

目錄 Contents

| 肺癌30問 專家解答 關鍵 10問! |

診斷篇	P2~P3
治療篇	P4~P5
預後篇	P6~P7

| 專家講堂 |

邁向個人化醫療 肺癌治療進入新里程碑 P8~P9
台北榮總胸腔腫瘤科主任 蔡俊明醫師

珍惜行醫機緣 治人優於治病 P10~P11
高雄榮總胸腔內科主任 賴瑞生醫師

治療路上 我們一起看見希望 P12~P13
中國醫藥大學附設醫院內科部副主任 胸腔科夏德椿醫師

| 病友二三事 |

治癒晚期肺癌真正的貴人是醫師和自己 P14~P15

| 主編的話 |

有正確的知識才能在對的路上接受積極治療

在門診經驗上常常會聽到病患問我「我得癌症了，我該怎麼辦？」也經常聽到這類問題：「現在的治療方式，真的好嗎？」。從前面的兩個問題不難發現，很多癌友雖然積極治療，但實則對治療充滿了恐懼，甚至很容易因為對疾病的不了解或者錯誤迷思，進而影響到

治療的意願。製作這本季刊的初衷，也是希望可以希望藉由全台灣肺癌專家們來鼓勵癌友，除了應該有不懼怕疾病的態度外，更要有正確知識才可以在對的方向上接受積極治療！

財團法人台灣癌症全人關懷基金會董事長
謝瑞坤醫師

Contents



肺癌

30問

專家解答
關鍵10問!

診斷篇

Q1

肺癌與肺腺癌有何不同？

肺癌廣義的定義是肺組織(氣管、支氣管、細小支氣管、肺泡等)所長出來的惡性腫瘤，一般分為「小細胞肺癌」與「非小細胞肺癌」。非小細胞肺癌又可分為扁平細胞癌、腺癌、大細胞癌與混合型。因此，肺腺癌為非小細胞肺癌的一種。

腺癌之所以受到矚目，是因為它

佔台灣地區肺癌患者的比例很高，約有5-6成，如果是女性患者更高達7成，但國外只有4-5成，而它的治療也比較多樣性。隨著分子生物科學的進步，肺癌在治療上趨向以「個人化量身訂做」為主，依個人腫瘤細胞的組織型態以及基因表現，來做藥物治療的選擇。

高雄榮總胸腔內科主任 賴瑞生醫師

Q2

罹患過肺炎是否會增加肺癌的罹患機率？

一般肺炎並不會增加罹患肺癌的機率。肺炎是被細菌或病毒感染所引起的急性肺部發炎反應，而肺癌是細胞不正常增生造成。但結核病且有肺結核腫瘤的人，罹患肺癌的機會比正常人多一些；另外，有反覆性肺炎的慢性阻塞性肺疾病患者，也需提高警覺，可合理懷疑是隱藏性的肺癌患者。

由於肺癌的發生大部分與抽菸及職業有關，統計發現，吸菸得到肺癌的機率比非吸菸者高出10至15倍左右，至於職業是廚師、金屬業、揮發性藥物、油漆製造業等都是高危險群。建議高危險群與45歲以上民眾，最好每年照一次肺部X光，早期發現及早治療。

中國醫藥大學附設醫院
內科部副主任 胸腔科夏德椿醫師

Q3

肺癌是否會傳染或是遺傳？

肺癌並不是傳染病，不會因為跟肺癌患者接觸而被傳染。

肺癌也不是會直接遺傳的疾病，但是流行病學資料顯示，父親或兄弟曾患肺癌的婦女，本身罹患肺癌的機會約為無家族病史者的1.3倍至2倍；但若母親或姊妹曾罹患肺癌，危險性則提高了4倍。肺癌的發生有家族傾向，為以下幾個原因：

- 1.基因的穩定性，如基因是否容易受損傷，損傷後是否易於修復，是有遺傳性的。
- 2.基因的功能性，如主宰與控制體內有毒代謝產物的生成、累積和排除有關的酵素的基因的功能，是有遺傳性的。
- 3.一家人有共同的生活習慣和生活環

