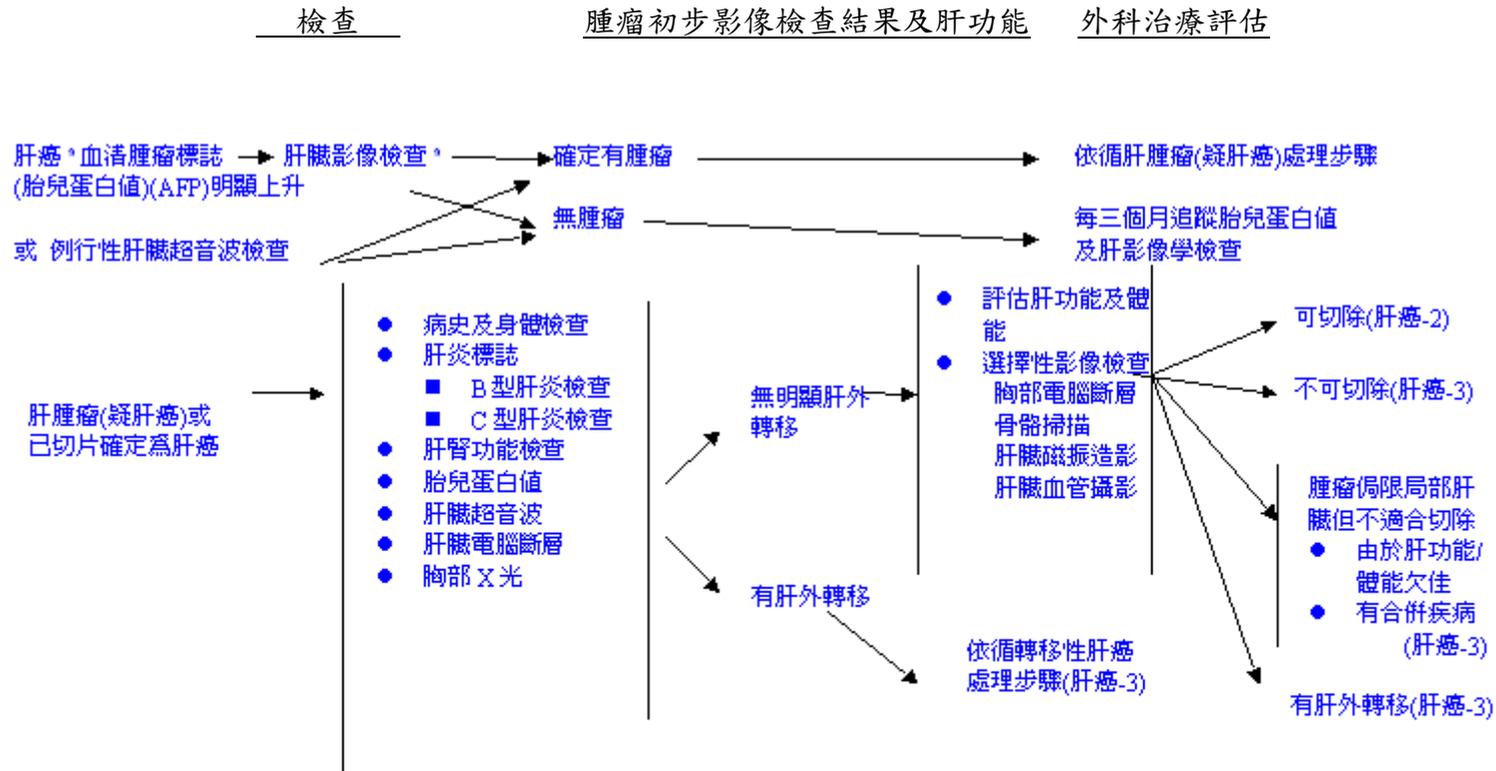


肝癌治療準則

臺北榮總一般外科 周嘉揚



^a 肝細胞癌簡稱為肝癌。
^b 若超音波為陰性，可安排肝臟電腦斷層或磁共振造影檢查。
^c 評估腫瘤存在範圍、數目、腫瘤有否血管侵襲，有否肝外轉移。

臨床表現

肝腫瘤
有可能切除

外科評估

- 肝癌診斷明確
- 有肝癌發生的危險因子 (B 型肝炎帶原者, C 型肝炎感染)
 - 影像檢查診斷為肝癌

- 肝癌診斷不明確或
- 手術危險性高
- 無肝癌危險因子

手術評估

腫瘤切片
或
手術評估

病人願意
手術治療

病人不願意
手術治療

肝癌

無法確定

依循手術評估處理步驟

治療

無法切除

可切除

- 影像追蹤
- 再度切片
- 外科(包括腹腔鏡檢查)

