

## 肺癌

### 前言

肺癌是最常見的一種癌症，而且在許多的國家肺癌的發生率持續增加中。肺癌之所以增加迅速的原因，除了一般衛生保健的進步降低了人們死於傳染病的機會，因而將人類壽命延長到癌症的好發年齡之外，抽菸與空氣污染實為重要的致癌因素。肺癌除了發生率持續在增加外，其死亡率也快速地增加。根據世界衛生組織的統計，最近二十年來全人類的癌症死亡率增加了 319%，其中便以肺癌的死亡率增加最快速。從民國七十一年起，癌症即躍居國內十大死因之首迄今。而根據衛生署的最新統計也告訴我們，肺癌是台灣地區(含金馬)主要癌症死亡原因中排名僅次於肝癌的重要疾病，高居第二名。於民國八十五年國人死於肺癌的總人數共有 5439 人，比起八十四年的死亡人數又增加了 7.25%。肺癌的死亡率，在男性高居癌症死亡率的第二名，僅次於肝癌；在女性則已超過子宮頸癌的死亡率而位居第一名，是國內女性同胞最主要的癌症死亡原因。在這本手冊裡，我們將協助您去認識肺癌這個疾病，以及診斷與相關治療，讓您和家屬能更坦然地面對疾病。

### 肺臟的構造與功能

肺臟是由粉紅灰色的海綿狀組織所構成的一對圓錐狀器官，是呼吸系統的一部分，佔胸腔的大部分空間，而左、右兩肺葉之間以縱膈腔隔開。縱膈腔內有心臟、大血管、氣管、食道、胸腺和許多淋巴結。右肺比左肺稍大些，右肺分上、中、下三葉，左肺則分上、下兩葉。

當我們呼吸時，空氣由鼻子或嘴巴進入體內，經過喉嚨、氣管和左、右主支氣管進入左、右肺內。左、右主支氣管進入肺內再一路往下分為更小的支氣管，最後成為終末細支氣管與肺泡相聯。肺是由三百多萬個肺泡所組成，肺泡上有上皮細胞，上面佈滿了網狀微血管。肺泡是身體與外界空氣進行氣體交換的地方。肺臟的主要功能為吸進氧氣以維持細胞生存及正常的功能，並且將身體各部位細胞代謝的二氧化碳廢氣排出體外；呼吸道粘膜纖毛同時也處理掉數百萬的空氣污染粒子，以及防堵無數的飄浮致病菌，如病毒、細菌和其他微生物進入人體。

### 成因

肺癌的危險致因可能是多因子造成的，而不是單一因素：如抽菸、二手菸、家族史、環境中致癌物質的曝露。然而無庸置疑地，抽菸是導致肺癌的最主要成因。在男性，90%的肺癌是因抽菸而引起；在女性，79%的肺癌是因抽菸而引起—平均是 87%。菸煙含有許多致癌物質，抽菸者久而久之，體內曝露在菸煙下的正常細胞將轉變為癌細胞。菸抽的愈多的人，得到癌症的機會相對地也愈高—不只是肺癌，還有口腔癌、喉癌、食道癌、膀胱癌、腎臟癌、子宮頸癌和胰臟癌。根據統計，抽菸約是所有癌症死亡原因的 30%。每天抽兩包或以上的香菸的人，得到肺癌的死亡率是不抽菸者的 15 到 25 倍。

不單僅是肺癌，所有長期抽菸的“癮君子”都比較容易死於心臟血管病變、慢性阻塞性肺病變、以及其它的癌症。曾有流行病學專家指出：在美國每年因抽菸而死亡的人數，至少是當年越南戰爭死亡總人數的六倍以上；長期抽菸造成的傷害約略可以縮短“老菸槍”的壽命達 23 年之多；平均說來人們每抽一根香菸約減少 5 分鐘壽命。

如果說自己不抽菸，然而卻長期吸入“二手菸”的人也同樣會遭受傷害，根據統計約有 4% 的男性以及 22% 的女性，其死於肺癌的主因乃係與吸入二手菸息息相關。英國學者 Dr. Wald 於 1986 年曾指出，吸入二手菸者其肺癌罹患率要比沒吸入二手菸的人高出 30%；而抽菸者的妻子死於肺癌的機率為非抽菸者妻子的兩倍至三倍之間。