境，如接觸相同的環境致癌物，吸菸或二手菸，飲食習慣等。

舉例來說，有些老菸槍不會得到肺癌，反倒有些菸齡不長，甚至不吸菸的人卻得到肺癌，差別可能在於某些人在接觸了香菸中致癌的前趨物質之後，容易在體內將它轉化為有毒的致癌物，吸入香菸內的致癌物也不容易把它代謝排除掉，若再加上基因對致癌物敏感，易受攻擊而受損，損傷後又不容易修復，罹患肺癌的機率便相對升高。

總括來說，先天的遺傳因素很難改變，只有培養良好生活習慣，避開污染場所，定期接受篩檢，才是遠離肺癌最根本的方式。

台北榮總胸腔腫瘤科主任 蔡俊明醫師



治療篇

Q4

肺癌目前的治療方式有哪些？

早 早期肺癌治療原則以手術治療為主；如果可以手術切除，患者的5年存活率最高（第一期約可達80%），患者如果不願意或因其它合併症無法接受手術，則考慮與以放射治療或化學治療，不過存活期就沒有預期的好；如果是腫瘤局部侵犯或遠處轉移等無法手術切除的晚期病人，則建議可選擇放射治療、化學治療或標靶治療等方式。

目前肺癌的標靶藥物主要有兩大類，一類腫瘤細胞表皮生長因子受體酪氨酸酶抑制劑（EGFR-TKI），不論使用在第一線或第二線治療，目前皆有健保給付。另一類為血管新生抑制劑，即為對抗腫瘤血管新生的標靶藥物，在實證醫學上，有其一定的治療成效，目前衛生署已核准其適應症，但尚未列入健保給付。

高雄榮總胸腔內科主任 賴瑞生醫師

Q5

基因檢測對肺癌治療有何影響？

目 前經確診為非小細胞肺癌，特別是肺腺癌的患者，醫師會建議針對肺癌腫瘤做上皮生長因子受體的基因突變檢測，如果檢測出敏感性突變，八成的病人對標靶藥物的治療效果明顯比化療好，副作用也較少。對於沒有檢測出敏感性突變的患者，除了接受標準化學治療之外，目前也有標準化療併用抗血管新生藥物的治療方式可以提高有效控制疾病的機會。

隨著分子生物學的進步，未來的肺癌治療將藉助檢測成組的基因，依檢測結果選擇適當地治療藥物（包括標靶藥物治療或化學治療）與給藥的順序，更精準有效的治療腫瘤，讓病人在疾病治療的過程中都能接受到對其有效的所有藥物，將這些藥物的療效發揮到極致，不僅要能延長患者生命，也要同時改善生活品質。

台北榮總胸腔腫瘤科主任 蔡俊明醫師

Q6

晚期肺癌存活率有多長？

晚 期肺癌患者無法手術切除，主要是以化療、放療或標靶藥物治療為主。過往的資料顯示局部晚期（第三期）的患者經治療五年存活率約為三成；當癌細胞侵犯胸腔內的大血管或內臟，或擴散超越縱膈腔的淋巴結時，五年存活率則低於25%；但如果腫瘤已經波及肋膜腔或遠端轉移至

腦、骨骼或肝臟等器官（第四期），五年存活率則不到10%。不過近年來，隨著新藥與治療策略的研究發展，化療與標靶藥物的交替使用，目前晚期肺癌的存活率明顯進步很多。對晚期肺癌而言，腫瘤的期別反而不如對治療反應的好壞來得重要。

台北榮總胸腔腫瘤科主任 蔡俊明醫師

Q7

進行肺葉切除手術後，後續需注意哪些風險？

對 於早期肺癌（I、II 及 IIIa 期）來說，作肺葉切除，合併淋巴結廓清為一般的肺癌標準手術。很多病友擔心肺葉切除後會影響生活。其實，不管是在術前或術後，醫師一定會做出風險評估。術前風險評估主要是針對心肺功能是否能承受這項手術、並預估術後造成的肺功能影響有多少等。已切除的肺葉無法再生，但剩下的肺葉可以補償部份失去的肺功能，因此，術後一個月是肺功能恢復的關鍵期，患者應儘早開始

