

義大醫療 醫訊



2025年9月出刊

21卷
03期

E-DA HEALTHCARE

No. 118



消化系癌症照護專刊

- ◆ 基因檢測，量身定做抗癌治療
- ◆ 免疫治療在消化系癌症的新進展
- ◆ 精準打擊，肝腫瘤的局部治療
- ◆ 腹腔溫熱療法
- ◆ 多病共生的食道癌
- ◆ 癌症照護中的溫柔力量

作者撰寫之文章以衛教為目的，文章內容在任何情況下，皆不能代替專業醫師對個別患者狀況的意見。

04. 關於這一期

饒坤銘副院長、曾政豪副部長

25. 一條腸子通到底，挑戰大腸癌

陳啟仁醫師

05. 消化性癌症流行病學

李蕙鳴副部長

28. 阻塞性黃疸介入性治療

楊境睿醫師

09. 免疫治療癌症病患的新希望

柯建佑醫師

32. 消化性惡性腫瘤

腹腔內擴散患者的新希望

趙頌慈副部長

13. 「多病共生」的食道癌

陳志城副主任

26. 急性心肌梗塞團隊之物理治療

及全人照護之相關應用

黃純政

17. 肝腫瘤的局部治療

蔡英楠醫師

35. 聚焦消化道癌症的臨床應用

黃奎綱主任

20. 胰臟癌

曾兆明醫師

37. 基因檢測，量身訂做抗癌治療

何虹霖主任

**40. 最困難的營養支持，
給消化系癌症病人的建議**

許玉伶技術組長

47. 國際淋巴水腫整合照護中心

**43. 見證奇蹟的時候
癌症治療的進步**

陳亮君腫瘤個案管理師

**40. 與你同行
癌症照護中的溫柔力量**

邱怡菁護理長

義大醫療醫訊

www.edah.org.tw/journal

發行人／杜元坤

總編輯／楊生滄

副總編輯／洪誌隆

執行秘書／林季緯

出版所／義大醫療

高雄市燕巢區角宿里義大路1號

取消/訂閱：07-6150011轉1667(服務台)

編輯委員／(依姓氏筆畫排列)

李蕙鳴、林季緯、洪士元、宣錦峰、
黃明賢、許家彰、許菀齡、孫灼均、
郭富珍、陳素婷、陳輝墉、楊士階、
蔡金川、趙頌慈、鄭雅文、蕭隆城、
蘇有村、饒坤銘

本期召集人／饒坤銘

執行編輯／饒坤銘、曾政豪

編輯／李盈妮

掛號專線(週一~週五07:30~16:30、週六07:30~11:30)

癌治療醫院：07-6150022 義大大昌醫院：07-559-6111

義大醫院：07-6150011

義大貝思諾護理之家服務電話：07-5596188(每日08:00~20:00)

義大護理之家服務電話：07-6150288(週一~週五08:30~17:00、週六08:00~12:00)

義大產後護理之家服務電話：07-6150266(每日09:00~19:30)

關於這一期

義大癌治療醫院／饒坤銘內科副院長、曾政豪內科部副部長

在醫療的漫長道路上，唯有團隊，能讓我們走得更遠。

我們是一群來自不同專科、背景與世代的醫師與照護者，因著對「消化系癌症整合照護」的共同信念而聚在一起。從預防、診斷、手術、放療、化療、標靶到免疫治療，從基因檢測、營養支持，到病人的生活品質與心理支持，每一環節，我們都努力做到最好，不遺餘力。

這個團隊，不僅僅是臨床的拼圖，更是價值的連結。我們相信，科學與人文可以並進，標準治療與個人化醫療可以並存。我們也深信，每一位患者的希望，始於團隊的理解與合作。

很榮幸，能與這樣一群熱情堅定、專業敬業的夥伴攜手同行。在這份專刊中，你會看見推拿師與癌共舞的故事，也會認識腫瘤科、外科、肝膽胃腸科、放射腫瘤科、介入放射科、營養科、護理師以及癌症個案管理師等多面向努力的結晶。我們的目標不只是治療疾病，而是幫助每位患者活得有尊嚴、有希望。

這是我們的故事——一群相信整合與創新的醫療人，正用知識與溫度，為消化道癌症病人，打造更完整的生命旅程。



↑ 饒坤銘內科副院長



↑ 曾政豪內科部副部長

消化性癌症流行病學

義大癌治療醫院外科部／李蕙鳴副部長

消化系統的癌症在台灣的10大癌症之中就佔了4項，包含了大腸癌、肝癌、胃癌和胰臟癌。尤其大腸癌和肝癌的發生率和死亡率，更是長期位居前3名。胰臟癌的高惡性度和不理想的治療效果，也都讓人聞之色變。這些疾病的發生一部分和細菌病毒感染有關，一部分和飲食也有關。所以我們應該養成健康的生活習慣和飲食，並配合醫師的治療和追蹤，希望減少癌症的發生。



↑ 李蕙鳴副部長

食道癌

近年來食道癌的發生率是呈現上升的趨勢，發生的年紀多在50至70歲。食道癌的患者男性占9成以上，男性發生率約是女性的10倍。依衛生福利部的資料，民國111年，食道惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的2.17%，當年因食道癌死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的3.81%。發生率的排名於男性為第6位、女性為第25位；死亡率的排名於男性為第5位、女性為第20位。民國111年初次診斷為食道惡性腫瘤者共計2,831人；當年死因為食道惡性腫瘤者共計1,980人。

項 目	發生個案		項 目	死亡個案	
	男性	女性		男性	女性
個案數(人)	2,600	231	個案數(人)	1,836	144
年齡中位數	60	63	年齡中位數	62	68
粗率(每10萬人口)	22.61	1.96	粗率(每10萬人口)	15.97	1.22
年齡標準化率 ² (每10萬人口)	12.51	0.97	年齡標準化率 ² (每10萬人口)	8.58	0.55
年齡標準化率 ³ (每10萬人口)	13.42	1.07	年齡標準化率 ³ (每10萬人口)	9.25	0.62
性別比(年齡標準化率 ³)	12.54	1	性別比(年齡標準化率 ³)	14.92	1

資料來源:衛生福利部國民健康署

胃癌

近年來胃癌在台灣的發生率有下降的趨勢，好發的年紀約在45至70歲，而男性發

生率約是女性的兩倍。依衛生福利部的資料，民國111年，胃惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的3.36%，當年因胃癌死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的4.39%。發生率的排名於男性為第7位、女性為第10位；死亡率的排名於男性為第8位、女性為第7位。民國111年初次診斷為胃惡性腫瘤者共計4,377人；當年死因為胃惡性腫瘤者共計2,277人。

項 目	發生個案	
	男性	女性
個案數(人)	2,625	1,752
年齡中位數	69	69
粗率(每10萬人口)	22.83	14.89
年齡標準化率 ² (每10萬人口)	11.03	6.50
年齡標準化率 ³ (每10萬人口)	12.64	7.41
性別比(年齡標準化率 ³)	1.71	1

項 目	死亡個案	
	男性	女性
個案數(人)	1,391	886
年齡中位數	73	74
粗率(每10萬人口)	12.10	7.53
年齡標準化率 ² (每10萬人口)	5.49	2.97
年齡標準化率 ³ (每10萬人口)	6.48	3.48
性別比(年齡標準化率 ³)	1.86	1

資料來源:衛生福利部國民健康署

大腸及肛門癌

大腸癌的發生率在台灣長期高居第一名，直到近期才被肺癌取代。好發的年紀約在50歲以上，但近年來年輕族群的發生率有上升的趨勢。男性的發生率略高於女性。依衛生福利部的資料，民國111年，大腸及肛門惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的13.54%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的13.20%。發生率的排名於男性為第1位、女性為第3位；死亡率的排名於男性為第3位、女性為第3位。民國111年初次診斷為大腸及肛門惡性腫瘤者共計17,643人；當年死因為大腸及肛門惡性腫瘤者共計6,853人。

項 目	發生個案	
	男性	女性
個案數(人)	9,989	7,654
年齡中位數	66	68
粗率(每10萬人口)	86.87	65.05
年齡標準化率 ² (每10萬人口)	44.30	29.57
年齡標準化率 ³ (每10萬人口)	49.75	33.47
性別比(年齡標準化率 ³)	1.49	1

項 目	死亡個案	
	男性	女性
個案數(人)	3,951	2,902
年齡中位數	71	76
粗率(每10萬人口)	34.36	24.67
年齡標準化率 ² (每10萬人口)	15.96	9.38
年齡標準化率 ³ (每10萬人口)	18.69	11.10
性別比(年齡標準化率 ³)	1.68	1

資料來源:衛生福利部國民健康署

肝及肝內膽管癌

台灣的肝細胞癌的發生主要和慢性病毒肝炎感染有關，B型肝炎病毒感染更是其主因。肝癌好發年紀約在40-50歲以上，男性的發生率高於女性。肝內膽管癌約佔所有原發性肝臟癌症的5%到15%，其預後通常比肝細胞癌差。依衛生福利部的資料，民國111年，肝及肝內膽管惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的8.01%，當年因肝及肝內膽管惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的14.98%。發生率的排名於男性為第5位、女性為第6位；死亡率的排名於男性為第2位、女性為第4位。民國111年初次診斷為肝及肝內膽管惡性腫瘤者共計10,433人，；當年死因為肝及肝內膽管惡性腫瘤者共計7,781人。

項 目	發生個案		項 目	死亡個案	
	男性	女性		男性	女性
個案數(人)	7,244	3,189	個案數(人)	5,202	2,579
年齡中位數	66	72	年齡中位數	69	77
粗率(每10萬人口)	63.00	27.10	粗率(每10萬人口)	45.24	21.92
年齡標準化率 ² (每10萬人口)	32.14	10.82	年齡標準化率 ² (每10萬人口)	21.76	7.79
年齡標準化率 ³ (每10萬人口)	35.78	12.69	年齡標準化率 ³ (每10萬人口)	24.97	9.50
性別比(年齡標準化率 ³)	2.82	1	性別比(年齡標準化率 ³)	2.63	1

資料來源:衛生福利部國民健康署

膽囊及肝外膽管癌

膽囊及肝外膽管癌在台灣的發生率相對較低，膽囊癌的發生率女性多於男性，比例約為3:1。而肝外膽管癌則是男性略多於女性。膽囊癌和肝外膽管癌好發於高年齡層，60-70歲以上。依衛生福利部的資料，民國111年，膽囊及肝外膽管惡性腫瘤發生

項 目	發生個案		項 目	死亡個案	
	男性	女性		男性	女性
個案數(人)	607	531	個案數(人)	286	306
年齡中位數	70	72	年齡中位數	73	73
粗率(每10萬人口)	5.28	4.51	粗率(每10萬人口)	2.49	2.60
年齡標準化率 ² (每10萬人口)	2.45	1.80	年齡標準化率 ² (每10萬人口)	1.12	0.98
年齡標準化率 ³ (每10萬人口)	2.84	2.10	年齡標準化率 ³ (每10萬人口)	1.32	1.15
性別比(年齡標準化率 ³)	1.35	1	性別比(年齡標準化率 ³)	1.15	1

資料來源:衛生福利部國民健康署

個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的0.87%，當年因膽囊及肝外膽管癌死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的1.14%。發生率的排名於男性為第20位、女性為第19位；死亡率的排名於男性為第16位、女性為第16位。民國111年初次診斷為膽囊及肝外膽管惡性腫瘤者共計1,138人；當年死因為膽囊及肝外膽管惡性腫瘤者共計592人

胰臟癌

胰臟癌在台灣的發生率雖然不在前10名，但其預後極差，主要因早期症狀不明顯，診斷時癌細胞可能已轉移或侵犯周邊重要血管，相對屬於晚期。胰臟癌好發於年紀大的族群，高峰年齡通常在60至80歲之間，男性發生率略高於女性。依衛生福利部的資料，民國111年，胰惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的2.48%，當年因胰臟癌死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的5.33%。發生率的排名於男性為第13位、女性為第13位；死亡率的排名於男性為第7位、女性為第5位。民國111年初次診斷為胰惡性腫瘤者共計3,234人；當年死因為胰惡性腫瘤者共計2,769人。

項 目	發生個案		項 目	死亡個案	
	男性	女性		男性	女性
個案數(人)	1,698	1,536	個案數(人)	1,465	1,304
年齡中位數	68	69	年齡中位數	69	73
粗率(每10萬人口)	14.77	13.06	粗率(每10萬人口)	12.74	11.08
年齡標準化率 ² (每10萬人口)	7.36	5.82	年齡標準化率 ² (每10萬人口)	6.12	4.36
年齡標準化率 ³ (每10萬人口)	8.29	6.63	年齡標準化率 ³ (每10萬人口)	6.98	5.15
性別比(年齡標準化率 ³)	1.25	1	性別比(年齡標準化率 ³)	1.36	1

資料來源:衛生福利部國民健康署

抗癌重要新武器

免疫治療是癌症病患的新希望

義大癌治療醫院血液腫瘤部／柯建佑醫師

近年癌症治療，「免疫治療」被視為一項革命性的突破。與傳統化療或標靶藥不同，免疫療法的核心是協助自己的免疫系統去對抗癌細胞，讓身體的防禦機制發揮最大的力量來對抗癌細胞，有效對抗癌症。