為什麼同樣是“老菸槍”的抽菸者，有些人會得到肺癌，而有些人則否？這中間的差異目前認為可能與抽菸者的“體質特異性”（亦即“遺傳基因”）或多或少有關。目前已知道的一些致癌基因如 ras, myc, neu 以及抑癌基因如 p53 等皆與肺癌的形成有關。然而，臨床上迄今仍然沒有一種可靠的方法可以用來預測究竟那一個人的“體質”可能好到即使終生抽菸也不會得癌的程度。因此，以臨床癌症醫護人員從事衛教的立場來說：防治肺癌或降低肺癌死亡率的根本之道，就是勸戒已抽菸者及早“戒菸”，以及避免不抽菸者遭受到“二手菸”帶來的傷害。

很清楚地，如果人們不抽菸，每年將有數以千計的生命得以獲得拯救。為了這個原因，美國國家癌症院大力鼓勵抽菸者要戒菸。一個人一旦開始戒菸，得到肺癌的危險率就開始緩慢下降；一般要十五年後，這個危險率才會下降到和不抽菸的人一樣。但是愈年輕時戒菸，這個機率愈提早下降到和不抽菸的人一樣。

雖然儘早戒菸是最好，然而戒菸永不嫌遲—即使您已得了肺癌，戒菸仍然可得到許多的好處。肺癌病人戒了菸，會比繼續抽菸的肺癌病人不容易得到第二個肺癌。外界環境致癌因素，如石棉、鎘、砷、放射性氬氣、污染空氣的聚合環烴類焦油化合物...等，也都可能導致肺癌的形成。因此，人們要嚴格地遵守工作和安全規則以減少工作場所致癌物的曝露。曝露於高劑量氬氣（一種放射性氣體）的工作者會增加肺癌發生的危險率，尤其本身是抽菸者。高劑量的氬氣存在於某些形態的地下礦產（如：地下鈾礦）。氬氣也存在於某些房屋建築中，但是劑量通常比礦產的含量低。人們正在研究暴露於房屋中的氬氣是否會增加肺癌的危險率。

何謂肺癌

就像身體的其他器官一樣，肺也是由許多不同的細胞所組成。這些細胞在身體需要時會分裂成更多的細胞，以維持肺部正常的功能；但若細胞過度持續不正常的分裂時，便會形成一團多餘的組織，這組織就叫做腫瘤；而這腫瘤可能是良性或惡性的。

1 良性的腫瘤通常可以切除且不會再長出來，而且細胞不會侵犯其它組織，也不會擴散到身體其它部位而影響正常的功能，造成生命的威脅。

1 惡性腫瘤即是癌症，會侵犯周遭組織器官並造成傷害，而且癌細胞會進入血液或淋巴系統從原發部位跑到另一個部位，此種癌症的擴散就叫做轉移。

肺癌通常會擴散到肺門、縱膈腔的淋巴結或胸腔附近的其它組織（包括對側的肺）。也會擴散轉移到身體的其它器官，例如骨頭、骨髓、腦部或肝臟。而這擴散轉移後的癌細胞仍然保有與最初原發的癌細胞同一種的細胞型態。換句話說，若肺癌轉移擴散到肝臟，則肝臟的腫瘤叫做轉移性肝癌(即肺癌併肝轉移)，而不是原發性肝癌。這是在癌症治療中一個很重要的觀念，因為肺癌併肝轉移的治療和原發性肝癌的治療，其治療觀念有相當大的差異。其他骨頭、骨髓及腦部的轉移也是同樣的道理。

