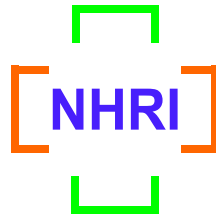


肺癌診治共識



國家衛生研究院

National Health Research Institutes (NHRI)

癌症研究組

Division of Cancer Research

臺灣癌症臨床研究合作組織

Taiwan Cooperative Oncology Group (TCOG)

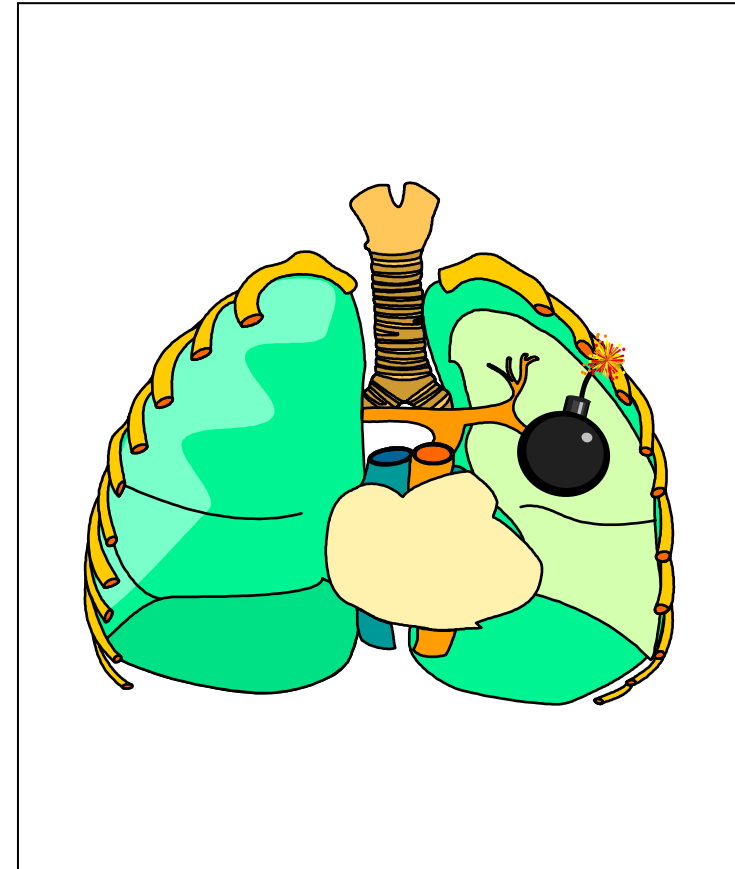
臺北市南港區研究院路二段128號

No. 128, Yen-Chiu-Yuan Road, Sec. 2,

NanKang, Taipei 11529, Taiwan, R.O.C.

TEL : (02) 2653-4401 FAX : (02) 2782-3755

國家衛生研究院網址：<http://www.nhri.org.tw>



國家衛生研究院

癌症研究組

臺灣癌症臨床研究合作組織 印行

中華民國八十七年八月出版

本共識手冊內所提之各種治療意見，為原則性之建議，希望能為癌症患者及其家屬提供一個正確的指引。然而，醫藥科技持續在進步，每位患者的病情亦不盡相同；醫師應就病人之病情做個別的考量，病人和家屬亦應與醫師溝通討論，以決定最適當之治療方式。

癌症治療共識建立之源由

自1982年起，癌症已成為國內十大死因排名的第一位，每年罹患癌症人數已突破三萬人，可說是國人健康的最大威脅。但是癌症之治療，在各醫學中心間或同一醫學中心內不同醫師間，有時也會有不同的作法，如此常對患者或家屬帶來困擾，甚至影響癌症治療之進行。

有鑑於此，國家衛生研究院癌症研究組『臺灣癌症臨床研究合作組織』，集合臺灣20多家重要醫學中心及區域醫院，並網羅癌症相關領域專家，依據臺灣目前重要癌症成立不同的疾病委員會，經由不斷的開會、討論及溝通，並藉助國外及國內專家的經驗累積，對癌症診斷、手術方式、分期標準、放射與化學治療的適用性等，凝聚出治療共識。這些共識可為患者及其家屬提供一個正確的指引，並規範醫生治療的方向，不啻是醫界摒棄成見、尋求共識、走向合作的開始。我們不希望臺灣癌症病人在罹患癌症後，盲目信從非正統、不正確的治療方式；有了正確的治療共識，即可讓病患及其家屬有所遵循。

集合醫學界基礎及臨床方面專家的力量，來提昇臺灣本土臨床醫學的水準，是國家衛生研究院一向努力的目標，此次發佈癌症醫療標準的治療共識，對國內之臨床治療，可說影響深遠。我們將秉持此一精神，次第將台灣常見之癌症，訂定出治療共識。此外，所有的共識皆會刊載於國家衛生研究院之網路(<http://www.nhri.org.tw>)上，單行本亦會出刊，提供民眾索取。

