肺癌外科治療之進展

哪些肺癌病人需要手術？

肺癌為何是國人十大癌症死因第一位，主因乃大多數肺癌患者於初診斷時已出現淋巴或遠端轉移，以化學、放射或標靶藥物治療的效果有限。但對於臨床期別第一、二及部分三A期的肺癌病患，外科手術仍為治療的首選，在完整的評估準備及妥善的手術治療後，預後也較其他晚期之病患為佳。對於無遠端轉移之病患而言，淋巴結是否侵犯為主要的預後因子，若無縱隔腔淋巴結(N2)轉移且心肺功能許可之患者，肺葉切除合併淋巴結清除手術為優先的治療考量，最後才以手術的病理分期結果，再決定是否施予輔助性化學或放射治療。

毛玻璃狀肺結節與早期肺癌

隨著健康檢查的普及與公共衛生的進步，越來越多的肺結節藉由低劑量電腦斷層被發現，其中多為兩公分以下的毛玻璃狀病灶(ground-glass opacity,GGO)，過去多被視為良性的非特異性變化而未積極處理，因臨床經驗的累積、影像科學的進步及微創手術的發展，藉由觀察其中特定的惡性特徵，也發現了越來越多的早期肺癌。早期肺癌的定義為腫瘤兩公分以下，且臨床上無淋巴或遠端轉移的現象，屬於第零(原位癌)或第一A期，這些病患往往因腫瘤過於微小而難以由氣管鏡或電腦斷層導引切片獲得組織診斷，因此在具經驗之胸腔內外科醫師評估後，施行胸腔鏡微創手術可以達到診斷與治療的雙重目的；這類毛玻璃狀肺結節病患，若具有可能惡性特徵且位於肺組織周邊的區域，就屬於手術切除的適應症。至於位於較深部的病灶，經由電腦斷層導引做精確的定位後，仍可以胸腔鏡微創手術切除。以本院胸腔外科團隊的統計資料，於104年間，接受胸腔鏡肺葉切除手術之46位毛玻璃狀肺結節病患，肺腺癌(含原位癌)共有36位（約佔78%）、癌前病變的非典型腺性增生（atypical adenomatous hyperplasia,AAH）則有5位，這些肺癌病患全為無淋巴轉移之第一A期的早期肺癌，接受局部切除的結果也與肺葉切除相當，不僅預後佳，同時因保留了更多的肺葉組織，病患術後的恢復與生活品質也較好。對於毛玻璃狀肺結節的早期處置，有賴於精準的臨床判斷與純熟的手術經驗，這樣才能為這類病患尋求最正確適當的治療。

肺癌外科手術—微創的年代

以肺葉切除為例，傳統開胸手術需要15~25公分以上的大傷口才能完成，不僅病

文/胸腔外科 黃旭志 主治醫師

患的疼痛感大，衍生的術後併發症也高，而近年來蓬勃發展的微創手術，藉由進步的影像系統與精細的手術技巧，只需二到三個小傷口，其中最大的僅約5~6公分（附圖一）即可完成與傳統方式相同的肺葉切除與淋巴清除手術，其優點是手術後疼痛感小、恢復期短，最重要的手術結果與傳統手術相當。因此目前本院八成以上肺癌手術採用胸腔鏡微創方式，而今進步發展出3D內視鏡與達文西機械手臂等微創技術，肺癌手術有了更多、更新、更好的選擇。

術前評估與術後照顧

對於需要接受手術的肺癌患者，完整的術前評估是必要的，其臨床分期需在第一、二及部分三A期的範圍內，除了胸腔電腦斷層外，正子攝影及腦部磁振造影等檢查也很重要；另外病人的心肺功能也得詳細評估，術前最好能戒菸兩週以上，這對術後的恢復與併發症的減少都有幫助。而術後的疼痛控制及呼吸咳痰能力訓練更可避免傷口或引流管疼痛所引起的肺塌陷與肺炎等併發症。以目前的醫療水準，肺葉切除手術的死亡率約在2%或更低，特別是早期肺癌病患，接受肺葉部分切除手術的風險更在千分之五以下，因此肺癌手術已非過往傳統年代的高風險手術，這不啻為肺癌病患的一大福音。

結語

肺癌手術已全面進入微創年代，與傳統方式相較，不僅安全性與結果相當，更有恢復快、生活品質佳等優勢。在多科別合作、詳細的術前評估與完善的術後照顧下，由經驗豐富的胸腔外科團隊來執行微創手術，可獲得相當好的手術成果；但腫瘤過大或有支氣管與血管侵犯的特殊情況下，仍須靠改良式或傳統的開胸方法來執行手術，才能兼顧病患安全與良好的手術結果。



附圖一
胸腔鏡肺葉切除手術之傷口及引流管示意圖