



# 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 |

幫助病人維持原有生活是最幸福的事 P8~P9  
和信治癌中心醫院內科部 血液與腫瘤內科 褚乃銘主任

陪病人走一段 醫病也要醫心 P10~P11  
台中榮民總醫院 整合性癌症資源中心 張基晟主任

積極預防 積極治療  
為戰勝肺癌的決勝關鍵! P12~P13  
高雄醫學大學附設醫院內科部 黃明賢教授

## | 病友二三事 |

要不要治療就一句話! P14~P15

## | 主編的話 |

### 擁有正確知識 才可以積極面對挑戰

得癌症了該怎麼辦?尤其是當被告知是晚期癌症時更是一片茫然。當然醫師會詳盡地跟您解說。只是治療過程中通常的結果可能更加困惑。「現在在接受的治療,真的好嗎?我是不是該使用標靶治療或是其他人在接受的治療?」,聽從了醫師的建議在積極治療但卻在治療過程中對治療一直會充滿了不明的恐懼,也很容易因為對疾病

或治療方式的的不了解或者錯誤迷思進而影響到持續接受治療的意願。本季刊的目的就是要加強大家的信心,希望可以藉由與全台灣肺癌專家們的對談來鼓勵癌友,除了能有積極治療不懼怕疾病的態度外,更應該要能藉著持續追求擁有正確而完整的知識才可以積極來面對治療的挑戰!

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 肺癌有許多種類嗎？非小細胞肺癌與小細胞癌有何不同？

A 以臨床特徵來分的話，肺癌可概分成小細胞肺癌（SCLC）和非小細胞肺癌（NSCLC）這兩大類，其中，以非小細胞肺癌佔大多數，約 85%。若再以組織學來分，非小細胞肺癌中包括了鱗狀上皮細胞癌、腺癌及大細胞癌。一般而言，非小細胞癌的生長速度較慢，預後比小細胞癌好一點，其五年存活率約為 10%，而小細胞肺癌的五年存活率則不到 4%。

只有少數罹患非小細胞肺癌的病人在被確診時，是可以僅用手術切除腫瘤細胞的，有些則需要在手術之後，再輔以化學治療或放射線治療。大部分的病人，因發現較晚，需要全身性的治療，例如化學治療或標靶治療。而小細胞肺癌則大多以化學治療或放射線治療為主。

和信治癌中心醫院內科部  
血液與腫瘤內科 褚乃銘主任

Q2 肺癌分期該如何判斷？治療方式是否有不同？

A 非小細胞肺癌的期別可分為 I、II、III A、III B 及 IV，做為治療的依據，至於小細胞肺癌，則看擴散情況而定。非小細胞肺癌第 I、II 期，以外科手術治療為主；第 III A 期較複雜，主要視同側縱膈腔淋巴結位置數量而定，部分病人可手術者，可先接受開刀治療，輔以化學治療，也可先接受化學治療，就狀況再轉改手術，或者病人可接受化學治療加放射線治療；第 III B 和 IV 期，多半無法手術，則以化學治療及放射線治療等方式進行治療。尤其第 IV 期，併有轉移現象，可能轉移到肝、骨頭及腎上腺等處，主要以全身性治療為主，如化學治療、標靶藥物治療等方式。至於小細胞肺癌，則多以化學治療為主。局部型肺小細胞肺癌，可加上放射線治療。

台中榮民總醫院  
整合性癌症資源中心 張基晟主任

Q3 與其他癌症相比，肺腺癌是否較容易轉移至其他器官，原因為何？

A 人體的肺部充滿了血管，癌細胞很容易經由這些血管，轉移至身體其他部位，甚至肺癌細胞可能在原發腫瘤還很小的時候，就發生遠處轉移。有些病人往往出現遠處轉移後，才出現症狀，曾有病人出現半身不遂的中風症狀，開刀探查腦部並經病理組織切片後，才發現是癌細胞經由肺部轉移至腦部，但原發處肺部的腫瘤，卻可能極其微小不易察覺。一般來說，肺腺癌容易發生轉移至腦部、骨頭、淋巴、肝臟、腎臟等器官。

