



骨癌免截肢：原發性骨癌的手術趨勢

◎北醫附設醫院癌症中心骨骼軟組織癌小組召集人 范政裕醫師◎

原發性骨癌即指非轉移而產生的骨癌，大多好發在成長中的青少年，在早期化療普及前預後甚差，絕大多數要行截肢手術來保命，也對病患身心及社會成本造成重大的傷害，即使截肢後五年存活率也仍相當低，以骨肉瘤為例，只有百分之二十左右。所幸醫療進步，隨著化學治療與現今手術技術的長足發展，配合放射診斷學的進步及人工植入物材料的提升，以骨肉瘤為例五年活率已大幅提高到60%以上，國外知名醫學中心更可提高到80%左右。不僅如此，骨癌的手術治療也已進步到百分之九十左右的病患不必行截肢手術，而以肢體保留的手術方式治療。

目前以這些治療方式積極的以化學治療合併手術廣泛切除後，肢體保留手術的局部腫瘤復發率與傳統截肢手術相比並無明顯差異，十年存活率也與截肢手術相去不遠。所以目前絕大多數骨癌患者均可以行肢體保留手術取代傳統截肢手術。

肢體保留手術後重建肢體方式可分為下列五種：

一、異體骨骼關節移植：這些骨骼來自遺愛人間的器官捐贈大體，是人間大愛的表現。捐贈後之骨骼冰凍於骨庫內，在手術前須先測量及挑選重建所需大小及長度適中的異體骨關節。在腫瘤切除之後，韌帶先行重建，再將宿主骨與移植骨接合固定。

二、異體骨及人工關節組合重建：植入異體骨前，異體骨的關節面先以行人工關節重建取代舊有的關節，提供耐用且穩定的關節面，再將整段植入固定。

三、異體移植關節固定術：顧名思義是將關節固定讓關節上下之骨骼合而為一，術後一部分的日常生活，如坐、蹲等會較不方便，但是這種手術方式仍有其優點存在，例如關節固定術成功之後，是一種永久性的成果，沒有人工節鬆脫的問題，術後更不必擔心關節穩定度有所變化，可提供強而有力的支持。以上三種方式都必須在有適當的異體骨才能完成，雖然國人器官捐贈日漸興盛，但受限於傳統風俗保留骨灰觀念的影響，異體骨的取得仍屬困難。於是，以下的肢體保留手術也日益普及。

四、訂製型人工關節：切除的缺損部份由訂製型人工關節所取代，目前台灣已經可以自行生產組合式的訂製型人工關節，大幅縮短以往手術前等待訂製的時間。訂製型人工關節手術是肢體保留重建手術中最容易且早期結果最佳者，但是術後數年之後不可避免的會有人工關節鬆動的問題，尤其是在活動量大的青少年身上更是容易產生。反覆手術可能是將來的問題，所幸隨著科技進步，這些問題也能克服。

五、自體骨骼回收重建手術：以手術切除整段骨瘤的骨骼後，立即利用各種方式殺死癌細胞，如高劑量放射線(20000 至 30000 Rads)照射以殺死所有癌細胞及日本人發明的液態氮冷凍療法，再將此段骨骼重新植回患者體內重建。「自體」骨骼重建不會有交互感染，傳染肝炎、愛滋病的風險，也沒有異體骨源不足，無適當尺寸的異體骨可選用之困擾，這是骨骼捐風氣不盛的地區最適合的選擇之一。這些重新植回的骨骼，其骨骼強度經滅癌處理後強度已受影響，日後易造成骨折，須特別留意。

目前北醫附設醫院結合了各領域的醫療團隊，在腫瘤內科醫師、放射診斷科醫師、病理科醫師及骨腫瘤專門醫師的全力配合下，已於九十七年九月於癌症中心成立骨骼軟組織癌症小組，定期開會討論骨癌病患治療方針。希望給不幸罹患骨瘤的病患及家屬一個跨團隊的醫療計畫。更希望病友們能鼓起勇氣接受正規醫學的治療，切勿諱疾忌醫，延誤了治療的時機，更不可病急亂投醫，造成無法挽回的結局。

范政裕醫師骨科門診時間：星期三〈上午、下午〉、星期五〈中午〉。人工電話掛號 27380032