藉此，我要對所有參與草擬共識的醫師及專家學者們表達由衷的謝意。他們在百忙之中南北奔波，只求對臺灣癌症尋求最佳的治療共識，其參與之熱忱和苦幹的精神，實在令人敬佩。

國家衛生研究院 院長

吳成文

目 錄

一、國人肺癌之現況.....	1
二、肺癌的臨床表現.....	2
三、肺癌的診斷.....	6
四、肺癌病理.....	11
五、分期.....	13
六、小細胞肺癌之分期.....	16
七、一般狀況的評估.....	16
八、非小細胞肺癌治療共識.....	19
九、小細胞肺癌治療共識.....	24
十、參考資料.....	26
肺癌研究委員會委員名單.....	27

肺癌診治共識

一、國人肺癌之現況

近數十年來歐美國家肺癌病人有顯著的增加，在臺灣也是如此，目前肺癌已是國人最嚴重的癌症死亡原因。自1982年起，癌症即為國人十大死亡原因之首位，根據衛生署的統計資料顯示，過去數年來國人男性癌症死亡原因中，肺癌僅次於肝癌，為第二位的癌症死亡原因；在女性，肺癌則均高居癌症死亡原因的第一位。但在1997年，雖然肺癌在男、女死亡原因的排名沒有改變，但是肺癌總死亡數已經超越肝癌，躍居國人癌症死亡原因之首位。最近幾年臺灣每年有將近6000人死於肺癌。近年來儘管醫學已有相當進展，但是肺癌的治療成果還是非常令人失望。

肺癌就其生物特性和臨床表現分為小細胞肺癌和非小細胞肺癌兩大類，後者主要包括腺癌、鱗狀細胞癌與大細胞癌三種類型。在臺灣前者約佔12~15%，後者共約85~88%。小細胞肺癌生長快速，很快就會發生擴散轉移，但是它對化學及放射線治療相當敏感，因此治療以全身性的化學藥物療法為主，有八成以上的反應率。可惜的是經治療緩解後，大多數病例在兩年內會復發，復發後即對治療發生抗性。相對於小細胞肺癌，非小細胞肺癌的生長較緩，轉移也較慢，雖然如此，在診斷時可經開刀的早期病例僅約四分之一，而可切除的病例不過15~18%，術後發生轉移或復發的機率甚高，而不能開刀的病例對化學藥物及放射線治療大多不敏感。由於上述原因，肺癌病人的預後不佳。整體而言，5年的存活率僅約10%。

二、肺癌的臨床表現

肺癌的臨床表現可分為四部分：

1. 胸部症狀

包括：咳嗽、咳血、胸痛、哮鳴和喘鳴、氣促。若上腔靜脈受到腫瘤或轉移的淋巴結壓迫而阻塞則會造成上胸壁、肩膀、頸和臉的靜脈脹大，也可造成上述部位的水腫。特別是在咳嗽時會呼吸困難、吞嚥困難、暈眩。中央位置的腫瘤常影響到左側的喉返神經。它會造成聲帶麻痺，導致聲音沙啞。若腫瘤在頸部脊柱旁，會侵犯頸部交感神經節，造成Horner's症候群。壓迫或侵犯食道常造成吞嚥困難或吸入性肺炎，特別是有氣管食道瘻管形成時。周邊區域的腫瘤侵犯到肋膜及胸壁時會造成胸痛。心包膜侵犯在少數病人會造成心包填塞，它也會造成心律不整和心臟衰竭。淋巴管阻塞常造成肋膜腔積液。

2. 轉移性症狀

A. 淋巴結：

當侵犯到肺門及縱膈淋巴結後，往往會再向上漫延至前斜角肌淋巴結和鎖骨上淋巴結。因此，應該好好檢查每個肺癌病人的頸部，必要時可用細針抽取檢體做細胞學檢查，或做病理切片檢查。

B. 中樞神經系統：

腦部轉移常出現神經學的症狀，最常見的就是意識模糊或是平衡感喪失。出現任何神經學症狀都應考慮做腦部電腦斷層。

C. 骨轉移或骨髓轉移：

疼痛是骨轉移最明顯的徵象。對於骨轉移的診斷，最好的方法是同位素骨掃描。脊膜外骨轉移可以造成脊髓壓迫，常見的症狀包括：疼痛、下肢麻痺、自主神經功能失調等。必須早期治療才能有好的效果。

D. 肝臟：

肝轉移臨床上有時會有黃疸和肋下疼痛，但大部份時候沒有特殊的症狀。肝臟功能異常，或觸診時發現腫大、表面不平整的肝臟邊緣，要懷疑有肝轉移，應做超音波或電腦斷層檢查以排除其它可能原因。

E. 其它器官：

腎上腺和胰臟轉移偶會見到，但因為腫瘤侵犯而引起的功能異常十分少見，故不易發現。有時也可以見到有皮膚轉移的情形。

3. 腫瘤伴隨症候群 (paraneoplastic syndrome)