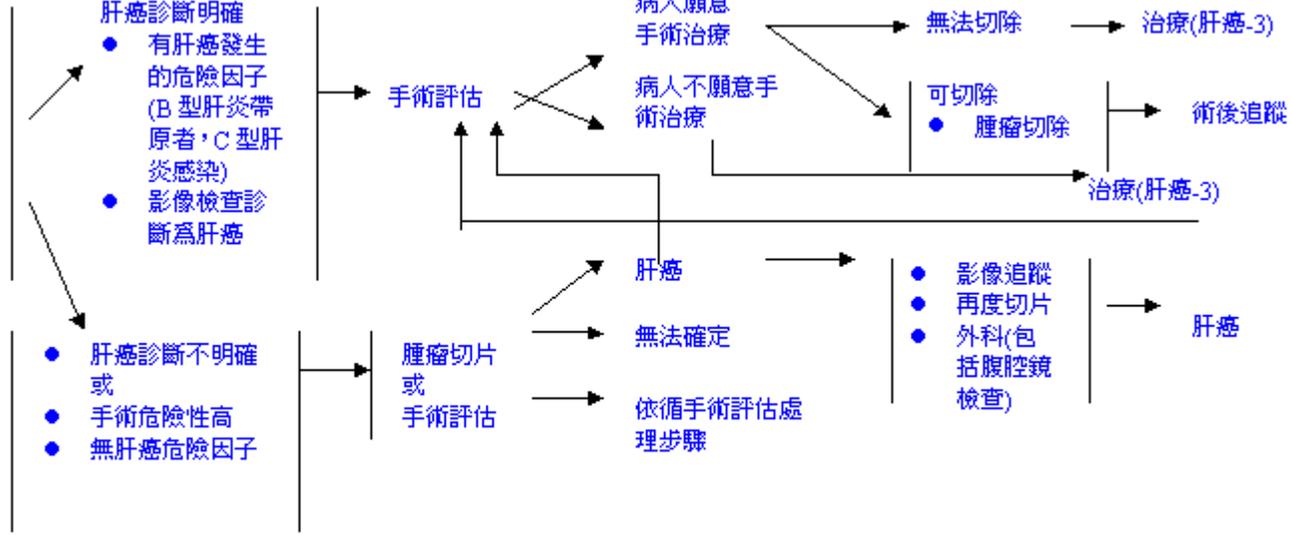
治療(肝癌-3)

術後追蹤

治療(肝癌-3)

肝癌

肝癌-2



臨床表現

外科評估

治療

肝腫瘤
有可能切除

肝癌診斷明確

- 有肝癌發生的危險因子 (B 型肝炎帶原者, C 型肝炎感染)
- 影像檢查診斷為肝癌

- 肝癌診斷不明確或
- 手術危險性高
- 無肝癌危險因子

手術評估

腫瘤切片
或
手術評估

病人願意
手術治療

病人不願意
手術治療

肝癌

無法確定

依循手術評估處
理步驟

可切除

- 腫瘤切除

- 影像追蹤
- 再度切片
- 外科(包括腹腔鏡檢查)