進行擴胸、腹式呼吸等復健運動。至於術後的風險評估，除了無法預期是否會發生感染、排痰等問題外，因為肺癌的復發率為30%-70%，隨著癌期變化而愈來愈高。因此，術後的病理期別診斷非常重要，將決定是否需再接受輔助性化療或放療，以增加患者的存活率。

中國醫藥大學附設醫院
內科部副主任 胸腔科夏德椿醫師



預後篇

Q8

肺癌術後的預防性化學治療是必要的嗎？

對 對於早期肺癌的患者，手術切除是必要的方式，至於接下來是否要做輔助性的化學治療，需視病理切片結果而定。若淋巴腺沒有被侵犯，就不需要預防性化學治療，只要追蹤即可。若有淋巴腺轉移或局部侵犯時，才會建議輔助性治療，包括輔助性放射治療或化學治療，長春花生鹼或紫杉醇等藥物都有正向的文獻證明。

高雄榮總胸腔內科主任 賴瑞生醫師

Q9

年紀較大的肺癌患者，在接受化學治療之後，有何特別的注意事項？副作用反應是否會比較強烈？

有 很多人一聽到年紀大的人要「做化療」，總認為是件可怕的事，「都已這麼大把年紀了，一定受不了化療的痛苦。」但隨著近年醫藥科技進展，許多治療方式已不似想像中的可怕，況且現有藥物可選擇性較多，萬一出現不適的副作用，還可換其他藥物，而且也有很好的止吐、升高白血球量等藥物，均可減少化療帶來的副作用及不適。

化療的副作用反應與個人體質有

中國醫藥大學附設醫院
內科部副主任 胸腔科夏德椿醫師

Q10

肺癌手術後，需要每三個月電腦斷層追蹤一次，輻射量是否會對身體有不良影響？

早 期肺癌患者施行手術切除腫瘤後二年內，需要每3到4個月接受電腦斷層檢查一次，之後只要每半年再追蹤一次，五年後則每年追蹤一次；至於無法接受治癒性切除而接受化學及/或放射線治療的病人，在每個治療階段結束後，多數病人約每3個月需要接受定期評估治療的反應。除此之外，如果有新的症狀出現，懷疑疾病惡化或轉移，醫師會縮短追蹤檢查的間隔時間。醫界對於這樣追蹤檢查的安排普遍具有共識。

有別於接受癌症篩檢的正常人，疾病有復發顧慮或難以根除的患者，若過度擔心輻射量而未能依醫師建議進行電腦斷層的追蹤檢查，有可能錯失發現疾病惡化或轉移的時機，對健康及生命的威脅反而更大。

台北榮總胸腔腫瘤科主任 蔡俊明醫師

醫療小百科

medical treatment

何謂EGFR基因檢測？

EGFR指的是「上皮生長因子接受器」，目前已知若EGFR出現基因突變，對酪胺酸酶抑制劑(TKI)類型的標靶藥物的反應效果特別好。若患者EGFR有突變，建議使用酪胺酸酶抑制劑(TKI)類型的標靶藥物進行治療，目前此類型標靶藥物皆獲得健保給付。至於EGFR未出現基因突變的患者，也不要灰心，因為目前也有多種化學治療藥物可供選擇。

