

## 肝癌簡介

### I. 依肝癌危險群做適當篩檢

- (1)非危險群：指沒有得過B、C型肝炎的正常人，或已得過而已產有抗體。這些病人無須做任何篩檢。如沒有抗體可考慮打預防針。
- (2)低危險群：指年齡低於40歲之B、C型肝炎帶原者，每年應作一次腹部超音波及甲型胎兒蛋白（AFP）檢驗。
- (3)中度危險群年齡大於40歲之B、C型肝炎帶原者，或任何年齡之B、C型活動性肝炎，或其他非B、非C型肝炎，如酒精性肝炎等，SGOT、SGPT高於正常值5倍者，皆屬於此族群，應每半年作一次腹部超音波及[甲型胎兒蛋白\(AFP\)](#)。
- (4)高危險群：任何原因引起之肝硬化患者，應每3-6個月做腹部超音波及甲型胎兒蛋白(AFP)檢查。

### II. 肝癌的診斷：

肝癌篩檢主要依靠腹部超音波及甲型胎兒蛋白(AFP)，如果甲型胎兒蛋白(AFP)升高，應好好做影像檢查包括再度詳細超音波檢查、電腦斷層(CT)或核磁共振(MRI)，如果沒有發現任何腫瘤應每3個月繼續做密集追蹤檢查。

如果任何影像檢查，包括超音波檢查、電腦斷層或核磁共振等，發現腫瘤應依下列步驟做明確診斷：

- (1) 小於1公分者：應密集每3個月追蹤一次，如果2年沒有變化則回到之前篩檢的程序。如有變化超過1公分，則進入下列步驟。如在小於1公分時，高度懷疑小型肝癌，則考慮做肝切片。
- (2) 1-2公分者：對於高危險群或肝硬化患者，如果兩種影像檢查都認定為肝癌則無須做切片可直接判定為肝癌，如果只有一種能認定而另一種檢查持懷疑態度者，則考慮做切片。切片後確定為肝癌，則進入肝癌治療程序。如果還是無法確定，則考慮重複做切片

檢查。

- (3) 大於 2 公分者：對於高危險群或肝硬化患者，要有二種影像檢查認定是肝癌或是只有一種影像檢查有癌腫瘤之特殊血管病變，再加上甲型胎兒蛋白(AFP) $>200$ ，則可診斷為肝癌無須做切片直接進入肝癌治療程序。如只有一種影像檢查認定而無其他佐證，則做切片以確定之

### III. 肝癌的治療：

#### A. 外科手術治療

肝癌的外科治療包括肝部份切除及肝移植手術，雖手術可帶給部份病患治癒的希望，但仍有其困難點存在，包括：1)可外科治療的病患約只占全部肝癌病患的 10-15%；2)手術死亡率及合併症發生率仍存在；3)手術治療後腫瘤復發率仍高。這些困難點部份源自於肝癌病患及肝癌本身獨特生物特性。

##### 1. 肝臟切除術

近年來文獻報告已同意手術切除是治療肝癌優先考慮的方法。但肝癌病患診斷時約只有 10-15% 適合接受手術切除。

\*手術禁忌症：

- (1) 腫瘤已有肝外轉移或肝內廣泛轉移。
- (2) 門脈主幹腫瘤血栓。
- (3) 病患肝功能已嚴重受損，如有明顯腹水無法用利尿劑改善等。

肝硬化本身不是手術的排除因素。腫瘤大小、數目、鄰近臟器侵襲，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(ICG-15 $<15\%$ )，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。

##### 2. 肝癌復發再次手術的適應症

在復發病患中，只有少數病患適合再度切除，這些病患的選擇包括肝功能較佳(Child A 或 B)，腫瘤數目最好 $\leq 3$ 顆，且局限於一肝節內

### 3. 肝臟移植

利用肝臟移植方式治療肝癌是臨床上較爭議的課題。對於影像學檢查認為腫瘤只局限於肝臟的病患，肝臟移植理論上應可達到高的治癒希望。對於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。

