



長期穩坐癌殺手第一位的「肺癌」，大多數患者發現時已到晚期，生命只能倒數。

面對晚期肺癌，真的束手無策嗎？

幸好，科學家不斷研發治療新藥物，阻截癌細胞的生長，餓死腫瘤。以為死亡之路正等著他的晚期肺癌患者盧先生，靠著新療法，體內癌細胞奇蹟的受控制……

餓死癌魔

晚期肺癌新曙光



盧先生在絕境逢生，全靠醫學進步，及他一顆不放棄的決心。

六

十歲的盧先生終於戒掉三十年的煙癮，但〇五年底進行身體檢查時，卻發現患上晚期肺癌。以為只有等死前路的他，慶幸患病以來不辛苦，除了有兩聲咳嗽外，身體沒有丁點兒病徵。

「知道後沒甚麼接受不來，反正死就罷，都吸了三十年煙，一世人總有一次（死亡）。」盧先生平靜地說。不過當他想起自〇〇年退休，〇五年才拿到退休金還清房子的貸款，正踏上享受人生的起點，但卻被可惡的癌腫攔路，愈想愈不服氣，不認輸的盧先生，決定與「它」打場硬仗。

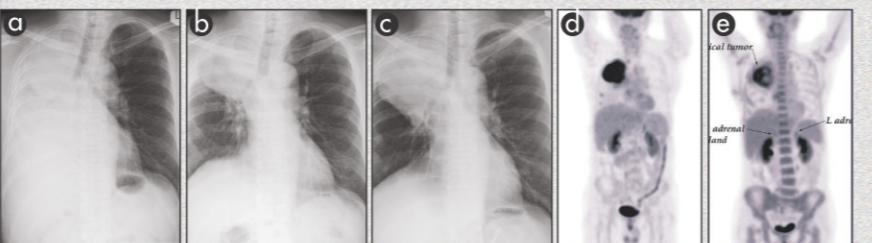
兩年前在公立醫院確診時，盧先生右邊第六節骨下的肺葉，有一粒一吋乘兩吋大小的癌腫，腎上腺上亦有癌蹤，當時醫生已斷為晚期擴散肺癌，屬非小細胞

化療低效 節節敗退

其實肺癌的治療，是根據瘤腫類別、期數、擴散情況及病人健康來選擇，當然最理想能以手術清除癌腫瘤，但晚期肺癌只能以抑制腫瘤擴散或改善患者病徵為主，當中最常用的是「化療」。

他努力配合醫生療程，還把過程、藥物及結果逐一記錄下來。自此，他就不斷在某公立醫院進進出出，手臂布滿靜脈注射的針口，可惜療效卻每況愈下。

「年半間五次化療，\$2,700、



a 四月，盧先生未接受治療前，右肺全見花白。
b 接受兩次放射治療後，右肺葉已開通。
c 八月，右肺葉陰影減少，盧先生能順利呼吸。
d 今年四月的正電子掃描圖片，肺腫瘤體積達 8.9 × 7.3 厘米。
e 八月，接受兩次合併治療後，肺腫瘤縮小至 5.6 × 6.3 厘米。

\$4,800、\$17,000、\$18,000，一次

比一次貴，療效卻一次比一次差，事後除了脫髮無出現，甚麼嘔吐、無力、出疹副作用全都出齊。」盧先生數算著。失望的心情沒有將

先生擊倒，到了最後一次試免費化療藥時，終給他帶來曙光！

「那次我試藥成功，住院五日，醫生看X光肺片終說反應不錯，但不錯在何處，他卻沒細說。」他回憶著說。

可惜，〇七年十二月完成化療後個多月，他病情突然惡化，咳嗽變本加厲，痰瘀梗塞喉頭，呼吸喘氣，辛苦到每晚失眠。此

時，醫生提出「放射治療（radiotherapy）」，即是電療，利用X光射線射殺癌腫。可惜十次電療後並無明顯療效。

盧先生捱到今年三月，癌細胞侵蝕肺部，令肺功能持續下降，右邊肺部X光已完全花白，只能靠左邊肺來進行換氣。所以他每一次呼吸都很辛苦，拉扯著痛，家中隨時準備氧氣機救命，每提步行路都無力，每句說話都要分好多段才能說完。



► 張文龍醫生說，一些新的標靶治療藥物混合傳統化療藥物，能增加晚期肺癌病人存活期。

肺癌分類

非小細胞肺癌 (Non-Small cell lung cancer, NSCLC):

此類癌腫的癌細胞的數量倍增時間 (Doubling Time) 較長，腫瘤增長及擴散機會較慢，適合做手術切除，有較高治療效果。約超過九成肺癌病人屬此類，當中又分為三類：

1. 腺癌 (Adenocarcinoma) :

最常見的非小細胞肺癌種類，約佔 50% 病患，從製造黏液的細胞發展出來，產生在氣管內層。常常是在有遠處轉移之後才出現臨口症狀，多由血轉移。包括支氣管肺泡細胞癌 (Bronchioalveolar carcinoma (BAC))。

