秒懂 肺癌篩檢結果

文/胸腔外科 黃旭志 主治醫師
醫療部 整　　理

這幾年，幾位正值中壯年時期的醫療前輩，被診斷罹患肺腺癌時已是第四期了。雖然積極治療、動用最好的標靶藥物，還是在兩年左右相繼離世，讓眾多親友傷心不捨。

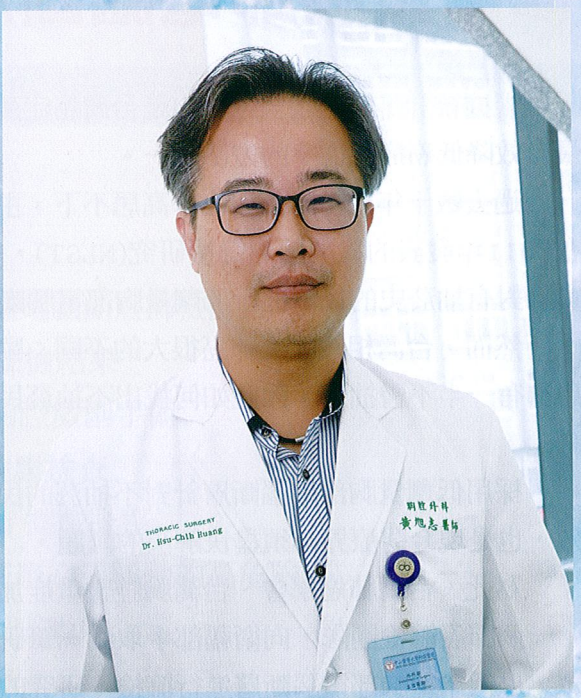
台灣的肺腺癌發生率，在台灣十大癌症中佔男性的第二名、女性則居冠，死亡率則是所有癌症之首，而大多數的患者為非抽菸者。早期肺癌經治療後的五年存活率>70%，若為第四期肺癌則<5%。然而肺癌初期往往沒有症狀，除非腫瘤長在特別位置導致相關症狀，否則難以察覺。因此建議民眾，尤其有肺癌家族史的，可透過健康檢查或篩檢加以預防。

肺癌早期採用胸部X光篩檢，但對於較小的病變無法偵測，導致早期診斷的效果不彰。美國康乃爾大學醫院於1999年發表第一篇使用低劑量高解析的電腦斷層篩檢肺癌論文，結果發現不僅速度快、解析度高、輻射量低，不用打顯影劑，其正確率和敏感度為傳統X光檢查的6倍，可偵測出<1公分的結節。

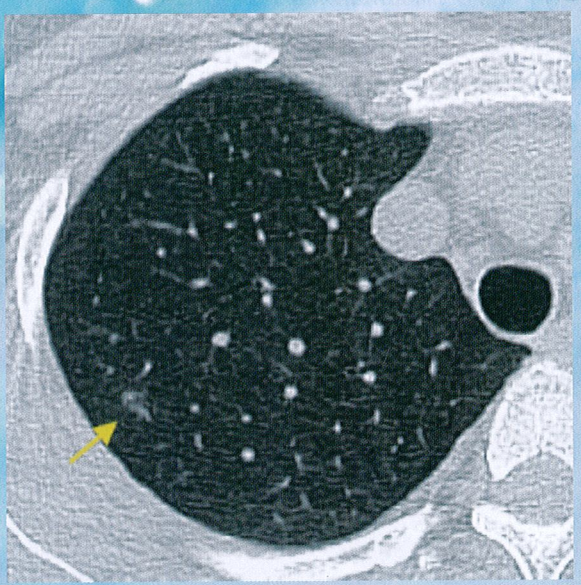
目前主要透過「低劑量電腦斷層」做肺部篩檢，檢查結果若醫師告知有肺結節？有陰影？何謂肺結節、陰影？肺結節就是癌症嗎？可以從影像的幾個判讀重點來講述：

