胸腔鏡微創手術於癌症診斷之角色

胸腔外科 陸希平醫師

癌症已成為現今人類健康的大敵！即便是醫療科技昌明的今天，醫學界對於癌症的診斷與治療仍舊無法完全掌握。而資訊網路的流通發達，使得一般民眾都可輕易查詢欲知的醫療資訊。但此同時，面對過多的資訊，如何過濾與選擇亦使民眾感到迷惑。這種困境，在面對癌症的發生時尤其明顯，而錯誤的選擇也可能導致嚴重的後果。

在我的門診中，常有一些罹患癌症的病人尋求治療或詢問相關資訊。我將他們共同的問題總結如下：

一、到底是不是癌症？

二、如果是癌症，嚴重程度如何？

三、癌症的嚴重程度是否會影響治療的方法及計畫？

針對第一個問題，到底是否是癌症的判斷，在醫學上有幾個層面，一是臨床症狀上的診斷，二是影像實驗室資料的診斷，三是細胞病理組織學上的診斷。這三個層面的資料，在醫師的判斷上都有其價值。不過在思考問題的同時，民眾應該會有以下的問題：一、資料判斷有癌是否為真？二、資料判斷無癌是否為真？

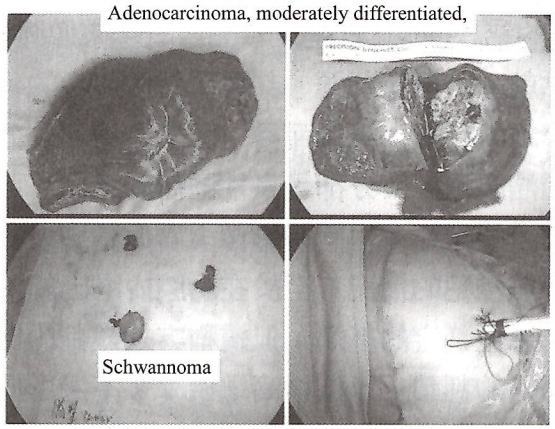
要判斷有癌是否為真，就要注意檢驗資料本身是否「冤枉良民」（在流行病學上稱之為「偽陽性」）；反之，如要判斷無癌是否為真，就要注意檢驗資料本身是否「縱容奸盜」（在流行病學上稱之為「偽陰性」）。由於癌症未能早期診斷或誤以為癌症而逕行可能會造成身體傷害醫療的後果都相當嚴重，所以「毋枉毋縱」應是癌症診斷與其他疾病有所不同的特色。

所以，根據前述觀念，臨床資料的可靠性在癌症的診斷上不能有模糊空間，而在時效上，亦有其急迫性（早期治療效果較佳）。所以在上述三個層面資料的蒐集上，一定要能符合「毋枉毋縱」的特性。尤其是「病理組織學」證據在癌症的診斷上更扮演了十分關鍵重要的角色，所以民眾在接受癌症的診斷時，不能只憑臨床及影像學的證據，即使有了細胞與少量的組織檢體，仍不免會有誤判的情況。這種醫療上的不確定性，使得能夠取得較大量檢體的胸腔微創手術（利用從胸壁伸入的內視鏡進行廣泛、足量檢體的採集）成為在胸腔腫瘤判定上一個十分重要的輔助工具。當然，胸腔鏡採樣雖屬微創手術，但仍屬侵襲性較高的診斷工具；但相較於癌症誤診可能造成的風險與損失，對某些病人而言，仍符合於成本效益。

