比單獨射頻消融治療效果佳；另外新型的微波消融治療（治療範圍更廣、消融時間較短），或是冷凍消融治療也是另一種選擇。

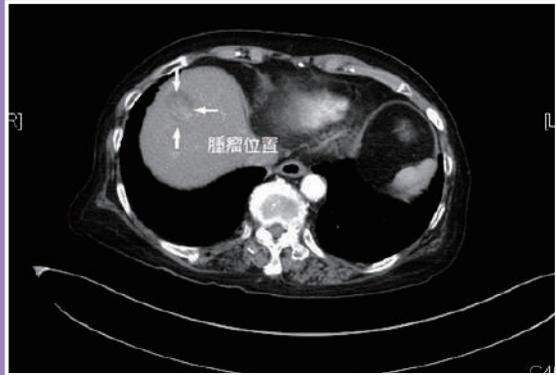


圖 1 腫瘤治療前



圖 2 腫瘤治療後

術前通常會再以超音波做評估以選擇輔助消融治療的方式，若腫瘤較不明顯或多顆腫瘤，可用電腦斷層或核磁共振融合超音波影像加以定位，甚至在射頻消融治療術中，藉由融合超音波影像導引，能達到更精準的腫瘤消融治療。當腫瘤較不明顯時，也可藉由超音波顯影劑的輔助，將使得腫瘤無所遁形，增加治療成功率。對於高危險位置的肝癌，可能因熱傷及其他器官，消融治療術前，注入人工腹水或胸水可以避免傷及臨近的器官，也可以增加腫瘤消融的療效。治療時如果能麻醉輔助，可降低治療時的不舒適及疼痛感。

射頻消融治療的併發症有腹痛、發燒、局部皮膚燙傷、肝機能異常等，較嚴重併發症有血胸、膽汁瘤（biloma）、膽道狹窄、腹腔內出血、胃腸穿孔、肝衰竭、感染等，然發生率低。

## 局部腫瘤消融治療後追蹤

當射頻消融治療成功後仍有復發的風險，所以需要定期影像追蹤檢查，早期發現復發的腫瘤。另一方面要考慮是否有慢性 B 型肝炎或 C 型肝炎的感染，針對慢性 B 型肝炎可用抗 B 型肝炎病毒藥物加以控制，至於 C 型肝炎則有抗 C 型肝炎病毒藥物可治癒，減少肝癌復發的機會。

## 結語

面對複雜肝癌選擇治療方式時，需要評估患者的狀況如肝功能好壞、是否有肝硬化、合併其他重大傷病、體能等，及肝癌的大小、位置、腫瘤數目，經由完整的評估，制訂個人化的治療。腫瘤復發時也需重新評估分期，找出最適合的治療方式。隨著醫療的進步，肝癌的治療方式與藥物，這幾年已有重大的進展，延長了病人存活的時間。在漫長的抗癌之路，醫療團隊將持續地陪著您對抗病魔。🙏



## 肝癌治療

# 新

## 選擇

# HAIC 與 鉇90

影像醫學部主治醫師·陳嘉邦



歷年來，肝癌、慢性肝病與肝硬化一向是國人十大死因中的常客。其中，肝癌長年來居癌症發生率首位，近幾年才被肺癌超越，慢性肝病與肝硬化也長期排在十大死因中第八位附近。「肝若好，人生是彩色的；肝若壞，人生是黑白的。」這句大家朗朗上口的廣告詞，正道盡了肝癌患者與家屬的心酸與無奈。由於肝臟超音波篩檢的普及，近年來新發生的肝癌以早期小型肝癌為主，若早期進行根除性治療，例如手術切除或電燒，預後極佳且有不小的機會能痊癒。然而，對於一些位處偏鄉或醫療較不發達的地區，或是整日忙於工作疏於照

顧身體的病患，確診時腫瘤早已蔓延無法接受根除性治療，只能退而求其次選擇用血管栓塞術治療，更甚者，發現腫瘤時腫瘤早已侵犯至肝門靜脈或肝靜脈系統，只能採傳統全身性化療、標靶藥物或免疫療法，不但存活率偏低，治療所帶來的併發症更是讓病患難以忍受。

肝動脈內灌注化療（Hepatic Arterial Infusion Chemotherapy, 簡稱 HAIC），是這幾年來在台灣中南部逐漸興起的療法，主要針對無法接受根除性治療與傳統血管栓塞術，或其他方式治療後效果不佳的病患。其原理是從體外放一條管路直達肝動脈，由管路灌注化療藥物，讓主要由肝動脈供應養份的肝癌細胞受到高濃度化療藥物的攻擊，最後再輔以血管栓塞術，同時結合化學治療與栓塞治療兩種方式來殺死腫瘤。由於化療藥物經由導管直接傳遞到肝臟，腫瘤細

胞接受的化療藥物濃度極高，因此效果會比傳統化療來的好；肝臟吸收代謝後剩下的低濃度化療藥物仍會散佈到身體其他器官，但因濃度降低，副作用會比全身性化學療法緩和許多。一般 HAIC 治療為每四週左右施行一次，由右側鼠蹊部經由股動脈放置固定式導管，但固定式導管有容易移位、堵塞，甚至局部感染等後遺症，且移位或堵塞後無法回復，只能將導管遺留在體內棄而不用。經由高雄榮民總醫院放射線部梁慧隆主任改良後，選擇由左鎖骨下動脈來放置可移動式導管，每次治療時都要重新放置導管，過程中嚴格禁止移動左手與左肩，待治療結束後將導管拔除並加壓止血後返家休養。由於移動式導管容易調整，若有移位或堵塞的狀況，發現後可盡快處理，因此治療效果明顯較優，併發症也大為減少。

不過，在我們醫院的做法又有些不同，改由左上臂動脈放置導管，不但減少血管穿刺的難度，病患的心理壓力與痛楚感也大為減少，且左手可做有限度的運動，住院過程中可完全生活自理，病患接受度很高。目前統計，治療後的反應率超過六成，有少數的病患甚至達到暫時痊癒，在影像追蹤時找不到任何殘存腫瘤。然而，HAIC 還是有少數缺點，例如住院時間較長，依化療藥物不同需住院四至八天不等，每個月都需回來接受治療，長期來說病患會排斥治療而放棄或改採其他方式，只能期望家屬的心理支持能讓病患更有支撐下去的勇氣。

若是病患沒辦法接受 HAIC，另外一種選擇是釷 90 體內放射療法。病患先接受血管攝影評估，確認肝動脈供應腫瘤與正常肝組織的比例，經精密計算後將載有適量放射性同位素的微球打入肝臟動脈內，由於肝動脈供應大部分腫瘤的血流，因此大部分的微球會積存在腫瘤內及週邊，再藉由同位素散發的放射能量來殺死腫瘤。約四至五天的住院期間病患就能完成治療，且效果能持續三至六個月，可大幅減少往返醫院的辛勞，讓病患有很好的生活品質。待六個月的觀察期過後，若狀況穩定甚至可以考慮換肝來根除腫瘤。美中不足的是，釷 90 治療沒有健保給付，整個療程約需自費 70 萬。

隨著科技的進步，醫療方式也有不小的變化。對於不能接受根除治療的病患，醫師們有越來越多的武器來幫忙病患，除了延長生存時間，也減少治療帶來的痛楚與不便，給病患更好的生活品質。🙏



# 放射線治療

放射腫瘤部主治醫師·楊繕駿

## 於肝癌之治療角色

由於科技的進步，當代的放射治療技術可以將放射劑量精準地照射在腫瘤處，能控制疾病同時又能減少正常組織的傷害，在肝膽系統的腫瘤治療上，主要是以手術切除為主，但在某些狀況下，放射治療仍有其重要角色。