A. 神經肌肉系統症狀：

肺癌病人的神經肌肉症狀常被忽略，但嚴重時常導致殘疾。因腫瘤伴隨症候群引發的神經系統症狀和腦部轉移不同，它影響的範圍更為廣泛，而且通常發生於

兩側。周邊神經病變會影響感覺功能，或是同時影響感覺和運動功能，但不會只影響運動功能，典型的症狀是疼痛和感覺異常。肌無力症候群 (myasthenic syndrome) 又稱Eaton-Lambert症候群，特徵是近端肌肉無力，尤其在大腿和骨盆肌肉特別明顯。此症狀非常罕見，多數出現於小細胞癌病例，和重症肌無力不同的是此症狀會隨運動而減輕。此外，有皮肌炎 (dermatomyositis) 或多肌炎 (polymyositis) 發生時患者也會覺得近端肌無力，有時肌肉會疼痛或觸痛。

B. 凝血功能異常：

許多癌症病人有不明原因的靜脈血栓。血栓常會到處游走阻塞血管。治療方面相當困難，使用抗凝血劑治療效果不彰。

C. 內分泌症狀：

(a) 高鈣血症：

癌症是高鈣血症最常見的原因，有些是因為有骨轉移所致，但有20%因癌症導致的高鈣血症沒有骨轉移，其中有一大部分是肺癌所致，特別是鱗狀細胞癌。高鈣血症在神經學方面的症狀包括易疲倦、肌肉無力、感覺或行為異常，有時會意識不清甚至昏迷。在腎臟方面會造成多尿和腎功能缺損。在胃腸方面會造成便秘、噁心、嘔吐和腹痛。

(b) 抗利尿激素分泌不當症候群 (SIADH)：

大多是小細胞癌 (佔90%以上)。它的症狀根源於水中毒、低鈉、和低滲透壓，可出現意識不清、抽搐、

昏迷。在做診斷之前要先排除肺結核及藥物等其它原因。

4. 全身性症狀

如厭食、體重減輕、虛弱、易疲倦，這些是肺癌的一些全身性的症狀。

三、肺癌的診斷

若懷疑病人患有肺癌，首先要設法獲得病理學及/或細胞學的診斷。緊接著就是臨床分期以決定治療方針。由於很多的診斷方法對於臨床分期也有相當的幫忙，因此在此同時提出討論。

1. 病史和理學檢查

詳細詢問病史和正確的理學檢查仍是評估肺癌病人最重要的步驟。理學檢查必須仔細檢查是否有呼吸道部分或完全堵塞、肺葉或肺節萎陷、或肺炎和肋膜腔積液的徵象。頭頸部—包括鎖骨上淋巴結的檢查，如觸摸到腫大的淋巴結，則代表著局部淋巴結的轉移。此外也應注意是否有杵狀指、頸部及胸前靜脈腫脹、肝臟腫大和中樞或周邊神經學症狀。

2. 痰細胞學檢查

證實為癌症一定要有腫瘤組織的病理學及/或細胞學的診斷。一旦懷疑是肺癌，痰細胞學檢查是協助診斷較為簡單而又有效的方法。痰細胞學檢查的結果取決於許多的因素，包括病人是否能夠有效地咳痰、腫瘤的大小、腫瘤距離大呼吸道的遠近、集痰的時機，以及腫瘤本身的組織學形態。

3. 影像學檢查

A. 胸部X光檢查：

胸部X光檢查是診斷肺癌最有價值的工具。品質良好的胸部X光片若是正常，在大多數的情形下已排除了肺癌的可能性，但是隱藏在中央大呼吸道的腫瘤是少數的例外。

B. 胸部電腦斷層掃描檢查：

胸部電腦斷層掃描除了可以確定X光片上所見到的不正常影像外，往往還可以發現到胸部X光片上無法顯現的病灶，尤其是縱膈腔淋巴結的評估，因此在肺癌的分期上扮演著重要的角色。一般的共識是縱膈腔淋巴結直徑大小在1公分以內者視為正常。若縱膈腔淋巴結異常腫大，有時候需要侵襲性的檢查做進一步的探究，確定是否轉移。

電腦斷層掃描也可以顯示出腫瘤本身是否有局部侵犯到鄰近的胸壁、脊椎、或縱膈腔。而在X光片上無法看得出來的少量肋膜腔積液或肋膜轉移結節，在電腦斷層掃描片上也可以很清楚地看出來。電腦斷層掃描的另一個好處是可以同時評估橫膈膜下的肝臟或兩側腎上腺是否有癌轉移。因此，在進行肺癌的分期時，胸部電腦斷層檢查必須從兩側肺尖掃描到上腹部腎臟的部位以包括肝臟和兩側腎上腺。

C. 磁振造影檢查：

磁振造影可做為電腦斷層掃描檢查之輔助工具，例如對於含碘對比劑過敏不適行電腦斷層檢查者，可考慮以磁振造影檢查代行。而評估腫瘤對胸壁或縱膈腔的侵犯，具

大血管的包埋、脊椎旁側的病灶或肺尖的Pancoast tumor，磁振造影的評估價值優於電腦斷層掃描，不過對於肺癌患者只有考慮上述問題時，才需申請磁振造影，目前並未例行地使用該檢查。

D. 核子醫學檢查：

核子醫學檢查使用於肺癌病患可分為四大用途，包括：轉移病灶之偵測(例如骨掃描)；疾病鑑別診斷、分期與復發的影像評估；病程中血清腫瘤標記的變化與追蹤；及手術前的肺臟局部功能性檢查等。