針對第二個問題，癌症的嚴重程度是比第一個問題更普遍存在而容易給予民眾誤導及產生假象的。有關癌症程度的判定，除了血液及其他少數癌症外，多採取腫瘤（tumor, T）及淋巴結（lymph node, L）侵犯程度及範圍，以及有否遠處轉移（metastasis, M）的綜合性評估。民眾常有的錯誤認知，就是以為圖像看起來像腫瘤，淋巴結看起來比較大，或肝臟骨頭有黑點就一定是有問題。其實，這些影像的判斷還是要配合民眾提供自己的資訊及醫師專業的評估。一般而言，腫瘤大於三公分則惡性的成份居多，但我曾遇過若干肺部腫瘤超過五公分卻是良性腫瘤的案例，可見得影像的證據還是要配合組織的切片診斷才能確認。也有時影像上看似腫瘤侵犯附近組織，但在實際的觀察中卻只有靠近而無侵犯的情況。至於在胸腔內淋巴結的部分，在影像學上過去是以大於一公分作為惡性判定的基準，但這種方式誤判的機率很高；最近採用電腦斷層密度以及正子掃瞄的判讀，以期增高準確率。不過由於台灣肺部良性發炎感染的個案很多，使用以上方式判定常會有偽陽性的問題。所以組織學的確定，對於疑似淋巴轉移的病患而言就成為一個很重要的問題。

為何確定腫瘤局部侵犯或淋巴轉移程度對病患而言十分重要？因為這不但會影響治療的選擇，更會影響到在未來學術上臨床診療的數據，這就是前文所述的第三個問題。不管有多少林林總總的報導指出治療肺癌或其他胸腔內腫瘤的新方法，不過根據嚴謹的科學證據顯示，現今仍未有任何治療可以取代早期的外科手術（這是目前對非小細胞肺癌及食道癌的唯一根治機會）。我們過去的執醫經驗，發現許多被過度判定的腫瘤（將早中期腫瘤判定為晚期）而痛失早期手術的機會。所以對不幸罹癌的民眾而言，切不可因影像學單一的判定而放棄可能可以開刀根治的機會。故而使用胸腔鏡或其他方法作精確的組織學判定，可以免於因錯判腫瘤嚴重度而導致錯失外科治療機會或是接受不必要的治療。

胸腔內視鏡，不但可提供勿枉勿縱的診斷，更可一次將診斷到治療全部順利完成



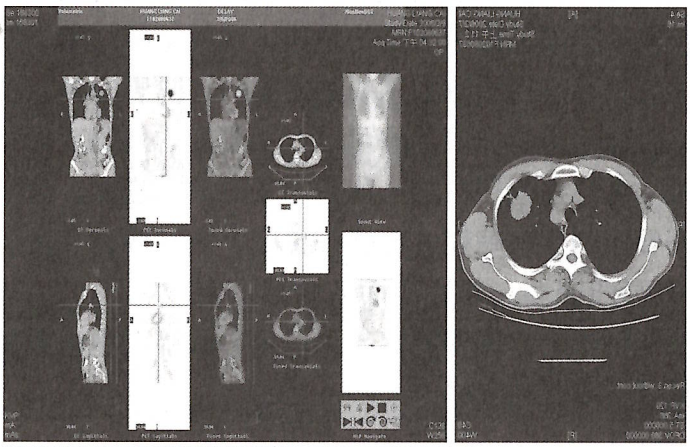
Q：是否年紀大就不適合肺癌手術？

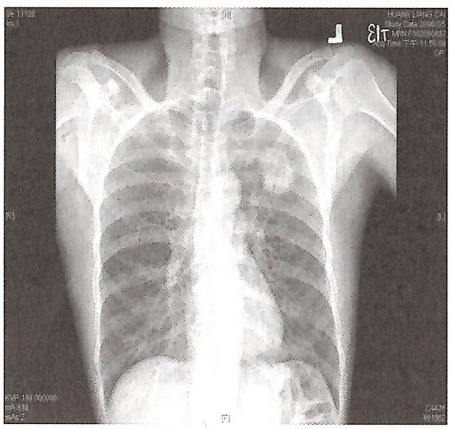
A：年紀大並非限制，反而癌細胞的行為較易控制，外科切除效果佳。

Q：是否影像上判斷無法開刀的肺癌就應放棄手術的可能？

A：勿過早放棄，有懷疑作進一步組織的確定會更令人放心。

正子斷層判斷無法開刀的腫瘤，經胸腔內視鏡判斷可切除，成功治療的80歲病人





照片提供：
陸希平 副教授