

行政院國軍除役官兵輔導委員會
高雄榮民總醫院

2010 癌症診療年度報告



序



宏觀全球的情勢下，根據 WHO 的調查，每年全球約 1200 萬人被確診為癌症，其中 760 萬人死於癌症。預估在 2005 到 2015 年之間全球將會有總數 8400 萬多人死於癌症，預計 2030 年全世界將有 2600 萬新增病例，每年死亡人數達到 1700 萬人，屆時平均不到 2 秒就有一人死於癌症。值得慰藉的是，在早期發現的癌症中有將近 8 成以上的病人是可以治癒；研究指出：「通過早期預防、接種疫苗、早期診斷以及有效治療，當可減少癌症病例」，因此就更加的突顯出對於癌症預防以及初期診斷的重要性。

我國隨著公共衛生之努力及政府醫療體系之建構，醫療型態已漸漸由疾病治療轉變成疾病防治，更發展為健康促進觀念，以達追求生活品質之提昇及喚起民眾自我健康之維護責任。然而台灣地區十大死因排名，自民國七十一年迄今，穩居榜首的頭號國人健康殺手即是惡性腫瘤。

根據衛生署最新公佈 100 年國人十大死因，癌症(惡性腫瘤)連續 30 年居首位，死亡數占率為 28%，平均每 12 分 21 秒就有 1 人死於癌症。分析十大致死癌症，肺癌、肝癌與大腸癌分居前 3 位，包含了過半數的癌症

死因；之後依序為乳癌、口腔癌、胃癌、攝護腺癌、胰臟癌、食道癌與子宮頸癌。

其實有 1/3 的癌症是可以透過早期偵測及適當治療加以治癒，也有超過 30% 的癌症可以透過不吸菸、多攝取健康飲食、保持良好運動習慣、及避免受到致癌病毒感染等方式加以預防。因此癌症防治最理想的方法是從初段預防著手，但癌症的誘導期及潛伏期均很長，致病因子複雜，許多癌症的病因至今仍然不明，故癌症防治除了初段預防外，尚需配合次段預防，以更能達到早期發現早期治療之期許。

依據高雄榮總癌症登記資料庫統計分析表示，2006~2010 年對於本院 Class1-2（不含原位癌）人數最多之癌症為肺癌，自 2009 年起結腸直腸癌、乳癌有上升之趨勢，男性前 10 大癌症則為：肺癌、肝癌、結腸直腸癌及口咽癌；女性前 10 大癌症為：乳癌、直腸癌、肺癌、肝癌，可能與本院致力於癌症篩檢防治有關。

去年本院成立癌篩委員會，對於癌症防治的工作也相當積極推動及努力，感謝各癌症診療團隊與癌症防治中心不遺餘力的共同努力之下，使得本院的癌症診療品質得以與時具進、精益求精。更為響應世界衛生組織 (WHO) 對篩檢下的定義：「篩檢是利用可迅速操作的檢查，在未曾發病的人群中，找出疑似病例。篩檢並非診斷，篩檢結果如為陽性，應轉診到醫療院所做進一步的檢查，以求得正確的診斷與必要的治療」的防治觀念，

希望這對於癌症可以達成斧底抽薪、防微杜漸的目地。

最後，本人要對於本院參與癌症防治工作的相關人員致上萬份的感謝，因為沒有大家共同的努力，本院的癌症防治就不會有如此卓越的成績，有您們的同舟共濟的支持與貢獻，此年報才得以順利的出刊；同時也要感謝其它院所的鼎力相助與指導，要感謝的人實在不勝枚舉，未來...景棠個人期許是可以全院動起來，如此便能從自身做起，落實癌症防治的工作，進而達到提升國民健康之使命。

副院長 莫景棠

目 錄

序	1
目錄	4
癌症防治中心主任的話	6
癌症防治中心大事紀	8
2006-2010 年高雄榮民總醫院全癌症統計概要	9
肝細胞癌症診療團隊	26
婦 29121 癌診療團隊	55
肺癌診療團隊	131
口腔癌診療團隊	169
鼻咽癌診療團隊	187
乳癌診療團隊	201
大腸直腸癌診療團隊	229
胃癌診療團隊	225
食道癌診療團隊	279
膀胱癌診療團隊	301
攝護腺癌診療團隊	311
淋巴癌診療團隊	327
安寧照護診療團隊	349