高雄醫學大學附設醫院內科部  
黃明賢教授



治療篇

Q4

晚期肺癌存活率為何？

A

多數肺癌患者確定診斷時已是晚期，若不接受治療，可能僅有4到6個月的生命，經常有患者因此放棄治療。但現在有許多治療選擇，可延長平均存活期，包括標靶及化學治療等，1年的存活率可能都還有40%以上，所以無論存活率、存活期數字為何，不要放棄正規醫學治療，才是首要考慮的事。

台中榮民總醫院  
整合性癌症資源中心 張基晟主任



Q5

若 EGFR 基因無突變，是否適合使用標靶藥物？

A

從病人的角度來看，大部份病人會因為害怕化療帶來的副作用，所以希望選擇使用標靶藥物。不過，現在基因檢測愈來愈普遍，有近四成至五成的病人檢測結果可能沒有突變，但病人仍有許多的治療組合可以選擇，例如化學治療合併抗血管新生標靶的方式，或是選擇含有白金類藥物的合併化療。不管哪一類的治療組合病人都應該和醫師有充分的溝通，將對病人最有效的、副作用少的、安全性高的放前面，這樣若必須進入下一個療程時，病人在體力上、經濟上才有「本錢」繼續對抗癌症。我們鼓勵病人參與治療的選擇，病人知道的多，會比較好，臨床上，比較少出差錯。

和信治癌中心醫院內科部  
血液與腫瘤內科 褚乃銘主任

Q6

晚期肺癌如在第一線治療失敗，就沒有其他的治療方式了嗎？是否還有其他標靶藥物可選擇？

A

線治療失敗後仍有健保給付藥物可選擇，不過要考慮的是銜接藥物的問題，因為患者可能會擔心是否對藥物出現抗藥性？對藥物效果產生存疑。健保目前針對晚期肺癌的患者一線和二線的標靶藥物皆有給付。一線肺腺癌病人其 EGFR 基因有突變者，可考慮先使用標靶藥物治療。而二線病人，則健保可給付肺腺癌病人使用標靶藥物，所以建議可先做基因檢測，若情況合適可考慮用標靶藥物治療，若使用藥物失敗，仍有其他藥物可選擇。

台中榮民總醫院  
整合性癌症資源中心 張基晟主任

Q7

非小細胞癌中的鱗狀細胞癌、肺腺癌、大細胞癌，在治療上是否有不同？

A

肺腺癌為最常見的非小細胞肺癌，病人以非抽菸者為主，且女性罹患率比男性高，肺癌很容易經由血流及淋巴系統擴散。依照細胞組織的期別來做治療選擇，第一期以手術為主，第二期、第三期以手術為優先考慮，再輔以化學治療或放射線治療，第四期則以全身性的治療為主。鱗狀細胞癌是第二常見的非小細胞肺癌，多半與抽菸有關，基因突變的機率較低，所以目前不會在用藥前做基因檢測，早期仍以手術治療為主。大細胞癌最不常見，治療方式與肺腺癌類似。

和信治癌中心醫院內科部  
血液與腫瘤內科 褚乃銘主任



預後篇

Q8

老年人在接受化學治療或標靶治療的選擇上是否有年齡的限制？年紀越大是否越不建議採用較積極的治療方式？

A

由於肺癌的好發期是在 60 到 70 歲之間，通常建議銀髮族在體力狀況允許下，還是可以採取積極性的治療，尤其現在的化學治療搭配標靶治療，都有不錯的效果。隨著醫療的進步，治療方式的選擇也更多元，在進行化療前，醫護人員會進行體能及病史的評估，依病人的狀況，給予最適合的支持療法。即使年事已高，真的不適合進行化療，目前也有口服及注射的標靶治療，不僅可延長病患生命，也能改善生活品質。