財團法人台灣癌症全人關懷基金會董事長
臺北馬偕紀念醫院血液腫瘤科主任 謝瑞坤醫師

專家講堂

邁向個人化醫療 肺癌治療進入新里程碑

除了治療效果好之外，
當今的治療更減少了
擾人的副作用，
大大改善患者的生活品質



台北榮總胸腔腫瘤科主任
蔡俊明醫師

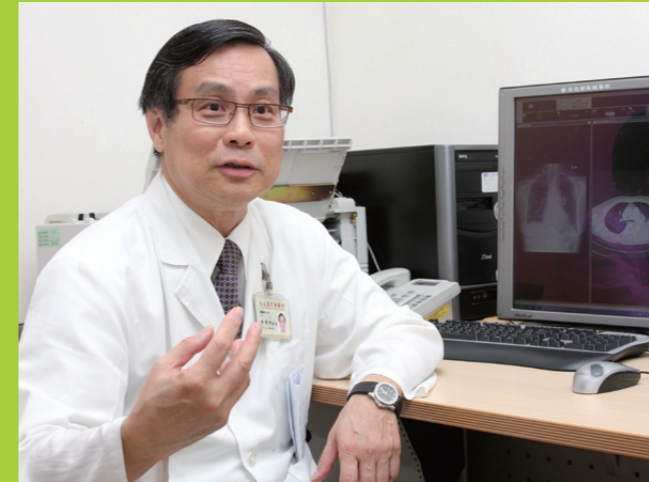
近年來對亞洲人效果較明顯的標靶藥物問市之後，在肺癌治療史上樹立了一個新的里程碑！隨著新靶點的發現與相對應的標靶藥物接續研發、問世，可以預見標靶治療將會成為肺癌治療的主流。在標靶藥物問市前，接受化療的晚期肺癌患者，平均中位存活期約為6個月，如今，若治療得當，有三分之一的晚期患者中位存活期可達30到36個月（三年），在治療上有相當大的進步。除了治療效果好之外，當今的治療更減少了擾人的副作用，大大改善患者的生活品質。

肺癌臨床治療的 挑戰性

肺癌在診斷及治療上常會遇到許多挑戰，「溝通」是醫病之間的橋樑。醫

師必須幫助病人確診罹患肺癌，腫瘤的種類和期別，規劃並詳加解說治療的策略和採用的療法。肺部疾病有時並不單純，例如：當患者的肺部影像如X光片、電腦斷層等出現異常時，除了可懷疑是腫瘤之外，也有可能是肺部暫時的發炎變化或者是其他急慢性的原因，醫師該如何精準的幫助患者釐清病情，診斷疾病是一件很重要的事。即便已確診為肺癌，仍有約1/4的患者會猶豫是否要接受治療，許多患者甚至就此打退堂鼓，不願接受治療，此時最大的課題便是如何讓患者瞭解可能的治療選擇和機會，使他們安心接受合宜的治療。

目前對於非小細胞肺癌，特別是肺腺癌的治疗準則是，先檢測患者的腫瘤是否有上皮生長因子受體基因突變，如果出現敏感性突變就可在第一線治療時選用標靶藥物治療。至於沒有發現敏感性突變的病人，應選擇其他標準治療，如化療，或者化療加上



將來不論是在瞭解肺癌的成因，
建立肺癌的診斷
亦或如何給與有效的治療，
克服抗藥性，
都會有革命性的影響。

抗血管新生藥物用以加強化療的效果。根據國內、外研究，化療合併抗血管新生藥物合併治療，疾病控制率可由70~80%提高到95%（只有5%的惡化率）。

將上市的新標靶藥物

繼針對上皮生長因子基因突變的標靶藥治療之後，目前醫界已發現另一個有靶點效應的肺癌變異基因產物，稱為EML4-AIK融合性蛋白，是由兩個斷裂的基因重新融合後分泌的一種新蛋白。相對年輕，不抽菸的女性，腫瘤沒有上皮生長因子基因突變的肺腺癌患者比較可能具有這種融合性蛋白。依據北榮的統計，這些患者約佔16%，目前已有適用的新藥在進行臨床試驗。

另一方面，目前在治療上較為棘手的鱗狀細胞癌患者，除了傳統化療，迄今無有效的標靶藥物可用，但近幾年來的研究，也在鱗狀細胞癌的腫瘤找到可能成為靶點的生物標記，將為未來鱗狀細胞癌

的標靶治療展現新的曙光。

針對關鍵性 標靶治療

當前國外已有大型醫學中心共同成立肺癌基因突變聯盟。肺癌患者的腫瘤同時接受一組多個致癌驅動基因的檢測，針對基因變異的檢測結果，選用合適的標靶藥物治療或讓病人參加新標靶藥物的臨床試驗；甚至可運用基因定序，進行比對，可以更清楚得知為何不吸菸的人也會罹患肺癌？吸菸與不吸菸的肺癌有何差異？同樣是肺癌，為何會有不同型別，例如有人是肺腺癌，有人是鱗狀細胞癌？為何同一藥物治療會出現不同抗藥性？將來不論是在瞭解肺癌的成因，建立肺癌的診斷亦或如何給與有效的治療，克服抗藥性，都會有革命性的影響。