2. 鱗狀細胞癌 (Squamous cell cancer) :

又稱表皮樣癌，常見於男性吸煙者，約佔肺癌病患的 30%-35%。早期多為局部向外延伸的轉移，後期則經血擴散。

3. 大細胞癌 (Large cell cancer) :

於病患中較少見，約少於 10%，癌細胞生長速度較緩慢，會經由血及淋巴擴散。

4. 小細胞肺癌 (Small cell lung cancer, SCLC) :

又稱為燕麥細胞癌，只佔兩成病患。此癌多由吸煙引起，而且癌細胞倍增所需時間短，生長速度快，病發初期很多已有淋巴腺或遠端轉延，大部分不適合手術切除，化療效果則較好，多數合併放射治療。

其實都試勻化療及電療，醫生已經當末期治療，開始用嗎啡來

說完。

盧先生捱到今年三月，癌細胞侵蝕肺部，令肺功能持續下降，右邊肺部X光已完全花白，只能靠左邊肺來進行換氣。所以他每一次呼吸都很辛苦，拉扯著痛，家中隨時準備氧氣機救命，每提步行路都無力，每句說話都要分好多段才能說完。

吊命，說明白就是放棄。」盧先生搖頭細聲歎息。但放下工作由加拿大回港照顧盧先生的女兒，相信還有藥可治，最後找上腫瘤科專科醫生張文龍。

重新治療 復肺功能

張文龍醫生研究盧先生病歷後，即時為他作X光檢查，發現他右邊肺葉有兩處全關閉，失去換氣功能，難怪他氣喘如牛。但他仍認為盧先生肺癌病況未至於只能作姑息性紓緩治療，有可能暢通氣管後，情況會有好轉。

今年四月作二次放射治療，盧先生右邊肺葉已開通，他明顯感受到身體一日比一日有力，呼吸不再是壓力，說話亦不用家人代勞。

「感覺變化很大，這是病發以來第一次感到有治療希望。」盧先生衷心感激說。

見紓緩性治療有效，加上盧先生的肺癌只擴散至腎上腺，張醫生打算進一步作積極治療，計劃把腫瘤縮細，移離主要血管後，有望手術能清走病灶，但事前要先全身性癌腫檢查，為癌腫再次定立期數及治療方法。

手術受阻 另覓新法

四月二十八日，電腦斷層掃



一般癌症，可接受放射治療，利用X光射線殺死癌細胞。

化療藥物 VS 標靶治療藥物

張文龍醫生解釋，1995年有權威文獻綜合各傳統鉑金類化療藥對治療晚期肺癌的不同研究，發現化療比紓緩性治療，即被動性治療病徵較為理想，患者壽命可延長三個月，而且生活質素有明顯改善。因此，治療多以傳統「順鉑(Cisplatin)」或「卡鉑(Carboplatin)」的化療藥物，常被混合一種新化療藥於治療非小細胞肺癌，例如健擇(Gemcitabine)、特素肽(Docetaxel)、泰素(Paclitaxel)、溫諾平(Vinorelbine)等。就此十三年，化療成為治療晚期肺癌的標準第一線治療。

不過，主要抑制癌細胞分裂及DNA複製的化療藥物，因為正常細胞的分裂情況亦相類似，所以化療藥殺癌細胞同時，對於正常細胞亦一律「通殺」，引發各種難受副作用。而且晚期病患的療效亦未見理想，只有約兩、三成腫瘤有良好縮細反應，控制時間亦只有三、四個月。

但主要分為口服及注射兩類的標靶治療藥物，例如依麗莎(Iressa)、Tarceva、Erlotinib、Gefitinib或Bevacizumab。能抑制癌細胞表面多個訊息接收器，截斷癌細胞成長、分裂、複製或擴散的路徑；或截斷供血給癌細胞的增生血管，則可以「有的放矢」，作針對性地瞄準癌細胞來斷「米路」，或硬生生的餓死它，亦因為僅有選擇性地攻擊目標，所以副作用相對化療為少。

不過，標靶治療藥亦有一定限制，如針對血管增生的Bevacizumab，雖能延長存活期，但就不適合鱗狀細胞癌、嚴重咳血及已有腦部轉移病人。而Erlotinib及Gefitinib的功效要靠癌細胞有EGFR基因病變，或比正常多EGFR才可以發揮，因此並非每位病人都適用。病人必須經腫瘤科醫生診斷最適用哪一類治療才可以開始治療。



▲預防肺癌，請即戒煙。

▼標靶藥物混合化療，是目前治療晚期肺癌的一線生機。



癌病人適宜用口服的EGFR-TKI(如依麗莎Iressa等)，六成這些肺癌細胞有EGFR基因變異，七成有EGFR基因變異的癌細胞會受EGFR-TKI類別的標靶所控制。故成功率不比化療低，而副作用普遍比化療少。