高雄醫學大學附設醫院內科部  
黃明賢教授

Q9

化療結束之後，為何會造成白血球下降？

A

每種藥物都有其毒性，化療藥物當然也具有其毒性，各類化學治療藥物的毒性程度不同，可能產生骨髓抑制，進而造成白血球、紅血球、血小板等遭受影響。但是白血球的半衰期短，受到化學藥物的影響明顯，其低下有可能會較易受到感染。

醫師使用化療藥物時可能無法事

先精準預測對骨髓的抑制有多嚴重，不過大多數病人可能會在第一次使用藥物後的第 5 到 7 天後由抽血檢驗來監測白血球數量。不過，不是每種化療藥物都一定會有嚴重骨髓抑制的情況，和患者營養、活動能力以及藥物劑量等有關。

台中榮民總醫院  
整合性癌症資源中心 張基晟主任

Q10

肺癌患者進行化療療程前進行營養補充，是否會影響化學治療的成效？

A

化療就像是一場長期抗戰，每一次前方的敵我交手，勢必會造成體內細胞的大量耗損，因此，後方均衡營養的攝取，就像是提供前方作戰所需的儲備彈火。建議，均衡的飲食搭配適量的運動，都能讓體內因化療而受損的細胞組織更快速的復原。相反地，在營養不良的狀況下，化療所產生的副作用會更明顯，也會讓化療的成效大打折扣。蛋白質是體內細胞製造的重要來源，建議化療期間，可適量提高蛋白質的攝取。

高雄醫學大學附設醫院內科部  
黃明賢教授

醫療小百科

標靶藥物的種類？

medical  
treatment

?

目前治療肺癌的標靶藥物主要可以分為兩大類，分別為上皮細胞生長因素接收器 - 酪胺酸酶抑制劑 (EGFR-TKI) 與抗血管增生劑 (anti-angiogenesis)，EGFR-TKI 主要攻擊的「標靶」就是肺癌細胞膜上過多的 EGFR 活性，藉著抑制細胞 EGFR 活性達到治療肺癌效果。目前可以使用的 EGFR-TKI 包括有 gefitinib 與 erlotinib，目前這兩種藥物有健保給付在第一線及第二線的治療，建議患者在進行肺癌治療之前可先做 EGFR 基因檢測，若患者 EGFR 基因有特別的突變，則建議優先選擇使用上皮細胞生長因素接收器 - 酪胺酸酶抑制劑類藥物進行治療。而抗血管增生劑作用則在癌症細胞團中的血管，讓血管萎縮，使得癌細胞在得不到養分的情況下逐漸死亡，若患者的 EGFR 基因未突變，在第一線選擇使用化學治療時則可考慮合併使用抗血管新生標靶來增加治療的效果。但目前抗血管增生劑藥物尚未獲得健保給付，尚須自費。

財團法人台灣癌症全人關懷基金會董事長  
謝瑞坤醫師



專家講堂

# 幫助病人維持原有生活 是最幸福的事

許多病人都清楚知道  
肺癌是國人十大癌症  
死因之首，  
但亟需建立的卻是  
每個病人和家屬心中  
渴望的抗癌信心。



和信治癌中心醫院內科部  
血液與腫瘤內科 褚乃銘主任

**抗**癌，最重要的就是營養、體力，以及維持原來生活的高度意願。最新醫藥科技訊息的傳播速度很快，資訊愈來愈豐富，許多病人都清楚知道肺癌是國人十大癌症死因之首，但亟需建立的卻是每位病人和家屬心中渴望抗癌的信心。有意願盡力維持原來的生活方式、維持正常作息、保持良好體力、完整攝取營養、不放棄治療，就有希望！

## 年輕個案 應盡早確定診斷

門診中有位 17 歲的女孩，正值青春年華的美好年紀，不知為什麼咳嗽 2 到 3 個月都未見好轉，輾轉就醫後確診為肺癌，這對年輕的孩子和家庭來說，一時之間當然很難接受。可是，從醫師的角度來看，肺癌被確診時多半是晚期，治療過程是一場和時間賽