1.病灶大小：一般而言發現3公分以下的病灶稱為「結節」，而3公分以上者，稱為「腫瘤」。

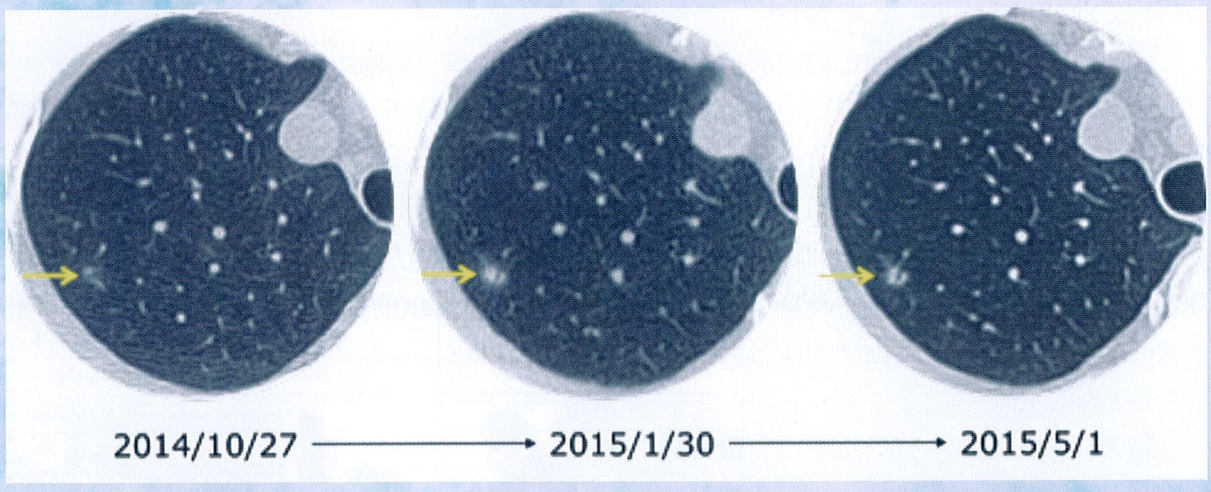
2.病灶型態：醫學對微小肺結節有所謂「毛玻璃狀病灶」（ground glass opacity, GGO）(圖一)之描述，因在斷層掃瞄影像



下，這類肺結節的邊緣或內部呈現不規則，霧霧的、像棉花狀，猶如一片毛玻璃擋在肺組織前面，其密度也會輕微增加。若為邊緣明確且內部呈現實心狀態的就稱為實質(solid)肺結節或腫瘤。



圖一、在斷層掃瞄影像下，結節呈現邊緣不規則，霧霧的、像棉花狀，稱為毛玻璃狀病灶(GGO)。



圖二、此個案在觀察期間，結節沒有縮小，逐漸變大且影像密度增加，應當進一步處理。

3. 病灶於追蹤期間的變化：在影像上第一次發現病灶時，大部分無法立即判斷它是屬於良性或惡性的結節，可比對間隔幾個月的影像。假設結節是感染發炎引起，通常在觀察期間(一般建議三個月以上再次以斷層掃瞄追蹤)會逐漸縮小甚至消失，便可判定當初是肺部發炎；若在觀察期間逐漸變大或產生型態的變化，就是異常現象，有必要進一步處理(圖二)。

一般來說，小於0.5公分的結節，一般建議追蹤觀察；0.5到1公分的結節，可考慮處理或持續追蹤觀察；1公分以上結節，就應進一步切片檢查或手術治療。至於判斷結節是否需要積極處理的關鍵，在於結節究竟是屬於良性或是惡性病變。

肺部陰影是指病灶範圍較大且邊界不明確。但幾乎所有的肺部病變都有可能出現陰影的表現，如肺癌、肺炎、肺結核、甚至一些肺部的良性病變。後續的治療或追蹤，得透過醫師的臨床經驗與文獻研究來判斷。

但若被告知為腫瘤，就是影像病灶比結節更大，已經有3公分以上，在影像上的密度若高於多數肺部陰影，在臨床判讀上為惡性的可能性較高。

以上肺部病灶根據影像學檢查結果，大多數病人就可作出基本診斷，少數困難診斷可藉由經皮穿刺切片、支氣管鏡、相關的血液檢查，甚至外科手術來輔助確立診斷。

由於電腦斷層的普及，越來越多的民眾接受檢查而發現了肺部病灶，而這些病灶需要由專業醫師來判斷解讀，才不至於造成受檢者的恐慌。惡性肺結節有一定的影像特徵，同時也要考量患者的年紀與家族史等因素，仰賴豐富臨床經驗的醫師做全面判讀，提供完整且專業的醫療資訊。