4. 經皮細針抽吸術

此項檢查可以在超音波導引下、螢光透視下或是電腦斷層導引下執行。然而，除非是得到如：過誤瘤(hamartoma)、結核病或隱球菌症這類良性的病理診斷，沒有結果的生檢並不可以視為已排除了惡性腫瘤的可能性，因為這很可能是生檢時沒有採取到惡性組織的部位。此項檢查可能的併發症有氣胸或肺出血等。至於空氣栓塞、大出血、或癌細胞沿著穿刺針道生長的併發症則極少見。

5. 支氣管鏡檢查

支氣管鏡檢查除了可以確定肺癌的診斷外，同時也是肺癌分期的重要工具。檢視原發病灶在大支氣管的位置對肺癌的期別判定很重要，同時也可以了解肺癌病灶在支氣管枝漫延的程度，對於決定是否可以手術切除，以及如何切除，具

有極關鍵性的價值。

6. 縱膈腔鏡檢查和縱膈切開術

是評估上縱膈腔淋巴結分期最準確的方法。手術施行時需要全身麻醉，經由胸骨上窩的切口將硬式縱膈腔鏡沿著前氣管壁伸入，可以直接目視部份縱膈腔的構造並行生檢。此檢查右側可達右肺門上緣。左側因主動脈弓的阻隔可視範圍較小，後氣管分岔部淋巴結、左肺門淋巴結、及食道旁淋巴結為其盲點。當病人的電腦斷層掃描檢查偵測到縱膈腔淋巴結異常腫大，或核醫檢查偵測到異常病灶，懷疑是癌症轉移而可能無法手術根除時，可實施縱膈腔鏡術做確認。由於各個醫師對於處理微小的縱膈腔淋巴結轉移病人的理念不盡相同，縱膈腔鏡術在此情況的使用情形多少有些差異。然而，縱膈腔鏡檢查在非小細胞肺癌施予手術前或胸部放射線治療前，新輔助化學治療時的第IIIA期或IIIB期的正確分期就非常具有價值。由於左上肺葉腫瘤常轉移到前縱膈腔淋巴結，此時可以應用擴展的(extended)縱膈腔鏡術，或是前縱膈切開術，或是影像輔助胸腔鏡術來做評估。由於是縱膈腔淋巴結轉移的第一站，當頸部縱膈腔鏡檢查無法證實有上縱膈腔淋巴結轉移時，可延緩或省略前縱膈腔淋巴結的探查；因為在左上肺葉腫瘤的病人，如果上縱膈腔淋巴結沒有轉移，即使前縱膈腔第一站淋巴結有轉移，手術根除後預後仍然相當的好。

7. 胸腔鏡檢查

影像輔助胸腔鏡術的施行亦需要全身麻醉，是一項較輕微的侵襲性技術，可做為肺癌的確定診斷和分期之用。位於周邊的肺結節可經此檢查確認並摘除，而對於縱膈腔淋巴結亦可做生檢的採樣。若懷疑肋膜有侵犯時，也可經由此項檢查得到確定的診斷並且準確地評估肋膜腔積液的情況。因此，影像輔助胸腔鏡檢查常用於縱膈腔淋巴結和T4狀態—尤其是肋膜腔積液的評估。

8. 開胸剖探術

在進行開胸剖探手術時，可以利用細針抽吸、腫瘤切開或切除生檢，送冰凍切片檢查而得到正確的診斷。手術中必須同時對肺門或縱膈腔淋巴結進行採樣或施予完全廓清以做進一步的分期。然而在開胸手術時才意外地發現到腫瘤已侵犯到鄰近組織(T3或T4)的情況也不少見。

9. 遠處轉移的診斷

肺癌常見的遠處轉移部位有肝臟、腎上腺、骨骼、腦部、以及骨髓。從仔細詢問病史和理學檢查，以及血液常規和生化檢查報告中，經常可以發現淋巴結或遠處轉移的跡象。如果觸摸到表淺淋巴結或皮下結節，可以用細針抽取或生檢取得標本。如前所述，胸部電腦斷層檢查應已包括肝臟和兩側腎上腺的評估。肝臟、腎上腺、或骨骼掃描有不正常的影像而懷疑是轉移性病灶時，若需要做進一步的確認，也可以在超音波或是電腦斷層導引下應用細針抽吸生檢術取得標本。

四、肺癌病理

病理診斷包括眼觀和顯微鏡觀兩部分。眼觀部分我們建議包括腫瘤位置及大小、是否侵犯支氣管或肋膜、和支氣管或其他外科手術邊緣 (surgical margin) 之距離、是否有周邊腫瘤 (satellite tumor)、非腫瘤部分肺組織是否有後阻塞性 (postobstructive) 或其他異常等。顯微鏡觀部分除組織型別 (參見下表) 之外，建議包括腫瘤分級 (grade) 如何、是否侵犯外科手術邊緣、是否侵犯肋膜、有無淋巴結轉移及數目、非腫瘤部分肺組織異常等。此外，病理分期 (pathological staging, pTNM)、有無血管淋巴管侵犯 (angiolymphatic invasion)、有無神經旁侵犯 (perineural invasion)、有無淋巴結旁腫瘤延伸 (perinodal tumor extension)、和其他輔助檢查 (如特殊組織染色、免疫組織染色、分子病理檢查等) 若有結果也宜註明。肺癌組織型別之分類如下：