### 肺癌的種類

肺癌通常分成兩大類型：小細胞肺癌及非小細胞肺癌。這兩種類型的腫瘤細胞生長、分化、及擴散速度並不相同，臨床治療的方式和對化學治療的反應也有極大的差別。

1.小細胞肺癌：在以前又稱為燕麥細胞癌，因為在顯微鏡下看起來很像燕麥。多發生於男人，且與抽菸關係極為密切，佔全部肺癌的 12%（台灣）到 25%（歐美）。此類型的肺癌生長得很快，容易迅速擴散到其他器官。通常位於肺部中央靠肺門位置，會往大的支氣管枝長入，堵塞氣道造成肺葉萎陷，診斷時常已有縱膈腔淋巴腺的擴散；有三分之二的病人診斷時已有遠處轉移。

2. 非小細胞肺癌：比小細胞肺癌常見，佔全部肺癌的 75%（歐美）到 88%（台灣）。相對於小細胞肺癌，非小細胞肺癌的生長較緩，轉移發生也較慢。根據腫瘤細胞的型態又分成主要三種：

(1)腺癌(adenocarcinoma)：約佔非小細胞肺癌的 50% ，為肺癌中最常見的型態。多發生於女性，抽菸者與不抽菸者機會相等，為女性及不抽菸者最常見的肺癌類型。通常位於肺的外部邊緣，為周邊型病變，和支氣管枝較無關。胸部 X 光片上有三種常見的不同表徵：一是單一或多發性肺結節；其次是單一或多發性的肺實質化(consolidation)病灶，可分佈在肺小葉或是廣泛性的肺葉浸潤；第三則是以肋膜積水來表現。

(2)鱗狀細胞癌(squamous cell carcinoma)：是男性最常見的肺癌類型，也與抽菸關係極為密切，佔非小細胞肺癌中第二位，約 30% 左右。亦常位於肺部中央靠肺門位置，也會堵塞氣道造成肺葉萎陷和有縱膈腔淋巴腺的擴散，然而其擴散速度則較其它類型肺癌為慢。

(3)大細胞癌(large cell carcinoma)：此群癌症的特徵為具有外表不正常且大的細胞。通常為周邊型病變，但易侵入附近肺組織並有早期轉移的現象。

### 症狀

肺癌的初期通常不會有症狀，病人偶而因其它原因照胸部 X 光，才被醫生發現有肺癌。絕大部份肺癌通常是因腫瘤引起症狀後才被發現的。

肺癌的症狀視腫瘤所在的位置、大小、造成呼吸道阻塞的程度以及是否有遠端轉移而定。咳嗽是肺癌最常見的症狀，通常是由於腫瘤長在支氣管內，刺激支氣管壁或阻塞空氣的進出而造成。有時候腫瘤侵入支氣管黏膜的血管，會發生咯血的情形。原本已有習慣性咳嗽的抽菸者，咳嗽情況會更加嚴重。另一個症狀是當支

氣管被癌瘤阻塞時，可能造成反覆性肺炎或導致肺萎陷，減少了肺活量，而造成胸悶、呼吸困難的情形。

若腫瘤擴展到肋膜不僅會引起胸痛，也會出現惡性肋膜積水，造成呼吸喘。腫瘤壓迫到喉頭迴返神經時則可能會造成聲帶麻痺以致聲音嘶啞。若癌瘤壓迫到上腔靜脈，會使上半身的靜脈血液返回心臟受阻，造成病人頸部和臉部的腫脹及上肢浮腫、血管怒張，嚴重者尚可造成呼吸困難、腦壓增高、意識不清...等的「上腔靜脈症候群」。若腫瘤轉移到食道旁淋巴結而壓迫到食道則會造成吞嚥困難。

位於肺尖的腫瘤壓迫到臂神經叢，會引起肩膀、手臂或手的疼痛及無力感。此外，還有一些症狀不全然與肺部有關；就像其它癌症一樣，肺癌也會引起疲勞、食慾不振及體重減輕。若癌病擴散到其它部位，如：轉移到腦部，造成顱內壓增高，可能會產生頭痛、嘔吐、視覺障礙等症狀；轉移到骨頭則會引起骨頭疼痛或病理性骨折。