### 放射治療的原理

放射治療即俗稱的『電療』、『放療』，指利用可產生放射線的儀器（如直線加速器），或是具有放射性的物質（如銥 192 或鈷 60）來照射腫瘤。接受放射治療時，如同胸部 X 光（『電光』）一樣，是看不到、也感受不到的，而且照射完身體不會有任何輻射殘留，因此療程中不需擔心與人接觸，不會對其他人有任何放射性危險。生長快速的腫瘤細胞較正常細胞容易受放射線影響，再加上正常細胞的修復能力比較佳，因此可利用高能量的放射線照射腫瘤，達到破壞腫瘤細胞生長的作用。醫師會仔細規劃治療的位置及選擇合適的放射劑量療程，便可使腫瘤細胞達到控制，並避免正常細胞受到嚴重傷害。

### 放射治療技術之進展

放射治療從過去的二維放射治療（2DRT）、三維順形性放

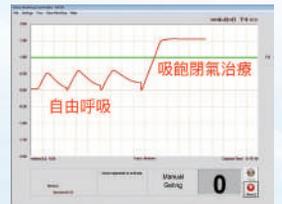
射治療（3DCRT）、強度調控放射治療（IMRT）一直不斷進步，到目前的弧形調控放射治療（VMAT、動態弧形刀、銳速刀等）及各種影像導航系統（IGRT, CBCT, 4D-CBCT）。弧形調控技術可以使用更多、更細膩的角度來照射病灶，除了大幅縮短治療時間外，在給予相同的病灶劑量時，重要的器官將接受到較少的劑量。

另外，由於腹腔器官如肝膽胰臟受呼吸運動而位移，進一步影響治療的準確性，在精準醫療的年代，放射治療可藉由四維電腦斷層—影像導航（4DCT — IGRT）、壓腹式呼吸調控（abdominal compression）、自主呼吸調控（active breath control）等技術，可以監視與控制治療時的呼吸，讓治療更準確，便能針對局部再提高治療劑量，進而增加腫瘤的控制率。

1. 四維電腦斷層—影像導航（4DCT — IGRT）：在模擬定位時可以取得腫瘤移動的軌跡，治療當天機器上 4D 的影像導引技術可以再次確認移動的腫瘤有無納入治療範圍內，治療可以更準確。
2. 壓腹式呼吸調控（abdominal compression）：在治療時於腹部壓迫限制呼吸起伏的程度，而減少呼吸造成器官移動的影響。
3. 自主呼吸調控技術（active breath control）：需要病患的高度配合，藉由呼吸測量儀由病患看著自己的呼吸曲線，自主控制呼吸、吸飽閉氣、腫瘤停止位移後，直線加速器才開始治療（如右圖），因此精準度可以更高，但需要經過評估、訓練後，才能使用此技術。



病患治療時配戴特製眼鏡、手握控制器，能藉由特製眼鏡了解自己的呼吸狀態，可配合呼吸自行控制治療的節奏。



由特製眼鏡觀看螢幕中呈現的呼吸狀態。（照片為治療實況）

## 肝癌

早期肝癌以手術為主，若無法手術則以其  
他侵入性處置〔如：電燒（RFA）、經皮酒精  
注射（PEI）、經動脈導管肝臟腫瘤化學栓塞術  
（TACE）〕或者非侵入性治療〔如：高精度立  
體定位放射線治療（SBRT）〕；中晚期肝癌，  
以血管栓塞（TACE）、放射治療、藥物治療（化  
學治療、標靶治療、免疫治療），三種方式一  
起採用或者依疾病狀態從中選擇。

### 肝癌放射治療的使用時機

1. 早期肝癌因本身內科疾病無法進行手術或者  
其他侵入性處置（如：電燒、栓塞等）。
2. 其他侵入性治療後，仍有殘存腫瘤或者需要  
放射治療加強控制者。
3. 因腫瘤侵犯血管或淋巴結，無法進行栓塞。
4. 合併阻塞性黃疸時。
5. 作為肝臟移植前的中介治療（bridge  
therapy）。

肝癌放射治療的方式，有兩種：傳統分次  
放射治療（conventional fractionated RT）及高  
精度立體定位放射治療（SBRT；高劑量低分次  
hypofractionated RT）。

- **傳統分次放射治療（conventional fractionated RT）**：需要一週五天，一天  
10 – 15 分鐘左右，總次數約 20 ~ 30 次的  
治療方式，可適用的情況較不受限，只要不  
是瀰漫性的肝腫瘤且具有良好的肝功能都能  
使用。
- **高精度立體定位放射治療（SBRT；高劑量低  
分次 hypofractionated RT）**：為單一次高  
劑量，總次數 3-6 次，在一至兩週內完成的  
治療，因為單次給予高劑量，技術門檻更高，  
所以目前健保只給付在小於 5 公分且肝功能  
良好，但無法進行或已失敗於手術、栓塞、  
電燒等侵入性治療的病人身上。

## 肝癌放射治療的副作用

常見的副作用可能有：輕微疲倦、食  
慾下降、腹脹、放射性皮膚炎。若為 B、  
C 型肝炎帶原或者因肝硬化使得肝臟修復  
能力較差時，放射治療可能引起急性肝炎  
發作，治療時及治療完幾週到二個月內，  
也可能會出現腹水、黃疸、肝功能變差等  
副作用，故於治療期間及治療後，須持  
續監測及追蹤肝臟功能。如果治療區域包  
含局部淋巴結區域，或者照射區域比較接  
近腸胃道，電腦計畫會盡量保護腸胃道，  
療程中可以給予抑制胃酸藥物減少胃炎、  
十二指腸發炎的發生率。

### 結語

放射治療技術近年進步許多，但非侵  
入性的放射治療並非完全無副作用，需要  
由多專科醫師團隊評估後，選擇最適合的  
治療方式。彰化基督教醫院的肝癌多專科  
團隊定期舉行團隊會議，可以提供病人最  
佳的治療選擇。

3分鐘  
醫學堂

癌症放療  
精準治療有品質

主治醫師  
楊緒駿

彰基 3 分鐘醫學堂 —  
「癌症放療精準治療  
有品質」影片，請掃描  
QR-Code 進入觀賞。



# 肝癌的藥物治療

血液腫瘤科主治醫師  
曾若涵

肝癌的藥物治療可能從傳統化療、標靶治療到較新的免疫療法和合併療法幾個層面來探討。臨床上雖然藥物推陳出新，但肝癌的治療進展雖然可以延長病人的生存時間但仍無法有重大性的突破。

## 傳統化療

傳統上肝癌被認為是對化療反應較差的一種腫瘤，其原因包括肝癌細胞可能包含較多容易導致對化療有抗藥性的基因存在，且患者本身多合併有慢性肝炎病史，系統性化療對於患者的殘餘肝功能的影響較大，通常病人很難經得起長期的化學藥物治療。一般而言若患者日常體能狀態大於2分、有大血管侵犯或是黃疸大於2，則不建議接受化療。

常用的化學處方包含有健擇（Gemcitabine）、益樂鉑定（Oxaplatin）、順鉑（Cisplatin）、5-氟尿嘧啶類藥物（5-Fu）、阿黴素（doxorubicin）、速溶泛艾黴素（epirubicin）、米拖蔥（mitoxantrone）等藥物的組合為主。在台灣健保制度下有些藥物使用於肝癌需要自費，且依照患者的肝腎功能會有不同的選擇



考量。化療藥物的治療反應率約莫在 10% 上下，臨床上發現容易有抗藥性的產生。

## 標靶治療

標靶藥物是目前肝癌的治療主軸，目前健保給付的藥物有第一線蕾莎瓦（Sorafenib）、樂衛瑪（Lenvatinib）和第二線的癌瑞格（Regorafenib）等藥物。

- **蕾莎瓦（Sorafenib）** 是一種口服的多激酶抑制劑，主要對抗血管內皮生長因子受體，血小板衍生生長因子受體的作用機轉，抑制與腫瘤生長、腫瘤血管新生有關的激酶。在亞洲晚期肝癌試驗的結果顯示治療組整體存活期可達 6.5 個月，比對照組的 4.2 個月提升 47%。可能的副作用包括手足症（hand-foot syndrome）、疲勞、腹瀉等。此藥物是目前對於肝癌標靶治療效果較顯著之藥物，也是第一個由 FDA 核准用於治療肝癌的標靶藥物。