常見的免疫治療類型

免疫檢查點抑制劑 (Immune Checkpoint Inhibitors)：最常見的免疫治療方式。解除癌細胞對免疫系統的「抑制」，讓免疫細胞恢復攻擊癌細胞的能力。常見的藥物如：吉舒達 (Keytruda)，保疾伏 (Opdivo)，益伏 (Yervoy)，癌自禦 (Tecentriq)，抑癌寧 (Imfinzi)，抑佳妥 (Imjudo) 等等。

抗體藥物複合體 (Antibody-Drug Conjugates)：結合「抗體」與「化療藥物」，能精準引導藥物至癌細胞，減少對正常細胞的傷害。

雙特異性抗體 (Bispecific Antibody)：能同時結合免疫細胞與癌細胞，讓免疫細胞「直接」辨識並攻擊癌細胞。

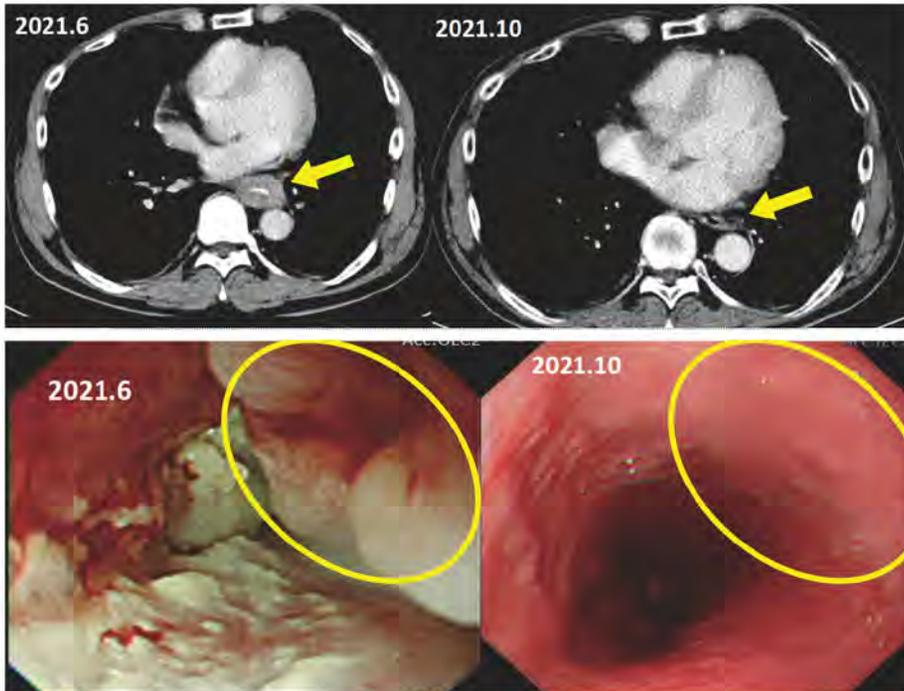


↑ 柯建佑醫師

免疫細胞治療 (如CAR-T)：利用患者自己的T細胞進行基因改造後回輸，直接鎖定癌細胞。

原理簡介

我們的免疫系統原本就有能力監控並消滅癌細胞。然而，癌細胞透過「免疫逃避機制」來躲避攻擊，常見方式是操控PD-1/PD-L1。當免疫細胞的PD-1接上癌細胞表面的PD-L1，就像是被「關閉電源」，失去攻擊力。而免疫檢查點抑制劑的工作，就是阻斷這些抑制訊號，讓免疫細胞「重新開機」，恢復對癌細胞的攻擊。目前已被廣泛應用於多種癌症，並持續拓展中。癌症治療已經從單一靶點藥物時代，進入了整合性免



↑ 圖一：免疫藥物治療四個月實際案例1：電腦斷層與內視鏡皆顯示腫瘤消失。

疫療法的時代。每位病患的腫瘤類型與基因特徵不同，合適的治療選擇也會不同，因此，我們針對幾種常見的消化道癌症，將目前可以取得治療方式進行介紹。

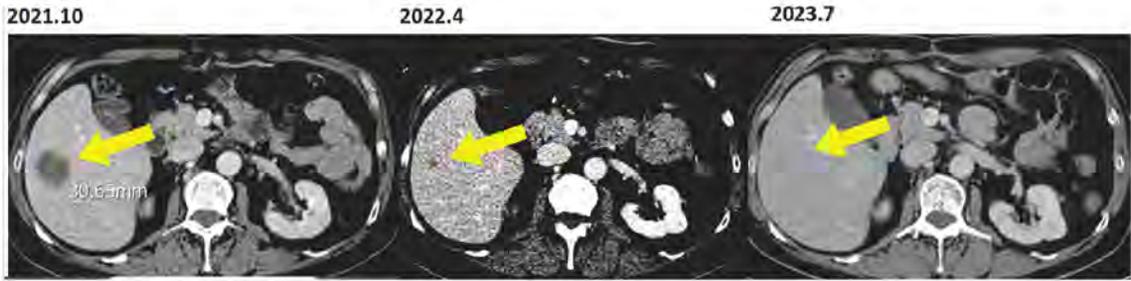
食道癌

在晚期食道癌，免疫治療扮演重要的角色。三個重要的臨床試驗：保疾伏合併化療用於晚期食道鱗狀細胞癌時，整體存活期達15.4個月，相較於未使用免疫治療的患者為9.1個月。客觀反應率達到53%，意味著超過一半的患者治療有效。吉舒達合併化療在晚期食道癌治療上的表現也非常亮眼。整體存活期可達12.4個月，特別在PD-L1表現較高的

患者中，更可達13.5個月，客觀反應率也高達45%，有6%的患者達到完全緩解。值得一提的是使用吉舒達的患者五年存活率約10-15%，明顯優於未使用免疫藥物的患者(約3%)。抑癌寧合併抑佳妥與化療併用，局部晚期食道癌患者兩年存活率可達75%，約37.5%的患者有明顯療效。免疫藥物甚至可單獨或聯合使用於特定情況，如保疾伏加上益伏或單用吉舒達。此外，單用保疾伏於食道癌手術後的輔助治療，無病存活期可達22.4個月。(補充：保疾伏健保有條件給付)

胃癌

在晚期胃癌治療方面，保疾伏(健保有條件給付)合併化療的整體存活期為



↑ 圖二：持續免疫藥物治療實際案例2：轉移性肝腫瘤電腦斷層顯示治療成效。
Ref:美國國家癌症診療指引NCCN Guideline. 2025

14.4個月，有治療成效比例高達60%。吉舒達合併化療的整體存活期17.4個月，有治療成效比例高達61.2%。有部分患者可使用吉舒達合併賀癌平加上化療整體存活期可達20個月，最新MATTERHORN研究顯示，在可手術第二期以上的胃癌使用抑癌寧合併化療的效果也令人振奮，客觀反應率達55-60%，無病存活期甚至達到32.8個月，術後腫瘤消失，完全病理緩解率高達16.4%。這些治療都比傳統治療還好，也都證明免疫藥物之重要性

肝癌

在晚期肝癌也有突破性進展，目前常用的是癌自禦合併癌思停療法。臨床研究IMbrave150顯示，此組合治療的整體存活期達到19.6個月，五年存活率接近20%，18個月後仍無惡化的患者比例高達一半以上，客觀反應率34.5%，其中8%的患者腫瘤完全消失。另外，抑癌寧加抑佳妥的HIMALAYA研究中，四年存活率達25.2%，客觀反應率20.1%。保疾伏合併使用益伏在Checkmate研究系

列中，整體存活期達23.7個月，客觀反應率36%。單獨使用免疫藥物治療肝癌，雖療效略遜於合併療法，但仍是重要選項之一，例如吉舒達(客觀反應率18.3%)、保疾伏(客觀反應率15%)及抑癌寧(客觀反應率17%)。目前只有癌自禦合併癌思停，抑癌寧加抑佳妥，以上兩種組合健保給付於肝臟機能較佳的晚期肝癌病患。

膽道癌

對於轉移性膽道癌，免疫治療合併化療已成為首選。抑癌寧(健保有條件給付)合併化療的整體存活期達12.9個月，客觀反應率為26.7%；吉舒達(Keytruda)合併化療則為12.7個月，客觀反應率達29%。這兩種治療已列入美國國家綜合癌症指南(NCCN)的首選推薦但吉舒達目前健保尚未給付。

最後，轉移性大腸直腸癌中，不但健保即將有條件給付，在帶有微衛星不穩定性(MSI-H)或錯配修復缺陷(dMMR)的病人。一線使用吉舒達，整

體存活期高達 77.5個月，客觀反應率 45%；二線使用保疾伏合併使用益伏則可達55%的客觀反應率。

免疫治療雖然是嶄新的癌症治療方法，但也會產生副作用。根據美國國家綜合癌症指南，最常見排名，首先是皮膚與口腔黏膜的症狀，例如皮疹、口腔潰瘍；其次是腸胃道及肝臟相關問題，包括腹瀉、腹痛或肝功能指數上升。再來是賀爾蒙相關的副作用，像是甲狀腺功能異常。另外肺部副作用，少數患者可能會有症狀如咳嗽、呼吸困難、胸悶。此外，肌肉與關節疼痛也是副作用之一，影響日常生活品質。神經相關副作用雖然比較少見但也不可忽視，例如肌肉無力、麻木或刺痛等。有自身免疫性疾病或風濕免疫疾病的患者，更需特別留意。值得一提的是，在COVID19流行期間，或是曾感染B型肝炎、C型肝炎的患者，需注意感染風險與肝功能變化，治療前與醫師充分討論，能提升治療安全性與治療效果，和更佳的生活品質。

綜合來說，免疫治療是近年的重要突破，以上所有醫學實證的免疫藥物，在我們義大醫療體系皆有施行臨床治療，也為患者帶來新的治療選項。然而，每位患者病況不同，建議諮詢醫療團隊，制定個人化的治療計劃。

「多病共生」的食道癌

義大癌治療醫院胃腸肝膽科／陳志城副科主任

前言

食道鱗狀上皮細胞癌(squamous cell carcinoma, SCC, 佔台灣食道癌比例約93%)。它與頭頸癌 (HN-SCC), 常因相同致癌原的暴露而導致”多病共生”。即同一位病人, 往往在診斷其中一種癌症之後, 在短時間之內, 又於其他位置發現新的原發性腫瘤。不僅影響診斷準確度, 也對治療耐受性、併發症及生活品質造成挑戰。



↑ 陳志城副科主任

食道癌的主要危險因子

食道癌的主要危險因子包括吸菸、飲酒和嚼食檳榔。這些因素不僅增加食道癌的風險, 而且具有”協同作用”。例如, 同時飲酒和吸菸會顯著提高風險, 如果再加上嚼食檳榔, 風險會更高達195.6倍。檳榔除了致癌作用外, 也與肥胖、三高等代謝症候群、心血管疾病、肝功能障礙、肝硬化和肝癌等疾病相關, 甚至可能透過父母的暴露而增加後代罹患代謝症候群的風險。菸、酒、檳榔三者並存即俗稱『三寶』, 在台灣地區尤為普遍。多項研究指出, 三者共同暴露會在黏膜內累積更嚴重的分子損傷, 其協同效應可使癌變風險遠高於各因子獨立作用的總和。此現象恰與區域致癌理論相呼應, 彰顯相鄰黏膜在環境暴露下產生同步或區域癌化的可能性。

區域致癌理論

由於食道鱗狀上皮癌 (ESCC) 與頭頸部鱗狀細胞癌 (HNSCC) 共享多種主要致癌因素, 特別是吸菸、飲酒和嚼食檳榔。這表示在一個個體內, 由於暴露於共同的致癌物, 整個解剖區域的黏膜都受到影響並發生分子層面的改變, 形成一個「癌化場域」。

在這個場域內, 細胞都帶有惡性轉化的潛在風險, 因此可以在原發腫瘤之外, 在同一甚至不同部位 (如頭頸部、肺部和食道) 同步 (synchronous) 或異時地 (metachronous) 發展出多個原發性癌症。

菸酒檳榔以外的高風險因子

食道鱗狀上皮細胞癌(squamous cell carcinoma, SCC, 佔台灣食道癌比例約



↑義大癌治療醫院上消化道癌醫療團隊

93%)。它與頭頸癌 (HN-SCC)，常因相同致癌原的暴露而導致“多病共生”。即同一位病人，往往在診斷其中一種癌症之後，在短時間之內，又於其他位置發現新的原發性腫瘤。不僅影響診斷準確度，也對治療耐受性、併發症及生活品質造成挑戰。

頭頸癌患者

由於共同致癌物暴露和區域癌化現象，頭頸癌患者是發生食道次發性原發腫瘤 (Second Primary Tumor, SPT) 的高風險群。食道癌是頭頸癌患者最常見的次發性原發腫瘤之一，在原發頭頸癌確診後的第一年內，其標準化發生率高達7.2倍，即使在診斷後10年仍保持高位。其中，下咽癌 (hypopharyngeal cancer) 和口咽癌 (oropharyngeal cancer) 患者發展同步性食道癌的風險最高，患病率可達10-25%。這些患者在原發頭頸癌治療