國內最近也成立了跨中心的臺灣肺癌臨床試驗聯盟，冀望結合本地專家針對台灣肺癌的特質進行廣泛深入的研究，並以之做為平台，參與跨國性與全球性先端臨床研究，獲取新知，嘉惠患者。

專家講堂

珍惜行醫機緣 治人優於治病

醫者應該惜緣，
視病猶親。
我常勉勵新進的
後輩醫師們，
希望他們能夠惜緣，
努力充實自己



高雄榮總胸腔內科主任 賴瑞生醫師

在行醫多年來的經驗中感受到，醫師與病人能夠相遇就是一種機緣，醫師在治療疾病的同時，更應體認到治「人」的重要性！

我認為行醫就是一種機緣，身為醫者更應珍惜此難得的機會與緣分，我總覺得醫師是經由考試而得到教育與學習的機會，進而從事醫療工作，這份「緣」是上天給予的，醫者應該惜緣，視病猶親。我常勉勵新進的後輩醫師們，希望他們能夠惜緣，努力充實自己，透過實證醫學實事求是的精神，培養足夠的知識與能力來幫助病人。也常提醒他們，就病人而言，能夠在眾多醫院、醫師中，剛好掛到你的門診，由你為他找出最合適的治療，這也是種緣分。

治療是 以人為中心點

在台灣，腫瘤高居十大死因之首，每五位癌病患者中就有一位是肺癌。以高雄榮總為例，身為南部的醫學中心，經常會碰到尋求第二醫療意見或在其他醫

院診斷為胸腔腫瘤，但是想再度確診的患者。面對這群患者，醫師需有足夠的智識，且需花費更多的時間去熟悉與解釋病情，才可和患者及家屬討論出最好的治療選擇。在醫療過程中，能力與態度是同等重要。

也因如此，在治療的觀點上我一直秉持著治「人」的重要性應該優先於治「病」的原則！以「人」為中心點來思考，選擇對「人」最好的治療為先。因此，除了治病，更需要考量患者生活品質以及對家人與家庭經濟的影響。若治療的出發點只是治「病」，根本不必考慮太多，當A藥沒效就換B藥，B藥沒效就換C藥，但一直換藥的結果，對病人真的最好嗎？他的身體允許嗎？主治醫師應該很清楚各種治療的可預期性（這個可預期性是透過實證醫學得到的概數），從中選擇適合患者的藥物，與患者共創多贏的局面，是醫者行醫最重要的一件事情。

其實，在肺癌治療的經驗中，有段讓我印象最深、也最捨不得的經歷。在八〇、九〇年代以順鉑為主要化療藥物的時代，一位對我很照顧的表嫂，不幸罹患肺腺癌，身為主治醫師又是親戚的我，儘管明知化療過程辛苦，結果也不能讓人滿意，但那是當時能讓病人有6至9個月平均存活期的選擇。我

只能看著信賴我的表嫂忍住痛苦接受化療，初期她還能笑著忍耐，幾次之後，她告訴我：「真得累了，無法再繼續。」這種無法幫助病人的感覺，真的會讓胸腔科醫師感到相當氣餒。

新藥不斷研發 存活率大為提升

到了九〇年代以後，第三代化療藥物陸續上市（如溫諾平、健澤、紫杉醇、歐洲紫杉醇、艾寧達等），新藥共同特徵就是對於胃腸道及血球抑制的副作用較小，大大提升病人的耐受性與接受治療的意願，在治療上也稍有進展，患者平均存活期增加2、3個月，也就是達到8到12個月，但仍難以突破12個月的關卡。