無法切除

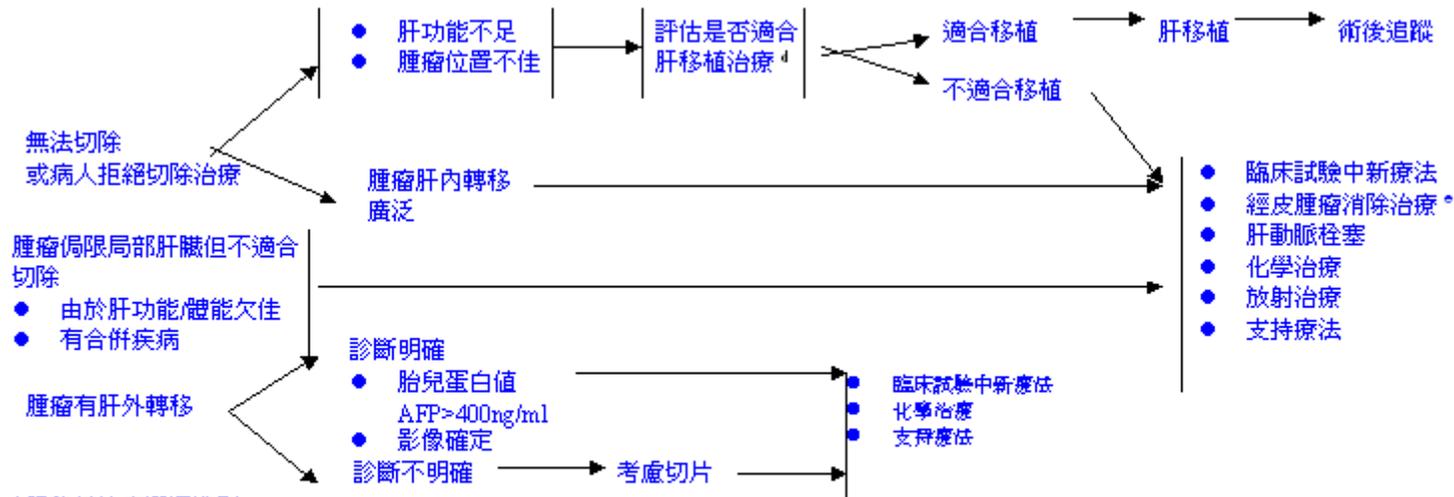
治療(肝癌-3)

術後追蹤

治療(肝癌-3)

肝癌

臨床表現



^d 肝移植治療選擇準則：

- 病人不適合手術切除
- 單一腫瘤 ≤ 5 公分或 2~3 顆腫瘤，每顆 ≤ 3 公分。
- 目視下腫瘤無血管侵襲。
- 無肝外轉移。

* 經皮腫瘤消除治療：包括酒精注射、射頻燒灼治療、冷凍治療與微波治療。

肝癌-3

肝細胞癌治療準則

一、簡介

肝細胞癌(簡稱肝癌)是全世界好發之癌症之一，每年全世界約有 500,000 例新增病患。以往此疾病在東南亞地區及非洲撒哈拉沙漠以南較為常見，但近年來醫學研究報告顯示在西方此疾病也有增加的趨勢。在台灣肝癌是國人常見癌症之一，每年約有 4000~6000 人死於此病。肝癌是相當惡性的癌症，平均發病年齡約 50-60 歲之間，若無有效治療，從有症狀出現到死亡，一般只有 4~6 月之久。肝癌發生的危險因子包括：B 型肝炎帶原，C 型肝炎感染，肝硬化，長期酗酒，有肝癌家族史，暴露於黃麴毒素等。

二、肝癌的分期

美國癌症聯合會第六版肝癌分期法規定肝癌共分四期：

第一期：單一顆腫瘤無血管侵襲

第一期：單一顆腫瘤有血管侵襲或多顆腫瘤但最大徑沒有超過 5 公分

第三期：多顆腫瘤且最大徑超過 5 公分或腫瘤侵襲到肝血管的主要分枝
或腫瘤侵襲到膽囊以外的鄰近器官或腫瘤有破裂

第四期：有肝臟外器官轉移

三、診斷與治療方式評估

肝癌的初步診斷主要是靠測定血清胎兒蛋白質及超音波檢查。血清胎兒蛋白質在成人正常值約為 10~20 ng/ml。若 >400 ng/ml 通常視為具有肝癌診斷上高度的意義。約有 20% 的肝癌患者其血清胎兒蛋白質為正常；而血清胎兒蛋白質 20~250 ng/ml 者在肝硬化患者常見。若患者的血清胎兒蛋白質持續上升，雖然其值未達到 400 ng/ml，其肝腫瘤診斷為肝癌的可能性很高。

若病患肝內腫瘤懷疑為肝癌，進一步影像學檢查包括：胸部 X 光檢查，腹部電腦斷層攝影及肝動脈血管攝影，核磁共振檢查則視診斷需要才做。這些檢查通常可確定診斷腫瘤是否為肝癌，以及評估何種治療方式對病患最為適合。若診斷仍有困難時，可考慮重覆追蹤觀察腫瘤是否有增大，或做腫瘤切片檢查。由於腫瘤切片檢查可能導致癌細胞散播，若病患預定進行剖腹探查及切除時，術前腫瘤切片檢查無其必要。

