

胃癌治療的近況

文 / 劉孟綸 (一般外科主任)



自 1930 年以來，全世界胃癌的發生率與死亡率有漸漸下降的趨勢，但胃癌仍是一個不治之症，在台灣是十大癌症死亡原因的第七

位，在過去二十年，胃癌治療成績因為外科治療的進步、優良的術後照顧以及多團隊的合作照護改善，因而有些微的進展。胃癌的高死亡率，歸責於診斷的太晚以及胃癌細胞相對較惡性的本質，另一個原因則是胃癌的發生部位，從以往的胃遠端轉為胃近端的趨勢 (圖一)，除了肥胖的因素外，其他似乎無法解釋，近端的胃癌較遠端者更為惡性，期別也比較晚，預後也就更差了。

早期診斷的重要性

局部胃癌可以手術切除乾淨，配合化放療而可達到滿意結果，在美國三分之二的病人為晚期，只有十分之一的人為早期，而在日本因為有大規模的篩檢系統，故早期胃癌佔了一半以上，這在低發生率的國家，例如：美國，篩檢是否合乎成本效益，

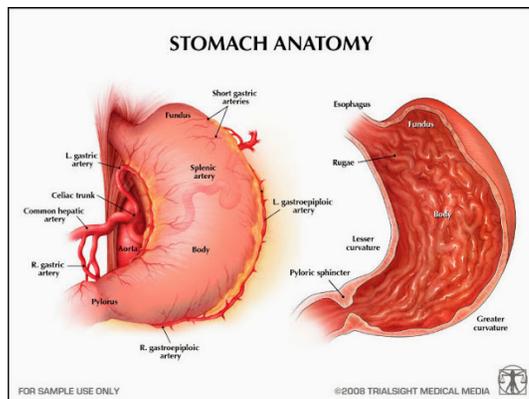
仍是有待商榷的。但是針對那些高危險群的人做篩檢，如有家族遺傳性的大腸癌史、基因變異者、食物因素、胃酸分泌低下者、有幽門螺旋桿菌及食道異變者 (如 Barrett 食道)，則篩檢是有幫助的。另外，對有症狀的病人及早做評估，也可及早診斷出胃癌 (圖二)。

胃癌的期別評估

胃癌的期別評估，理學方面，應特別注意鎖骨上窩的淋巴結是否腫大，腹部及直腸肛門的檢查，電腦斷層對於肝臟、腹膜轉移常易疏忽掉，不易診斷出。現有內視鏡超音波檢查，對腫瘤大小、淋巴狀態比電腦斷層要優秀，因為及早分期，可考慮做術前的化療或放療。而早期的胃癌，可用內視鏡切除而避免進行大規模的手術。另外，分期用腹腔鏡檢查，可直接看到肝臟表面與腹膜淋巴結，還可同時做組織切片或腹水細胞學檢查，對於胃癌晚期者，可以避免不必要的剖腹探查術。

局部胃癌的外科治療

完全切除胃癌病灶及其附近的淋巴結，是治療胃癌的基本方法，也是成功治療的關鍵。尤其是胃附近的淋巴結的清除，則



是越廣泛治療效果越好，但是相對的手術後合併症也比較多一些。另外，腹腔鏡胃切除與傳統的剖腹探查胃切除，前者的優點是恢復比較快、併發症較少，但是醫療費用較高。

化學治療及放射治療

手術以後的化療與放療，在美國經研究證實是有效的，其他國家也有類似的報告。而手術前的化放療，有可能將原本無法切除的病灶治療為可切除的病灶，目前有越來越多的醫師採用手術前的治療。他們的理由如下，首先是手術以後再做治療，往往因為手術後身體還沒復原而延遲，故提前在手術前治療，可以取得較佳的效果，其次是有些人即使手術切除後仍會在短時間內復發或轉移，所以先給予手

術前治療，以免手術後影響治療結果。另外，有些人腹水的細胞檢查是陽性的，表示有遠處轉移，可先做 4 到 6 個月的化學治療後，再評估是否繼續手術或其他治療。

胃癌的預後

胃癌的治療結果，在東西方是有差異的。西方人的預後與期別、組織學、切除的邊緣、年紀、性別有關係，但在東方，尤其是日本人的研究，5 年存活率似乎比西方要好，其原因可能在於期別的改變、不同的治療方式（尤其是外科手術方法）、種族的關係、不同的細胞生物學行為以及人體與腫瘤的交互反應。舉個例子，有日本的研究發現，在東京的日本人與在夏威夷的日本人，其胃癌治療的結果以前者為佳。

胃癌復發以後的治療

胃癌復發以後，可切除的話，可活 2 年左右，若不能切則壽命僅半年左右。至於局部的放射治療可能對症狀的控制有些幫助，緩和性的胃切除對於症狀解除，例如疼痛、嘔吐、噁心、出血、阻塞可能有幫助，但對於壽命的延長，則沒有用。至於遠端轉移，如肝及肺的轉移，若是只有單

一的病灶，也許進行切除會有些許幫助，但遠端轉移往往並非單一的病灶，而是屬於多發性的，此時外科手術就沒有具體效果。

標靶藥物治療

標靶藥物治療是目前各類癌症最熱門的一個話題，胃癌的標靶治療，目前也有使用於治療乳癌效果不錯的賀癌平，但多用於轉移性的胃癌，適用於上皮生長因子受體過度表現的病人，目前報告雖有統計學的差異，但效果並非如用於乳癌治療那麼理想。另外一種藥叫做拉姆西如美 (Ramucirumab)，去年 4 月美國 FDA 已通過，它是一種對抗血管內皮生長因子受體的藥物，多是合併化療藥物使用，目前也是建議在第一線藥物失敗以後才適用，至於其他的藥物例如 Lapatinib 及一些生物製劑，例如 Bevacizumab、Sunitinib、Sorafenib、Apatinib、Gefitinib、Etorolimus、Pembrolizuma 等，效果並不明顯，仍在實驗當中。

早期診斷治療最重要

胃癌的治療，雖然有些進展，但還有很多需要改進及努力，畢竟癌症仍是一種無法為人類所控制的惡疾，目前能做的，是早期診斷早期治療，才有較佳的效果。