跑的競逐。所以，年紀愈輕的病例愈是需要盡早確定診斷，以提高病人和家屬更快接受治療的意願。

除了正確的診斷之外，還要能夠區分癌細胞的發展期別，給予適切的治療。肺癌治療的「Road Map」已大致有規則可循，依此方式通常能為病人帶來一定程度的效果。有時篩檢儀器過於精密，檢查出肺部有陰影時，也不全然是癌症。是良性待觀察的結節？或真的是癌細胞？這對醫師和病人都是一大考驗，一定要先有確定的診斷，才能有好的治療策略。

17 歲的孩子現在正常上下課，進入第二個療程，擁有和確診前幾乎相同的生活，甚至能跟同學一起上體育課，這就是醫師能夠提供給病人最好的協助。

## 接受持續性治療 延長存活

肺癌治療用藥前需先做基因檢測，了解 EGFR（表皮細胞生長因子接受器）是否有突變，根據細胞型態

選擇標靶藥物的使用時機，前、後線加總起來，仍有八成到九成的病人有機會使用標靶藥物。因此，在我們醫院接受治療的病人，若有適當的標本，一定都要先做基因檢測。若是 EGFR 檢測為有突變的病人，標靶藥物在第一線治療是有健保給付。若沒有基因突變或標本不足、無法檢測的病人，也不需擔心，因為仍有多種化學治療藥物或者是化學治療合併標靶治療的療程可供選擇。肺腺癌的病人，不管是否可以證明基因突變，在第二線都可以符合健保使用標靶藥物。

化療藥物和標靶藥物的組合療程有很多選擇，包括連續性的持續治療以及轉變性持續治療。連續性持續治療是指化學治療，使用同樣的藥物，持續性地做治療，沒有間斷。不過此種療法需注意毒性累積的問題，但只要和醫師密切配合、追蹤，還是有機會獲得良好控制。而轉變性持續治療是指經過四個療程的化療之後，停下原來的藥物，而改用其他種類的化療或是標靶藥物，這種治療方式的好處是可以避免抗藥性的產生。

目前並沒有一套最好的治療方式適合每位

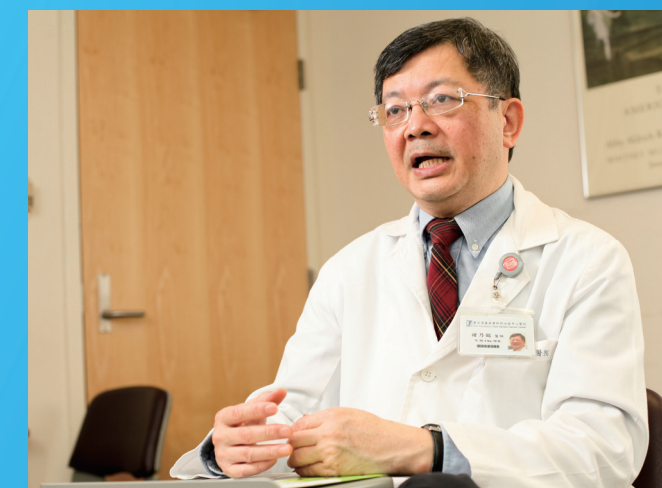
肺癌病人，醫療團隊會根據病人的個人狀況做出最符合病人的評估。但是接受治療的共通點就是要維持良好的體力及充足的營養，才能接續化療和標靶治療。根據統計，約有 20% 的病人在治療過程中體力不好，甚至用不到第二線治療。所以，千萬不能有「想把癌細胞餓死」的錯誤觀念。

## 需整合性照護團隊 長期支持

縱使有許多年輕個案，但肺癌病人的平均年齡偏高，約 60 歲以上，根據臨床經驗，有些年紀較大的病人，因為顧慮家人的負擔，而寧可放棄治療，甚至自行將治療療程間隔時間拉長。治療團隊若能事先知道病人對於治療的經濟考量、以及心理上對於治療的想法，就可進一步妥善安排出最適切病人的治療方式。

肺癌治療不是 3、5 天內就結束，需要長程的規劃，而團隊整合照顧對肺癌病友來說，可以做為強而有力的後盾，在漫漫治療路途上雖然無法立即預見短期治療效果，但提供綿長的關懷支持，相信也能走得更遠、更久。