分類 (組織型別)：

- A. Squamous cell carcinoma (鱗狀細胞癌)
variant: spindle cell (squamous) carcinoma (梭狀細胞 [鱗狀] 癌)
- B. Small cell carcinoma (小細胞癌)
variants: mixed small cell/large cell carcinoma (混合小細胞/大細胞癌)
combined small cell carcinoma (複合小細胞癌)
- C. Adenocarcinoma (腺癌)

- Acinar adenocarcinoma (腺泡狀腺癌)
- Papillary adenocarcinoma (乳頭狀腺癌)
- Solid carcinoma with mucus formation (實狀癌伴隨黏液形成)
- variants: bronchioloalveolar adenocarcinoma (細支氣管肺泡腺癌)
- spindle cell (adeno) carcinoma (梭狀細胞腺癌)

- D. Large cell carcinoma (大細胞癌)
variants: giant cell carcinoma (巨細胞癌)
clear cell carcinoma (亮細胞癌)
- E. Adenosquamous carcinoma (腺鱗狀癌)
- F. Non-small cell neuroendocrine carcinomas (非小細胞神經內分泌癌)
Carcinoid tumor (類癌)
Atypical carcinoid tumor (非典型類癌)
Large cell neuroendocrine carcinoma (大細胞神經內分泌癌)
- G. Bronchial gland carcinomas (支氣管腺體癌)
Adenoid cystic carcinoma (腺樣囊狀癌)
Mucoepidermoid carcinoma (黏液類上皮癌)
Others (其他)
- H. Other (specify) 其他

五、分期

肺癌分期的目的，主要是要讓醫師間便於決定治療方式，提供預後參考，也可以比較治療的成效與交換治療心得。隨著檢查的項目愈多愈詳細，病患肺癌的分期會愈清楚。分期主要是靠TNM來衡量。T指腫瘤本身的情況，N指腫瘤轉移到淋巴結的情況，M指腫瘤有無遠處轉移。分期可分為臨床分期法 (clinical staging, cTNM)、外科分期法 (surgical staging, sTNM)、與病理分期法 (pathological staging, pTNM)。一般為臨床分期法；如果病患有接受開胸手術檢查或治療，則其所知道的分期結果是外科分期法；如果外科切除後有標本送病理檢查，則其結果是病理分期法。另外，病患死亡後，如有接受大體解剖，則其所得結果是解剖分期法。

1. 腫瘤分期 (T stage)

病患病史與理學檢查，有時候可幫助我們判斷腫瘤本身侵犯周邊組織或器官的程度；胸部X光檢查，可幫助測量腫瘤大小與腫瘤和周邊組織相關的程度；胸部電腦斷層檢查，也可以看出腫瘤本身侵犯周邊組織或器官的程度；支氣管鏡檢查，可幫助確立組織診斷與腫瘤與中央主支氣管的關係。腫瘤本身病灶分期請見表一。對於T3、T4分期不確定者可考慮以磁共振造影做為電腦斷層掃描的輔助工具。

2. 淋巴結分期 (N stage)

除非淋巴結變化很大，理學檢查與一般的胸部X光檢查是很難偵測出來的。胸部電腦斷層檢查可以比胸部X光檢查偵測出更多異常，但是判讀可能較難。如果電腦斷層檢查或是核醫造影檢查發現縱膈腔異常，則病患可能需要縱膈腔鏡檢查，以便確定腫瘤期別。

3. 縱膈腔非侵襲性評估

有許多研究比較用胸部電腦斷層檢查和縱膈腔鏡檢查評估縱膈腔淋巴結轉移情況，並與手術切除後之病理檢查相比較，結果發現：

- A. 胸部電腦斷層檢查結果為沒有縱膈腔淋巴結轉移的準確率是90% ~ 95%，這些病患如果要考慮開刀治療，則可以省略縱膈腔鏡檢查而直接開胸手術。
- B. 當胸部電腦斷層檢查結果為沒有縱膈腔淋巴結轉移，只有肺門異常時，這些病患如果要考慮開刀治療，也可以省略縱膈腔鏡檢查而直接開胸手術。
- C. 當胸部電腦斷層檢查結果為疑有縱膈腔淋巴結轉移時，則其準確率高低相差很大 (50% ~ 100%)，病患可接受縱膈腔鏡檢查。如果縱膈腔鏡檢查發現病灶對側縱膈腔淋巴結異常，病患便不必接受開胸手術。

如果該醫療單位無法施行縱膈腔鏡檢查，則可按臨床分期處理。病患手術意願強烈時，可施行剖胸手術探查，當縱膈腔沒有異樣則可施行根治性手術。淋巴結分期請見表一。

4. 轉移分期 (M stage)