- **樂衛瑪 (Lenvatinib) (Lenvima®, 樂衛瑪)** 是肝癌第一線另一個治療選擇，屬於一種多重激酶抑制劑的標靶藥物，可以抑制腫瘤的生長、血管的新生。2017 美國癌症醫學會年會 (ASCO) 發表，950 人的臨床試驗，一組使用 Lenvatinib (樂衛瑪) 藥物，另一組使用 Sorafenib (雷沙瓦) 藥物，Lenvatinib (樂衛瑪) 的效果不亞於 Sorafenib (雷沙瓦)，有 24% 的受試者腫瘤縮小超過 30%，51% 的受試者腫瘤維持穩定。平均使用 7.4 個月才產生抗藥性；2019 年底健保也可給付在第一線治療，較少發生手足症候群。
- **第二線標靶治療有癌瑞格 (Regorafenib)**，2017 年 1 月於 Lancet 醫學雜誌發表一項跨國性、多中心、隨機分配、雙盲、安慰劑對照的第三期臨床試驗，收錄 573 位經 Sorafenib 治療失敗後之肝功能 Child-PughA 級肝癌患者，證實使用癌瑞格治療，可以有效延長患者的存活及延緩疾病惡化，整體存活期延長了將近 3 個月，減少近 37% 死亡風險；針對延緩疾病惡化可降低 54% 疾病惡化風險。但申請這些藥物，患者都必須符合 Child-Pugh A。

## 免疫療法

肝癌免疫療法的藥物目前主要有 PD-1 抑制劑包含：保疾伏 (Nivolumab)、吉舒達 (Pembrolizumab)；PD-L1 抑制劑：癌自癒 (Atezolizumab) 等藥物，目前健保的給付條件嚴謹，且僅有給付保疾伏。不同藥物的副作用有些許不同，使用上需要臨床醫師和患者事先討論；免疫療法的效果一般需要 2-3 個月的時間來得到驗證，不適合臨床上太過末期的病人。雖整體而言副作用比化療小，但少數患者可能發生嚴重的免疫系統相關副作用，須小心追蹤。

- **保疾伏 (Nivolumab)**：2019 第三期臨床試驗追蹤單使用保疾伏在晚期未經治療的肝癌患者治療反應率和單使用雷沙瓦相較有兩倍的治療反應率 (15%vs7%)，且有較少的副作用和病人有高度的藥物順從性，對於疾病較末期的患者可以考慮以此方式當作第一線治療。

- **吉舒達 (Pembrolizumab)**：在 2018 年發表的數據顯示，104 位患者當中，有 16% 的患者腫瘤縮小。在第三期的臨床試驗在使用雷沙瓦無效的病人改使用吉舒達可延長 3.2 個月的存活期 (13.9 個月比上 10.6 個月) 且有較高的治療反應率 (18.3% 比上 4.4%)，但此研究是收入 Child-Pugh A 的患者。

## 合併治療

實際上目前藥物治療對於肝癌的療效仍不盡理想，如何合併使用化學藥物或是併用多重標靶藥物和免疫治療是肝癌治療趨勢的研究重點。或者將此類藥物和目前有效治療之併用，如預防早期肝癌術後復發或併用於血管栓塞等局部性治療 (如 Sorafenib 合併肝動脈栓塞)，亦是將來研究的方向。但最重要的是病人要可以維持良好的肝功能，台灣因為 B/C 肝帶原是造成肝癌的主要原因，早期且規律的追蹤來達到早期的治療介入才是延長患者存活的最佳方法。🏠



# 預立醫療決定

## 規劃自己的人生大事

家庭醫學科 / 安寧緩和療護科主治醫師 · 蔡佩渝



「我不知道當初捐肝給我爸到底對不對？」  
「他是不是想要這樣活下去？」  
「這幾年反覆出入醫院，常常收到病危通知，他累我也累了。現在他又肝昏迷，我也不知道到底他希不希望我們救他？」

**當病人意識不清，無法表達自己意願時，病人能否接受到自己所期待的醫療照顧，往往取決於家屬的態度。**

但是，家屬的決定都是病人想要的嗎？  
所做的決定符合病人最佳利益嗎？

家屬是否了解病人的醫療照顧意願？  
了解後，是否願意尊重並按照病人之前所表達的意思進行？  
家屬的意見都一樣嗎？會不會有衝突？  
誰願意承擔做決定，簽署同意書的壓力？  
醫療人員到底要以誰的意見為主？是否違背病人自主的倫理原則？

若病人自己無法事先做出醫療決定，臨床上很難避免病人自己的意見未被重視，家屬做決定的為難甚至過程中爭執失和以及醫療人員倫理兩難的困窘場景。

## 病人有權利拒絕自己不想接受的醫療

為尊重病人醫療自主，保障善終權益，促進醫病關係和諧，立法院於 105 年通過「病人自主權利法」並在 108 年 1 月 6 日正式施行。讓民眾有權利在意識清楚時，可以好好思考：未來如果成為疾病無法治癒，近期進展到死亡無法避免的末期病人；或因疾病、意外等原因而陷入不可逆轉的昏迷、永久植物人狀態、清醒機會微乎其微；或成為無法認得親人、無行動能力的極重度失智症病人或罹患中央主管機關公告特定疾病（如：小腦萎縮、漸凍人等等）其中任何一種狀況時，希望維持怎樣的生活品質？希望他人如何照顧自己？

在醫療方面，是否願意接受或拒絕無治癒效果但是可以延長生命的治療；在沒有辦法自己進食的情況下，是否想接受人工營養或流體餵養，如：鼻胃管、胃造瘻管餵食、靜脈營養等等。經過深思熟慮做出決定後，醫療人員必須尊重，家屬也不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為。

## 每個人的想法，價值觀都不同，對於生命意義及生活品質的要求也不一樣

病人自主權利法雖賦予個人有醫療拒絕權，但因為所做的決定與生命有關，所以必須慎重行事。法律規範，意願（表達）人必須是完全行為能力者，也就是二十歲以上或者是未滿二十歲但已婚者，其本人與至少一位二親等親屬和醫療委任代理人（若有），一起到醫療機構和醫療諮商團隊進行溝通，商討未來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的接受或拒絕之維持生命治療，此過程稱為「預立醫療照護諮商」。諮商結束後必須取得醫療機構核章證明，諮商之後以書面寫下的「預立醫療決定」也必須經過兩位見證人見證或公證，並且註記到健保卡才算生效。

## 自己做決定，免除病人、家屬、醫療三方的為難

諮商過程中，團隊引導意願人思考價值觀、生命觀，鼓勵意願人及家屬都有機會表達想法，即使有意見不同的時候，也能夠在諮商團隊的協助下即時澄清，讓彼此的意見都能獲得尊重，為難之處能獲得體諒，雙方試著求得最大共識。未來病人意識不清時，家屬能夠根據諮商後所做的醫療決定，要求醫療人員提供病人所期待的醫療方式。而且因為這個決定也是家屬所參與並理解的，所以可減少家屬做決定的壓力。

經由「預立醫療照護諮商」，寫下「預立醫療決定」，民眾有表達醫療照護意願的機會，且在意識不清時也能保障醫療自主權。為了自己，也為了家人，非常鼓勵每個人都能好好思考，為自己的人生大事做好規劃。

彰化基督教醫院

預立醫療照護  
諮商門診

每週二下午  
預約專線

04-7238595#2601

# 消滅國病 - C肝患者有福了

胃腸肝膽內科主治醫師・蘇培元

常聽人道：「肝如果正常，人生就是彩色的；肝如果壞掉，人生就變成黑白的。」又說肝臟是沉默的器官，一旦發現肝臟有問題，往往都已經是肝病末期。的確，肝臟在人體中是屬於非常重要的器官，它主掌非常多的功能，例如藥物代謝、膽汁製造與排泄、白蛋白合成等等。會讓肝臟生病的原因很多，在台灣常見的就是病毒性肝炎，也就是B型肝炎與C型肝炎。這兩種病毒性肝炎一旦感染，會在人體肝臟產生慢性發炎，發炎久了就會產生肝纖維化甚至肝硬化，此時肝癌的發生機會也就隨之增加。近幾年，C型肝炎的治療突飛猛進，藥物有突破性的進展，因此治療C型肝炎成為目前國家的重要政策之一。