接受治療的共通點  
就是要維持良好的體力  
及充足的營養，  
才能接續化療和標靶治療。





專家講堂

# 陪病人走一段 醫病也要醫心

基因不是唯一  
決定的關鍵因素，  
基因更沒有好壞之別



台中榮民總醫院  
整合性癌症資源中心 張基晟主任

**肺**癌死亡率是所有癌症之冠，在和病人共同面對的過程裡，也許沒有太多時間，可是最重要的是，一定要陪病人和家屬走一段過程，幫助他們。行醫這麼多年來，病人的感受對我仍有影響，但做為癌症治療的醫師，一定要學會適時讓自己抽離或轉換心情，才能面對下一次的挑戰。

## 基因不是 唯一影響因素

肺癌的早期徵兆並不明顯，有症狀者，來院診斷時，多半已是晚期，增加治療困難度。以目前台灣的統計來看，肺癌的男女性別比例約為2比1，男性病患仍佔多數，然而女性肺癌患者中，絕大多數都不抽菸，也沒有明顯的危險因子接觸史，但是臨床上大部份病人，往往

病程已進入第III期甚至末期。

患者被診斷為肺癌時，心情是痛苦而難以接受的，經常問我們：「我做錯了什麼嗎？我的基因比較差嗎？」根據統計，家族中若有肺癌病史，罹患肺癌的機率會比一般人高，若家族中有多人發現肺癌，那麼機率會高的更多。但是，大眾應該先建立一個正確觀念：「基因不是唯一決定的關鍵因素，基因更沒有好壞之別。」但環境改變這個因素，有可能是肺癌病人增多的原因之一。

## 讓患者表達 最想要的生活

隨著醫藥科技的進步，肺癌治療的步驟及原則愈來愈清楚，能夠選擇的治療組合也愈來愈多，像是化學治療、標靶藥物治療或者是使用化學治療合併標靶藥物治療的選擇等，患者和家屬都可以和主治醫師詳細討論，而治療團隊中還有個

案管理師、社工師、心理治療師及營養師等各種專業人士，都可以提供多方面且完整的全人諮詢與照顧，這就是「癌症整合治療」的新趨勢。

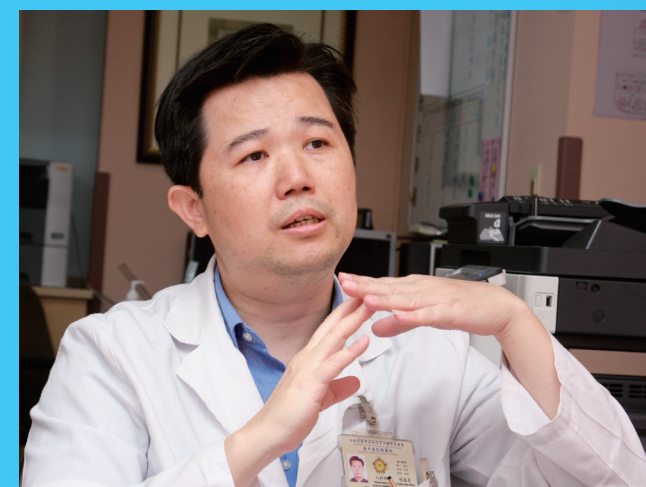
曾經有公司老闆被確定診斷為晚期肺癌後，問醫師：「我還能做些什麼？」，我評估了他的病情和追蹤情況後，跟他說：「先維持你原來的生活吧！」，也有時值32歲正是職場投入的黃金年紀，卻無法向家人訴說罹患肺癌的苦，在治療團隊的鼓勵之下，現在不僅正常上下班，也培養了繪畫的興趣，即將開畫展。仍有很多控制不錯的案例可證明，肺癌的治療已經進步到有機會可控制一段不算短的時間，存活超過5年的也有。所以我多半會先讓患者表達希望選擇的生活方式，經討論後，再給予可能最適合的治療模式。