後，發生異時性食道癌 (metachronous) 的相對風險仍高達12.4。因此，針對這些高風險患者，應進行長期食道內視鏡追蹤。

酒精代謝基因多型性

攜帶不活躍的乙醛脫氫酶2 (ALDH2) 等位基因 (例如ALDH2*2基因型) 或更活躍的乙醇脫氫酶 (ADH) 變體 (例如ADH1B*2基因型) 的個體，因乙醛累積較多，食道癌風險更高。這類患者在飲酒後常有臉紅反應。

食道黏膜背景呈現多發性Lugol未染色病變 (Lugol-voiding lesions, LVLs) 者

特別是呈現「斑點狀」 (speckled pattern) 的多發性LVLs，代表癌變風險相當高，尤需密切監測甚至早期介入。患者，應進行長期食道內視鏡追蹤。

早期篩檢與介入

內視鏡檢查 (Endoscopy)：食道內視鏡是診斷食道腫瘤和監測癌前病變的黃金標準。尤其在義大體系，已常規運用各種影像增強內視鏡 (Image-Enhanced Endoscopy, IEE)，顯著提高發現小型癌前病變和淺表食道癌病灶的能力。

窄頻光譜影像 (Narrow-Band Imaging, NBI)

透過濾光片增強黏膜表層微血管結構的可視化，使腫瘤病灶呈現棕色，與正常黏膜的綠色形成對比，有助於早期發現扁平病灶。NBI搭配放大內視鏡可更精確預測腫瘤侵犯深度。

碘染色內視鏡 (Lugol's Chromoendoscopy, LCE)

利用 Lugol's 溶液與正常食道黏膜中的肝醣反應，使癌變或異生病灶因缺乏肝醣而未染色，呈現「Lugol未染色區域」(Lugol-voiding areas)。若未染色區域在數分鐘內變粉紅色，則可能為高度異生或鱗狀細胞癌。研究顯示，LCE在食道癌篩檢中具有較高的 sensitivity 和 negative predictive value。

此外，生物標誌物的研究，包括血清學標誌物（如平均紅血球體積 MCV，胃蛋白酶原比值 PGI/II，血管生成素-2

angiopoietin-2）和分子標誌物（如基因突變p53, DNA甲基化）等，也正在進行廣泛臨床研究，以期更精確地識別高風險人群。

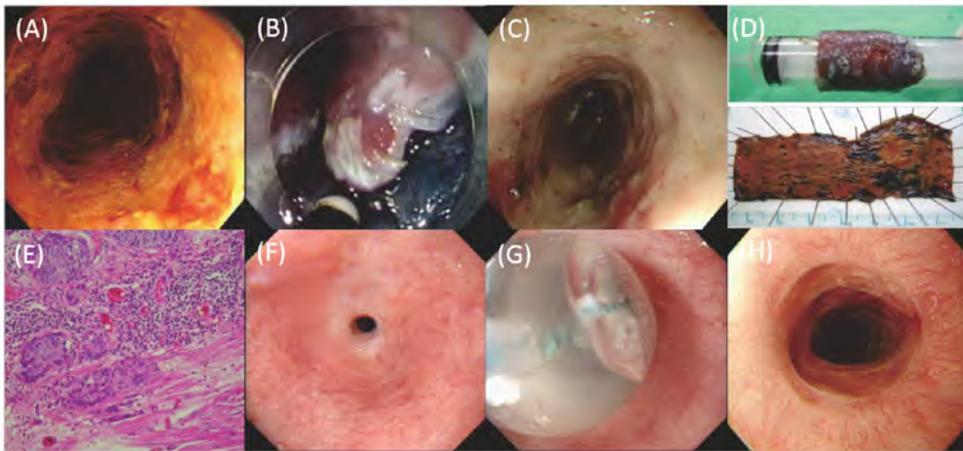
結語

食道癌的預後挑戰不僅來自疾病本身的侵襲性，更與其常伴隨的**多發性原發癌 (Multiple Primary Cancers, MPCs)** 息息相關。這種「多病共生」的本質，源於患者暴露於吸菸、飲酒、嚼食檳榔等共同致癌因子，導致上呼吸消化道（包含頭頸部及食道）黏膜產生「區域癌化 (Field Cancerization)」的廣泛病變。因此，食道癌患者本身即是頭頸部次發性原發腫瘤的高風險族群。

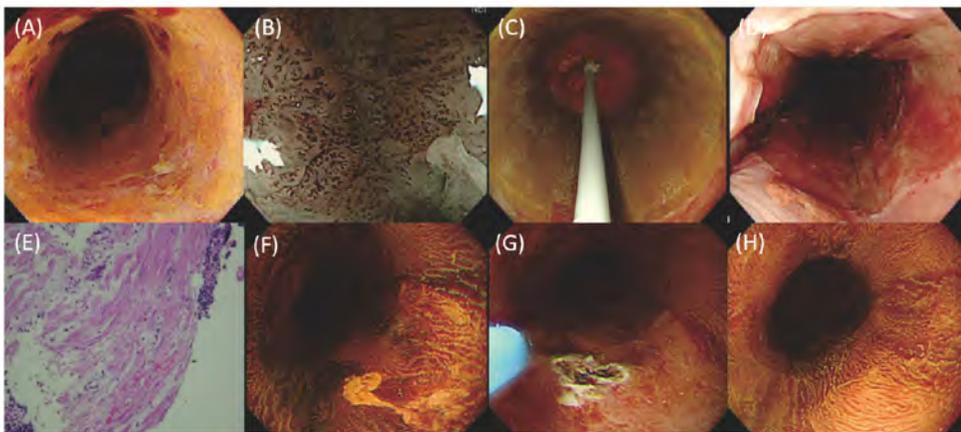
這些多發性原發癌的存在，會顯著惡化患者的預後。早期識別這些同步或異時發生的次發性原發腫瘤顯得至關重要。影像增強內視鏡 (Image-Enhanced Endoscopy, IEE)，特別是窄頻光譜影像 (NBI) 和碘染色內視鏡 (Lugol's Chromoendoscopy)，已被證實能大幅提升早期病灶的診斷率。早期發現的病灶，在義大醫療體系，早期病灶可藉由內視鏡黏膜下剝離術 (ESD) 或射頻燒灼術 (RFA) 等微創內視鏡手術達到治癒，不僅改善患者的長期預後，更能最大程度保留吞嚥功能並提升生活品質。值得一提的是，對於內視鏡背景黏膜呈

現斑點狀碘不染色病灶的高風險患者，本院胃腸肝膽科王文倫主任所領導的研究**內視鏡背景黏膜重塑（Endoscopic Background Mucosal Resurfacing, EBMR）**已顯示出能顯著降低異時性復發風險的潛力，是重要的次級預防策略。（*Gastrointest Endosc.* 2025 Jun;101(6):1145-1154.）

總而言之，面對「多病共生」的食道癌患者，採取整合性的多專科團隊方法是成功的關鍵。最終目標是全面提升食道癌患者的長期生存率和生活品質。



↑早期食道癌的食道黏膜下剝離術



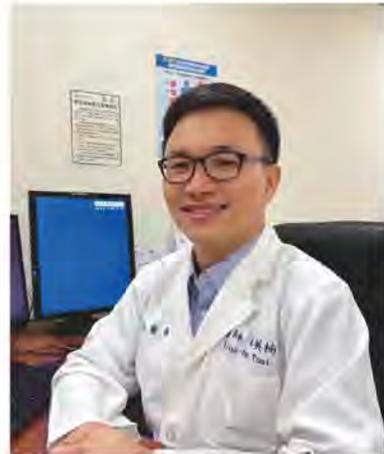
↑早期食道癌的食道射頻消融術

精準打擊

肝腫瘤的局部治療

義大癌治療醫院胃腸肝膽科／蔡英楠醫師

肝臟是人體不可或缺的重要器官，由於其特殊的血流構造與再生能力，加上對疼痛不敏感，肝腫瘤往往在無聲無息中悄然生長。若缺乏定期追蹤檢查，等到症狀出現時，腫瘤通常已進展至中晚期。隨著醫療科技的持續進步，肝腫瘤的治療策略也逐漸轉型。過去以外科切除與全身性藥物治療為主，而近年「精準打擊」的概念崛起，特別是在肝腫瘤領域，局部治療技術的快速發展已顯著改變治療模式與病人預後。



↑ 蔡英楠醫師

肝腫瘤的種類與挑戰

肝腫瘤可分為原發性與轉移性兩大類，其中原發性惡性腫瘤以肝癌（HCC）最常見，約佔九成，其次為肝內膽管癌（Intrahepatic cholangiocarcinoma）。由於慢性B型與C型肝炎盛行，亞洲地區為肝癌的高發區。在我國，肝癌的發生率位居第四，但死亡率高居第二，顯示其預後嚴峻。傳統治療方式以肝切除手術或肝臟移植為主，但並非所有病患皆適合接受手術，尤其是年長、有多重共病、肝功能不全或腫瘤多發的患者。對於這類無法手術的病人，如何有效控制腫瘤、同時保留肝功能，便成為治療的核心目標。

局部治療的類型與原理

局部治療是指針對腫瘤所在部位進行直接處置，以避免全身性副作用，同時提高治療的精準度。這類治療大多在局部麻醉或輕度鎮靜下進行，治療時間短、副作用低，對肝功能的影響相對較小，適合無法手術的早期肝癌患者。目前主要的局部治療方式包括：

經皮穿刺肝腫瘤消融術

這是一種在影像導引下，將電針或導管插入腫瘤內部，利用高溫或低溫破壞腫瘤細胞的技術，常見方法如下：

- 射頻消融術（RFA）：利用高頻電流產生熱能，使腫瘤組織升溫至60~100°C，造成腫瘤壞死。目前已有

探針技術，可擴大治療範圍。儘管此法安全有效，但若腫瘤鄰近血管、膽管、腸道或橫膈膜，可能會影響治療效果及增加併發症風險。

- 微波消融術（MWA）：與射頻消融術類似，但加熱速度更快、溫度更高，壞死區域更廣，適合體積較大的腫瘤。
- 冷凍消融術（Cryoablation）：利用探針將液態氮或氬氣導入腫瘤，使溫度迅速降至 -40°C 以下，形成冰晶並破壞細胞膜，誘發腫瘤細胞凋亡與壞死。然而此方法冷卻較慢，操作時間也較長。

這些治療多在超音波或電腦斷層導引下進行，具有傷口小、恢復快、可重複性高等優點，特別適用於腫瘤直徑小於3公分的患者，並可依個別病況進行多次治療。

經動脈導管栓塞療法（TACE）

對於無法手術切除的肝癌患者，經動脈導管栓塞療法是主要的局部治療選項。其作法是經由股動脈置入導管，導引至腫瘤供應動脈，再注入化學藥物與栓塞劑，達到讓腫瘤「斷糧」及「中毒」的雙重治療效果。進一步發展的載藥微球栓塞術（Drug-Eluting Beads TACE, DEB-TACE），可穩定釋放藥物，有助於提升療效並減少全身性副作用。

全身立體定位放射治療 (Stereotactic Body Radiotherapy, SBRT)

以往認為肝臟對放射線較為敏感，以至於放射治療應用受限。然而近年全身立體定位放射治療技術進步，能以高精準度鎖定腫瘤區域，分次給予高劑量輻射，有效殺死腫瘤細胞。對於無法接受消融或栓塞治療的患者，全身立體定位放射治療提供了另一項有效且非侵入性的治療選擇。

放射性栓塞治療 (Yttrium-90 microspheres, Y-90)

放射性栓塞治療是一種核醫的新技術，透過導管將含放射性元素鈷-90的微球注入供應腫瘤的動脈，微球在腫瘤內部持續釋放射線，達到精準放射與局部控制的效果。此法結合了動脈導向治療與放射治療的優勢，對特定中晚期肝癌患者亦展現良好療效。

精準治療的實踐： 影像導引與個人化策略

局部治療能達到「精準打擊」的關鍵，在於以下兩項核心要素：

- 影像導引：借助超音波或電腦斷層等影像技術，精確引導針頭或導管進入腫瘤中心，確保治療定位正確、提升安全性與療效。

- **個人化治療**：根據腫瘤的大小、數目、位置及病人肝功能狀況，量身制定最適合的治療計畫。實務上，常會結合多種局部治療方式，以提升治療反應並產生加乘效果。

放射治療的不斷進步，局部精準治療將成為對抗肝腫瘤的關鍵策略，為患者帶來更長的存活期與更佳的生活品質。

局部治療的優點與限制

優點

- 能保留正常肝臟功能，適用於肝功能已有受損的患者。
- 傷口小、恢復期短，且治療方式可重複施行。
- 多數治療可於短期住院內完成，病人負擔較低。

限制

- 不適用於腫瘤體積過大或病灶數目過多者。
- 無法處理腫瘤外圍可能存在的微小轉移或多發性病灶。

結語

肝腫瘤的治療已邁入「精準化」與「個人化」的新紀元。局部治療具備「對準目標、有效破壞」的特性，已成為現代肝腫瘤治療不可或缺的重要武器。無論是初次診斷的小型病灶，或是手術後復發的病變，皆可透過上述技術有效處理。隨著影像導引、消融技術與

