

腫瘤標誌對胃癌的術後追蹤仍有助益

吳秋文 台北榮民總醫院一般外科主任
國立陽明大學教授

林先生是 62 歲電機工程師，父親曾患胃癌，因此他自行在醫院每年要求作一次胃鏡檢查。他問醫師是否能抽個血便能作診斷胃癌？

孫先生是位 53 歲商人，剛接受胃癌手術，康復後他都定期在門診檢查。每次驗血項目均有腫瘤標記一項，他想知道何謂「腫瘤標誌」？胃癌的腫瘤標誌是什麼？癌症已連續十餘年來蟬聯國人十大死因首位。不論是肺癌、胃癌、乳癌、子宮頸癌、攝護腺癌等，早期診斷、早期治療，都有很好的預後。因此醫學界孜孜不倦地投注龐大心力於癌症早期診斷的研究，「腫瘤標誌」是追求的目標之一。

以往腫瘤標誌是指癌細胞相關的蛋白質、胺基酸和醣脂質所形成的抗原。最近其含意更擴大至基因，包含致癌基因、抑癌基因及它們的訊息核糖核酸(mRNA)。只要它們在癌細胞或癌組織比正常細胞或正常組織高，就可以拿來當腫瘤標誌。理想的腫瘤標誌應有高敏感度，即該癌症病人有高比例檢驗結果是陽性；具特異性，即非該癌症病人其檢驗結果應該是陰性。此外測試方法準確又簡便。目前已知大多數的腫瘤標誌，不論是敏感度或特異性方面，都難達到如此理想境界。雖然這樣，像癌胚抗原(CEA)卻也可以用來評估大腸癌症病人的預後及監視大腸癌治療的成效，提早發現復發。又如胎兒蛋白(AFP)雖對於小於三公分的小肝癌患者早期診斷的敏感性不算高，但對於已知肝癌切除或栓塞後復發卻有極高的參考價值。同為胃腸癌症的胃癌至目前為止，尚無這類較特異性的腫瘤標誌。因此在胃癌手術後病人追蹤複查時，只好用一般腫瘤標誌作為參考。目前最常被醫學界使用在胃癌的腫瘤標誌是 CEA。本院的胃癌病人手術前約 26.6% 有 CEA 升高現象，而且隨著胃癌第一至第四期有增高的趨勢。但對於偵測復發的功效卻不是很好。因為 CEA 除了在大腸癌會增高外，乳癌、肺癌等也會增高，甚至肝炎、肝硬化、肺病變、長期抽煙者 CEA 也可能增高。

台北榮民總醫院在過去十年間不斷地進行尋找胃癌相關的腫瘤標誌研究。首先我們研究癌細胞膜上的組織多抗原(TPA)在 351 例接受胃癌手術切除病人的血清。陽性率為 32.2%。較高的血清 TPA 濃度的病人後來肝轉移機會較多。另外也針對 218 位胃癌病人的術前血清分析其介白質六(IL-6)濃度，並以 9 位胃良性疾患（潰瘍或息肉）、9 位 B 型肝炎帶原者（因為癌病人可能同時為 B 型肝炎帶原者）及 85 位體檢健康者為對照組。發現胃癌病人血清 IL-6 濃度遠高於對照組，而且胃癌越晚期濃度越高。我們又分析 14 位胃癌病人術前及術後血清 IL-6 濃度，發現 4 位胃癌復發病人血清質明顯上升，其餘 10 位沒復發的病人血清值下降。進一步分析存活率，發現胃癌病人術前的血清 IL-6 濃度和存活率成反比，但他並

非獨立影響存活的因子。上述資料顯示胃癌病人的血清 IL-6 濃度反應了疾病的嚴重度，或許將來可用來作臨床治療指標參考（發表於美國胃腸學會期刊）。我們另一項研究發現男性胃癌病人的血清黃體素濃度比正常人高，而且隨著臨床期別增高，濃度也越來越高（發表於美國癌症學會期刊）。這些也具有參考價值。最近醫學界的研究發現致癌基因 *erb-2* 如果在胃癌表現也有較差的存活率。P53 抑癌基因如突變，導致 P53 蛋白過量表現會引起免疫系統產生 P53 自體免疫抗體佔 12.2%，其預後也較差。這些也可用來作輔助性治療的指標。所以目前運用在胃癌的腫瘤標誌上不能用在早期診斷。但術後追蹤復發，使用幾個腫瘤標誌來提高偵測率。雖特異性、敏度仍差，但可和胃鏡、超音波交叉使用，加上臨床上知識，腫瘤指標仍是大有可用性。

（摘自自由時報?民國八十八年十二月六日）