### 診斷

為了找出這些症狀的原因，醫生會詢問病人關於個人及家庭的過去病史，也包括了抽菸狀況及工作史。同時醫生也會做一些身體檢查、胸部 X 光檢查和其它的檢查。

1. 痰液的細胞學檢查：凡是癌症的確立一定要有組織切片的病理學或細胞學診斷。有時候癌細胞可以在痰液中被發現，所以可收集痰液送細胞學檢查，在顯微鏡下觀看細胞是良性或惡性，且是何種癌細胞型態以確立診斷。
2. 胸部 X 光及電腦斷層掃描檢查：這些影像學的檢查，由照片中只可以顯示出肺部有腫瘤，但較難真正判斷是良性腫瘤或惡性腫瘤。然而胸部 X 光片異常，往往是病人求診的主要原因；而胸部電腦斷層掃描除了可以確定胸部 X 光片上所見到的不正常影像外，往往還可以察覺到 X 光片上無法顯現的病灶，尤其是縱膈腔淋巴腺的評估，是肺癌分期時的重要檢查。
3. 支氣管鏡檢查：是藉由軟式光學纖維支氣管鏡，經由口或鼻慢慢地進入氣管、支氣管及細分枝去檢視在可見到的呼吸道範圍內是否有腫瘤或其它異常病變的存在，同時觀察病變的性質及侵犯的程度，必要時可以取出病變的組織或細胞檢體作細胞學或病理學的檢查。至於在支氣管鏡目視範圍內看不到病灶的周邊型腫瘤，可以藉著 X 光的螢光透視導引下將刷子、穿刺針或切片夾經由支氣管鏡放至病灶處以取得標本。病人接受支氣管鏡檢查前，醫生會先讓病人吸入一些局部麻醉藥，以減少病人做檢查時的不舒適及咳嗽。
4. 經皮穿胸細針抽吸及切片檢查：周邊型的腫瘤亦可藉由超音波、或電腦斷層掃描導引來定出腫瘤所在的位置，然後將針頭經皮穿胸刺到腫瘤部位，用針筒抽取腫瘤細胞送細胞學檢查；或用穿刺針穿刺挾一些腫瘤組織送病理切片檢查。
5. 胸腔穿刺術：癌細胞轉移到肋膜時，會產生肋膜積水。假使病人有肋膜積水，可藉由胸腔穿刺術抽出肋膜腔內的積液，送細胞學檢查看是否有癌細胞存在。
6. 細針抽吸及切片檢查：若病人有頸部或其它表淺部位淋巴結腫大，或皮下結節

時，可針對這些病灶做細針抽吸或組織切片送細胞學或病理學檢驗。

7. 開胸剖探術：當以上檢查都無法獲得確定的診斷時，有時醫生會建議病人接受開胸剖探術，打開胸腔取一些腫瘤組織，送病理檢驗。

#### 治療

醫生會根據每個病人的狀況來考量其治療方式，而這治療方式必須考慮到許多的因素，包括肺癌細胞的型態及疾病的分期。同時尚需考慮病人的年齡、其它過去病史及當時的身體健康狀況等。

癌症的病人及家屬都應該儘可能的去了解病人的疾病狀況及治療方式的選擇，並和主治醫師共同商討治療的對策。對於癌症的程度、如何治療、治療的成功率如何以及治療有可能發生的副作用該如何面對及處理等問題，病人可經由腫瘤專業醫護人員的協助，或癌症相關基金會的諮詢及書面資料，以增進自己對於這些問題的基本認識，方便進一步與醫護人員溝通，以獲得最佳的照顧。有時醫生也會建議病人參與建立在合理的理論基礎上的新的治療方式，像這一類新治療方式的研究稱為臨床試驗。

很多病人發現，在與醫生談話前，先把自己的問題列在紙上會有很大的幫助。而與醫生談話時做筆記，也可較容易記下醫生所說的話。一些病人也發現，與家人或朋友一同與醫生討論、做筆記或聆聽的幫助也不小。