胰臟癌

義大癌治療醫院肝膽腸胃科／曾兆明醫師

前言

胰臟同時具有內分泌腺以及外分泌腺的細胞。胰臟癌（pancreatic adenocarcinoma）是一種常見消化系統腫瘤，主要是指胰腺外分泌腺腫瘤，約佔消化系統惡性癌的10%。近年來，世界各地胰臟癌的發病率皆有明顯上升的趨勢。在台灣，其發生率亦增加數倍之多。由於胰臟癌早期症狀不明顯，缺乏特異性的表現和敏感的診斷指標，早期診斷極為困難，治療效果亦不佳，預後較差。一年存活率為24%，而5年存活率約5%。因此胰臟癌在世界各國都逐漸被重視而加以深入研究。

流行病學

胰臟癌的發生率在各種人群中隨著年齡的增大而上升，一般45歲以前較少發生，在45歲後期發生率急增。男性罹病率較女性高（約1.3：1）。在美國，黑人患胰臟癌的危險性較白人增加30%-40%。東方人則較低。另外，醫療水平較高的地區或國家，因診斷技術較佳，其發生率亦有明顯上升。

病因

胰臟癌發生原因迄今仍然不明，一般認為與多種因素並長期共同作用的結果。根據臨床與流行病學資料調查分析，可能與下列因素有關。



↑ 曾兆明醫師

(1)吸煙因素：為環境因素中，最具有證據也最為重要的一向因子。美國華盛頓大學研究發現，吸煙為患胰臟癌的獨立因素。研究顯示，與非吸煙者相較，其relative risk為1.5倍。且隨著吸菸量增加，其風險越大。即使戒煙後，其胰臟癌的風險仍須15年才會漸趨非吸菸者。

(2)飲酒因素：飲酒與胰臟癌發病關係尚無定論。日本一項大規模研究結果顯示酒精攝入量與胰臟癌之發生，兩者間並無明顯關係。但亦有研究顯示飲威士忌者其相對危險性增加2.78倍。

(3)飲食因素：在環境因子中，第二重要的危險因子就是飲食。流行病學研究顯示胰臟癌發生率與飲食中，動物性脂肪有關。高三酸甘油酯或高膽固醇、低纖維飲食會促進胰臟癌之發生。日本研究，歐化的飲食習慣使日本的胰臟癌發生率增加4倍。某些亞硝胺類化合物亦增加胰臟癌的發生。環境因素：研究顯示洗衣場或石油相關化學藥品工場相關

人員，胰臟癌發生率較高，可能與長期接觸某些重金屬、聯苯胺、烴化物等等有關。

(4)內分泌代謝因素：研究顯示60%–80%胰臟癌患者合併有糖尿病。大部分的個案其胰臟癌的確診時間約略在糖尿病初診斷後兩年內。所以針對年齡大於50歲的初發糖尿病患者且無家族史，要格外小心胰臟癌。一般認為其糖尿病的原因不是因為胰臟受到癌症的破壞，而是與腫瘤產物有關（amylin）。

(5)遺傳與基因因素：美國研究，近7-8%胰臟癌患者，有家族史。某些特異基因的變異亦與胰臟癌發生有關，譬如K-ras基因之突變、Smad4/DPC4基因之突變、P16基因功能缺失、P53基因之突變、微衛星不穩定序列存在（MSI+/TGFBR2）等等。

(6)其它：胃部份切除術後和膽囊切除術後，亦有較高胰臟癌發生率。

病理

胰臟癌可發生於胰臟的任何部位，但以胰頭部最常見，約佔60%–70%，胰體部佔5-10%。尾部約佔10%–15%。正常胰臟細胞具有1) acinar cell, 2) ductal cell, 3) endocrine cell。95%的胰臟癌是來自胰臟的外分泌細胞（ductal and acinar epithelium）。其餘5%來自內分泌系統，以胰島細胞腫瘤（islet cell tumor）為主。

分期

胰臟癌的國際TNM分期法為主，T為腫瘤大小及侵犯之範圍，N為是否有淋巴結之侵犯，M表是否有遠處的轉移。一般而言，T的分類以大小（2cm）、celiac axis或SMA的侵犯有無來做區分。有淋巴結之侵犯時，癌症分期約IIb以上；若有肝、肺部或骨、腎、腎上腺等器官轉移，則癌症約第四期（末期）。（下圖一）

Stage	Tumor grade	Nodal status	Distant metastases	Median survival ^b (months)	Characteristics
IA	T1	N0	M0	24.1	Tumor limited to the pancreas, ≤ 2 cm in longest dimension
IB	T2	N0	M0	20.6	Tumor limited to the pancreas, > 2 cm in longest dimension
IIA	T3	N0	M0	15.4	Tumor extends beyond the pancreas but does not involve the celiac axis or superior mesenteric artery
IIb	T1, T2, or T3	N1	M0	12.7	Regional lymph-node metastasis
III	T4	N0 or N1	M0	10.6	Tumor involves the celiac axis or the superior mesenteric artery (unresectable disease)
IV	T1, T2, T3, or T4	N0 or N1	M1	4.5	Distant metastasis

↑圖一 (Disease of Month 2013 368-402)

臨床表現

一般而言根據腫瘤分布的位置，其常見的原因也不同。頭部的腫瘤因會造成阻塞性黃疸，所以一般診斷的時間會較早期。而體尾部的腫瘤則因以非特異性症狀來表現，如疼痛、體重減輕，所以一般診斷時多屬晚期。

(1)腹痛：約79%以上病患有上腹痛或全腹痛，多數患者隨病程進展而逐漸加重。典型腹痛常在仰臥時加重，坐起或向前彎腰、屈膝時可減輕。腰背痛亦常見。

(2)體重減輕：病患因食慾不振，或因進食引起腹部不適而減輕進食，或胰腺外分泌功能失調而影響吸收等等，而造成體重減輕，有時可達15公斤以上，佔85%。

(3)黃膽：為胰頭部重要的症狀。約佔56%。黃膽的產生乃總膽管下端受到侵犯或壓迫所致，而其產生乃漸進且愈來愈嚴重。

(4)腹部腫塊：多屬晚期症狀，常見於胰體尾部腫瘤，質堅固定，有明顯壓痛。

(5)血管血栓性疾患：3%胰臟癌患者會出現游走性或多發性血栓性靜脈炎，可為首發之症狀。常出現於下肢，以髂、股靜脈栓塞最常見。

(6)症狀性糖尿病：若糖尿病患者出現持續性腹痛或老年人突然出現糖尿病或原有糖尿病患者，突然病情加重，皆因考慮胰臟癌發生之可能性。

實驗室檢查

(1)胰頭部癌併阻塞性黃膽或肝臟轉移時，常併有總膽紅素（T-Bil）、血清轉氨酶（ALT、AST）、鹼性磷酸酶（ALP）升高。若持續時間較久，可能併有凝血（PT、APTT）異常和血清白蛋白（Albumin）降低的現象。

(2)若併有急性胰臟炎時，會有血清澱粉酶（Amylase）和脂肪酶（Lipase）上升之情形。若合併有糖尿病時，會有血糖升高之情形。

(3)腫瘤指標：CA19-9對胰臟癌有較高的敏感性和特異性。有研究顯示CA19-9與腫瘤大小有正相關，腫瘤切除後CA19-9有明顯下降至正常者，其預後較佳。

(4)腫瘤指標：CEA（癌胚抗原）其敏感性和特異性較低，只有30%的進展期胰臟癌有CEA升高之情形。

影像檢查

(1)超音波：因安全價廉，為目前檢測胰臟病變最常用之方法。但易受腸氣干擾，對2 cm以下胰臟癌之診斷率約21%—64%。

(2)電腦斷層 (CT: 常規電腦斷層 (CT) 在診斷<2 cm之胰臟癌的敏感性約60%。

(3)MRI (核磁共振攝影)、MRA (核磁共振血管攝影) 和MRCP (核磁共振胰膽管攝影) : MRI (核磁共振攝影) 在胰臟癌中, 在T1W時出現低或等信號, 在T2W時出現高信號。MRA (核磁共振血管攝影) 對胰臟癌是否有血管侵犯有很高準確性。

(4)ERCP (逆行性胰膽管攝影術) : 主要是主胰管和主要分枝出現狹窄、擴張、阻塞、扭曲、充盈缺損 (filling defect)、逐漸尖細型 (tapering) 或出現胰管和總膽管同時擴張的『双管 sign』 (double duct sign)。

(5)EUS (內視鏡超音波術) : 對早期胰臟癌的診斷有極高價值, 可診斷小於5mm的腫瘤。並可評估是否鄰近淋巴結和大血管的侵犯。術中亦可用FNB (細針穿刺術) 進行細胞和病理學檢查。

(6)正子發射斷層掃描 (PET) : 以¹⁸F脫氧葡萄糖 (FDG) 為增強劑, 在腫瘤組織處或轉移處保留較多FDG的特性, 在正子發射斷層掃描 (PET) 時, 形成高密度濃聚區。對微小的腫瘤 (小於3mm) 有較高敏感性, 但特异性較差, 對發炎組織易出現假陽性。

治療

(1)根治性手術治療: 外科手術是唯一能根除腫瘤的方法, 但90%病患發現時, 已無法接受手術治療。若胰臟癌合併有下述情況時, 不適合開刀: 1) 遠端轉移、2) 侵犯到celiac plexuss或superior mesentery artery、3) 侵犯到portal system: ex: portal vein or superior mesenteric vein。

手術治療術式相當複雜, 通常採用標準胰十二指腸切除術 (Whipple operation)。其手術切除範圍包括: 胰頭、十二指腸全部、胃竇處 (antrum) 和總膽管遠側, 然後將近側端總膽管、胰體斷面的胰管、胃體部、空腸進行吻合術。因手術過程極為複雜, 故手術併發症可達45%以上。近年來有改良標準胰十二指腸切除術 (Whipple operation) 的手術, 稱為保留幽門胰十二指腸切除術 (PPPD), 其優點保存較多胃儲存和消化功能, 可減少傾倒症候群 (dumping syndrome) 的產生, 有利改善病患的營養狀態和生活品質。

(2)化學治療: 胰臟癌屬對化學治療較不敏感一類。早期以5-Fu (5-氟尿嘧啶) 為主之治療方案, 譬如FAM、FSM, 但效果較差。近年來, 因Gemcitabine (健擇) 為主之治療方案的加入, 譬如GP、GCF, 使得一年存活率可達

28%–38%。且因毒性小、副作用少而漸漸取代5-Fu（5-氟尿嘧啶）為主之治療方案。

(3)放射治療或放射治療加化學治療：胰臟癌屬對放射治療較不敏感一類。但放射治療可使30%–50%病患的腹痛和下背痛獲得改善。另外，有研究顯示若以放射治療4000或6000Gy/4–6周後，再進行化學治療。因利用放射治療改變血胰屏障以增加對5-Fu（5-氟尿嘧啶）或Gemcitabine（健擇）為主之治療藥物的通透性，以增加效果。

(4)標靶藥物 目前有許多藥物正在進行研究中，包含了Erlotinib、Bevacizumab、Cetuximab等，可考慮使用基因檢測找出適合的藥物治療。

(5)姑息性治療：晚期病患併嚴重黃膽，無法採用根治性手術治療時，可使用姑息性治療，其包括阻塞膽管和腸道作繞道手術（Bypass）、經皮穿肝膽管引流術（PTC-D）、內視鏡鼻膽管引流術（ENBD）以改善黃膽之情形或進術胰周圍神經或內臟神經切斷術以達止痛之效果。

總結

近五年來，胰臟癌已邁入國人十大癌症死因之列，但因早期診斷不易，以致胰臟癌的預後仍然很差。臨床上患者大都屬中、晚期，以致手術切除率約

10%–20%，術後5年存活率不到10%。故鼓勵國人除避免上述危險因子（抽煙、肥胖、過量的動物性脂肪攝取等）外，若有家族史的患者則建議定期追蹤。若有症狀及早就醫，早期診斷，早期治療，以提高治癒率。

參考書目：

- 1)Disease – a-Month 59 (2013) 368- 402
- 2)Sleisenger and Fordtran' s Gastrointestinal and Liver Disease 9th edition
- 3)義大醫訊15期

一條腸子通到底，挑戰大腸癌

義大醫院胃腸肝膽科／陳啟仁醫師

一條腸子通到底，原本是形容一個人直性子，不懂得拐彎抹角，現在則是形容你的腸子很直很乾淨，可以很輕鬆地完成整個大腸鏡檢查，確定你的腸子沒有問題。

根據國民健康署的統計，台灣在113年10大癌症發生率，大腸癌發生率排名第2，死亡率排名第3。所以台灣於93年開始推動癌症篩檢，並於114年1月開始擴大篩檢，其中和肺癌，口腔癌，乳癌及子宮頸癌相比，大腸癌的篩檢是最簡單最沒有侵入性的。只要年紀45~74歲，或有大腸癌大腸息肉的家族史且超過40歲的民眾，每2年都可以免費至全台各醫療院所做篩檢，和先進國家如美國癌症協會的建議相似，完全是超英趕美。除了電子業外，醫療業也是最先進的製程。