腫瘤有無遠處轉移，經常可以由病患臨床症候推測。例如：骨頭疼痛，可能是骨骼轉移；肝腫痛或黃疸，可能是肝臟轉移；意識障礙，可能是腦部轉移等。出現症狀時，相關部位的進一步檢查可加以確認；如腦部做電腦斷層或核醫掃描；肝臟做超音波或電腦斷層掃描；骨骼做骨核醫掃描。病人雖然沒有症候，但要決定腫瘤期別以擬定治療計畫時，腦部、肝臟與骨骼有時候也需要做進一步檢查。若未發現任何轉移病灶，但週邊血液相異常，而懷疑轉移至骨髓時，應做骨髓檢查。

5. 開胸手術之分期

病患如果接受開胸手術，則有外科分期結果。外科醫師切下之標本，應將部位標示清楚，以便病理醫師檢查。

6. 建議之分期步驟

例行檢查：胸部X光、支氣管鏡檢查、電腦斷層掃描(下至腎上腺)、肺功能檢查、心電圖等。

- A. 胸部X光及電腦斷層掃描顯示有手術切除之可行性時：建議腦部電腦斷層及骨核醫掃描檢查。
- B. 胸部X光及電腦斷層掃描顯示無手術切除之可能時：

- (a) 有中樞或顏面神經症狀—腦部電腦斷層。
- (b) 有骨頭疼痛或血清鹼性磷酸脗酶(alkaline phosphatase)及血鈣上升—骨核醫掃描檢查。

- C. 縱膈腔淋巴結腫大，不確定是否腫瘤侵犯時(N2/N3?)
可施行縱膈腔鏡檢查。若無法施行該項檢查但病人手術意願強烈，則施行剖胸探查。

- *胸部電腦斷層掃描不能確定肝臟是否異常時，應加做肝臟超音波檢查。
- *有單一肝臟或腎上腺病灶存在時，應盡可能確定其是否為轉移。
- *如懷疑手術後肺功能不足以維持病患基本生活品質時，除肺功能檢查外，可加作核醫肺臟局部血液灌注或肺通氣/灌注檢查，作為手術前肺功能評估。

六、小細胞肺癌之分期

於小細胞肺癌之病患而言，分期主要分：局限期與擴散期。局限期定義是：肺癌局限於一側胸廓與兩側頸部淋巴結，擴散期是超過此範圍者。

七、一般狀況的評估

包括肺功能、其它器官功能、體能狀況(Performance Status)等。

表一

T 腫瘤本身的情況	
TX	痰檢查有癌細胞，但是，支氣管鏡檢查與胸部X光檢查，無法發現腫瘤之存在。
T0	沒有原發腫瘤存在。
T1S	原位癌。
T1	腫瘤最大直徑不超過3公分，周圍由正常肺組織或臟層肋膜包圍，支氣管鏡檢查可見尚未侵犯到肺葉支氣管 (lobar bronchus)。
T2	腫瘤最大直徑超過3公分；或是不限大小，而有侵犯臟層肋膜；或是有合併肺萎陷或阻塞性肺炎，範圍一直到肺門者。做支氣管鏡檢查時，可見腫瘤已侵犯到肺葉或主支氣管，但是至少離氣管分岔部尚有2公分以上距離。任何肺萎陷或阻塞性肺炎不可以包括單側整個肺臟。
T3	任何大小的腫瘤，直接侵犯到肺壁（包括 superior sulcus 腫瘤）、橫膈或是縱膈側的肋膜、或心包膜，但沒有侵犯心臟、大血管、支氣管、食道或脊椎體；或是腫瘤已侵犯主支氣管，距離氣管分岔部不到2公分，但沒有直接侵犯氣管分岔部。
T4	任何大小腫瘤，侵犯到縱膈腔、心臟、大血管、氣管、食道、脊椎體、氣管分岔部，或是有惡性肋膜積液或心包膜積液、或原發肺葉有衛星腫瘤結節。

N 淋巴結轉移的情況			
N0	沒有局部淋巴結轉移。		
N1	轉移到支氣管旁淋巴結，或是同側肺門淋巴結，也包含直接侵入者。		
N2	轉移到同側縱膈腔淋巴結與氣管分岔部下方淋巴結。		
N3	轉移到對側縱膈腔淋巴結、對側肺門淋巴結、同側或對側斜角肌或鎖骨上淋巴結。		
M 遠處轉移的情況			
M0	沒有遠處轉移。		
M1	有遠處轉移。		
期別			
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T1	N1	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T3	N1	M0
	T1-3	N2	M0
IIIB	T4	N0-2	M0
	任何T	N3	M0
IV	任何T	任何N	M1

*Nx, Mx：淋巴分期，轉移分期未確定。

八、非小細胞肺癌治療共識

治療共識為一般治療處理原則，治療時應將病人身體狀況、意願等實際狀況一併考慮。放射線治療之建議劑量為傳統使用每週五次、每次200cGy，可因各院使用之分次方法、設備、病灶及病人狀況於劑量做適當之調整。

1. 影響治療之因素

1.1 病理診斷

1.2 分期

1.2.1 局部早期：Tis，T0，T1，T2 及N0，N1及M0

1.2.2 局部晚期：T3，T4及N2，N3及M0

1.2.3 惡性肋膜腔積液或轉移(M1)