台灣C型肝炎的盛行率約為總人口的百分之四至五左右，根據衛福部出版的“國家消除C肝政策綱領”中指出，預估全國C肝人數（C肝抗體陽性）約為62萬人，其中仍帶C肝病毒人數約為40萬人。另依據肝病防治基金會出版的C型肝炎治療手冊指出，這40萬人中，約有12萬已接受過治療，約有8萬人知道自己有C型肝炎卻不積極就醫，另外約有20萬人有C型肝炎卻自己不知道。因此政府積極與民間機構合作篩檢與在成人健檢中加入C肝篩檢項目，期能找出這些潛藏C肝感染者。目前作法包括國民健康署提供民國55年次或以後出生且滿45歲之民眾，搭配成人預防保健服務終身接受1次B、C型肝炎篩檢服務，另又自108年6月1日起，放寬原住民搭配成人預防保健服務接受B、C型肝炎篩檢之年齡由原民國55年次或以

後出生且滿45歲調整為40至60歲即可篩檢。

過去治療C肝的藥物以每周注射的長效型干擾素為主，副作用較多，注射後容易有疲倦、血球數目降低、憂鬱等不舒服，常使C肝患者望之卻步。不過，自從2017年，台灣健保可以開立**新型口服抗病毒藥物**（Direct antiviral agent, DAA），不僅副作用極低，不再有過去種種不適的副作用，且療效比過去的干擾素更好，平均治療成功率大於百分之九十五。療程約二至三個月，**每天服用1至2顆口服藥**即可，完全不用再打針。2017至今年治療的結果成績非常優異，幾乎大部分病患均可順利接受完藥物治療。這些口服抗病毒藥物在國外的價格動輒百萬起跳，台灣能以健保優勢，讓C型肝炎患者在使用健保下，不用多花錢就可吃到這麼好的藥，真的是台灣C型肝炎患者之福。

一旦C型肝炎經過藥物治療成功，仍需至少半年的定期追蹤，包含肝功能、胎兒蛋白與肝膽超音波，因為經過治療後，肝硬化與肝癌的風險雖已大幅降低，但仍不能完全掉以輕心，定期接受篩檢才能達到早期肝癌的及時發現與治療。此外，C型肝炎的傳染途徑是經由血液傳染，日常生活仍應避免施打毒品、共用針頭、危險刺青、不安全性行為等，才不會又感染到C型肝炎。👉



胃腸肝膽科  
蘇培元 主治醫師

C型肝炎  
新型口服抗病毒藥物

3分鐘  
醫學堂

彰基3分鐘醫學堂 - 「C型肝炎新型口服病毒藥物」影片，請掃描QR-Code進入觀賞。

# 肝癌的**中醫**輔助治療

中醫部主治醫師·侯俊成

劉先生在一家彰化非常出名的國際企業上班，是老闆器重的核心幹部，近年來隨著公司業績蒸蒸日上，拿了十個月的年終獎金，令人稱羨。不過由於從小罹患慢性肝炎，工作繁忙日夜操勞，喝酒應酬過多，公司每年的固定體檢，顯示肝臟的硬化程度越來越嚴重。隨著中美貿易戰開打，他的忙碌更是攀上高峰，常常疲倦無力，胃口與體力越來越差，終於支撐不住而病倒。醫師宣布他的肝已失去功能，必須進行換肝手術，所幸短期內便獲得肝臟捐贈，完成換肝手術。在他慶幸重生之餘，也不禁擔心惡夢是否會重演？

台灣的肝病自從肝炎疫苗普遍施打後，已經獲得很好的控制。不過仍有不少人為肝病所苦，且惡化成肝硬化，還會誘發肝癌。還好相對的醫療也進步許多，除了新的治療方法以外，換肝也是最後一道治療的方法。那麼中醫可以扮演何種角色？**主要在西醫治療後輔助肝臟的修復與保養。**

中醫自古就有保養肝臟的中草藥及增加肝臟血液循環的針灸穴位，可以作為輔助療法。傳統常用清肝養肝的方藥，例如柴胡清肝湯、養肝丸、白花蛇舌草、當歸、蒲公英及丁豎朽等，這些都是臨床上中醫師常常開立給肝癌患者輔助保養的方藥。雖然相關研究不多，但在臨床上確實可以提高患者生活的品質，使體力較快恢復。在針灸方面，漢代中醫經典「黃帝內經」中提出「五門十變」的針灸方法，

可以運用在肝臟的保養上。在臨床上使用此方法，定期選擇行間穴與曲泉穴這兩個穴位進行針灸或按摩，對增加患者的精神體力，效果不錯。由於以上的輔助方式還是需要經過中醫師診治才能奏效，有需要的患者可向合格中醫師請教。**千萬不要自行使用偏方或是不知來路的草藥**，以免造成反效果。平常攝取食物方面，不妨適量食用深色蔬菜、葡萄乾、枸杞子、魚肝油及羊肝等，對於強化肝經都有助益。鬱悶憂愁也都對肝經的舒暢不好，配合適當的運動，多多接觸大自然，到山林遊憩，多呼吸芬多精等都能夠使肝的經絡舒暢，在中醫的理論裡對預防肝癌復發或轉移都有幫助。

在抗癌的路程中，除了按照醫療步驟，按部就班完成療程外，家人親友的支持與鼓勵更是不可或缺，關心慰問或是陪伴就醫都能給患者莫大的力量，堅強的奮鬥下去。此外彰基也提供許多靈性的關懷，有牧師、關懷師可以幫助患者克服心靈的孤單與恐懼。聖經上說：「你們要將一切的憂慮卸給神，因為他顧念你們。彼得前書 5:7」信仰能給人安息，重整情緒坦然接受並努力面對病痛的挑戰。總而言之，肝癌雖然是一個嚴重的疾病，但只要患者勇敢面對，堅定信心，在醫護人員及親朋好友一起協助鼓勵，必能戰勝病魔，恢復健康。🙏



中藥與針灸可以輔助保養肝臟。（圖片由彰基大傳中心提供）

# 肝癌【營養補給】

## 營養師·許純嘉 的食與不食

65歲的張阿姨原本是位做事精明能幹的女強人，在一次住院治療時告訴營養師，自己有買到一種專治肝癌的偏方，不僅可殺死癌細胞，還能讓細胞重生，恢復年輕，只是要花好多錢……，且吃偏方時還要配合斷食，才不會吃到毒素……。

什麼東西可吃，什麼東西不能吃是許多初罹癌症友必問題，偏方該不該相信則是第二題。針對肝癌癌友，我們可先了解三項東西該避開——

### 酒精、生食、黃麴毒素不要碰

戒酒雖是老生常談，但也因為重要，因此仍要再次強調，門診有些病人會問：「那自製藥酒呢？」「自釀的天然水果酒呢？」

不建議飲酒是由於酒精會誘導肝臟進行發炎反應，導致肝纖維化或肝硬化。酒精與其他肝癌危險因子（如B型肝炎、C型肝炎等）一起出現，對人體的傷害更是一加一大於二的

效果。肝功能不佳又飲酒，就像堅持讓零件缺損的機器運轉，會引起更大故障，因此，對於自製藥酒或自釀私酒，仍不建議飲用。

世界衛生組織多年來持續公告黃麴毒素為致癌物之一，尤其針對肝臟與腎臟。黃麴毒素多存在發霉穀類、堅果類或蔬菜等食材，由於台灣環境濕熱，食物容易存放不當而長黴菌，肉眼未必能察覺，建議肝癌個案在食材選擇上，可選較小包裝，較不會開封後很久還吃不完。有傳聞說食物只要煮熟或有加熱，就可將黴菌、毒素去除，可惜事實並非如此，許多毒素無法透過高溫去除，黃麴毒素便是其中一種。