小細胞肺癌及非小細胞肺癌的治療。

#### 小細胞肺癌：

小細胞肺癌生長得很快，很容易迅速擴散到其它器官，然而初期時對於化學藥物或放射線治療的反應又極為敏感。臨床上分為侷限期及廣佈期，但是診斷時常已有遠處隱藏性（occult）或明顯地轉移。因此，治療是以視為全身性的疾病，採用全身性化學藥物治療為主，並不採取手術治療。未給與任何有效治療的小細胞肺癌病情進展很快，病人的中值存活期（median survival）僅有二至四個月，但倘若接受化學治療，由於化療的“治療有效率”可以高達 80~90%，因此，在廣佈期病人中值存活期可望延長四到六倍之多。在侷限期的病人，即早合併使用胸部放射線治療可以改善病人的預後，提高二年或五年的存活率，甚至可以超過五年長期存活的希望。如果疾病在治療之後得到完全緩解，醫師會建議病人接受預防性腦部放射線治療，以減低將來腦部復發的機會。

#### 非小細胞肺癌：

相對於小細胞肺癌，非小細胞肺癌的生長較緩，轉移發生也較慢，但對化學治療及放射線治療的反應較差，唯一能夠根治的機會便是手術徹底切除。非小細胞肺癌的治療原則是依疾病的臨床分期而定，可分為手術切除、放射線治療、化學藥物治療、經支氣管鏡近接雷射治療以及多科際整合式治療等方式。第 I、II 期的非小細胞肺癌，以手術根除為主，手術後是否需做輔助性的化學治療目前尚未有

定論；第ⅢA期和ⅢB期的非小細胞肺癌，診斷時常已有遠處的隱藏性轉移，以往經常採取的單獨使用手術根除或胸部放射線治療結果都不盡理想。目前的治療觀念是採取多科際整合式的治療方式，不僅要徹底地局部根除，而且還要視為是全身性的疾病而加以治療。對於身體狀況良好的病人，主張先施以二到四療程的新輔助性（neo-adjuvant）化學治療將腫瘤縮小到一定的程度，然後再進行手術根除或胸部放射線治療；或是先同時施予新輔助性化學治療和胸部放射線治療，然後再視治療的反應決定是否進行手術根除；最近兩個第ⅢA期和一個第Ⅱ期的非小細胞肺癌的治療目前仍建議以化學治療為主；綜合多個研究報告的結果，相對於僅給予最佳支持性療法的病人，接受化學治療的病人雖有1/3至1/2會有嚴重的副作用，但是在第四期的病人平均可以增加三個月の中值生存期（28週 vs. 17週）並且可以改善病人的生活品質。這對於“不可能以手術切除”的晚期非小細胞肺癌的病人，其實醫師只要拿捏得當，謹慎從事化學治療或放射線治療，便能為病人提供一些助益。

1. 外科手術：非小細胞肺癌是否能夠治癒，決定於腫瘤是否能完全手術根除。依腫瘤的大小、位置及局部侵犯的程度、病人的健康狀況手術可分為：

(1) 肺葉切除術(lobectomy)：適用於腫瘤局限於一個肺葉者，標準的手術治療是將整個肺葉切除並做縱膈腔淋巴結徹底清除術。

(2) 全肺切除術(pneumonectomy)：如果腫瘤橫跨單側多個肺葉或是位於主支氣管，則需將整個肺切除。

(3) 楔形或肺小節切除術(wedge or segmental resection)：雖然腫瘤局限於一個肺葉，但是病人肺功能不全或是健康狀況不佳，此時可以考慮僅就腫瘤所在的肺葉做楔形或肺小節切除術以保留肺葉，避免肺功能的過度損失或手術時間過長。

胸腔手術後病人可能需花上數週到數個月的時間，才能恢復精神和體力，復原的時間因人而異。此時會有引流管擺在胸腔，以促使積留在胸腔的氣體及分泌物儘早排出。另外需協助病人翻身、咳嗽及做深呼吸運動，以促進剩餘的肺組織擴張。施行肺葉切除術的病人，於手術後可採取左右兩側的完全側臥，如此可讓手術側和未手術側的肺部有良好的擴張；施行肺部部份切除術(肺小節或楔形切除術)的病人，最好躺健側，以促進手術後殘留肺組織的擴張；而全肺切除術後的病人，由於縱膈腔不像手術前般被兩側肺固定在中間，所以病人應避免側臥，以防止縱膈腔偏移和壓迫到手術後的殘留肺組織。一般而言，手術後病人要做呼吸治療的復健運動，以促進肺部的擴張及活動。絕大多數的病人，肺組織會逐漸擴張，使得呼吸更加順暢並恢復肺部的功能。