1.3 一般身體狀況

1.3.1 肺功能

1.3.2 其他器官功能

1.3.3 體能狀況(Performance Status)

2. 治療原則

分期分為病理分期及臨床分期，以下之分期是指一般執業時所能做到最詳盡的分期。

2.1 局部早期：Tis，T0，T1，T2及N0，N1 及M0

以手術治療為原則，不能接受手術、肺功能足夠的病人宜接受根治性放射線治療。

2.1.1 第零期Tis N0 M0

- 以手術切除為原則，盡量保存正常肺組織。
- 可考慮施行內視鏡光動力治療。

2.1.2 第一期T1-2 N0 M0

- 以手術切除為原則 (建議術式：肺葉切除加上淋巴結廓清術)。
- 肺功能不足病人依腫瘤之部位可施行肺節切除、楔狀切除、袖狀切除術。
- 不能接受手術病人，若肺功能足夠，可接受根治性放射線治療。
- 可考慮術後放射線治療，例如接近手術邊緣有殘存癌細胞。
- 術後輔助性化學治療需待進一步臨床試驗評估。
- 術後輔助性化學預防治療(chemoprevention)需待進一步臨床試驗評估。

2.1.3 第二期T1-2 N1 M0

- 以手術切除為原則 (建議術式：肺葉切除加上淋巴結廓清術)。
- 肺功能不足病人依腫瘤之部位可施行肺節切除、楔狀切除、袖狀切除術。
- 不能接受手術病人，若肺功能足夠，可接受根治性放射線治療。
- 可考慮術後放射線治療，例如接近手術邊緣有殘存癌細胞。

- 術後輔助性化學治療需待進一步臨床試驗評估。
- 術後輔助性化學預防治療需待進一步臨床試驗評估。

2.2 局部晚期：T3，T4或N2，N3及M0

2.2.1 第二期T3 N0 M0

- 以手術切除為原則（建議術式：肺葉切除加上淋巴結廓清術）。
- 肺功能不足病人可施行局部切除。
- 不能接受手術病人，若肺功能足夠，可接受根治性放射線治療。
- 如手術邊緣有殘存癌細胞，宜考慮術後放射線治療。
- 病人身體狀態良好，可考慮術前（或放射線治療前）輔助性化學治療。
- 可考慮術後輔助性化學治療。
- 術後輔助性化學預防治療需待進一步臨床試驗評估。

2.2.2 第三A期T3 N1 M0

原則同2.2.1。

2.2.3 第三A期T1-3 N2 M0

- 可考慮手術切除，並可考慮術後放射線治療。
- 病人身體狀態良好可考慮術前（或放射線治療前）輔助性化學治療。
- 不接受手術病人，若肺功能足夠，可接受根治性放射線治療。
- 可考慮術後輔助性化學治療。

- 術後輔助性化學預防治療需待進一步臨床試驗評估。

2.2.4 Superior sulcus tumor (T3 N0-1 M0)

同2.2.1，但較少轉移，以局部根治性治療為原則。

2.2.5 侵犯胸壁(T3 N0-1 M0)

同2.2.1，以局部根治治療為原則。

2.2.6 第三B期T4 N0-2 M0 (無惡性肋膜腔積液)

- 以放射線治療為原則。身體狀態良好、肺功能足夠，可接受根治性放射線治療。
- 病人身體狀態良好可考慮放射線治療前輔助性化學治療。
- 身體狀態良好、肺功能足夠，可考慮同時施行化學放射線治療 (concurrent chemoradiotherapy)。
- 病人身體狀態良好、肺功能足夠、化學或/及放射線治療效果非常好，病人意願強烈，可考慮加上手術切除。
- 放射線治療後輔助性化學治療需待進一步臨床試驗評估。
- 身體狀態不好，可接受治標性放射線治療。
- 肺功能不足，無法施行放射線治療，可考慮化學治療，原則如2.3。

2.2.7 第三B期T1-4N3M0 (無惡性肋膜腔積液)

原則同2.2.6。

2.3 有惡性肋膜腔積液 (T4) 或轉移 (M1)

2.3.1 第三B期T4 N0-3 M0，有惡性肋膜腔積液

- 病人身體狀態良好，可考慮施行化學治療。

- 病人有症狀時，而且症狀可以用放射線治療控制，可考慮施行放射線治療。

2.3.2 第四期 任何T，N及M1

治療原則同2.3.1。

- 單一腦轉移病人，若身上其他部位疾病可以控制良好，可考慮施行手術切除腦轉移病灶及/或放射線治療。

九、小細胞肺癌治療共識

治療共識為一般治療處理原則，治療時應將病人身體狀況、意願等實際狀況一併考慮。放射線治療之建議劑量為傳統使用每週五次、每次200cGy，可因各院使用之分次方法、設備、病灶及病人狀況於劑量做適當之調整。

1. 影響治療之因素

1.1 分期

1.1.1 局限期

1.1.2 擴散期

1.2 一般身體狀況

1.2.1 肺功能

1.2.2 其它器官功能

1.2.3 體能狀況(Performance Status)