高雄榮總癌症防治中心



癌症防治中心主任的話



癌症防治中心 劉文雄 主任

癌症防治中心發展概況

自 2008 年下旬榮受院部長官的青睞，接任癌症防治中心以來已經堂堂邁入第四個年頭，對於國民健康局一直以來對於癌症篩檢所作的努力以及癌病資源的提供，深表肯定。根據行政院衛生署 2011 年統計資料顯示，惡性腫瘤已連續 30 年位居國人死亡原因第一名，因此擔任此職本人深感任重而道遠，所以本人會更加的砥礪自己，在自己的崗位上做好全院癌症診療品質提升的任務，為國人健康的維護盡不才的一點綿薄之力，同時也希望能不負長官的寄望。

一路以來癌症防治中心在全體優秀同仁的共同努力之下也漸漸的成長、茁壯；特別值得一提的是本中心於 2010 年設立的「癌症資源單一窗口」，一直以來秉持著熱心、關心、放心、貼心、開心，這樣「五心級」的服務為宗旨在為癌症病患服務，因而在 2011 年底榮獲國民健康局頒發之「癌症資源單一窗口病友服務成果卓越獎」。

除此之外，本中心因已榮獲癌症 A 級醫院的認證，而有幸的擔任國軍高雄總醫院、阮綜合醫院的輔導醫院，數次接待來訪取經或前往指導姐妹院所，共同的為癌症診療品質提升一起努力，這些都是所有同仁共同努力的成果，能因此受到相關主管機關的肯定，本人深感欣慰，更要感謝的是成大周振揚主任在中心茁壯期間，無私的教導。

最後，癌症防治中心的成立及發展，最重要的是要感謝院部長官的全力支

持，以及各癌症團隊醫護人員的情義相挺與支援，所謂孤舟難渡遠洋，特別是癌症防治是一條漫長又艱辛的路，所以對我個人而言團隊合作重要性是不可言喻的，而因為有這麼多人的幫助所形成一股強大的力量，讓我深深的覺得自己所肩負的使命有多麼的重要，未來我也會一如初衷的帶領著癌症防治中心所有優秀的同仁，一直的努力的做下去。

癌症防治中心業務

癌症中心積極努力的年度目標有以下幾項

- (一)提升癌症多專科團隊討論機制：由品質稽核小組不定時稽核多專科會議出席率與討論內容是否確實。
- (二)整合院內外癌症資源，加強病友支持系統，積極推動癌症資源單一窗口各項業務，以全人的態度服務每個癌症患者及其家屬。
- (三)強化腫瘤個管持續、完整、連續的照護，包括全程、全人、全家、全隊及全社區的五全照護，以建立高榮的腫瘤個管照護模式。
- (四)建立癌登、個管及醫療照護團隊的共享資料庫。

大事紀

- 100年 1月
- ★癌症篩檢委員會成立
 - ★承接國民健康局「100年至101年醫院癌症醫療品質提升計畫」
 - ★成立癌症影像品質會議小組
- 2月
- ★腫瘤個案管理師至成大醫院癌症中心接受個案管理參訪與實務訓練(自2/10~3/10)
 - ★舉辦「安寧緩和醫療培訓課程-醫師工作訪」教育課程
- 3月
- ★辦理核心教育課程「NEW CONCEPTS AND TREATEMENT FOR RENAL CANCER」
- 4月
- ★辦理核心教育課程「子宮內膜癌的診斷、分期、治療與診療指引」
 - ★高雄榮民總醫院癌症防治宣導暨世界諾華日活動-癌症靠邊閃,健康百分百
- 5月
- ★至和信治癌中心醫院參訪
 - ★辦理核心教育課程「乳癌、子宮頸癌之癌症篩檢」
 - ★辦理核心教育課程「癌症病人之疼痛評估」
 - ★辦理核心教育課程「Emotion distress in cancer patients」
 - ★至國軍高雄總醫院輔導該院之癌症診療品質認證相關事宜
 - ★參與高雄市舉辦之「2011年世界無菸日暨癌症防治宣導」
- 6月
- ★辦理核心教育課程「癌症病人之健康飲食」
 - ★阮綜合醫院至本中心參訪
 - ★辦理核心教育課程「口腔癌之標靶治療」
- 7月
- ★協助台灣癌症基金會舉辦「戰勝癌症講座」
 - ★辦理核心教育課程「口腔癌、大腸癌之癌症篩檢」
 - ★與護理部舉辦「腫瘤個案管理進階課程訓練」
 - ★至空軍官校舉辦「100年度菸害暨檳榔防治戒檳班」