根據台灣多中心的研究發現，在正常無症狀的民眾接受大腸鏡的檢查，有27%的病人有大腸息肉，其中增生型息肉為11%，腺瘤性息肉為16%。而在糞便篩檢有潛血反應的病人，有52.6%的病人有大腸息肉，有23%為進展性息肉。自從台灣開始糞便潛血篩檢後，大腸癌的發生率降低了33%，死亡率下降了47%。可是癌症篩檢是鼓勵的，有很多病人常常做完就忘記2年了可以再篩



↑ 陳啟仁醫師

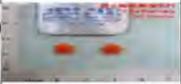
檢，做過一次就覺得安全了，覺得沒症狀不敢面對的，更甚至知道有痔瘡病史就把潛血或血便當作痔瘡的，而忽略了他們已經有了血便，腹痛，慢性腹瀉或便秘，大便習慣改變，裡急後重感等。因此做糞便篩檢或大腸鏡是很重要的健康檢查途徑。

大腸鏡的檢查非常簡單。首先，可以到全國各地有做檢查的醫療院所，掛門診就可以安排：

1. 第一步，先暫停抗凝血藥物一個星期（圖1）
2. 低渣飲食3天，若肚子很怕餓，現在有研究出代餐，可以正常飲食。
3. 喝清腸藥劑把腸子洗乾淨，現在主流

抗血小板藥物:

抗凝血藥劑:

Bokey® (Aspirin) 伯基、阿斯匹林		Coumadin® (Warfarin Sodium) 可邁丁	
Plavix® (Clopidogrel) 保栓通		Pradaxa® (Dabigatran Etexilate) 普栓達	
Pletaal® (Cilostazol) 普達		Eliquis® (Apixaban) 艾必克凝	
Sandel® (Dipyridamole) 心滴舒		Xarelto® (Rivaroxaban) 拜瑞妥	

↑圖1

有3種清腸藥物：第一種只要在當天早上喝一次即可：沒有特殊味道：但是要泡在2000 cc 的水中：洗腎病人也可以使用（圖2a）。第二種為金桔檸檬口味，為雙劑型，前一晚喝一次，檢查當天早上再喝一次，只需要泡在50 cc 的水中，喝完可以多喝水更乾淨（圖2b）。第三種為鹹鹹的，但泡在沙士等裡面非常好喝（圖2c）。若仍然不乾淨或不能喝的病人，可以從肛門口灌清腸藥劑進去清洗腸子，也可以達到清腸效果。



↑2a



↑2b



↑2c

4.換檢查褲後躺在床上，檢查醫生會拿一隻直徑約1.2 cm 的管子(約一隻螢光筆粗)從肛門伸進去到達盲腸檢查，再慢慢退出來檢查一次，過程總共約10 分鐘，檢查過程中，若有發現息肉或腫瘤，檢查醫生會看息肉的大小，顏色，型態，再佐以一些光學或AI的工具，判斷息肉是良性或惡性（圖3 a-b），有沒有辦法用內視鏡切除，若可以用內視鏡切除，當下即會使用除圈器把息肉套住切除（圖3c），切完後觀察是否有切乾



↑3a



↑3b



↑3c



↑3d



↑3e

淨，出血機率多高（圖3d），若容易出血，便使用免拆線的止血夾縫合傷口（圖3e）。

5.一周後看病理報告，確定是否完整切除，腫瘤變性比例，判斷下次大腸鏡需要多久追蹤一次。

以前，只要有了大腸癌就要把大腸切掉三分之一至一半，如果是直腸癌，還要做肛門造口，現在隨著醫療進步，有了更多方法：

1.內視鏡切除：只要腫瘤沒有侵犯到肌肉層，就可以使用內視鏡切除，完整保留大腸。

2.外科手術切除：相較之前的剖腹手術，現在使用腹腔鏡手術，傷口小，恢復時間短。

3.直腸腫瘤：傳統需要做大腸造口，現在可以先使用化療合併放射治療，或最新的免疫治療，讓腫瘤變小後再手術，或先做暫時性的大腸造口，等腫瘤治療完成再把大腸接回去，不用終身背著大腸造口。

現在義大醫院，從日本引進最新的光學顯像技術，配合傳統的內視鏡染色，和華碩合作發展的A I 息肉偵測術，以及腸道末端接合器(endocuff)，可以更早發現又平又小，非常不顯眼的息肉，可以把息肉偵測率大幅度增加，息肉診斷率高達75%，進展性息肉可以來到44%，可見台灣仍有一些進步空間。

人生七十才開始，可是怎麼健康的生活，決定在年輕時如何保養身體，配合國民健康署的政策，才能銀髮樂活。

阻塞性黃疸介入性治療

義大癌治療醫院放射診斷科／楊境睿醫師

肝臟、膽管、膽囊：三位一體的健康守護者

認識人體的「化工廠」——肝臟

肝臟是人體內最大的實質器官，位於右上腹部，形狀像一個大三角，約比張開的手掌還要大一些。它的工作非常繁重，負責將食物中的營養轉化為身體可以利用的能量，還有分解和排除體內的毒素。舉例來說，當我們吃下藥物或喝酒時，肝臟就像一個過濾器，幫助身體把有害物質分解掉。此外肝臟還能儲存糖分，調節血糖，並合成許多維持生命所需的蛋白質。

膽管與膽囊：膽汁的運送與儲存站

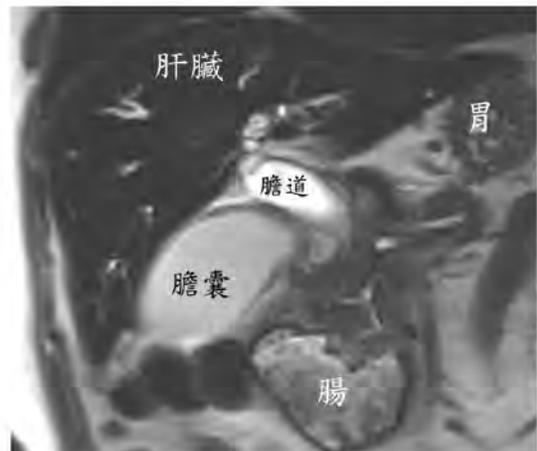
膽道系統主要由肝臟、膽管以及膽囊所構成(圖一)。

肝臟內部有許多細小的管道，這些稱為「膽管」，它們就像河流一樣，將肝臟產生的膽汁運送出去。膽汁是一種黃色的液體，主要幫助我們消化脂肪。正常情況下，肝臟每天會產生大約500毫升的膽汁。這些膽汁會先流經膽管，部分會被儲存在膽囊裡。膽囊是一個小小的囊袋，位於肝臟下方，負責儲存和濃縮膽汁。



↑ 楊境睿醫師

當我們進食，特別是吃到油脂類食物時，膽囊就會收縮，把濃縮的膽汁釋放到腸道裡，幫助食物消化和營養吸收。沒有膽汁，人體就很難吸收油脂和脂溶性維生素（如維生素A、D、E、K）。



↑ 圖一

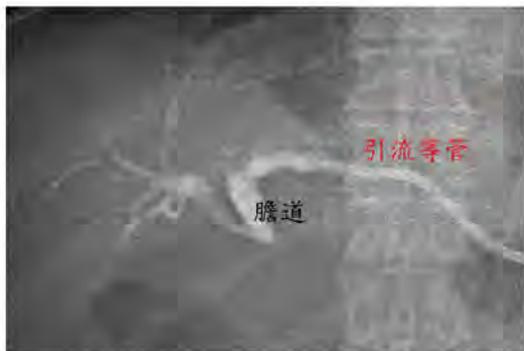
黃疸：身體發出的警訊

當膽汁無法順利排出，或是肝臟功能出現問題時，體內的膽色素便會累積，導致黃疸。黃疸的典型症狀包括：皮膚和眼白變黃、尿液顏色變深（像濃茶）、糞便顏色變淺（像陶土），還可能伴隨皮膚癢、噁心、嘔吐、腹痛、發燒等。如果黃疸持續未改善，還可能出現食慾不振、體重減輕、身體水腫、全身無力，甚至嚴重時會影響大腦，導致意識混亂甚至昏迷，這時就必須緊急就醫。

黃疸的常見原因

黃疸的成因很多，其中常見的是「阻塞性黃疸」，也就是膽汁的排出路徑被阻塞。造成阻塞的原因可能有：

1. 良性膽道結石：膽管或膽囊內形成石頭，堵住膽汁通道。
2. 惡性腫瘤壓迫：如胰臟癌、膽管癌等腫瘤壓迫膽道。



↑圖二

3. 發炎導致的狹窄：如膽管炎、膽囊炎，發炎後膽管變窄。

這些問題會讓膽汁無法順利流到腸道，導致膽色素在體內累積，引發黃疸。

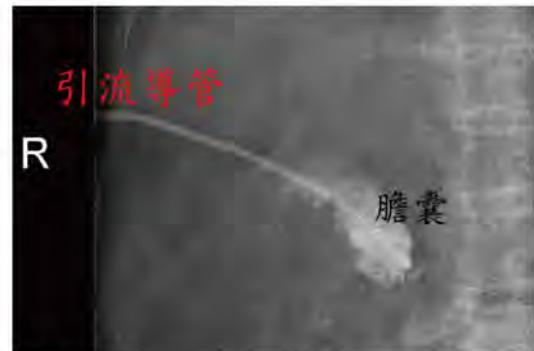
檢查和診斷

當醫師懷疑有黃疸時，會安排非侵入性的影像檢查，例如超音波 (US)、電腦斷層 (CT)、核磁共振 (MRI) 等，這些檢查可以幫助醫師判斷膽道是否有阻塞、阻塞的位置，以及可能的原因（如結石或腫瘤）。

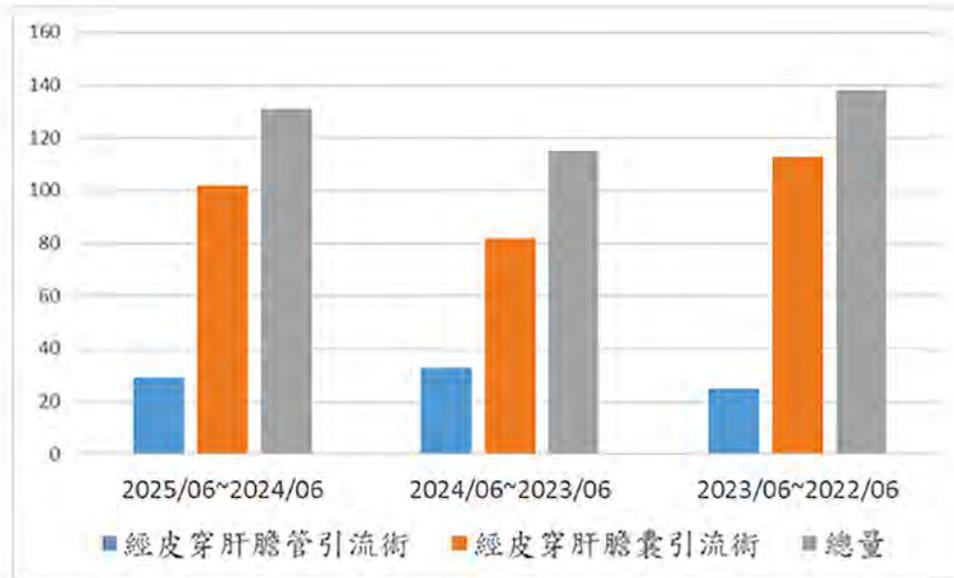
微創治療：經皮膽汁引流

當確診為阻塞性黃疸時，目前最常見且成效卓著的治療方式之一，就是「經皮膽汁引流」。這類微創手術又可細分為下列兩種主要術式：

1. 經皮穿肝膽管引流術 (PTCD) (圖二)
2. 經皮穿肝膽囊引流術 (PTGBD) (圖三)



↑圖三



↑圖四

經皮穿肝膽管引流術 (PTCD) 好處是直接治療膽管阻塞，對膽汁引流效果較佳，但缺點為術式較為複雜，風險較高，部分患者無法持續較長時間術式。經皮穿肝膽囊引流術 (PTGBD) 好處是但術式較為簡單，風險較低，手術時間短，適合高齡與急性重症患者，但缺點為引流效果稍遜。

這類微創手術，醫師會在局部麻醉下，利用超音波和X光定位，從皮膚開一個小傷口（大約2-3毫米），插入一條細細的引流管到膽道系統內裡，把多餘的膽汁引流出來，整個術式大約15分鐘到一小時不等。這個方法已經有30年以上的歷史，技術相當成熟。通常在引流後的幾個小時內，患者的症狀就會明顯改善。

以本醫療體系為例，近三年平均每年完成約128例經皮膽汁引流手術（標準差約11.79）（圖四），整體手術成功率高達95%以上，療效穩定可靠

等到黃疸和感染控制住後，醫師會再評估是否需要進一步的內視鏡檢查或外科手術，來根治造成阻塞的原因。

治療過程中的注意事項

雖然經皮膽汁引流是微創手術，但因為患者體內常常已經累積了大量膽汁，手術後有一半以上的患者會短暫出現感染加重的現象。不過，配合抗生素治療，通常4到6小時內就能改善。這也再次證明，及時將膽汁引流出來，有時比單純使用抗生素效果更好。

不能施作經皮膽汁引流的情況

並不是每一位患者都適合做這項治療。例如：有嚴重凝血異常、無法配合引流治療、肝臟膽道結構異常、嚴重肝硬化或腫瘤阻擋穿刺路徑等，這些情況就必須考慮其他治療方式。

結語

肝臟、膽管、膽囊三者密不可分，像是人體消化與解毒的「三位一體」守護者。當膽汁排出受阻，黃疸就是身體發出的警訊。現代醫學已經能利用微創技術迅速解除阻塞，幫助患者恢復健康。只要及時就醫、配合治療，絕大多數患者都能獲得良好的預後。了解這些知識，有助於我們及早發現、及時處理，守護自己的健康。

參考文獻：

- 1.Management of biliary strictures: state-of-the-art review. Radiology, 2018, 289:590 - 603.
- 2.Diagnosis and treatment of jaundice. Radiographics, 1986, 6(5), 847-890.
- 3.Percutaneous treatments for biliary diseases. Radiology, 1990, 176(1), 25-30.