目前肝癌治療可用的方法相當多，包括手術切除，肝臟移植，肝動脈栓塞，酒精注射，熱能治療、冷凍治療、化學治療等。一般認為外科手術治療(包括肝切除及肝臟移植)可對部份病患提供治癒的機會。

肝癌病患診斷時約只有 15-20% 適合接受手術切除。肝癌病患切除後五年存活率介於 30% 及 55% 之間；五年無復發存活率介於 25% 及 35.0% 之間。此存活率與腫瘤期別有明顯關係。小型肝癌(<5 公分)術後五年存活率可達 50%~68% 之間。肝臟腫瘤切除後的復發率與腫瘤切除時的期別有密切關係。根據台北榮總民國 80 年 7 月至民國 88 年 5 月間 455 位肝癌病患切除治療後的長期追蹤結果顯示，第一期病患 5 年復發率為 40%，10 年復發率為 60%，第二期病患 5 年復發率為 60%，10 年復發率為 70%，第三期患 5 年復發率為 75%，10 年復發率為 80%。

四、手術治療

1. 手術前檢查

手術前檢查包括例行性血球計數，肝功能生化檢查，凝血功能，計算 Child-Pugh 肝功能分級，及靛氫綠 15 分鐘滯留率。利用檢查結果，決定肝癌病患是否適合手術及手術可採用的術式。在某些病患手術前門脈栓塞術可用來做為增進手術安全的方法；其原理為針對在有慢性肝炎或肝硬化病患術前 2 週針對要切除的肝葉或肝節執行門脈栓塞，如此使預定切除域萎縮及保留域增大以達到降低切除術後肝衰竭的危險性。對大型肝癌可考慮手術前給予肝動脈栓塞以導致腫瘤壞死及縮小其體積，使切除手術較易進行且較安全。

2. 手術切除的病患選擇

肝癌病患診斷時不適合切除治療常見的原因包括：(1)腫瘤已有肝外轉移；(2)腫瘤侵襲到肝門脈主幹及兩側分枝；(3)病患明顯腹水無法用利尿劑改善。肝硬化不是手術的排除因素。腫瘤大小、數目、鄰近臟器侵襲(如橫隔膜,大腸,腎上腺)，腫瘤已有破裂等，單獨來說並不是手術適應症的決定因素。肝內轉移程度必須視病患肝功能狀況決定是否適合手術。若功能良好，病患可接受大範圍的切除則兩葉性的病灶仍可以做根治性的切除。

3. 肝移植治療肝癌

肝癌病患接受肝臟移植治療移植後的腫瘤復發率與移植前的腫瘤期別有密切關係。早期小型肝癌合併肝硬化病患，肝移植成績比切除治療成績要好。目前肝移植治療肝癌病患的選擇根據為：單一腫瘤者必須小於或等於 5 公分，多發腫瘤者必須少於等於三顆及小於等於 3 公分，

4. 自發性破裂肝癌的治療

破裂肝癌的治療有多種方式，包括保守療法，肝動脈栓塞，手術血管結紮及緊急肝腫瘤切除手術等。治療方法的選擇需根據病患的臨床狀況個別決定。一般病患開始可給予保守療法包括持續給予輸血、輸液、監視血壓心跳、尿量。電解質不平衡及不正常的凝血功能給予矯正。

緊急處理在下列情況應考慮進行：病患臨床症狀顯示持續腹內出血中，或再度出血導致血流動力不穩定，此時病患可嘗試給予做肝動脈栓塞治療。對不適宜做栓塞病患或治療無法執行者必需安排緊急手術剖腹探查。手術術式必需根據剖腹探查的發現加以決定，原則上是在對肝臟損傷最低情況下達到止血的目的。當手術中認為腫瘤局部處理無法有效止血時可施行肝動脈結紮止血或腫瘤切除。腫瘤附近放置引流管以便術後偵測有否持續出血或膽汁滲漏。