直到2005年標靶藥物出現後，肺癌治療情況大為改觀。化學治療就好比是B1轟炸機，每次帶著幾百磅炸藥把整個地區全部炸掉，人體正常組織遭受很大傷害；而標靶藥物就像是先進的巡弋飛彈，只攻擊具有特殊標的的腫瘤細胞，其他非腫瘤細胞則不受影響。病人的存活期容易突破一年的關卡，尤其是具有腫瘤細胞基因變異陽性之患者，存活超過2年、甚至達2年半都是可以預期的。而且使用標靶藥物治療後，大約2到4周就能明顯見到腫瘤縮小。這種療效無論是對臨床醫師或患者而言，在實質與心理層面的影響太大了。

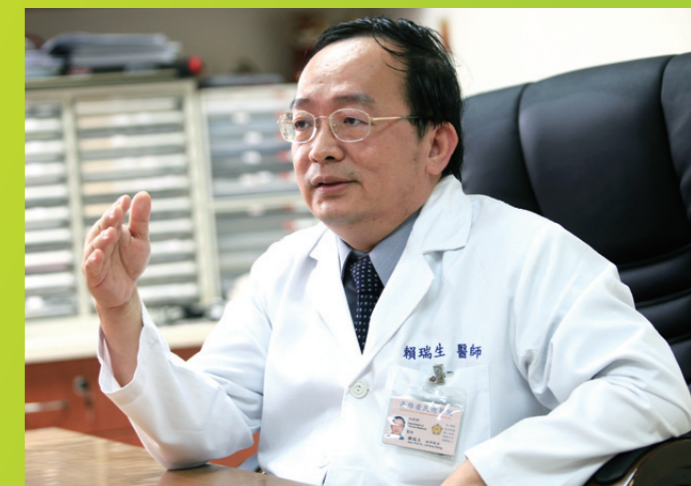
標靶藥物就像是先進的巡弋飛彈，
只攻擊具有特殊標的的腫瘤細胞，
其他非腫瘤細胞則不受影響。

標靶藥問市 改變治療順序

早期肺癌的治療主要以手術切除為主，如果是腫瘤有局部侵犯或遠處轉移等晚期病人，手術無法切除乾淨時，就可考慮具有全身性效果的化學治療或針對局部腫瘤給予放射線治療。而標靶藥物出現後，治療的選項出現很大的變化。

過去觀察到標靶藥物對亞洲人、女性、不抽菸又是腺癌的患者治療效果最好，但如今已證實關鍵在於腫瘤細胞是否存在有表皮生長因子受體基因變異。台灣地區肺腺癌患者的基因陽性率約7成。因此，如果是肺腺癌患者就積極建議其接受基因檢測，一旦確定是陽性，標靶用藥皆有健保給付；若是陰性，就使用化學治療。依健保局規定，只要是肺腺癌，就算基因檢測結果是陰性，當第一線化療效果不好，需使用第二線用藥時，健保還是會給予標靶治療。所以，我覺得標靶藥物問市後，在肺腫瘤的治療順序上有很大的調整，同時，患者根本不必擔心標靶藥物自費問題，除非是沒有變異性的患者，想要在第一線試試看。

從標靶藥物的治療經驗，讓人類對腫瘤的了解已由細胞進到分子基因的層次，想必在可預期的未來，會有更好針對腫瘤基因的藥物開發出來。但在此之前，在肺癌治療上，依照病人的腫瘤細胞型態與基因表現的差異性，從現有、可拿得到藥物做適當的排列組合，做最合適的用藥選擇。



專家講堂

治療路上 我們一起看見希望

新藥陸續問市，
肺癌在治療上朝向
「活得更久，更快樂」
前進。



中國醫藥大學附設醫院
內科部副主任 胸腔科夏德椿醫師

肺癌高居國人十大癌症死因之首，面對眾多的病人，需要有更好的治療安排，使得癌症防治已成為國家在健康照顧上的重要政策之一。

在1995年以前，肺癌的死亡率很高，晚期患者平均存活期約3-6個月，當時的醫療前輩總會告訴我們：「只要讓患者好好的過日子就好，不要再增加病人的痛苦。」也就是只能消極的治療，但隨著新藥上市，肺癌患者治療上已有明顯突破，大大提高了存活率，讓我有信心可以為患者付出更多心力與貢獻。