2. 放射線治療：是一種利用高能量的治療機器，穿透過身體把劑量集中在腫瘤細胞以殺死癌細胞，阻止它繼續生長及分化。因為它的原理是利用光能量集中殺死活組織，所以放射線治療的副作用，一定是要在放射線經過路徑上的器官才有機會發生。放射線治療和外科手術類似，都是局部區域的治療方式。所以當疾病已轉移到全身其它部份時，單只選用放射線治療，則不足以處理全身性的疾病；但是此時的放射線治療可以幫忙緩解因腫瘤引起的局部症狀，如骨頭轉移造成的疼痛

及病理性骨折、腫瘤堵塞大呼吸道引起的呼吸困難、腫瘤壓迫上腔靜脈引起的上腔靜脈症候群、或腦部轉移衍生的腦水腫及神經學症狀。

3.化學藥物治療：如果癌病已經藉由血液或淋巴路徑轉移到身體的其它部分，則已不是局部性的病症，而是全身性的疾病了，這時候則需選用化學藥物做全身性的治療。化學治療是使用抗癌藥物藉由靜脈注射、肌肉注射、皮下注射或口服方式，隨著血流或腸胃道的吸收以達到身體的每一個部位，殺死癌細胞。有效的肺癌化學治療藥物有 cisplatin、etoposide(VP-16)、mitomycin-C、vinblastine、doxorubicin 以及新藥 taxol、taxotere、gemcitabine、navelbine、CPT-11 和 topotecan。

放射線治療：

在此再一次強調，放射線治療的副作用，一定要在放射線經過路徑上的器官才有機會發生，也就是說照射那個部位，只有該部位會受影響。照射的範圍愈廣或劑量愈高，相對地，涵蓋在照射範圍內的正常組織受到的傷害也愈大。

通常在治療區域的皮膚會顯得比較紅、乾燥、脆弱及發癢，治療後皮膚的顏色也會顯得比較深。此時的皮膚可以曝露在空氣中，但是必須避免陽光及會摩擦皮膚或使皮膚過敏的衣物。在這期間，良好的皮膚保護是很重要的，而且病人也應該學習如何保持該部位的清潔，同時避免在局部塗抹化妝品及乳液。照顧的原則是保持局部的皮膚乾爽及清潔。醫師有時會開促進皮膚收斂和乾爽的局部塗抹藥劑給病人使用。

標準的肺癌胸部放射線治療範圍除了原發部位外，並涵蓋整個縱膈腔和鎖骨上窩淋巴結的照射。位於縱膈腔內的食道也因此會受到傷害，常於胸部放射線治療開始後二週左右有些病人會出現喉嚨乾、痛，吞嚥困難的現象，稱為放射線食道炎。這現象於放射線治療結束後會消失，少有造成永久性食道縮狹的病例。發生放射線食道炎的期間，病人可以改吃軟質的食物，並多飲用一些飲料，直到症狀改善為止。

胸部放射線治療有時可能導致放射線性肺炎或肺組織的永久改變。放射線性肺炎通常發生在放射線治療後一個月至一年內，有時也有可能在治療期間內發生，症狀為持續性乾咳、或併有氣促、發燒。此時可給予低劑量的類固醇以緩解症狀。至於肺組織的永久改變稱為放射線性纖維化，通常在治療結束後的幾個月後發生。纖維化很像結疤，會干擾到肺的正常功能，通常若已造成肺纖維化就很難恢復。