\* 肝臟移植的適應症：

1996 義大利 Gennari 等提出肝移植治療肝癌病患的選擇根據 (Milian 準則)：

- 1) 單一腫瘤者必須小於或等於 5 公分。
- 2) 多發腫瘤者必須少於等於三顆及小於或等於 3 公分。
- 3) 沒有大血管侵犯

根據此準則選出來做肝移植的病患其移植後四年無復發存活率高達 92%。雖然近來報告在肝硬化合併小型肝癌實施肝移植治療有高的無復發存活率，但利用肝移植治療肝癌仍有普遍的爭議存在。這包括移植手術的死亡率較高 (5%~15%)，以及高於切除手術甚多的醫療費用。在臺灣，由於 B 型肝炎在肝癌病患的盛行，及器官來源極端短缺，對肝移植治療肝癌更必須持保留的態度。

### 4. 高頻燒灼術 (Radiofrequency Ablation, RFA)

對於不適合做肝切除或肝轉移的病人，肝腫瘤高頻燒灼術為一不錯的替代方案，因

- 1) 可重複性
- 2) 可開腹或經皮穿肝的方式，以減少全身麻醉的危險
- 3) 病灶多發或位於肝兩側亦可施行

\* 適應症：

1. 無論是原發性或轉移性肝腫瘤，因為腫瘤的組織型態或曾經動過手術或同時有內科多種疾病，並不適合接受外科手術切除的病患。
2. 切片證實是惡性腫瘤。
3. 肝腫瘤  $\leq$  6 顆，其中最大顆不得超過 5 公分。
4. 年齡  $\geq$  18 歲。
5. 病人必須能定期回院作影像學的追蹤。

6. 病人必須能簽署同意書。
7. 預期存活壽命必須  $\geq 3$  個月。
8. 病人身體狀況 (PS status 0-2)。
9. 肝轉移病灶以外，其原發的疾病是可被治療的。

#### B. 經動脈化學及栓塞術療法 (Transcatheter Arterial Chemoembolization, TACE)

- a. 它是經由腹股溝血管放入導管至腫瘤附近的血管，利用特殊的藥劑把通往肝癌的動脈塞住，使癌細胞得不到營養而壞死 [Polyvinyl alcohol dry particles (Target Therapeutics, Fremont, CA) and gelatin sponge particles]。它也可以在栓塞藥劑中加入化學抗癌藥來增加效果 [100 mg of cisplatin (Bristol Myers Squibb, Princeton, NJ), 50 mg of doxorubicin (Adriamycin; Pharmacia-Upjohn, Kalamazoo, MI), and 10 mg of mitomycin C (Bedford Laboratories, Bedford, Ohio) mixed in water-soluble contrast material and ethiodized oil]。大致說來，這方法對於小型肝癌有不錯成效，但對越大的腫瘤效果越差，越容易復發，須再加上其它治療方法，或者再次栓塞。
- b. 血管栓塞治療並非全部肝癌患者皆適用，對於不適合開刀或拒絕開刀的病人，這雖然是另一種治療方式，但是術前仍須審慎評估。

#### C. 酒精注射法 (Percutaneous Ethanol Injection, PEI)

\*適應症：

- 1) 單一腫瘤直徑不大於 5 公分、或 3 個腫瘤且每一個不大於 3 公分。若介於 3-5 公分則應合併血管栓塞以達較佳效果。
  - 2) 無肝外轉移。
  - 3) 無肝門靜脈、肝靜脈或下腔靜脈腫瘤侵犯。
  - 4) 無頑強性腹水。
  - 5) 無膽管擴大。
- 無出血傾向(血小板  $> 35000/\text{cumm}$ 、凝血時間 INR  $< 1.5$ )。

#### D. 放射線治療

放射線治療原理是利用百萬伏特高能量之放射線，從體外聚焦穿透皮膚精準投予在腫瘤內，達到消滅腫瘤的效果。放射治療對對於大多數的癌病皆有效，因此癌病病人中幾乎有半數曾接受放射線治療。有時我們可以用放射線治療來縮小腫瘤，或在手術後利用放射線來摧毀可能殘餘的癌細胞。有時腫瘤過大，癌細胞侵犯太廣泛時，我們在無法完全毀滅癌細胞時，也常利用放射線治療來減輕局部症狀。醫師依據病人的腫瘤部位及期別，安排電腦斷層模擬攝影檢查，並依據檢查結果，以電腦規劃出治療計劃，以達到於腫瘤內投予高能量之放射線，同時也能保護不需照射的正常組織。

#### E. 化學治療

肝癌屬於對化學治療較為頑固的腫瘤之一，大部分抗癌藥物用來醫治這個腫瘤的效果大都不是很好，無論是單一給藥或組合數種藥給與的有效率約只在 0- 20 % 之間。