### 那該注重於吃那些東西呢？

肝癌個案治療期間，飲食原則建議以均衡為主，再視療程或個別情形補充優質蛋白質或支鏈胺基酸。**均衡飲食**說來簡單，但未必大家都有做到。以纖維來說，有針對肝癌的研究指出，每日食用100克（以上）蔬菜可





提高預防肝癌的強度<sup>(1)</sup>，國民膳食建議攝取量也建議每日膳食纖維要吃 25-35 克，但台灣 102-105 年的營養狀況調查發現，45 歲以上男性平均纖維攝取量僅 17.2-18.1 克，45-64 歲女性則為 18.8 克。要吃到足夠纖維量，菜單選擇上主食要多全穀雜糧類，例如十穀飯、蕎麥麵，也可以用香菇、木耳入飯做成燉飯、炊飯等，且每餐至少搭配半碗以上的青菜，才能攝取到基本的纖維量。

切肝術後個案可在術後 1-3 個月內，補充優質蛋白質，幫助傷口癒合與組織再生，以 60 公斤成人體型來說，術後每日蛋白質建議約 72-90 克，可每餐吃約 2/3 個手掌至 1 個手掌大的肉類，或替換成蛋、黃豆、魚類等，天然食材中，建議多以白肉、

魚肉為主，若吃不完這份量，可改補充較濃縮的高蛋白營養品。不過，若個案在病程上需限制蛋白質，例如並非單純肝癌，還有腎功能異常、高血氨等問題，仍建議依當下醫療人員評估後給予的建議為主。

有研究指出，口服補充支鏈胺基酸可減少切肝治療後的肝癌個案復發機會。對於提升進行射頻燒灼術、治療後的肝功能也有幫忙<sup>(2)</sup>，不過，胺基酸類營養品利用率要好，身體須先有足夠熱量，且無論在何時，人體都不可能單純靠斷食來餓死癌細胞，適當熱量與蛋白質在營養治療上十分重要，營養不良反而會影響治療效果。

維生素 D 也是近幾年詢問熱門的癌症營養補充品，的確是有研究結論指出體內缺乏活性維生素 D 的肝癌個案預後較差<sup>(3)</sup>。不過，要明確提出維生素 D 介入能有治療肝癌的效果，恐怕還要更多大規模的研究<sup>(4)</sup>，建議若要補充，可與醫師、營養師討論，並檢驗確認是否缺乏，補充後也須作追蹤，讓治療更有科學根據。

電視、地下電台常流傳許多民俗偏方，當過於徬徨、焦慮時便往往喪失判斷力，病急亂投醫，倘若只是無效產品，或許就當花錢買心安，但若是傷身、傷肝的產品，甚至因此延誤治療，往往還是自己與身邊家人需要付出代價。因此，在抗癌、防癌路上，懂得判斷什麼是誇大言詞，或能適時諮詢專業意見，保持正向心情，才更能走得長遠。🙏

[1] Ichikawa K, Okabayashi T, et al., Oral supplementation of branched-chain amino acids reduces early recurrence after hepatic resection in patients with hepatocellular carcinoma: a prospective study. *Surg Today*. 2013 Jul; 43(7):720-6.

[2] Kawaguchi T, Shiraishi K, et al. Branched-chain amino acids prevent hepatocarcinogenesis and prolong survival of patients with cirrhosis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2014;12:1012-1018. e1.

[3] Finkelmeier F, Kronenberger B, et al. Severe 25-hydroxyvitamin D deficiency identifies a poor prognosis in patients with hepatocellular carcinoma - a prospective cohort study. 2014 May; 39(10):1204-12.

[4] Kerstin Schütte, Christian Schulz, and Peter Malfertheiner. Gastrointest Tumors. Nutrition and Hepatocellular Cancer. 2016 May; 2(4): 188-194.

# 肝癌藥物治療

林逸祥 · 藥師

注意  
事項

## 你不可不知!

世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 2018 年全球癌症統計資料顯示肝癌 (Hepatocellular carcinoma, 簡稱 HCC) 發生率占第六位 (4.7%)，但死亡率卻高居第四位 (8.2%)；而國民健康署公布 2016 年癌症登記資料庫發現國人肝癌發生率高居第五位，而死亡率卻僅次於肺癌。肝癌主要治療方法分別以手術、肝動脈

栓塞療法 (TAE) 及經皮腫瘤根除療法為主，而全身性藥物治療療效 (如化學藥物治療、化療) 其實相當有限，自 2007 年第一個標靶治療藥物 (Sorafenib) 核准使用於無法切除肝癌病患時，即開啟肝癌標靶治療新世代 (如表一)，但臨床治療應用主要在於晚期無法手術或轉移性肝癌，包括免疫治療藥品 (如表二) 也是如此，毫無疑問可進一步提供病患更佳治療療效及改善生活品質新選擇。

表一、晚期肝癌標

學名 (商品名)	第一線用藥	
	Sorafenib (Nexavar)	Lenvatinib (Lenvima)
中文名稱	蕾莎瓦	樂衛瑪
規格 (顆)	200 毫克	4 毫克 / 10 毫克
給藥途徑		□
健保價 (元 / 顆)	863	1,214
用法用量	400 毫克 一天兩次 (飯前)	> 60 公斤 12 毫克一天一次 < 60 公斤 8 毫克 一天一次
FDA 核准使用 (HCC)	2007.08	2018.08
衛生福利部 核准適應症	1. 轉移性或無法手術切除且不適合局部治療或局部治療失敗之晚期肝細胞癌。 2. 晚期腎細胞癌。 3. 甲狀腺癌。	1. 甲狀腺癌。 2. 腎細胞癌。 3. 肝細胞癌：無法手術切除且不適合局部治療之晚期肝細胞癌患者。
常見不良反應	高血壓、掉髮、體重減輕、腹痛、腹瀉、血小板低下、出血、疲倦、手足皮膚反應、感染、皮膚疹、食慾降低、噁心、胃腸道疼痛。	高血壓、疲倦、腹瀉、食慾降低、關節痛、肌肉疼痛、噁心、體重減輕、甲狀腺功能異常、手足皮膚反應、蛋白尿、出血。
手術前應停藥	14 天	6 天
避孕 *	14 天	30 天
停止哺乳 *	2 週	1 週

使用相關藥品病患愈多（研究證據發表、健保給付等因素），治療期間藥品的注意事項便不可不了解，以下相關訊息提供病患及家屬參考：

**一、正確用法用量：**口服標靶藥品用法並非皆每天服藥，如癌瑞格用藥為連續服用 21 天停藥 7 天；服藥時間建議空腹使用，如 Sorafenib、Cabozantinib；服用請完整吞服整粒，不可將錠劑粉碎（打開膠囊）。

**二、藥品或食品交互作用：**肝癌口服標靶藥品均由肝臟的 CYP3A4 酵素系統代謝，如會影響此系統藥品（如肺結核、抗黴菌、抗癲癇藥品等）或食品（如葡萄柚）即會干擾前者藥品作用（療效）或副作用，就醫前應先告知醫師。

**三、藥品不良反應處理原則：**（如表三）

- (1) 肝癌標靶藥品作用幾乎均有抑制血管新生作用，所以造成高血壓機率很高，建議應定期監測血壓，尤其原本有心血管疾病患者更需小心。
- (2) 可能造成傷口癒合時間延長，如需手術計畫或身體有大面積傷口情形，應與主治醫師討論使用時機。
- (3) 口服標靶藥品使用期間易發生手足皮膚反應（Hand-foot skin reaction, HFSR），一般常發生時間點為兩至六週後，受壓部分容易有水泡產生，如處理不佳確實會降低生活品質。
- (4) 口服標靶藥品可能會造成腸胃道不適（如食慾不振、腹瀉、噁心嘔吐等），尤其是腹瀉（其中蕾莎瓦、癌必定發生率最高）。