不放棄治療 七旬阿嬤多活十年

過去，肺癌患者5年存活率不到15%；如今，新藥陸續問市，肺癌在治療上朝向「活得更久，更快樂」前進。

臨床上，只要患者體力許可，加上又無經濟壓力，可有更多元化的治療選擇。「但就

怕患者對於肺癌治療的資訊仍停留在一、二十年前，或是因親友在癌症治療時嚴重的副作用而放棄治療！」很多人都以為年紀大就不要治療，但我印象深刻的是一名住在東埔山區的老太太。初次見到七十歲的她，因為左肺腫瘤就診，當時她認為自己「活夠了」而不願治療，但醫療團隊評估她的體能狀況不錯，不斷地說明藥物進步後，終於讓她走進醫院治療。

老太太出院後，曾先後兩次搭直升機來到醫院，但並不是因為生病而來，一次是因為921大地震，另一次是碰到山區嚴重水災，有家歸不得的她，只能暫時安置在醫院裡；直到五年後，在右肺發現一顆腫瘤才再次因病住院治療。有了正確的診斷，加上患者有意願配合，讓罹癌的老太太多活十多年，八十多歲的她最後是因慢性阻塞性肺氣腫離開人世，並非癌病惡化。

應輔助患者 主動掌握治療資訊

目前國內對於癌症已訂有治療準則，但「患者最害怕的就是不知道、一無所知！」所以醫療團隊應主動輔助並給予治

2009年證實生物特性的
確對肺癌的治療有效，
讓肺癌治療進入
「個人化量身訂做」
的里程碑。



療資訊及疾病相關知識，以我們中國醫藥大學附設醫院為例；我們醫院製作了一本衛教手冊，上頭明確記錄病情，並依癌症期別列出目前有哪些治療方式、用藥選擇，同時載明患者所用的治療方式，以及各種療法可能出現的副作用，在飲食上該注意的細節等，讓患者可以清楚自己的狀況，並提供癌症管理團隊諮詢聯絡，以隨時協助患者。

肺癌的治療，特別是肺腺癌，在最近幾年有十足的進步。從2004年起，陸續有研究報告針對民族、生活習性的不同，認為某些特定族群對藥物的反應比較好，這點直到2009年證實生物特性的確對肺癌的治療有效，讓肺癌治療進入「個人化量身訂做」的里程碑。

更多醫療選擇 助患者擁抱生命希望

相較於過去，台灣肺癌患者目前在治療上有更多的選擇性，因為台灣患者中有5、6成是腺細胞癌，其中有特殊基因突變者，75%對標靶藥物有反應，若好好接受治療平均存活期（median overall survival）在亞洲人常長達30個月。未來肺癌的治療方向是先做生物標記檢測，先檢測出個人基因（EGFR；即表皮生長因子受體基因）是否有突變，再依此制訂治療方針，並選擇適合

的標靶藥物。

EGFR突變者，在第一線用藥上目前有健保給付的標靶藥物可選擇；如果沒有突變，可選擇化學治療或搭配抗血管新生標靶藥物，至少有一半的患者可存活超過一年以上，但以往卻只有不到三分之一晚期肺腺癌患者可以超過一年。若第一線用藥成效不佳，需進入第二線用藥時，也有健保給付之標靶藥物、化療藥物可繼續使用。

根據國外的研究，對於EGFR沒有變異的非小細胞肺腺癌患者，使用化療合併抗血管新生標靶藥物，平均存活率可提高到12個月，比單純化療效果平均多5到6個月。

還記得金馬獎在台中舉行的那年，一名已因肺癌轉移到大腿骨的住院女病患，她對肺癌治療是停留在舊有觀念，正想結束生命時，看到大樓底下鋪著紅毯的星光大道，不忍破壞別人的喜事而猶豫時，她先生即時拉住了她，經過醫療團隊及社工的勸說，她接受了化療加上抗血管新生標靶藥物的治療後，從不能走路到能拄著拐杖走路，最後是自己走路，現在她只要定期回院追蹤接受抗血管新生標靶藥物維持治療就行了。