化學治療：

化學治療的副作用得視病人所使用的藥物而定。此外，就像其它的治療一樣，副作用也會因人而異。一般而言，最快出現的副作用是惡心，嘔吐，但是可以用止吐藥加以預防和控制。由於抗癌藥物作用在分裂快速的細胞上，這些細胞有造血細胞（白血球、紅血球及血小板）、髮根、口腔和消化道黏膜細胞。因白血球可以抵抗感染，紅血球可以攜帶氧氣，血小板可以幫助血液凝集，所以當造血細胞被抗癌藥物影響時，病人便容易遭受感染、貧血、出血等狀況。病人也可能會落

髮，或因口腔或消化道黏膜細胞剝落而引起口腔潰爛、腹瀉。通常這些副作用都是可逆性的，會隨著治療的終止而逐漸消失，而醫護人員也會幫助您渡過這一時期。

#### 尋求其他專科醫師之諮詢

關於癌症及治療方法的知識有很多，病人及家屬可能無法一時就清楚與了解醫師們的分析，以盡快做成治療方法的決定。在此我們建議您不妨於開始治療前，多尋求相關科系醫生的意見(如胸腔科、放射腫瘤科及腫瘤內科)，以更確定診斷的結果並選擇更適切的治療計畫。但不管如何，我們認為病人及家屬應試著先去了解這個疾病，才能明白所有治療的目的、必需性及可能面臨的問題，所謂『知己知彼，百戰百勝』。但是在您決定尋求另一位醫師的意見時，別忘了將疾病的病理報告和相關資料帶齊。

#### 營養

有些癌症病人發現很難『吃的好』。他們有些是失去了胃口：有些是因為治療常見的副作用，如：噁心、嘔吐或口腔潰爛造成了進食的困難：有些病人覺得味覺改變了：而有些病人在不舒服或疲累的時候，根本不想吃東西。

『吃的好』意味著能夠攝取足夠的熱量(卡路里)及蛋白質以防止體重的減輕並恢復體力。在治療期間『吃的好』的病人往往會覺得身體狀況比比較好而且有更多的體力，對於治療所產生的副作用也較能夠應付。

#### 預後及追蹤

有關非小細胞型肺癌病人的預後，目前國內醫學中心的追蹤報告指出：第Ⅰ期非小細胞型肺癌病人的手術結果最好，其五年存活率約在 50-75%之間，第Ⅱ期則為 30-50%，第ⅢA 期僅只有 5-25%。病人手術後復發的情況，一般最容易發生在術後的頭兩年之內，且遠端轉移的機率遠超出於肺癌局部復發的可能性。至於晚期性非小細胞型肺癌的預後，則相當不好。絕少有病人能倖存到五年之久的，一般臨床報告中所沿用的中值存活期，大致說來約在四個月到七個月之間。未來肺癌防治的研究方向，除了應該朝向新藥的研發，落實多科際整合式治療的理念，提昇早期肺癌篩檢的精確度之外，最重要的仍然是要全力宣導“抽菸導致肺癌”的觀念，從「預防」著手，努力來根除菸害。

其追蹤的項目包括胸部 X 光檢查、血液中的生化及血球相關檢查、相關的腫瘤指標(如 CEA)及腹部超音波。最重要的是固定醫師的追蹤，以適時的了解病人臨床上的變化。

#### 心理調適及支持

與嚴重的疾病共存並不是件容易的事，癌症病人及關心他們的人面對著許多問題及挑戰。但病人及家屬能獲得有支持性的服務及有幫助的資料時，則較容易面對



這些問題。

癌症病人或會擔心是否能保住工作及保持每天的活動、擔心診斷結果、治療、住院及醫療費用。家屬、醫生、護士及健康照護團隊的每一份子都應幫忙盡可能解決病人的問題，並鼓勵病人及家屬聊聊他們彼此的感受，協助他們面對疾病與治療，好令病人不再恐懼。

親友對病人有很大的幫助，尤其是那些曾有過癌症經驗的病友，可與他們談論自己關心的事及面臨的問題。但有一點必須注意的是，每個病人都不一樣。就算兩人都是相同的癌症，治療及處理方式並不一定會相同。因此，與親友及醫生一同討論會是較好的方法。即使治療相同，其每個人所產生的副作用及治療效果也不盡相同。