

神經外科

- 學經歷 ● 陽明大學醫學系
高雄醫學大學醫務管理暨醫療資訊學系在職專班碩士
高雄榮民總醫院神經外科主治醫師
台灣立體定位功能性神經外科及放射手術學會第八屆理事
- 專 長 ● 脊椎手術 | 立體定位放射手術(加馬刀) | 開顱手術



主治醫師 劉斯顥

扭轉末期癌症的宿命 腦轉移癌治療的新紀元

進入二十一世紀以來，台灣的生活水平與醫療照護水準不斷提升，國人疾病型態也追上歐美日韓等先進國家，最明顯的例子就是癌症於近二十幾年來年年蟬聯國人十大死因之首。隨著癌症醫學進步，癌症病人越活越久，他們出現癌症腦轉移的機率也因此激增。在過去，癌症腦轉移是癌友們最不想要遇到的狀況，因為意味著走到生命終點，以前腦轉移癌患者，確立診斷後平均壽命約落在 6-7 個月，主要治療方式是全腦放射治療，效果有限且副作用也高。傳統化療因受限於血腦障壁這種腦部天然屏障，大部分藥物無法穿進腦部而失去療效。但在這十幾年來醫藥科技界努力發展之下，腦轉移癌治療有了不小的突破。腦部核磁共振普及，讓腦轉移癌患者及早診斷，提早治療解決問題。加馬刀立體定位放射手術的大量運用、延緩全腦放療，能讓患者在不傷害正常腦組織的狀態下，提高輻射劑量殺死癌細胞，大幅改善治療效果，又能維持病人腦部功能。各式腫瘤基因、分子檢測的技術與其相對應標靶藥物、免疫藥物發展問世，使得腦部抗癌藥物的療效有了長足進步。

回顧台灣最常見的腦轉移癌 - 肺腺癌腦轉移的治療演進史，就可以見證這個時代變遷的縮影。台灣因先天人種基因及後天環境空汙等影響，肺腺癌成為最常見的肺癌，肺腺癌特點非常容易轉移至腦部，是肺癌患者常需面對問題。在上個世紀末以鉑金類(順鉑、健澤等)的化療藥物，合併傳統的全腦放射治療，推升這些腦轉移癌友的存活時間至一年以上，給大家帶來了一線曙光，可惜只有三分之一患者能有良好藥物反應。抗血

管增生的小分子標靶藥物(癌思停等)於後續加入治療陣營後，患者的壽命又往前推進一步，只是這些治療都需搭配全腦放療，病人存活越久，全腦放療造成的失智、認知功能急速退化等後遺症就越發明顯。真正帶來革命性改變的是抑制表皮生長因子受體(EGFR)的標靶藥物，從十幾年前第一代TKIs 艾瑞莎、得舒緩，進步至第二代的妥復克、肺欣妥，再到這幾年大獲好評的第三代標靶藥物泰格莎，這類藥物大幅提升了腦轉移癌病人的存活時間至少兩年以上，又可延後全腦放療啟用時機，減少傳統放療後遺症，成為EGFR 基因突變的肺腺癌腦轉移治療首選。然而這些標靶藥物也有缺點，除了普遍出現的腹瀉、甲溝炎、毛囊炎、傷口癒合不易等副作用，最大問題是一年後易出現腫瘤抗藥性，屆時癌友們又要面對諸多挑戰。所以如何延緩及減少腫瘤抗藥性，變成當今腦轉移癌治療的重要課題。本院加馬刀中心與台北榮總合作，研究分析近十年來於兩家醫學中心EGFR 基因突變的肺腺癌腦轉移治療成果，結果發現若於腦轉移初診斷時即同步啟用加馬刀立體定位放射手術與標靶藥物治療，結果比單用標靶藥物治療的效果還要好，患者的腦轉移癌復發時間往後延三倍，存活時間也多了快兩倍。這個令人振奮的結果讓我們更有信心治療我們的癌友，可以預見他們將有不同於過去的美好結果。

這些新科技、新藥物、新療法的交互運用，讓腦轉移癌治療有了很大轉變，彷彿踏入了新的紀元，癌友們不再是待宰的羔羊，而是有機會一搏，奮力揮灑生命精彩的篇章。