因此，只要不放棄，生命就有希望。

病友二三事

治癒晚期肺癌 真正的貴人是 醫師和自己

罹患肺癌，沒有一個人不會害怕，甚至有許多人因此憂心喪志，情緒受到極大的影響，但是現年近60歲的徐阿姨，聽到罹癌的第一個反應卻是「我不能輸！」即便身邊的人不知道為她流了多少眼淚，但是她卻一滴眼淚都沒有掉過，因為她清楚的知道，只有不向肺癌低頭，才能對抗肺癌！

現在的她，生活過得比以前更充實，不但重拾以往與朋友相約出遊、跳舞、唱歌的樂趣，更時常以自身經驗鼓勵其他癌友積極抗癌。徐阿姨說：「曾經有癌友問過我，罹癌後是不是需要貴人相助才可以痊癒，我告訴他，唯一的貴人只有醫師和你自己，癌症其實並不可怕，更可怕的是你先放棄了自己！」



健康狀況好 意外發現罹病

3年多前，工作忙碌的徐阿姨仍利用時間熱心從事公益活動，閒暇時更常與朋友相約出遊、跳舞、唱歌，在朋友和家

人的眼中，一直都是獨立自主的女強人，但是當時的她，萬萬沒想到在一次健康檢查中，被宣判罹患了肺癌。徐阿姨說：「當時其實滿驚訝的，自己沒有抽菸習慣，也將近30年沒有進出廚房，再加上每年都



有固定做健康檢查，身體狀況一直都很不錯，真的沒想到，竟然會罹患肺癌！當我告知家人這個消息的時候，我先生還覺得一定是機器出錯了，非要拖著我到處檢查，非得聽到不一樣的診斷結果才死心！」

罹癌後，徐阿姨沒有慌了手腳，反而冷靜的和醫師討論後續治療方式，雖然周遭的親友在過程中熱心提供許多偏方，但徐阿姨堅信只有遵循醫囑正確治療，才是對抗癌症最好的方式！「當初罹患癌症時，我先生就立刻買了將近6萬塊的偏方說要給我吃，雖然很感謝他的用心，但是我知道這種東西並沒有辦法給我任何的幫助，就堅定的拒絕他了，因

為我知道只有積極治療，才是最有效的辦法」徐阿姨說。

用意志力 走過疾病幽谷

徐阿姨的治療過程並沒有想像中順利，因腫瘤位置太靠近血管，醫生認為無法進行手術切除，但徐阿姨並沒有因此被打倒，反而越挫越勇，誓言要和癌細胞對抗到底！徐阿姨提到：「得知罹患肺癌之後，我身邊的人不知道為我流了多少眼淚，但是我自己一滴眼淚都沒有掉過，因為我知道我不能向癌症低頭！周遭很多病友都會覺得做完化療之後，身體就會很虛弱，不能像正常人一樣工作，但我卻主動報

名舞蹈社，讓自己的體力變得更好，去減輕化療的不適，也照樣和朋友相約出遊，若我不說，都沒人相信我是在使用化療的人呢！」

在自己的堅持與醫護人員的努力下，徐阿姨使用抗血管新生標靶藥物合併化療，肺部腫瘤成功縮小，目前治療成效良好，僅需定期回診觀察。現在的她，生活過得比以前更充實，三不五時依舊和朋友相約出遊，保有自己的興趣和原本的生活，生活方式和罹癌前沒有太大改變，徐阿姨認為：「肺癌本身並不可怕，最可怕是自己放棄了自己，那種消極的觀念和態度，再先進的治療、再好的醫護團隊，都將束手無策！」



台灣癌症資訊全人關懷協會

TAIWAN CANCER
TOTAL-CARE
INFORMATION SOCIETY

癌症衛教 一把罩



- 提供患者完整癌症副作用處理方式
- 快速查詢各癌症藥品的衛教資料
- 提供正確癌症資訊網路管道
- 讓台灣癌症資訊全人關懷協會成爲我們最方便、快速及正確提供癌症病人和家屬溝通與服務的管道之一



www.totalcare.org.tw

台灣癌症資訊全人關懷協會



如果您對於肺癌有任何問題，可傳真至 (02) 8768-1666，或E-mail至 cancercare@ttcc.org.tw，
將會有專業醫師為您解答，並收錄在下期季刊中。

下期出刊時間：2011/12