

肝癌

一般外科 徐國峯醫師

B 型肝炎及肝硬化盛行於國人，相對的在臺灣肝癌也有較高之發生率。

肝細胞癌之發生率從地理上可以看出明顯差異，歐美很少（剖檢發生率 0.2 - 0.3%），亞洲及南非則如眾所周知相當的多。有關病源的討論曾被提及的有 B 型肝炎、C 型肝炎、黃鞠毒素、肝硬化遺傳因素，血色沉著病（色素性肝硬化）(hemochromatosis)。

肝細胞癌分為**大塊型(massive type)**、**小結型(nodular type)**、**瀰漫型(diffuse type)**。其中以大塊型為多，且容易發生於右肝葉。大塊型肝細胞癌會演變成相當大，常易引起中心壞死及中心出血，亦有肝硬化的併發情形，但與其他二型相較，則較少發生肝硬化。小結型肝細胞癌，其大大小小的結狀癌發生於全部肝臟或肝的一葉。此類型者常併發肝硬化。瀰漫型肝細胞癌較少，肝全體摸來很硬，特別是它不形成腫瘤，乍看之下，與肝硬化難以區別。要用組織檢查才能診斷，多為混合型肝癌(cholangio- hepatoma)。

肝細胞癌極具惡性，很快地會經由門脈系引起肝內轉移，其次多經由肝靜脈而引起的肺轉移，以及同樣經由血行性的骨、腦等轉移。

診斷及鑑別診斷

肝細胞癌在肝機能檢查方面不太重要。血清 AFP (α -fetoprotein) 的檢查在診斷上較為有用。原發性肝細胞癌時，有此特殊的血清蛋白陽性反應出現，當然陰性反應不能否定絕對沒有肝細胞癌，但若為高價陽性時，可以肯定肝細胞癌的診斷是佔有相當高比率的（但是肝炎時也有陽性反應。）

(1) 超音波：雖可區別實質性腫瘤與囊腫，卻不能鑑別瘤的性質。

(2) 電腦斷層

(3) 血管攝影(angiography)：在肝癌部可以見到血管的密集像或血液的貯留像。

(4) 核磁共振檢查

(5) 針吸式活組織檢法(needle biopsy)：肝腫瘤的診斷歸根究底還是決定於組織學的診斷。肝細胞癌常常在中心組織有壞死出血，若行此檢查法，會大量出血，同時也有癌細胞沿著針孔有被植入(implantation)的情形，因此要特別注意。

治療：

(一) 手術切除(surgical resection)：能夠早期切除預後最佳。

(二) 經動脈化學栓塞法(transarterial chemoembolization)：不能切除者，沒有嚴重肝功能缺損，沒有肝門靜脈栓塞可考慮此法。

(三) 酒精注射液(percutaneous ethanol injection)：小肝癌不易切除者可用此法。

(四) 冰凍治療法(cryosurgery)：有些醫學中心已採用此法，術中放置一探針，用液態氮將腫瘤冷凍使其壞死。

(五) 化學療法：使用抗癌劑 mitomycin C、5 fluorouracil、endoxan、methotrexate、adriamycin 等，通常由肝動脈直接注射，要比經靜脈注射有效。大量注入，比小量注入有效。但雖

言有效，也只不過是疼痛減輕，腫瘤縮小，目前的化學療法還是令人失望。

(六) 免疫療法：這是一種新興的療法，其治療目標並非如化學療法只是殺死癌細胞，而是抑制癌細胞的活動，目的是使癌與生體和平共存。但至今尚無定論，但此法並非沒有希望。

(七) 肝動脈結紮：肝細胞癌的血液供給，主要來自肝動脈，故作結紮肝動脈，斷其血液的供給，藉此引起贅瘤組織的壞死，以達其治療之目的。其他正常的肝組織，只要靠門脈血的供給，即已足夠。但實際上肝動脈結紮後一週期內 GOT、GPT、bilirubin 都會相當升高。肝動脈為新生(neovascularity)，所以實際上雖結紮了所有動脈，也無預期的大效果。

(八) 肝移植：由於同屬移植法(homotransplantation)的技術以及移植後對排斥作用處理法的進步，肝臟全取出及同屬肝移植，在臨床上應用漸廣。但肝外已有轉移者，不適用。

預後：

小肝細胞癌（小於 5 公分）早期適當的手術切除，5 年存活率可達 30—70% (各家統計不同)，但大肝細胞癌（大於 5 公分）預後較差。

徐國峯醫師 簡介：

現職：三軍總醫院基隆分院一般外科主治醫師

三軍總醫院基隆分院手術室主任

三軍總醫院一般外科主治醫師

學歷：國防醫學院醫學系

英國牛津大學博士

經歷：三軍總醫院一般外科住院醫師、總醫師

三軍總醫院澎湖分院一般外科主任

中華民國外科專科醫師

中華民國消化外科專科醫師

專長：消化外科、內分泌外科、內視鏡外科

領域：肝膽胰手術，胃腸手術，甲狀腺手術，乳房手術，

腫瘤手術（肝癌、胃癌、乳癌），疝氣修補手術，

減肥手術，微創、腹腔鏡手術，無痛胃鏡大腸鏡檢