其他的晚期肺癌便需要化療——〇七及〇八年的周年癌症會議研究資料顯示，Bevacizumab(Avastin)混合傳統化療可有效地增加晚期肺癌病人的存活期達一年以上。另一研究證明了用另外一種標靶(anti-EGFR antibody, Cetuximab, Erbitux)混合化療一併使用比單用化療為有效。

早已把性命交給張醫生的盧先生，不管醫生要他試甚麼藥，他都戰鬥到底。七月，他開始注射第一次化療合併標靶治療藥物，他用的是適合各種非小細胞肺癌的標靶治療藥「阻截癌細胞表皮生長因子藥物(Cetuximab)」，及「順鉑、溫諾平化療藥」。

其實此標靶藥物近年才用於治療非小細胞肺癌，專門針對的癌細胞表皮生長因子受體(EGFR)的單克隆抗體，可阻截EGFR與溫諾平化療藥。

制腫瘤新血管的形成，令惡細胞自我毀滅。今年六月，美國臨口腫瘤科學會(ASCO)發表，Cetuximab標靶治療藥合併化療藥，作治療非小細胞肺癌的一線用藥，較單一化療的化療存活率，由10.1個月升至13個月，而瘤腫縮小反應由29%增至36%。

張醫生強調，盧先生之所以能用上Cetuximab，目前唯一能有效對付大部分非小細胞肺癌的一線藥物，因為他的癌腫有EGFR，能滿足有「靶」讓Cetuximab來瞄準發射。

下期預告：BB失蹤

當知道神奇的生命種子，已悄悄地醞釀在媽媽的子宮時，即使胚胎還未成形，將為人母的女士們，就愛不釋手地撫摸口仍是平坦肚皮，期待口日漸成長的寶貝。

終於待寶寶成長到可從超聲波中看到時，殷切渴望與你見面時……為甚麼螢幕上還是漆黑一片，是你太細小不太顯眼？還是你頑皮地躲到別處去？

因篇幅關係，醫療信箱暫停。讀者如有任何醫療上的查詢或疑問，可將問題電郵至 medicfile@singtaonewscorp.com

如何發現肺癌？

如你有以下病徵，有機會患上肺癌，應盡早見醫生檢查清楚：

- 食慾不振，體重持續下降；
- 持續咳嗽、咳血、痰中帶血；氣喘、氣促、胸悶及胸痛等；

►肺癌病況發展急速，故高危人士(長期吸煙者)應定期照肺，確保安全。

檢查方法：

1.X-光電腦掃描：

診斷肺癌最基本及重要的程序是照X光，先檢查肺部有沒有異常的情況。

2.氣管鏡檢查：

利用軟身的光導纖維支氣管鏡，再利用其他專業工具進入體內，取出肺樣本作進一步化驗，有時甚至可以明顯地看到肺內的腫瘤。

3.正電子掃描(PET Scan)：

非常昂貴的掃描工具，同時亦有一定的限制，包括只能顯示出大於一厘米的腫瘤。並不需要經常使用，主要用於手術前。

N (淋巴) 2 M (轉移) 1期，即遠方轉移，情況屬於T (腫瘤) 3 7.3厘米，而且部分肺膜及縱隔淋巴已被癌細胞侵蝕，雖則沒有惡性的肺積水，但左邊腎上腺已有一點

能救治的晚期，估計五年內仍有存活率，只要病人身體狀況及意願許可，我們都應該給予根治性治療。六月份，張文龍醫生與外科手術醫生商討，認為技術上有切走單一器官(左腎上腺)擴散，仍屬

腫瘤可能性，決定嘗試手術，可惜打開肺部後卻發現癌腫實在太近主血管，切除會有相當高的危險，惟有縫合再另覓他法。

此路不通，仍有另一路，張醫生讓盧先生嘗試最新的治療及標靶治療混合療法，務求終極縮細腫瘤，待癌魔遠離血管後，再動手術徹底切走癌細胞。

據美國國家肺癌治療指引，因只有單一器官(左腎上腺)擴散，仍屬

腫瘤可能性，決定嘗試手術，可惜打開肺部後卻發現癌腫實在太近主血管，切除會有相當高的危險，惟有縫合再另覓他法。

化療及標靶同步

張文龍醫生指出，最新的療程數據顯示，從不吸煙的晚期線性肺

治療藥，過程約為一至兩小時，然後休息一小時，再進行化療注射。事後除皮膚會出紅疹及痕癢外，他還感到疲倦，可能是化療所致。

「第一次治療後作正電子掃描，已見到腫瘤活躍程度已減慢一半，電腦掃描見到腫瘤縮細，腎上腺的腫瘤半句說話，現在卻又能中氣十足與記者暢談個多小時，他深切體會到只要不放棄，生命總有曙光。他現在最希望能完成未完的手術，清除正在衰竭的癌腫瘤……」

回想三年來的患病過程，盧先生由沒有病徵，到氣喘得說不上半句說話，現在卻又能中氣十足與記者暢談個多小時，他深切體會到只要不放棄，生命總有曙光。他現在最希望能完成未完的手術，清除正在衰竭的癌腫瘤……