## 標靶治療現況用藥

### 第二線用藥

Regorafenib (Stivarga)	Cabozantinib (Cabometyx)	Ramucirumab (Cyramza)
癌瑞格	癌必定	欣銳擇
200 毫克 服	20 毫克 / 40 毫克 / 60 毫克	100 毫克 / 500 毫克 靜脈注射
890	自費	自費
160 毫克 一天一次，連續服用 3 週， 停藥一週	60 毫克 一天一次（飯前）	8 毫克 / 公斤，每兩週輸注一次
2017.04	2019.01	2019.05
1. 大腸直腸癌。 2. 腸胃道間質腫瘤。 3. 肝細胞癌：治療曾接受 sorafenib 治療的肝細胞癌病患。	1. 腎細胞癌。 2. 曾接受過 sorafenib 治療之肝細 胞癌病人。	1 胃癌。 2. 非小細胞肺癌。 3. 大腸直腸癌。 4. 肝細胞癌：單一療法適用於接 受過 sorafenib 治療且 alpha- fetoprotein (AFP) ≥ 400 ng/mL 之肝細胞癌病人。
高血壓、疲倦、手足皮膚反應、胃腸 道疼痛、腹瀉、發燒、肝指數上升、 蛋白尿、感染、食慾降低、體重減 輕、噁心、皮膚疹。	高血壓、疲倦、手足皮膚反應、腹 瀉、噁心、嘔吐、食慾降低。	高血壓、週邊水腫、腹痛、食慾降 低、蛋白尿、噁心、腹水。
14 天	28 天	28 天
60 天	4 個月	3 個月
2 週	4 個月	2 個月

\* 避孕及停止哺乳時間直到藥品治療結束後。

- (5) 疲憊感雖然可能是標靶藥品的關係，但也有可能為肝癌本身疾病所引起。
- (6) 免疫治療藥品可能會發生一些因引發過度免疫反應的副作用，較不同於化學治療相關副作用，如肝炎，間質性肺炎，皮膚疹，關節炎，心肌炎，或是腦下腺炎造成內分泌功能異常等，症狀程度大多為輕度，

只需配合症狀用藥與適度休息即可回復改善；但如未即時處理可能也會發生嚴重症狀，使用前後應需特別注意。且大多數可能引起相關副作用時間點是可預估的，最早發生一般為皮膚症狀，但症狀緩解後是否繼續使用需重新審視評估，後續追蹤狀況，應再由多專科團隊共識會議討論。

表二、晚期肝癌免疫治療現況用藥

作用機轉		PD-1 抑制劑	
學名 (商品名)		Pembrolizumab (Keytruda)	Nivolumab (Opdivo)
中文名		吉舒達	保疾伏
規格 (vial)		100 毫克 / 4 毫升	20 毫克 / 10 毫升; 100 毫克 / 10 毫升
給藥途徑		靜脈注射	
用法用量		2 毫克 / 公斤, 每 3 週一次	3 毫克 / 公斤, 每 2 週一次
健保價 (vial)		自費	\$ 44,150 (100 毫克規格)
核准適應症	差異	FDA	默克細胞癌、子宮內膜癌、食道癌
		TFDA	-
	相同	FDA & TFDA	黑色素瘤、非小細胞肺癌、何杰金氏淋巴瘤、頭頸部鱗狀細胞癌、泌尿道上皮癌、胃癌、原發性縱膈腔 B 細胞淋巴瘤、高微衛星不穩定性癌症 (大腸直腸癌)、子宮頸癌、小細胞肺癌、肝細胞癌、腎細胞癌
FDA 核准 (HCC) 時間		2018.11	2017.09
常見不良反應		蕁麻疹、高膽固醇血症、高血糖、高三酸甘油酯血症、白蛋白低下、低血鈉、便秘、食慾不振、腹瀉、噁心、鹼性磷酸上升、肝指數上升、關節疼痛、骨骼肌疼痛、咳嗽、呼吸困難、疲倦	蕁麻疹、紅疹、高血糖、血鉀過高、低血鈣、低血鈉、高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症、便秘、食慾不振、噁心 / 嘔吐、貧血、淋巴球低下、肝指數上升、關節疼痛、背痛、全身無力、頭痛 (12~24%)、週邊神經炎、肌酸酐上升、咳嗽、呼吸困難、疲倦
避孕及停止哺乳 *		4 個月	5 個月

※FDA：美國食品藥物管理局；TFDA：衛生福利部食品藥物管理署。 PD-1：Programmed cell death protein 1

\* 避孕及停止哺乳時間直到藥品治療結束後。

目前不論是標靶治療藥品或免疫治療藥品應用於肝癌治療並非適用每個病患，均需多方面評估（如病患肝硬化狀況、經濟狀況、共病、期別等），醫療團隊甚至應主動提供病患（包括家屬）相關用藥指導及醫病共享決策（Shared Decision Making, SDM），協助病患做出的最佳治療計畫決定。

肝癌病患未來會有更多使用相關的藥品治療機會，但也不可忽視藥品相關注意事項（正確使用及注意預防或處理副作用），無論是肝癌醫療團隊、病患、家屬均要充分了解用藥注意事項，用藥過程持續追蹤，若發現問題應提早介入處理治療，如此才可降低可能發生的不可預期傷害，才能確保病患用藥安全及品質。👤

表三、肝癌口服標靶治療藥品副作用處理原則

副作用	預防原則	處理原則
手足皮膚反應 (HFSR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治療前先軟化或去除過度角化或老繭皮膚。</li> <li>2. 使用含 10% 尿素潤膚劑。</li> <li>3. 避免接觸溫度差距極大的環境（如熱水、冷水）。</li> <li>4. 避免使用含酒精的洗手液，使用無香料，非皂性的皮膚產品。</li> <li>5. 避免身體過度暴露日曬。</li> <li>6. 建議病人穿著棉襪、軟鞋或鞋墊，質地柔軟的鞋，避免身體有單點壓迫及久站</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 繼續預防措施。</li> <li>2. 使用含有 20-40% 尿素的乳霜。</li> <li>3. 使用含有水楊酸等的去角質劑。</li> <li>4. 使用含有硫酸鎂成分手足冷浴，減輕疼痛及軟化老繭。</li> <li>5. 如為中重度症狀可局部使用類固醇藥膏；假如無改善可再使用口服止痛藥品。</li> <li>6. 避免感染可每天將龜裂皮膚浸泡等比例醋水 10 分鐘。</li> <li>7. 如嚴重情況甚至需做傷口清創。</li> </ol>
腹瀉	利用飲食習慣養成每日良好排便習慣。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 避免咖啡因，酒精，辛辣或高脂肪，乳製品和不溶性纖維含量高的食物。</li> <li>2. 香蕉、米飯、馬鈴薯、蘋果醬、土司和益生菌可能有幫助。</li> <li>3. 應減少平常服用 lactulose 類瀉藥。</li> <li>4. 補充水分及監測電解質（必要時）。</li> <li>5. 如飲食改變仍無法改善時應給於止瀉劑（如 loperamide），甚至針對習慣性腹瀉病患可先投予預防性給藥。</li> </ol>
疲憊感	—	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 平時應規劃常規作息時間表。</li> <li>2. 當有足夠體力時，日常運動如步行或負重運動是有幫助。</li> <li>3. 建議營養飲食和適當的水分補充。</li> <li>4. 當出現甲狀腺低下、男性睪固酮低下、疼痛、睡眠障礙、情緒障礙、憂鬱及貧血狀況，應再評估及適當治療。</li> <li>5. 治療其他副作用如腹瀉、噁心嘔吐及體重減輕，也有幫助。</li> <li>6. 對於較嚴重症狀時，可以考慮使用精神興奮劑如咖啡因，methylphenidate 或 modafinil；但是，應該注意 TKIs 與 modafinil 可能發生相互作用。</li> <li>7. TKIs 晚上服用較早上佳，可減少白天疲憊感。</li> </ol>
噁心嘔吐	應避免巧克力、咖啡因、飲酒及抽菸	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可考慮使用止吐劑如 metoclopramide 等。</li> <li>2. 應小心 5-HT<sub>3</sub> 抑制劑如 Ondansetron 及 granisetron 與 TKIs 會有交互作用。</li> </ol>
食慾不佳及體重減輕	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 小心記錄食慾及體重狀況。</li> <li>2. 充分攝取飲食營養。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可考慮服用促進食慾藥物如 dronabinol 或 megestrol acetate。</li> <li>2. 處理噁心狀況。</li> <li>3. 建議攝取高卡路里食物及保健食品。</li> </ol>
高血壓	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治療前應先做好血壓控制。</li> <li>2. 初治療期間（數個月）應常規監測血壓。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可使用血管收縮素轉化酵素抑制劑（ACEI）或血管張力素受體阻斷劑（ARB）或 <math>\beta</math>-blockers 控制血壓。</li> <li>2. 也可使用鈣離子管道阻斷劑但應小心與 TKIs 可能有交互作用。</li> <li>3. 應小心使用 thiazide 利尿劑，會增加腹瀉機會。</li> </ol>