- ★辦理核心教育課程「泌尿系統癌病理報告」
- ★舉辦婦癌及乳癌病友醫學講座
- ★至高雄地檢署舉辦「100年度菸害暨檳榔防治戒檳班」
- 8月 ★至國軍高雄總醫院輔導該院之「100年度癌症篩檢轉介治療醫院評核作業」
- ★至全院護理單位及病房宣導「個案管理全人研究計劃」之個案管理職責與第6生命徵象
- ★參與國建局舉辦之「癌症篩檢標竿學習研討會」
- ★高雄市衛生局至本院實地評核「100年醫院癌症醫療品質提升計畫」第二、三類醫院癌症篩檢工作執行情形
- 9月 ★辦理核心教育課程「鼻咽癌的治療」
- ★辦理核心教育課程「癌症之病情告知」
- 10月 ★與護理部、台灣腫瘤護理學會共同辦理「腫瘤個案管理護理師培訓課程」10/3起，共8天
- ★「癌症資源單一窗口」服務實地訪查
- 11月 ★參與「101年度癌症診療品質認證」醫院說明會
- ★參與癌症資源單一窗口成果發表會，並榮獲卓越獎第三名
- ★辦理核心教育課程「肥胖與癌症」
- ★屏東基督教醫院、義大醫院及阮綜合醫院至本中心參訪癌症資源單一窗口業務
- ★辦理「癌末心靈照護工作坊」繼續教育課程
- ★辦理核心教育課程「B、C型肝炎帶原感染」
- ★辦理核心教育課程「化學治療」
- 12月 ★辦理核心教育課程「大腸直腸癌化學治療」
- ★與癌症希望基金會共同辦理「聽希望在唱歌-關懷音樂會」

2006-2010 年
高雄榮民總醫院
全癌症統計概要



癌症登記團隊



癌症登記資料庫負責醫師：癌症防治中心 腫瘤外科 王炳惠主任

癌症登記組長：邱小玲 癌症登記師

癌症登記組員：方虹棋 癌症登記師

傅玉萍 癌症登記師

廖書岑 癌症登記師

姚秀穎 癌症登記師

簡介：

依據 92 年公布之癌症防治法，本院於癌症防治中心設置全院性癌症登記資料庫，並依衛生署規定之格式，蒐集癌症個案之診斷、分期與治療等各項欄位。為確保癌症登記資料之正確性及完整性，癌症登記小組成員需接受國民健康局委託之癌症登記學會辦理之癌症登記相關教育訓練課程，進而取得癌症登記基礎級或近階級證照。

經由癌症防治推展委員會，指派癌症資料庫負責醫師，負責督導癌症登記資料庫，並設置癌症登記資料庫管理辦法，提供院內相關醫事從業人員，於癌症防治中心網頁下載癌症登記資料申請單，運用癌症登記資料提升癌症診療品質。

定期舉辦癌症登記資料庫內部審查，並請院外癌症登記師進行外部稽核，其中癌症分期、原發部位、組織型態、手術方式、復發狀況，皆經由本院醫師進行複閱，並設有專責人員定期追蹤癌症登記資料庫內個案。