## 醫者當需秉持 將心比心的態度

每件事情都有正反兩面，當然，治療也有副

作用或病情進入較壞的情況。印象很深刻，一位治療已經一段時間的中年病人，但個性不擅於對家人表達，於一次在病房中我問患者：「想不想錄一段感言給家人呀？」，當時只是單純想著錄音錄影可以幫患者做紀錄，卻怎麼也沒想到，錄完後隔天，這位患者的病情急轉直下，救不回來。家屬後來對我說：「醫師，幸好您有要他錄下那一段，這段時間以來謝謝您的照顧，未來女兒出嫁時，一定要撥出給女兒及女婿看，讓女兒知道爸爸有多愛她！」

遇見難以抉擇的狀況時，病人慌亂的心情可以想見，但我都會說：「如果是我，我可能的選擇是……」。其實，我們自己都希望能和親愛的人好好地說聲再見，面對重大疾病，事先預做一切安排是較好的選擇，不會匆匆忙忙、不致留下太多遺憾，醫護人員的努力和陪伴，我想，家屬和病人都感受在心裡，身後無盡的感謝已道盡做為醫師能為患者做的最佳醫治。



肺癌的治療已經進步到  
有機會可控制一段不算短的時間，  
存活超過5年的也有。



專家講堂

# 積極預防 積極治療 為戰勝肺癌的決勝關鍵！

40歲以後，  
建議可以每年做一次  
胸部低劑量  
電腦斷層掃描  
一般人則每年做一次  
胸部X光檢查



高雄醫學大學附設醫院  
內科部 黃明賢教授

**位**居台灣人十大癌症死因榜首的肺癌，像是一個隱形的殺手，患者往往等到出現症狀時，多半已經是晚期了，所以提高肺癌早期發現的確診率，也是肺癌治療很重要的目標之一。在過去，一般都是以X光及痰液細胞檢查為主，但發現早期肺癌的機率還是有一定的限制。其實，針對肺癌的高危險群例如老菸槍、廚師及家族中有肺癌病史者（特別是母系的家族病史），在40歲以後，建議可以每年做一次胸部低劑量電腦斷層掃描，一般人則每年做一次胸部X光檢查即可。

## 不論男女 都應正視肺癌的預防

在台灣，男性與女性

肺癌的發生機率約為2:1，表示台灣女性罹患肺癌的機率和男性相較起來並不會差太多，可是其中一個有趣的現象是，台灣男性抽菸人口約有35%；女性則為4%，相對顯示，大多數女性肺癌罹患者，並非因為抽菸所引起，更多的致癌因素，是因為基因突變、廚房油煙、空氣污染及化學清潔劑等所引發。曾經有一項針對23處中國料理餐館內工作之男女廚師所做的尿液檢驗，發現女性廚師尿液中油煙致癌物質所造成的脫氧核糖核酸氧化損傷的成份，較男性廚師高，也就是說女性對於油煙致癌物造成的氧化損害度可能更高，當然具體的實證，仍是需要未來更大型的研究去證實。但是可以確定的是，傳統觀念上，會抽菸的男性比較容易罹患肺癌的觀念是不成立的，不論男女，都應該正視肺癌的預防，並且從日常生活上落實，才能更根本的遠離癌症。

醫者父母心，  
存活期的數據只是參考，  
並不是絕對，每個患者的狀況不一，  
在評估患者的身心能力下，鼓勵積極治療，  
提高生活品質及延長存活期，  
才是醫生對病人更應有的正面態度。



在台灣家家戶戶都有抽油煙機的設備，但其實抽油煙機最理想的高度，建議應與鍋爐距離約15公分，才能避免油煙搶先一步被吸入鼻腔中。另外，選擇運動的地點也很重要，要避免在空氣污濁的環境運動，因為人體在運動時，呼吸變得急促，會吸收更大量的氧氣，此時，也同時把大量的污染原一起吸入肺部。再者，也要減少化學清潔劑的使用，避免皮膚與化學清潔劑的接觸。改變生活中的一些習慣，就能使自己減少曝露於致癌的環境中。