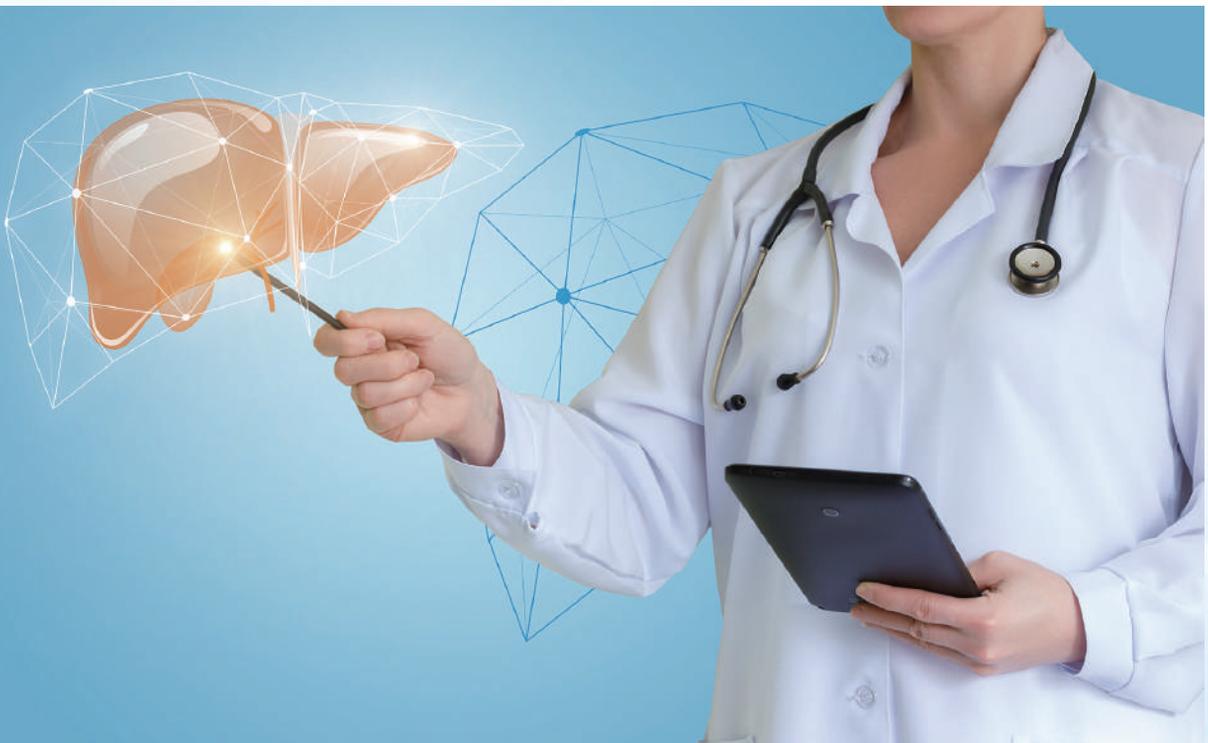
※ 摘譯於 L. Rimassa, et al. Cancer Treatment Reviews 2019;77: 20–8.

## 年輕肝臟腫瘤 來勢洶洶

某天在【肝膽外科】門診服務個案時，一位年輕男性準備看診，心裡閃過『可能又是掛錯診了』，正當衛教完畢準備離開時，外科醫師突然叫住我，說：『有位 26 歲新診斷 HCC 個案，肝臟腫瘤破裂併肺轉移，感覺家人對病患後續治療很緊張，病患卻一副不在乎，可能不清楚疾病嚴重性，請你提供肝癌資料給個案及家屬』。

個管師接觸後發現 B 先生，為 B 肝帶原者且未規則追蹤。這次因突然腹部劇烈疼痛到外院急診就醫，發現肝臟腫瘤破裂出血進行肝動脈栓塞術。個案對於罹患肝癌晚期一事知情，但不清楚治療效果與危險程度。外科醫師向他解釋因肝癌期別較晚，手術後復發率極高。但 B 先生仍積極想手術切除肝臟腫瘤合併標靶藥物治療，B 先生主動表示不想與家人討論病情。個管師初步評估後聯繫臨床心理師告知個案目前情況，請心理師適時介入關心個案。

手術住院期間，經由心理師評估會談後，發現 B 先生源自單親家庭與家人感情不和睦。家人方面則表示個案年少即離家自力更生，與親人鮮少互動，家人其實非常擔心他的腫瘤狀況，但不知如何著手幫助個案。個管





師一邊關心個案療程中身體不適情況，同時和心理師共同協助個案建構與家人間的溝通模式。

可惜個案半年不到腫瘤病情迅速惡化，個案了解治療效果不佳，自覺時日不多，希望能在有限的時間內完成與好友出國的夢想。藉由個管師與醫療團隊討論，讓個案在狀況穩定之下順利出國旅遊。雖然這位個案最終仍不敵病魔的侵襲，然而在最後的時間裡個案與家人間重新建立良好的感情聯繫，做到無遺憾道別。在個案離開後家屬也電話回饋我，慶幸在他生命盡頭是圓滿無憾，達到生死兩相安。

依據衛福部死因統計，每年約 13,000 人死於慢性肝病、肝硬化及肝癌，慢性肝病及肝硬化為全國主要死因的第 9 位，肝癌則為全國主要癌症死因的第 2 位。國人慢性肝病、肝硬化及肝癌的肇因主要為 B 型肝炎及 C 型肝炎，據調查，死於肝癌的病患中，約有 70% 的人為 B 型肝炎帶原者，而 20% 為慢性 C 型肝炎感染者<sup>(1)</sup>。因緣際會下，我從事醫療護理工作與肝病息息相關，自一開始由臨床護理師到目前任職肝癌個案管理師，一路上參與個案治

療過程的甘苦與治療經驗當中，深深體會到，肝癌及早發現以及早期接受治療，肝癌就不可怕，定期追蹤，不要過度擔心害怕！

## 解除對肝癌的迷思

**Q** 早期發現約 2 公分肝癌，電燒或手術治療應如何選擇，假如選擇電燒是否比較容易復發？

**A:** 其實醫師會評估病人肝功能及腫瘤狀態，建議選擇適合的治療方式，手術與電燒治療的腫瘤清除率相當，針對小於 3 公分腫瘤，局部復發率的差異僅 1 ~ 3%，電燒略高一些。鼓勵個案配合術後追蹤，調整生活作息，戒酒戒菸維持良好習慣，才能降低復發率。