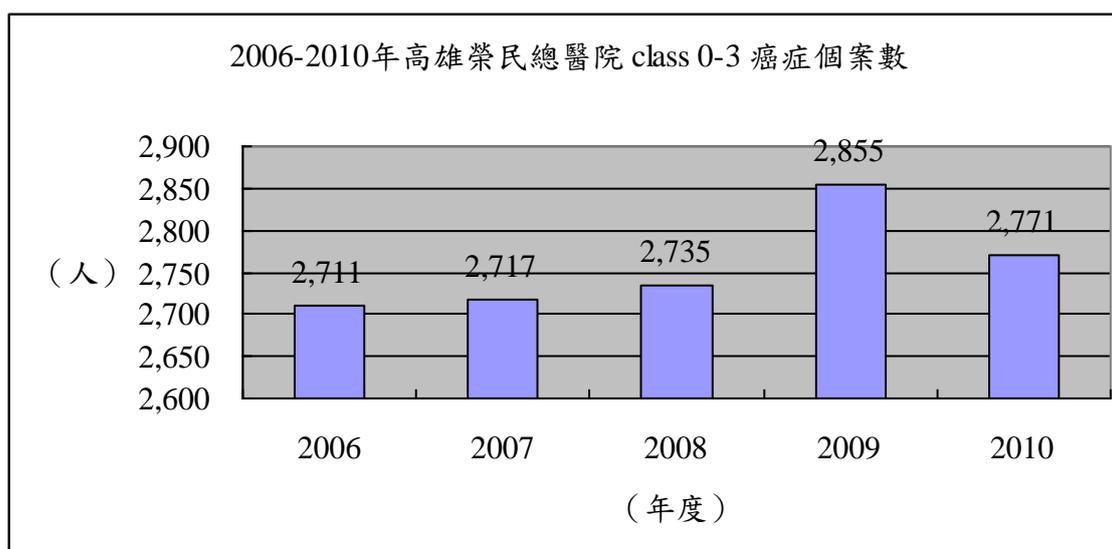
2006-2010 年高雄榮民總醫院全癌症統計摘要

(一) 2006-2010 年高雄榮民總醫院 class 0-3 新診斷癌症個案數

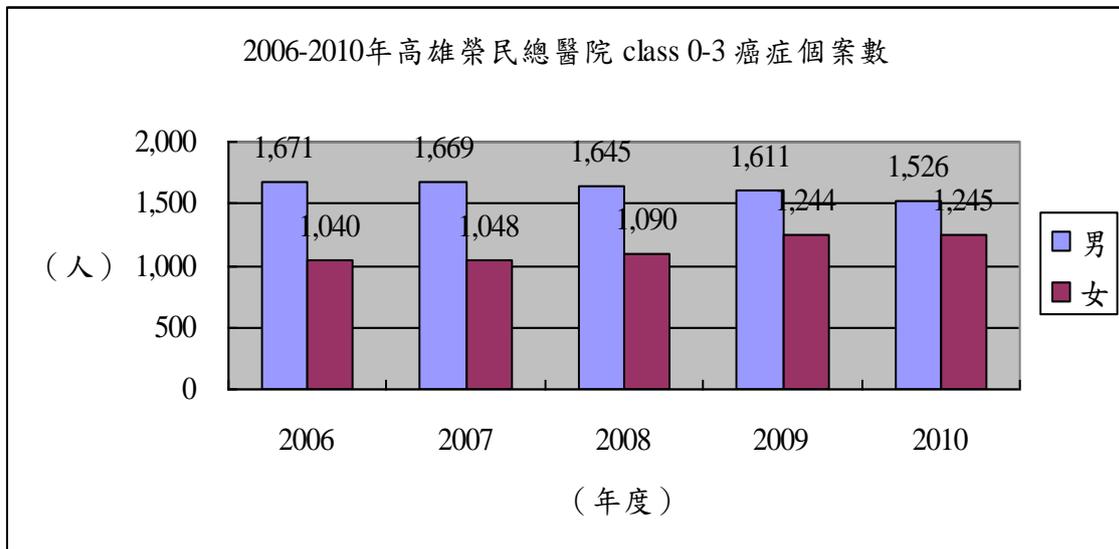
1. 癌症個案來源：蒐集至 2012 年 03 月 31 日止，本院癌症登記資料庫新診斷 2006-2010 年 class 0-3 之癌症個案(含原位癌)，總計 13,789 人。