2. 治療原則

2.1 局限期

2.1.1 化學治療為主要治療

- 建議時機：診斷分期確立後儘早開始。
- 建議處方：使用複方化學治療（例如cisplatin及VP-16）。
- 建議週期：一般治療三到六個月。

2.1.2 施行放射線治療

- 建議對象：除了肺功能不佳或體能狀況不佳之所有局限期之病人。

- 建議時機：宜儘早施行。

2.1.3 若考慮外科切除必須仔細分期、確定為第一期（用非小細胞分期法）。若外科手術後才得到診斷，術後原則同2.1。

2.1.4 達成完全緩解病人，建議施行預防性腦部放射線治療。

2.2 擴散期

2.2.1 化學治療為主要治療

- 建議時機：診斷分期確立後儘早開始。

- 建議處方：使用複方化學治療。狀況不好或年齡過高之病人可考慮單方化學治療。

- 建議週期：一般治療三到六個月。

2.2.2 放射線治療做為局部及症狀之控制

- 建議時機：需局部治療控制症狀時。

2.2.3 不建議外科切除，若外科手術後才得到診斷，術後應追加化學治療，原則同2.2.1。

十、參考資料

1. 陸坤泰、張登斌，台灣的肺癌，台灣醫誌91卷附冊。1992, 1, S1-7。
2. Myers JL, Askin FB and Yousem SA. Association of directors of anatomic and surgical pathology. Recommendations for the reporting of resected primary lung carcinomas. Am. J. Clin. Pathol. 1995, 104: 371-374.
3. Ihde DC, Bunn PA Jr. and Hansen HH. Clinical practice guidelines for the treatment of unresectable non-small cell lung cancer. J. Clin. Oncol. 1997, 8: 2996-3018.
4. Ihde DC, Bunn PA Jr. and Hansen HH. Clinical practice guidelines for the treatment of unresectable non-small cell lung cancer: how useful are they? Am. Soc. Clin. Oncol. 8th Annual Fall Education Conference, Fall Educational Book. 1997, pp 39-56.
5. Minna JD, Sekido Y, Fong KM and Gazdar AF. Cancer of the lung. In: Cancer: Principle and Practice of Oncology. 5th ed., Devita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1997, pp 849-949.
6. Lung Cancer: Principle and Practice. Pass HI, Mitchell JB, Johnson DH and Turrisi AT, eds. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1996.
7. Physicians' Desk Query (PDQ) – NCI's Comprehensive Cancer Database: non-small cell lung cancer and small cell lung cancer. 1998.

肺癌研究委員會委員名單

<u>醫 院</u>	<u>科 別</u>	<u>姓 名</u>
台北榮總	胸腔部	彭瑞鵬醫師(主 委)
台北榮總	胸腔內科	蔡俊明醫師(總幹事)
三軍總醫院	胸腔內科	江啟輝醫師
三軍總醫院	放射治療科	吳錦榕醫師
台大醫院	胸腔外科	李元麒醫師
台大醫院	檢驗醫學部	郭壽雄醫師
台大醫院	檢驗醫學部	陸坤泰醫師
台大醫院	腫瘤醫學部	楊志新醫師
台大醫院	內 科	楊泮池醫師
台北病理中心	解剖病理部	黃文哲醫師
台北榮總	病 理 部	周德盈醫師
台北榮總	呼吸循環放射線科	陳名聖醫師
台北榮總	胸腔外科	黃敏雄醫師
台北榮總	核子醫學部	劉仁賢醫師
台北榮總	癌病中心	顏上惠醫師
和信醫院	放射腫瘤科	蔡玉真醫師
和信醫院	血液腫瘤科	謝政毅醫師
馬偕醫院	放射線部	許清寅醫師
馬偕醫院	胸腔內科	郭許達醫師

<u>醫 院</u>	<u>科 別</u>	<u>姓 名</u>
國泰醫院	外 科	劉榮森醫師
基隆長庚	胸腔內科	謝文斌醫師
林口長庚	第二胸腔內科	余志騰醫師
林口長庚	第一胸腔內科	曹昌堯醫師
慈濟醫院	胸腔內科	李仁智醫師
中山醫院	腫瘤內科	吳銘芳醫師
中國醫藥醫院	腫瘤治療科	林芳仁醫師
台中榮總	胸腔內科	江自得醫師
台中榮總	胸腔外科	陳志毅醫師
彰基醫院	腫瘤內科	郭集慶醫師
成大醫學院	院 長 室	王乃三醫師
成大醫院	胸腔外科	吳明和醫師
成大醫院	胸腔內科	薛尊仁醫師
高雄長庚	胸腔內科	王瑞隆醫師
高雄榮總	胸腔內科	盧朝勇醫師
高醫醫院	胸腔外科	高英隆醫師
高醫醫院	內 科	黃明賢醫師
國家衛生研究院	癌 症 組	彭汪嘉康醫師
國家衛生研究院	TCOG	賴基銘醫師
國家衛生研究院	TCOG	劉滄梧醫師
國家衛生研究院	生 統 組	熊 昭主任