**Q** 如何知道肝癌有沒有清乾淨？

**A:** 病人接受治療後，醫師都會評估及確認療效，如電燒治療後 2 個月內，會為病人安排 CT（電腦斷層）或 MRI（磁振造影）等檢查，確認腫瘤是否清除乾淨。手術切除腫瘤則是治療後 3 個月內。

**Q** 真假！肝癌接受治療，反而容易造成腫瘤蔓延更加嚴重？

**A:** 病人發現肝癌時的分期不一，可接受的治療不見得相同，千萬不要聽信親友或鄰居錯誤訊息，應進一步至醫院諮詢肝膽腸胃科或血液腫瘤專科醫師，和醫師進行良好醫病溝通，才不會錯失黃金治療時機。🙏

### 參考文獻

(1) <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=616&pid=1128>. 2016

# 免費交通車，班班到彰基

## 彰基總院→中華路院區（近火車站）交通車時刻表

週一～週五		週 六		例假日
07:00	15:00	07:00	15:00	07:00
07:20	15:30	07:20	16:40	07:30
07:38	16:20	07:38	23:25	08:30
08:10	16:40	08:10	00:20	09:30
08:30	17:10	08:30	00:40	11:30
09:00	★ 17:35	09:00		12:20
09:30	* 17:40	09:30		13:00
10:00	* 18:00	10:00		15:00
10:30	* 18:30	10:30		16:40
11:00	* 19:00	11:00		23:25
11:30	19:40	11:30		00:20
12:10	23:25	12:00		00:40
13:30	00:20	12:20		
14:00	00:40	12:40		
14:30				

## 中華路院區（近火車站）→彰基總院交通車時刻表

週一～週五		週 六		例假日
07:10	14:10	07:10	15:10	07:10
07:30	15:10	07:30	16:50	07:40
07:48	15:40	07:48	23:30	08:40
08:20	16:30	08:20		09:40
08:40	16:50	08:40		11:40
09:10	17:20	09:10		12:30
09:40	17:50	09:40		13:10
10:10	18:10	10:10		15:10
10:40	18:40	10:40		16:50
11:10	19:10	11:10		23:30
11:40	19:50	11:40		
12:20	23:30	12:10		
13:40		12:30		
14:10		12:50		

備註：1. 繞道至「彰化火車站」車趟以\*記號標示。★記號車趟直達「彰化火車站」  
2. 彰基中華路院區步行至火車站約5分鐘。

## 彰基總院—秀水鄉衛生所—鹿基長青院區—鹿基醫院 交通車時刻表 星期一～星期五

彰基總院→	秀水鄉衛生所→	鹿基長青院區→	鹿基醫院	鹿基醫院→	鹿基長青院區→	秀水鄉衛生所→	彰基總院
7:20	不停靠	7:40	7:55	8:00	8:10	8:20	8:40
8:50	9:05	9:15	9:30	9:20	9:30	不停靠	10:00
10:00	不停靠	10:25	10:40	10:20	10:30	不停靠	11:00
11:00	11:15	11:25	11:40	12:20	12:30	12:40	13:00
13:30	不停靠	13:55	14:10	14:10	14:20	不停靠	14:50
15:30	不停靠	15:55	16:10	15:10	15:20	不停靠	15:50
17:40	不停靠	18:05	18:20	16:30	16:40	不停靠	17:10
				17:40	17:50	不停靠	18:20

## 彰基總院—秀水鄉衛生所—鹿基長青院區—鹿基醫院 交通車時刻表 星期六

彰基總院→	鹿基長青院區→	鹿基醫院	鹿基總院→	鹿基長青院區→	彰基總院
7:20	7:40	7:55	9:10	9:20	9:50
10:30	10:55	11:10	11:10	11:20	11:50
11:50	12:10	12:25	12:25	12:35	13:00

1. 上下車地點：（1）彰基總院：兒童醫院旁廣場。（2）秀水鄉衛生所：大門口。  
（3）鹿基長青院區：大門口。（4）鹿基醫院：大門口。
2. 交通車定點停靠，中途不可上、下車。
3. 行駛時間：星期一～星期六，星期六下午停駛，星期日及例假日停駛。

## 雲基醫院—彰基總院交通車時刻表

彰基總院→	雲基醫院
星期一～星期五	星期六
08:00	09:20
09:20	
13:10	
15:00	
17:00	
18:10	
	星期六
	12:10

備註：

1. 交通車為往返雲基醫院及彰化基督教醫院總院。
2. 為了不延誤大家就醫的權利，請於發車時間前 5 分鐘候車，謝謝合作。
3. 行駛時間：星期一～星期六，星期六下午停駛，星期日及特定例假日停駛。

### 其他交通資訊：

1. 彰基總院急診室出口處旁，有彰化客運停靠，民眾可選擇搭乘，票價以彰化客運公告為主。
2. 彰基總院大門口有特約計程車，可方便民眾搭乘，車資以公告之收費標準為主。

## 癌症防治基金捐款芳名錄

109年1月份					
林語鑾	200	王俊喻	100	梁陳玉珍	100
高千琇	100	王采蘭	100	林語鑾	200
黃琬真	200	王儷紋	100	高千琇	100
施 蓉	100	洪湘芸	100	黃琬真	200
趙心祺	200	鄭靜娜	300	施 蓉	100
郭芷妘	100	施貝臻	100	趙心祺	200
蕭惠祝	200	梁陳玉珍	100	郭芷妘	100
劉佩琪	100	惠德宮	600	蕭惠祝	200
謝鈴珠	100			劉佩琪	100
陳惠芳	1000	109年2月份		謝鈴珠	100
林怡惠	1000	陳佳芬	100	陳惠芳	1000
葉湘莖	100	王俊喻	100	林怡惠	1000
楊美雀	1000	王采蘭	100	葉湘莖	100
李芳綺	100	王儷紋	100	楊美雀	1000
陳佳芬	100	洪湘芸	100	李芳綺	100
		鄭靜娜	300	周麗慧	500
		施貝臻	100		

捐款帳號 | 02154483 劃撥帳號 | 彰化基督教醫院社會工作部  
 捐款方式 | 現金捐款 · 劃撥捐款 · 信用卡捐款 服務電話 | 04-7238595 轉 4555

# 營養師用心挑 健康吃有夠力

好康  
報你知



彰化基督教醫療財團法人  
彰化基督教醫院



健康食力 彰基營養師嚴選  
網站 [www.totalhealth.tw](http://www.totalhealth.tw)

- 健康耕耘的安心農產
- 把關製程的美味食材
- 調養固本的保健食品
- 淺顯正確的健康知識
- 實用貼心的生活用品

首次登入會員就可獲得  
\$30折扣代碼 (效期1個月)  
請掃描QR code快速  
進入馬上擁有。

**健康食力**  
[www.totalhealth.tw](http://www.totalhealth.tw)





彰化基督教醫療財團法人  
彰化基督教醫院



# 微小病灶不漏抓 診斷治療大躍進

彰基引進1152切高階電腦斷層與3T磁振造影，高切數電腦斷層提供更細緻3D影像，抓住微小病灶；搭載創新AI技術及超低劑量技術，提供完善、精準且快速的醫療照護；3T磁振造影加入BioMatrix System生物感知系統，提供個人隱私與尊榮舒適的檢查過程，讓受檢者獲得更舒適、更優質的檢查服務。

## 電腦斷層-1152切CT

- 創新AI技術及超低劑量技術
- 精準醫療-自動化精準對位

快速+精準+無負擔

## 生物智能感知3T磁共振

- 配合受檢者身形
- 精細勻場，精準呈現影像

## 彰基大衛精準影像健檢中心

請洽 04 7238 595 轉 4352

健康管理中心



# 3分鐘醫學堂 醫師教你護肝腸

肝是沉默的器官，有肝臟疾病，需定期追蹤肝的健康！

彰基官方Youtube頻道



以下三分鐘醫學堂影片頻道，歡迎點選閱覽（也歡迎訂閱彰基官方Youtube頻道）

肝病肝腸內科  
許柏格 主治醫師

## 肝粗粗纖維化 小心變成F4!

(上集)

3分鐘醫學堂

彰化基督教醫院



肝病肝腸內科  
許柏格 主治醫師

## 揪出肝粗粗 纖維化的 6種方法

(下集)

3分鐘醫學堂

彰化基督教醫院



肝病肝腸科  
蘇培元 主治醫師

## C型肝炎 新型口服抗病毒藥物

3分鐘醫學堂

彰化基督教醫院



彰化基督教醫療財團法人  
彰化基督教醫院