消化道惡性腫瘤 腹腔內擴散患者的新希望

義大癌治療醫院教學研究部／趙頌慈副部長

對於消化道惡性腫瘤的患者而言，以腹腔內腫瘤擴散的情形在治療上最為困難且預後最差。儘管腫瘤科醫師會針對情況建議患者接受緩和性化療抗癌藥物治療，但患者平均存活時間往往不到一年。隨著科技和手術技術的進步，醫療人員又有了新的抗癌利器。

一、「腫瘤減積手術」及「腹腔溫熱化學治療」

人體正常組織細胞能耐受45攝氏度高溫，而腫瘤細胞卻在40-43攝氏度時就會開始陸續死亡。溫熱治療就是利用此特點將治療區環境的溫度穩定控制在42~43攝氏度範圍內，這樣既可以殺死患者腹腔內擴散的腫瘤細胞，又可達到保護正常組織的目的。同時高溫的環境更可刺激患者體內熱激蛋白的增長以強化自身的免疫系統。

臨床上，「腹腔溫熱化學治療」是緊緊配合在「腫瘤減積手術」後進行(圖一)。首先，外科醫師先藉由「腫瘤減積手術」儘量切除腹腔內原發及擴散的腫瘤，其切除範圍視腫瘤侵犯的程度、手術安全性及維持術後病人的生活品質而有所不同；「腹腔溫熱化學治療」則是將已升溫至42~43攝氏度含有化療抗癌藥劑的溶液在腹腔內進行循環式灌洗，升溫的環境既可破壞腫瘤細胞細胞膜的穩定狀態，又可改善組織的血流灌注和含氧量並可增強化療抗癌藥物對組織的滲透。在這共同作用下增加了腫瘤細胞的通透性，進而使化療抗癌藥物對腫瘤細胞的滲透深度從原來



↑ 趙頌慈副部長

的1~2 mm加深至5 mm。同時，高溫環境與化療抗癌藥物又可發揮協同抗癌的作用，研究更發現該協同作用在43攝氏度時更明顯增強。此外，「腹腔溫熱化學治療」能安全地在手術中以直接的方式針對腹腔內的指定範圍作廣泛接觸性治療，這不但能提高腹腔內使用化療藥劑的濃度以達到較好的效果，也可大大減少術後殘留體內的化療藥劑濃度而引起全身性副作用發生的機會。



↑圖一、患者在本院接受「腫瘤減積手術」後緊接著進行「腹腔溫熱化學治療」的情形

對於腹腔內腫瘤擴散引起的難治性惡性腹水，我們可以通過腹腔鏡手術的方式來單獨施行「腹腔溫熱化學治療」來減緩惡性腹水產生的速度，又可提升病人術後的生活品質。

醫學專家曾針對國外一些進行「腫瘤減積手術」合併「腹腔溫熱化學治療」醫療機構的患者治療效果不如預期的案例作分析，結果發現其主要原因和選擇了不適合的患者參與該治療有密不可分的關連(表一)。以腹腔內腫瘤擴散的結腸直腸癌為例，合適的患者若同時接受完整的「腫瘤減積手術」和「腹腔溫熱化學治療」，其五年存活率可望大大提升至40~50%。趙頌慈教授更針對315位結腸直腸癌患者作研究追蹤，比較同時進行「腫瘤減積手術」合併「腹腔溫熱化學治療」和只進行「腫瘤減積手術」的預後，發現兩者均能有效緩解患者的臨床症狀，並延長了患者不同程度的存活時間。但同時進行「腫瘤減積



↑圖二、本院進行「腹腔高壓氣霧化學治療」的情形

手術」合併「腹腔溫熱化學治療」患者的症狀通常會更早(約治療後三個月內)得到改善，並表現出更明顯的生活品質之提升，相關之研究成果已被國際權威醫學雜誌Annals of Surgical Oncology所接受並將於2025下半年發表出刊。

二、「腹腔高壓氣霧化學治療」

近年來，針於那些病情更嚴重且不適合接受「腫瘤減積手術」及「腹腔溫熱化學治療」的患者而言，趙教授更引進了「腹腔高壓氣霧化學治療」(圖二)的新技術作為全身靜脈化療的輔助性治療。藉由高壓注射器及霧化器將化療抗癌藥物用微創的方式在常溫高壓下進行腹腔內投藥，不但能使化療抗癌藥物的分佈更均勻並更深層的進入腹腔組織內以毒殺腫瘤細胞，而且其手術風險較低且恢復快、患者的耐受性也更好。除了可改善其預後及生活品質，待腫瘤

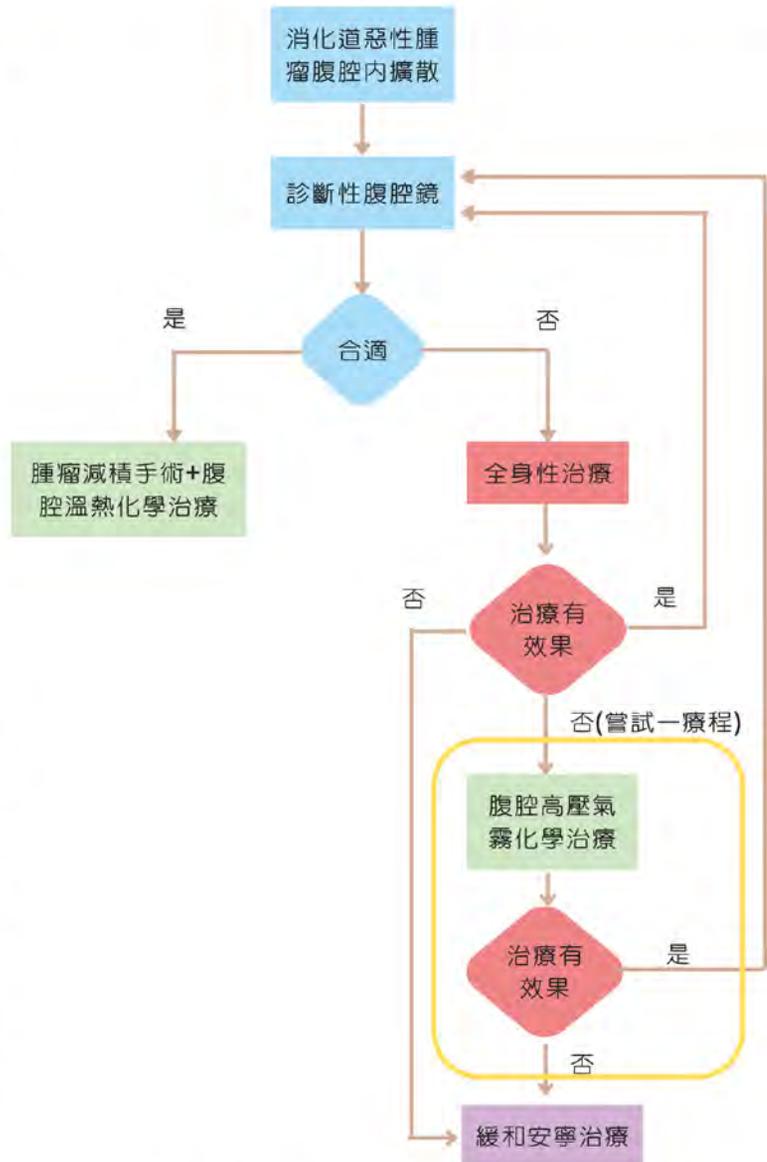
表一

執行「腫瘤減積手術」及「腹腔溫熱化學治療」的禁忌症

- 腹腔內腫瘤擴散患者的年齡大於75歲
- 腹腔內擴散腫瘤已引起了嚴重的粘連或腸阻塞
- 腹腔內腫瘤擴散合併無法有效控制的遠端轉移
- 患者有明顯的肝腎功能不全
- 患者有嚴重心血管系統疾病
- 生命徵象不穩定或嚴重的惡病質患者

大小縮減到一定程度後更可重新評估後續進行「腫瘤減積手術」及「腹腔溫熱化學治療」的可行性，確實為末期的患者重新燃起了希望。趙教授團隊更於2024年4月在Annals of Surgical Oncology發表了台灣首篇關於「腹腔高壓氣霧化學治療」的國際研究論文。

消化道惡性腫瘤腹腔內擴散的治療相對較為複雜，必須經由專業的醫療團隊作一系列的評估及隨時跟進患者的病況作治療方案上的調整，為患者在抗癌路上提供適當治療方案的建議及決策流程(圖三)。



↑圖三、腹腔內腫瘤擴散患者治療方案的決策流程

放射治療，提升治癒率，強化控制率 聚焦消化道癌症的臨床應用

義大癌治療醫院放射腫瘤醫學部／黃奎綱主任

一、前言

放射治療（Radiation Therapy）的原理是利用高能游離輻射（如X光、電子束、質子、重粒子等），造成DNA的雙股斷裂及引起多種訊息傳遞路徑(Signal Transduction Pathway)牽涉細胞生存和凋亡(Apoptosis)，來達到選擇性破壞癌細胞的效果，並非無差別的殺死正常細胞。而且，科技的進步帶動治療機在功能上的突破與進展，也讓現代的放射治療能進一步減少副作用，更加精準安全。所以在癌症的治療中，放射治療是非常重要的局部治療，通常用於手術前或手術後，來強化控制率甚至是病人的整體存活，在某些合適的腫瘤或情況下還可以作為主要的治療，達到治癒的效果。在消化道相關癌症也不例外，尤其在食道癌、直腸癌等疾病的治療中展現出關鍵價值。

二、放射治療在食道癌的角色

近幾十年來，台灣的食道癌發生率有增加的趨勢，其中男性患者比例高達九成以上，依據2022年癌症登記資料統計，食道癌在男性癌症發生率中排行第六，死亡率則為第五。一直以來，食道癌都是屬於困難治療的癌別，因為早期



↑ 黃奎綱主任

通常沒有明顯症狀，多數患者診斷時已屬局部晚期或無法手術。對於局部晚期無法手術的病人，同步化學放射治療(Concurrent Chemoradiotherapy)為標準治療，即使是腫瘤可切除的病人，多年前的隨機對照試驗(Randomized Controlled Trial)早就顯示術前的同步化放療顯著提升病人的整體存活。

在2000初期，放射治療技術從傳統的三度空間順形放射治療(Three-Dimensional Conformal Radiation Therapy, 3D-CRT)進入強度調控放射治療(Intensity-Modulated Radiation Therapy, IMRT)的時代，使得放射治療更能夠將高劑量集中於腫瘤，同時減少對周圍正常組織的傷害。使用IMRT與3D-CRT在治療食道癌相比，在多個回

顧性研究中，IMRT確實顯著降低心臟及肺部的放射劑量及治療毒性，甚至有機會降低死亡的風險。目前義大癌治療醫院放射治療所使用的直線加速器，更是配備IMRT進階版本VMAT（Volumetric Modulated Arc Therapy），可在短短幾分鐘內完成治療，大幅縮短病患在治療台上的時間。並具有影像導引的功能，在治療的前一刻可以掃描病患立體透視的電腦斷層影像，及時校正腫瘤位置的誤差，達到高精度的治療。

三、放射治療在直腸癌的角色

廣義的大腸包括結腸到末端的直腸，大腸癌位置分佈在直腸及直腸結腸交接處約佔40-50%，直腸癌與其他部位大腸癌的治療策略有顯著差異，放射治療在第二期及第三期直腸癌的治療中扮演極為重要的角色，由早期的術後化放療演進為術前化放療，因為術前治療可以進一步提升局部控制率，有較少的急性及長期副作用，對於低位腫瘤也有較高的肛門保留機會。後來，短程放療（Short-Course Radiotherapy）使用總劑量25 Gy分五次治療的方式，與傳統長程放化療約五週的療程相比，大大縮短了整體治療的時間成一週，但是在療效上包括局部控制與整體存活，以及長期副作用，都可以達到等同的結果。另外，術前治療如果能達到病理完全反應（Pathological Complete Response），則代

表病人有較佳的預後，為追求較高的病理完全反應率，完全術前放化療（Total Neoadjuvant Therapy）也隨之發展，也就是在長程放化療之前或短程放療之後，再加上一段時間的化療，讓腫瘤有更多的機會及術前等待時間來達到病理完全反應，大約可以從10-15%提升到接近30%，也確實改善了病人的無疾病存活率。