對沒有執行腫瘤切除病患，可在病患完全穩定後進行評估，若病患肝功能良好而腫瘤可切除完全，則可以安排在 6~8 週後進一步治療。

5. 手術後之追蹤

腫瘤切除完成後，一般不需要進行輔助性的化學或放射治療。病患出院後一週需返院以觀察病患狀況，尤其是傷口是否癒合良好，有否黃疸、腹水、肝功能狀況。之後在前二年每二個月返院追蹤血清甲級胎兒蛋白質值及超音波，以了解是否有腫瘤復發的跡象。若有復發的跡象必需進一步安排腹部電腦斷層、磁振造影及血管攝影以加以確定。超過二年後可改為每三個月追蹤一次。

8. 復發性肝癌治療

肝癌手術切除後復發的病患若給予適當治療，可延長病患的存活。這些治療一般包括肝動脈栓塞、酒精注射及電熱燒治療。文獻報告指出在一些肝內復發病患中施予再切除手術甚至肝臟移植，可以有效延長病患存活時間甚至提供治癒的機會。在肝癌切除後復發病患中，只有約 25% 病患適合再度切除，這些病患的選擇包括肝功能良好，腫瘤數目最好少於等於 3 顆，且局限於一肝節內。

五、非外科手術治療肝癌

(1) 經皮腫瘤消除治療：包括酒精注射、射頻燒灼、冷凍治療、微波治療等。

適宜治療對象：1) 單一腫瘤直徑不大於 5 公分，若多顆腫瘤直徑不大於 3 公分及少於等於三顆；2) 無肝外轉移；3) 無肝血管侵犯；4) 無頑強性腹水；5) 無膽管擴大；6) 無明顯出血傾向；7) 針對射頻燒灼治療，肝癌應距離膽管、膽囊、肝門區 0.5 至 1 公分以上。

術前評估：1) 影像學檢查：腹部超音波、電腦斷層、磁振攝影(選擇性)、血管攝影(選擇性)；2) 腫瘤標記：血清胎兒蛋白質測定；3) 凝血機能 4) 肝功能狀況；5) 細針切片病理檢驗。

術後追蹤：1) 超音波追蹤檢查在治療後的二週進行；2) 以後每 1~2 個月用超音波觀察腫瘤體值的改變並偵測是否有新的腫瘤發生；3) 治療後一個月作電腦斷層動態檢查。

(2) 肝動脈栓塞治療

病患選擇依據：1)病理組織檢查證實為肝細胞癌，或依臨床診斷病人之血清胎兒蛋白質升高，且具有典型之超音波、電腦斷層及/或血管造影判斷為肝癌；2)肝內腫瘤為高血管性病灶；3)肝血管血流通暢；4)無淋巴腺或肝臟外遠處轉移；5)肝功能正常或僅輕度異常，原則上，血清白蛋白濃度 3mg% 以上，膽紅素值 3mg% 以下；6)無嚴重腎臟病或心臟病。

治療後術後追蹤：1)治療後一個月間醫院作肝臟超音波及肝臟電腦斷層掃描；2)之後每三個月作一回肝臟超音波掃描，至少每半年檢查一次肝臟電腦斷層掃描；3)影像檢查若顯示肝臟仍有存活腫瘤，需再度施行動脈栓塞治療時才作血管攝影；4)若病人血清胎兒蛋白質持續上升，超音波和電腦斷層都無法顯示，亦需作血管攝影檢查。

(3)化學治療

全身性化學治療及肝動脈灌注化學治療

病患選擇依據：1)肝癌已擴散出肝臟外；2)沒有明顯的肝功能受損；3)沒有明顯的腎功能受損。

(4)放射治療

適應對象：體積過大無法切除之肝癌腫瘤。

結論

隨著醫學的進步及治療前後照顧的完善，肝癌治療的危險性近年來已大為降低。展望未來，臨床醫師必需面對的課題是如何有效降低病患治療後腫瘤復發率及增進病患長時間存活率。另一方面，由於肝癌不管是手術治療或非手術治療，其治療成績均與腫瘤期別有密切關係，因此早期診斷早期治療是非常重要的。對一般民眾而言，個人若帶有肝癌發生的危險因子(如 B 型肝炎帶原者，C 型肝炎感染，肝硬化，長期酗酒，有肝癌家族史等)，每半年主動去醫院追蹤血清甲級胎兒蛋白質值及接受超音波檢查，以了解是否有腫瘤發生的跡象，實有其必要。