## 存活數據非絕對 鼓勵積極治療

初聽到罹患肺癌對許多人而言，往往是不可承受的打擊，更何況在臨床上許多人發現罹患肺癌時已是中晚期，如何告知家屬及病人病情，這也是行醫者應該學習的功課，因為病情的發展與病人的情緒也

有絕對的關係。醫者父母心，存活期的數據只是參考，並不是絕對，每個患者的狀況不一，在評估患者的身心能力下，鼓勵積極治療，提高生活品質及延長存活期，才是醫生對病人更應有的正面態度。

曾經有一名56歲的女性晚期肺腺癌患者，原本預估存活期約為半年，但在經過EGFR（表皮細胞生長因子接受器）基因檢測後，確認為EGFR基因突變，施以酪氨酸激酶抑制劑（tyrosine kinase inhibitors, TKI）的標靶藥物治療，至今已延長4年半的生命，且仍持續定期追蹤治療。不過，對於檢測結果為非基因突變的患者，仍可使用化療合併抗血管新生標靶藥物，平均存活率也能提高15個月。近年來，晚期的標靶治療走勢趨向基因檢測，依基因表現的差異性，來為患者選擇更適合的治療方針，也大幅提升了晚期患者的存活率。

病友二三事

# 要不要治療 就一句話！

今年 48 歲的林先生，3 年前被診斷出罹患肺癌，個性瀟灑的他一開始不願接受正規治療，自行使用民俗療法，幾個月之後發現病情並沒有改善，又跑回去找主治醫師，這時，醫師跟他說：「你都拖那麼久了，要不要治療今天就一句話啦！」林先生心想，就拼了！接受西醫治療吧！直到現在還能上山種種菜、出門走走，樂觀面對漫長治療路。

和許多癌症患者一樣，乍聽到罹患癌症時心情上都難以置信，林先生用四個字形容：「晴天霹靂」。因為從 17 歲就開始抽菸，菸齡非常久，所以當天從醫院回到家之後，第一件事就是把菸丟掉。也因為太過意外自己罹患肺癌，根本連到底是哪一種型態的肺癌、第幾期等疾病資訊，林先生完全聽不進醫師說的話，心想：

這下完了！

他開始找偏方、不想去醫院、也不太跟從前的朋友來往，脾氣本來暴躁的他，變得有些孤僻，也不知道如何和家人相處。一個多月後，不知道哪來的起心動念，正在看電視的林先生起身到女兒房間，跟她說：「幫爸爸找個治癌的專科醫師吧！」

就這樣，開啟了林先生接受正規治療之路，至於當時為什麼會「突然想到」，他也說不上來。

## 不願給家人負擔 變樂觀

因為已有骨轉移的問題，



了，脾氣上也改變很多，從暴衝型轉變成正向微笑以對的開朗型，他認為，都已經生了重大疾病，怎麼能愁眉苦臉呢？這樣對病情一點幫助都沒有！林先生還說：「走到不能再走為止、要堅持到最後一刻。」讓許多病友受到鼓舞和感動。

## 被診斷 肌肉拉傷數月

回想當時如何發現罹癌，林先生覺得非常意外！本身職業是泥水匠的關係，常需耗費大量體力，運動傷害在所難免，不過因為胸痛非常久，且中午休息平躺時發現疼痛愈來愈劇烈，只好先到診所就醫。

沒想到，卻被當成運動傷害來復健，過了好幾個月未見好轉，於是換到大醫院做檢查，也是換了 2 家大型醫學中心之後，才終於確診。所以林先生想要呼籲大家，身體有任何狀況持續時間過久時，就要合理懷疑其他疾病的可能，盡早做詳細檢查。

他還提醒癌友們，為了要與癌細胞長期抗戰，一定要有良好的體力，所以「吃得下」是最重要的事，林先生每天都定時定量吃三餐，讓自己維持較好的營養狀態，太太也會幫忙準備餐食，千萬不要有想餓死癌細胞的錯誤觀念，否則最後吃虧的仍是自己。