四、結論與展望

放射治療在消化道癌症治療中的角色為不可或缺的核心策略之一，不論是在無法手術的病患中實現根治目標，或在術前發揮降低復發的作用，放射治療皆扮演關鍵角色。科技的發展使得放射治療更加精準，副作用更低，

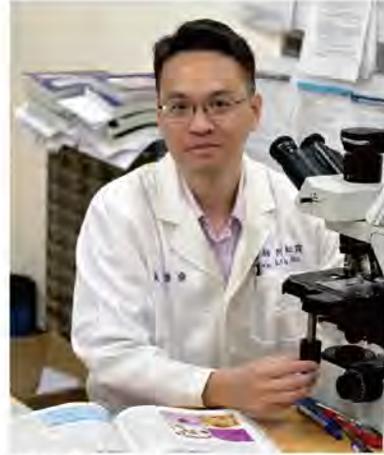
未來更可預期與免疫療法或其他新藥物形成整合優勢，進一步強化其療效，為更多癌症患者帶來希望與實質獲益。

基因檢測，量身訂做抗癌治療

義大癌治療醫院病理部／何虹霖主任

近年來，「精準醫療」逐漸成為癌症治療的新趨勢，癌症不再只是靠影像判斷與組織形態來分類，而是進一步進入分子層級透過「基因檢測」為每一位病人找到最適合的治療方式，就像量身訂做一套戰袍，對抗癌細胞。這篇文章將介紹基因檢測如何改變消化系癌症（尤其是胃癌、胰臟癌與膽管癌）的治療模式，讓病人獲得更多生機與希望。

癌症是基因突變累積的結果，過去，我們根據癌症發生的所在器官（例如胃或胰臟）來分類和治療，但如今已發現，同樣位置的腫瘤，基因異常可能完全不同；而不同器官的癌症，有時反而有相似的基因變化，這也意味著，治療不能只靠器官分類，而是必須知道癌細胞的「分子密碼（也就是基因變異）」，這些變異有些可以用標靶藥物來抑制，有些則可能使癌症對化療或免疫治療特別敏感，因此，基因檢測已成為癌症治療的關鍵步驟之一。

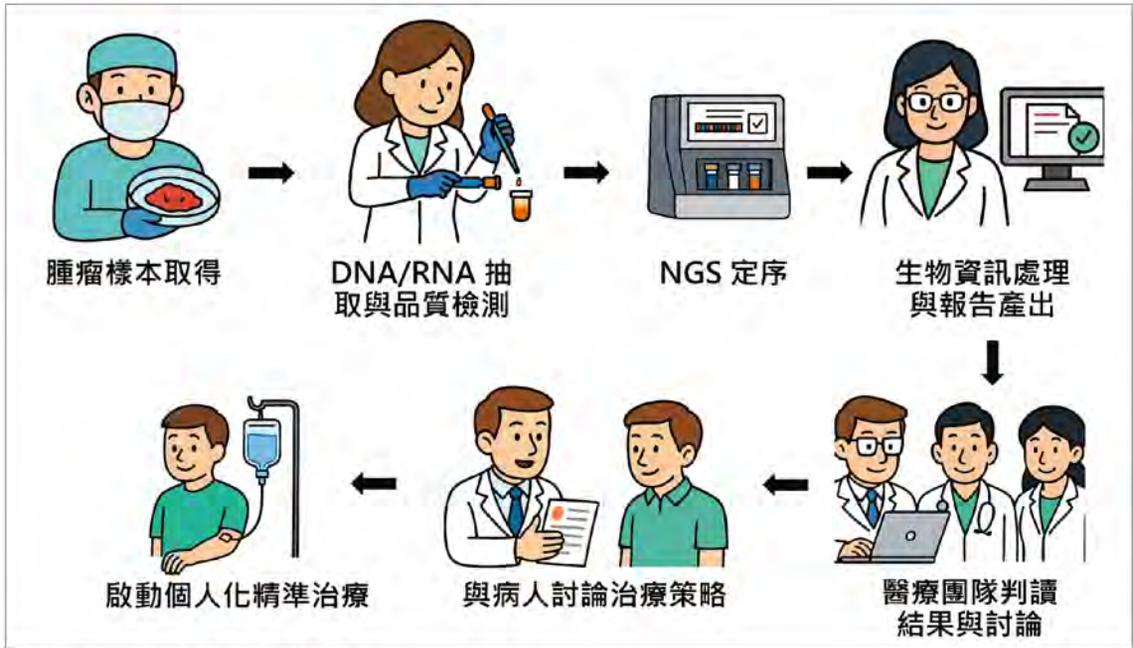


↑ 何虹霖主任

在消化系癌症中，胃癌、胰臟癌、大腸直腸癌與膽管癌是常見需要進行基因檢測的癌症（圖一），在胃癌患者中，有一部分腫瘤細胞會過度表現HER2蛋白，這時可使用抗HER2的標靶藥物，例如Trastuzumab。另外，也有病人表現出高度微衛星不穩定（MSI-H），這類型的腫瘤對免疫治療效果良好。根據2024年最新指引，建議針對胃癌進行ERBB2（HER2）、CLDN18.2、MET、FGFR2與MSI-H/dMMR等基因的檢測，以協助治療決策。

癌症類型	建議檢測基因
胃癌	<i>ERBB2 (HER2), CLDN18.2, MSI-H/dMMR, MET, FGFR2</i>
胰臟癌	<i>BRCA1, BRCA2, KRAS, PALB2, NRG1</i>
膽管癌	<i>IDH1, FGFR2, BRAF, KRAS, ERBB2 (HER2)</i>
大腸癌	<i>KRAS, NRAS, BRAF, ERBB2 (HER2), MSI-H/dMMR, POLE</i>

↑圖一、各癌別建議檢測基因列表



↑圖二、癌症基因檢測流程

至於胰臟癌，大多數帶有KRAS突變，目前僅有少數標靶藥物針對KRAS G12C這種基因突變型可能有些許療效，但若病人帶有BRCA1或BRCA2基因突變，則很可能對PARP抑制劑有所反應。如果腫瘤具有高突變負荷或高度微衛星不穩定(MSI-H)，也可能成為免疫療法的對象，根據專家建議，胰臟癌病人應檢測BRCA1、BRCA2、KRAS、PALB2，與NRG1等基因，以全面了解潛在治療標的。

而膽管癌則常見IDH1突變或FGFR2基因融合，這兩種基因異常目前已有專屬標靶藥（如Ivosidenib與Pemigatinib），可望改善治療結果，此外，膽管癌也可能出現BRCA1/2突變或ERBB2擴增，這些都會改變治療策略，

根據建議，膽管癌病人應優先檢測IDH1、FGFR2、BRAF、KRAS與ERBB2 (HER2)。

基因檢測的流程在確診癌症後即啟動，首先在取得腫瘤樣本後，無論是手術切除還是穿刺取得，皆可進行後續分析，檢體送至實驗室後，通常會使用次世代定序(NGS)平台進行分析，檢查數十至上百種與癌症相關的基因，完成後醫師團隊會判讀報告，並根據結果與病人討論最適合的治療方案(圖二)。若無法取得組織樣本，部分患者亦可選擇液體活檢方式，透過血液檢測腫瘤DNA，提供另一項可行選擇。

這樣的基因檢測能帶來的好處是顯而易見的，首先，它可以幫助選擇最有

效的藥物，像是HER2陽性的胃癌患者使用Trastuzumab，或膽管癌合併FGFR2融合的病人使用Pemigatinib，這些都是針對特定突變設計的治療方式，另一方面，基因檢測也能幫助醫師排除對某些藥物無效的病人，例如有KRAS突變的大腸直腸癌病人通常對EGFR抑制劑無效。此外，像是腫瘤具高度微衛星不穩定（MSI-H）的病人，則有較高機會從免疫治療中受益。在部分情況下，基因檢測結果還可作為申請健保給付或藥物專案使用的依據，提升病患接受治療的可行性。

儘管基因檢測帶來不少希望，但社會大眾對其仍有許多疑問與誤解，有些人認為基因檢測人人都該做，其實並非如此，是否進行檢測應由醫師根據癌症類型與病人狀況決定，有些人擔心檢測會得知自己是否有遺傳疾病，但腫瘤基因檢測與遺傳性檢測不同，前者是針對癌細胞進行分析，不代表會遺傳給下一代。此外，檢測報告通常由專業醫療團隊解釋與說明，病人若有不懂之處應勇於發問，以利做出正確治療決策。

癌症治療正在改寫，從過去「一體適用」的治療方法，轉向「精準化、個人化」。透過基因檢測，我們可以了解腫瘤的弱點，並利用最合適的藥物精準打擊，大幅提升治療成功率。對於胰臟癌、胃癌、膽管癌這類難治性癌症而言，基因檢測不只是檢查，更是找到希

望的鑰匙，早一步檢測，就可能早一步啟動適合的治療方案。

參考文獻：

- 1.Recommendations for the use of next-generation sequencing (NGS) for patients with advanced cancer in 2024: a report from the ESMO Precision Medicine Working Group. *Ann Oncol.* 2024 Jul;35(7):588-606.
- 2.Cholangiocarcinoma: Pathologic and Molecular Classification in the Era of Precision Medicine. *Arch Pathol Lab Med.* 2024 Mar 1;148(3):359-370.
- 3.Next-generation sequencing in cancer diagnosis and treatment: clinical applications and future directions. *Discov Oncol.* 2025 Apr 20;16(1):578. doi: 10.1007/s12672-025-01816-9.

最困難的營養支持

給消化系癌症病人的建議

義大癌治療醫院營養治療科／許玉伶技術組長

當「吃飯」變成壓力，該怎麼辦？「吃飯」對大多數人來說是在稀鬆平常不過的事情，而享用美食應該是件非常美好的事；但此時對消化系癌症的病人而言，「吃飯」卻可能是一件讓他們害怕且痛苦的事。腹脹、噁心、嘔吐、味覺改變、黏膜破損、吞嚥疼痛、進食後的不適感……這些都可能是消化系癌症病人常面臨到的問題。經常聽到患者說「我不是不想吃，而是吃不下。」這樣的無力感，想必不只是生理上的不適，更是心理上的壓力。

營養支持是癌症整合性照護中不可或缺的一環。特別在消化系統腫瘤（如胃癌、肝癌、胰臟癌與大腸癌）患者身上，由於腫瘤侵犯消化道器官及相關治療（手術、放化療）對腸胃功能的影響，面臨「吃不下」、「吃了吸收不好」、「營養流失快」等多重挑戰，也讓營養不良的風險大幅升高。

面對疾病時，「吃得下」常是病人能掌控的最後一件事。而當連最後這個能力也無法掌握時，病人常會感到沮喪、自責，甚至拒絕他人的好意。此時，不應再強行病人進食，營養師的角色應是替病人尋求更適合他們的營養攝



↑ 許玉伶技術組長

取方式。營養照護從來就不是單一指令，而是一場持續討論協商的合作。

消化系癌症營養照護所面臨的困境

（一）進食困難與食慾減退

腫瘤直接影響消化道結構（如狹窄、阻塞），或導致疼痛、噁心、吞嚥困難，使病人進食意願與能力下降。手術後短期內因腸胃排空異常、食慾不振等生理反應，也可能導致熱量攝取不足。

（二）吸收障礙與代謝異常

某些消化系癌症（如胰臟癌、小腸癌）會影響消化酵素分泌與腸道吸收功能，導致營養素無法有效利用。化療與放療亦可能破壞腸黏膜，引起腹瀉、腸

炎，造成脂溶性維生素、礦物質及蛋白質吸收不良。

（三）惡病質與體重流失

癌症惡病質（cancer cachexia）是一種複雜的代謝症候群，特徵為不可逆的肌肉流失，即使營養補充足夠也難以完全逆轉。此現象常見於晚期的癌症病人。

（四）心理與社會因素

癌症病人在心理壓力、憂鬱與社會支持不足的情況下，亦可能影響其飲食行為與營養攝取。尤其是長期住院或接受侵入性治療者，易對飲食產生抗拒或無助感。

消化系癌症營養支持相關建議

（一）個別化營養評估與介入

建議於確診初期即由營養師進行完整營養評估，包含身體質量指數（BMI）、體重變化、飲食攝取紀錄、實驗室數據等，並依據病患需求與病程階段，制訂個別化營養計畫。

（二）營養補充注意事項

◆胃癌病人面對胃切除或胃容積受限的情況，建議須少量多餐進食，避免選用高糖量食物，採坐姿進食，並在餐後休息30分鐘，有助於減緩食物進入小腸的速度，降低傾食症候群（Dumping syndrome）的發生

◆肝/膽癌合併腹水或肝門靜脈屈張的病人，盡量選擇軟質好消化的蛋白質食物，避免過硬粗纖維蔬菜，須限制脂肪的攝取量，宜採用低鹽飲食及限制水份。適當攝取新鮮的蔬菜水果，以增加纖維攝取量避免便秘情況。

◆胰臟癌病人飲食應以均衡、清淡、易消化為原則，並留意高脂肪、高糖、辛辣刺激性食物。增加優質蛋白質補充，如魚、豆類、蛋等。而且特別在腹瀉或便秘時須注意水份和電解質的補充。另外血糖控管也是一個相當重要的要素。

◆腸癌病人於術後宜少量多餐，攝取高熱量、高蛋白食物，避免刺激性及產氣食物，如：豆類、堅果類、地瓜、糯米…等。預防腸道阻塞，宜採用低渣飲食，攝取足夠水份避免便秘。

若進食量真的不足時，可使用高熱量高蛋白營養補充品，低脂清淡的飲食型態，避免胃腸負擔。並調整食物質地、口味與進食方式，如少量多餐、溫熱液態飲食，以提高攝取量與接受度。

（三）腸道營養 (Enteral Nutrition, EN)

當經口攝取不足或無法進食時，建議考慮經鼻胃管、胃造口等方式進行管灌營養。EN不僅可提供足夠熱量與營養素，亦有助維持腸道黏膜完整性，降低感染風險。



↑營養諮詢教學門診

(四) 靜脈營養 (Parenteral Nutrition, PN)

若腸道功能不全或無法使用時，則需短期或長期採用PN，提供全面營養支持。此時需嚴密監測血糖、電解質、肝腎功能與感染風險，以減少併發症。

檢、積極介入，到長期追蹤與衛教，提供患者全方位的營養照護。透過有計畫的營養支持，不僅可改善病人生理狀況，更有助於提升治療耐受度與生活品質，進而延長病人存活期。

結論

營養支持是消化系癌症照護中不可忽視的一環。因應其多元而複雜的營養挑戰，須仰賴跨專業團隊協作，透過醫師、營養師、護理師、腫瘤個管師與心理師的團隊合作，依病人治療階段與需求，量身設計營養照護計畫，是提升生活品質與治療效果的關鍵。從早期篩

見證奇蹟的時候

癌症治療的進步

義大癌治療醫院腫瘤個管組／陳亮君腫瘤個案管理護理師

與疾病拔河的双手-推拿師重生

陳先生，從事穴位推拿師，年紀約莫40歲，正值壯盛之年，從不知道自己是B型肝炎帶原者，六年前，因腹脹、肌肉痠痛和下肢水腫至診所就醫，超音波發現肝臟有20公分腫瘤，轉診至義大癌治療醫院，經一系列檢查後，診斷晚期肝癌併肺部轉移，突如其來的消息，也使下個月即將要結婚的一對新人人生面臨挑戰，一診斷就是肝癌末期，人生頓時從彩色變為黑白！



↑ 陳亮君腫瘤個案管理護理師

每一位癌症患者在診斷後的治療是最關鍵的，就藥物而言，晚期肝癌的藥物，這幾年發表許多成功的臨床試驗，從過去最傳統的化療藥物到2007年標靶藥物問世後，陸續不斷有新的標靶藥物誕生，甚至近年還有新型免疫藥物療法、放射治療(鈹90、質子、重粒子)等，提供給病人更多的選擇；除藥物本身發展的進步外，我們也可看到健保署在這些新藥品的給付上不斷有新的突破，除過去標靶藥物的給付，像免疫療法每個月動輒二、三十萬的藥物，從前年開始也納入給付，積極的將這些新的治療方法納入健保提供給造福更多的病人，延長肝癌病人存活期間，讓病人有更多時間可以陪伴家人；也因此，在藥物的進步跟政府的支持下，我們也可看

到晚期肝癌病人的存活率有所提升，見證肝癌治療持續進步。

然而，癌症治療的武器，可不單只有藥物而已，醫療團隊的照護更是至關重要，義大癌治療醫院也於2014年成立肝膽胰癌團隊，跨科的多專科團隊會議中針對每位病人給予最即時，最合適的整合治療，將病人的資源極大化。其中腫瘤個案管理護理師更扮演不可或缺的角色，每位患者在醫師臨床診斷後，都會交由腫瘤個案管理護理師接手。腫瘤個案管理護理師的工作除一般大家所見的日常外，還需要有強大的心理素質，因癌症病人的病情充滿起伏，治療過程中順利與否，病人排山倒海的情緒都將宣洩在腫瘤個案管理護理師身上，患者

在確診後哭泣，抗拒，沈默，甚至會完全忘記醫師對於病情解釋。許多患者，在確診後，面對這晴天霹靂的消息，會先是自我質疑，「為什麼會是我？」「哪個環節做錯了，為什麼會得癌症？」，到後來現實層面的諸多考量更是每一位癌症患者要面臨的重要課題，也因此除了藥物的治療，家屬及醫療團隊的支持是非常重要的。

就如陳先生，在被診斷為晚期肝癌後，這六年來，他歷經多次電燒、栓塞、多次嘗試不一樣的口服標靶、兩種免疫治療、放射治療甚至協助轉介外院質子治療等多種治療，在這治療期間，除了一次次療程的轉換所帶來對藥物的抗藥性跟副作用，為他身體帶來極大的不適外，在治療轉換中也因病人本身無商業保險，在各種自費項目的選擇上總是面有難色，所幸在腫瘤個案管理護理師得知後予轉介肝病基金會，協助申請救難金，讓陳先生在治療過程中可感受到外界的支持與溫暖；緩解其經濟壓力，不再感到灰心想要放棄，讓他能更專注在治療。在團隊的陪伴下，陳先生甚至在治療期間孕育了新的生命，這對在臨床努力的我們更是莫大的鼓舞，畢竟這是之前我們都不敢奢求的美好。

「陳小姐，你知道嗎？很多親戚這六年來，一直想介紹我去其他醫院治療，我都毫不猶豫的拒絕，因為這個醫院有妳和團隊的陪伴、鼓勵及幫我解決



↑病人衛教

治療每個階段遇到的問題，真的讓我很安心，真的很謝謝妳，謝謝你能夠讓我繼續扮演著兒子、丈夫、爸爸的角色」，現在的陳先生，在罹病後也學會調整自己的工作，更愛惜自己的身體。

當癌症來襲，病人與家屬的身心挑戰接踵而至，陳先生從晚期肝癌的震撼確診，到如今與一家四口攜手走過六年，靠的不只是醫療進步，更需仰賴團隊。身為腫瘤個案管理護理師，我們都無法預測，會陪病人走過一段多長的時間，有時癌症的治療或許並不是以治癒疾病為目標，而是如何和病人一起走過這段疾病進程。然而，我們不只是傳遞訊息，更是在病人最脆弱時，給予信任與安定的力量。但我們願成為他們在茫茫醫療中堅定的一塊浮板，陪伴他們不放棄希望，持續前行。

與你(妳)同行

癌症照護中的溫柔力量

義大癌治療醫院7C病房／邱怡菁護理長

癌症，這兩個字對許多人而言宛如晴天霹靂，它的出現常讓人措手不及，帶來的不僅是身體上的挑戰，更有心理與情感上的巨大衝擊，當癌症來臨，無論是病人還是家屬，都可能陷入恐懼、無助與迷惘的深淵，病人會問：「我還有希望嗎？」「治療有意義嗎？」「我會不會很痛苦？」「為什麼會是我，我又沒有做什麼壞事」；家屬也會問：「我要告訴他實話嗎？」「要怎麼陪他走下去？」「接下來的日子我們該怎麼辦」，這些問題對我們來說真的沒有標準答案，卻是照護路途上最真實的掙扎與困惑……，而我們又是第一線陪伴在病人及家屬身邊的人，我們該如何給予幫助呢？

相信，這些困難的問題沒有任何的標準答案，但卻都需要被聆聽、被理解、被陪伴，在臨床照護的過程中，我們發現，當一個人罹患癌症，不只是他一個人的戰役，而是整個家庭的挑戰，甚至，如果家裡面有長輩或者是年幼的小孩，這樣的難題更是讓人不知所措，而護理人員的角色，正是在這樣的時刻出現，用專業與關懷陪伴他們度過黑暗，每一次照護的開始，對護理人員而言，不單單只是疾病處理的開始，而是一次心與心靠近的歷程，是一段需要用



↑ 邱怡菁護理長

心、用情感投入的陪伴，陪伴病人與家屬共同走過這段艱辛的路程。

記得曾經照顧過一位病人，因下背痛就診，經一系列的檢查後，卻被診斷為胰臟癌末期，當醫師很明確告知家屬，目前沒有很好的治療方式，即使治療了，病人的身體狀況可能無法負荷，陸陸續續與病人及家屬接觸後，他們的眼神中充滿了震驚與不安，家屬也因擔心無助及不知該如何告知病人實情，害怕病人知道狀況後，無法接受，不停在走廊徘徊，紅著眼眶跟護理師訴說著：「該怎麼辦？」……治療過程中，護理人員往往是最常與病人接觸的第一線工作成員，我們的角色不僅僅是執行醫療處置，更是傾聽者與陪伴，護理人員透過細膩觀察，掌握病人及家屬的情緒

變化，適時提供心理安慰，協助釐清他們的疑問與困惑，當病人或家屬感到害怕、焦慮或不安時，我們用溫柔的語言陪伴他們，讓他們感受到不是孤單面對病痛，而是有團隊支持與守護……。當病人生命即將走到終點時，家屬握著我的手說：「謝謝妳們，我不是一個人走這段路。」那一刻我相信醫護團隊的陪伴在病人生命的最後，是有意義，讓家屬們覺得他們並不孤單，因為有一群善良且非常有愛心的醫護團隊用心陪伴我們的家屬走完人生最後的旅程。



↑ 陪伴

護理工作不只是醫療處置的延伸，而是全人照護的實踐，我們不只是幫病人打針、發藥，更是觀察他們情緒變化、傾聽他們煩惱、協助處理日常生活困難的支持者，從協助控制症狀、減輕疼痛，到協調營養、協助活動能力，甚至面對臨終關懷與家屬告別的安排，護理人員無所不在，是病人與家屬最可靠的依靠，護理人員隨時扮演著重要的橋樑角色，適時給予病人或家屬提供實用的照護衛教，無論是協助控制症狀、減輕疼痛或協助、連結相關的資源與支持團體，還是陪伴病人與家屬面對情感上的掙扎，護理人員都以堅定與細膩的態度，讓每一個生命最後的旅程充滿尊嚴與愛。

回顧這一路走來的經驗，我深刻感受到，癌症治療並非只是醫學技術的較量，更是人文關懷的展現，每一位病人

背後，都有不同的生命故事、不同的家庭關係、不同的價值觀，護理的溝通與照護方式，因人而異，給予最適切的支持與理解。那不是一種制式的流程，而是需要花時間建立信任，從對話以及眼神觸碰中累積溫暖的力量，尊重個別差異與選擇，願我們每一位醫療工作者，都能在專業中注入溫度，在忙碌中保有同理，在理性中守住那份柔軟，因為我們知道，我們的陪伴，對病人與家屬而言，是一種不可取代的力量，病人生命最艱難的時刻，我們的存在與陪伴，就是他們最需要的力量，是癌症照護中那份無聲卻強大的溫柔。

國際淋巴水腫 整合照護中心

INTERNATIONAL LYMPHEDMA INTERGRATED CARE CENTER

中心特色

你的生活品質，是我們最在乎的價值

義大癌治療醫院國際淋巴水腫整合照護中心致力於受淋巴水腫影響的病友恢復正常的生活品質，包括上肢及下肢，私密處繼發性淋巴水腫，慢性靜脈潰瘍引起之慢性困難癒合傷口，利用超顯微淋巴管靜脈吻合合併術後整合照護達成消腫及傷口快速癒合之目標，中心主持人張智豪醫師為廣島大學國際淋巴水腫中心，美國約翰霍普金斯大學整形外科，首爾蔚山醫學中心整形外科完整訓練醫師。

義大醫療行動服務APP



ios系統



android系統



▲整形外科 張智豪 主任

醫療專業服務

- ◆ 各式癌症引起的上下肢，私密處淋巴水腫
- ◆ 各式淋巴系統障礙引起的淋巴水腫治療
- ◆ 乳癌淋巴水腫預防性術中淋巴重建
- ◆ 慢性靜脈潰瘍困難傷口治療
- ◆ 超顯微淋巴管靜脈吻合術
- ◆ 原發性淋巴水腫
- ◆ 乳房重建手術

慢性靜脈潰瘍



上下肢淋巴水腫



乳房重建



看診地點：義大癌治療醫院 (2F)

國際淋巴水腫整合照護中心

門診時間：每週一早診 淋巴水腫特診 (08:30~12:00)

每週三早診 靜脈潰瘍困難傷口門診 (08:30~12:00)

午診 淋巴水腫特診 (13:30~17:00)

諮詢電話：(07) 615-0022 分機 6469



FB粉絲專頁



Line



中心掛號連結

願景

成為國際一流醫學中心

宗旨

品質、卓越、創新

核心價值

愛心、關懷、責任、永續

策略目標

成為社區健康的靠山

成為南台灣首要急難重症醫療醫院

提供以病人為中心之高品質醫療服務

建立前瞻性之醫學教育與轉譯研究中心



義大醫療
醫訊網站



國內
郵資已付

鳳山郵局許可證
鳳山字第一九五號

義大醫院
E-DA HOSPITAL

義大癌治療醫院
E-DA CANCER HOSPITAL

義大大昌醫院
E-DA DACHANG HOSPITAL

義大護理之家
E-DA NURSING HOME

義大產後護理之家
E-DA POSTPARTUM and BABY-CARE CENTER

義大貝思諾產後護理之家
E-DA BASSINET MOTHER and BABY-CARE CENTER