項目	年度	男	女	合計
個案數(人)	2006	1,671	1,040	2,711
	2007	1,669	1,048	2,717
	2008	1,645	1,090	2,735
	2009	1,611	1,244	2,855
	2010	1,526	1,245	2,771
合計		8,122	5,667	13,789

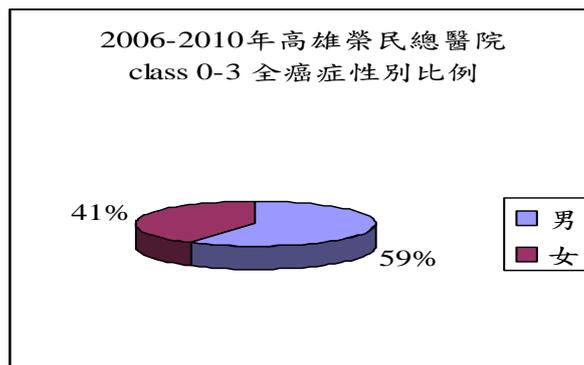
2. 每年個案人數：收案人數，年年增加。2011 年度仍陸續收錄 2009 年外院診斷外院治療之個案。



3.男女每年個案人數：男性比例每年減少 29 例，女性比例每年平均增加 41 例。



4.性別比：蒐集至 2012 年 03 月 31 日止，本院癌症登記資料庫新診斷 2006-2010 年 class 0-3 之癌症個案（含原位癌），男性為 59%，女性為 41%；男女性別比為 1.43：1，男性偏多。



註：個案分類（class）：

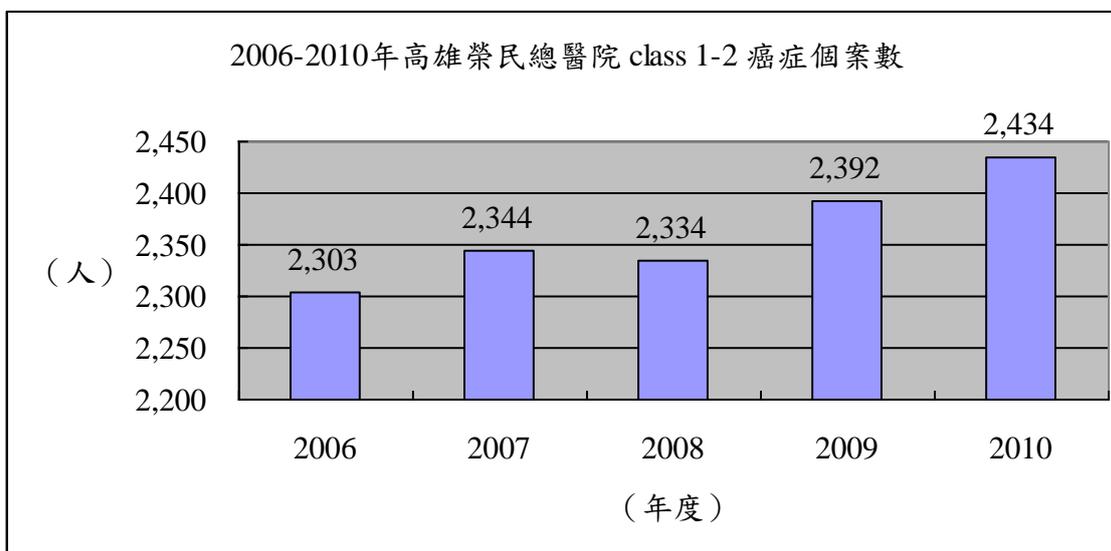
- (1) class 0：個案於本院診斷，轉院治療。
- (2) class 1：個案於本院診斷，於本院治療（含拒絕治療、自行服用中藥或其他、於首次療程內接受緩和照護之個案）。
- (3) class 2：個案於外院診斷，本院治療。
- (4) class 3：個案於外院診斷，外院治療（含復發後治本院治療、復發後治本院安寧照護、未確診復發至本院死亡）。

(二) 2006-2010 年高雄榮民總醫院 class 1-2 新診斷癌症個案數

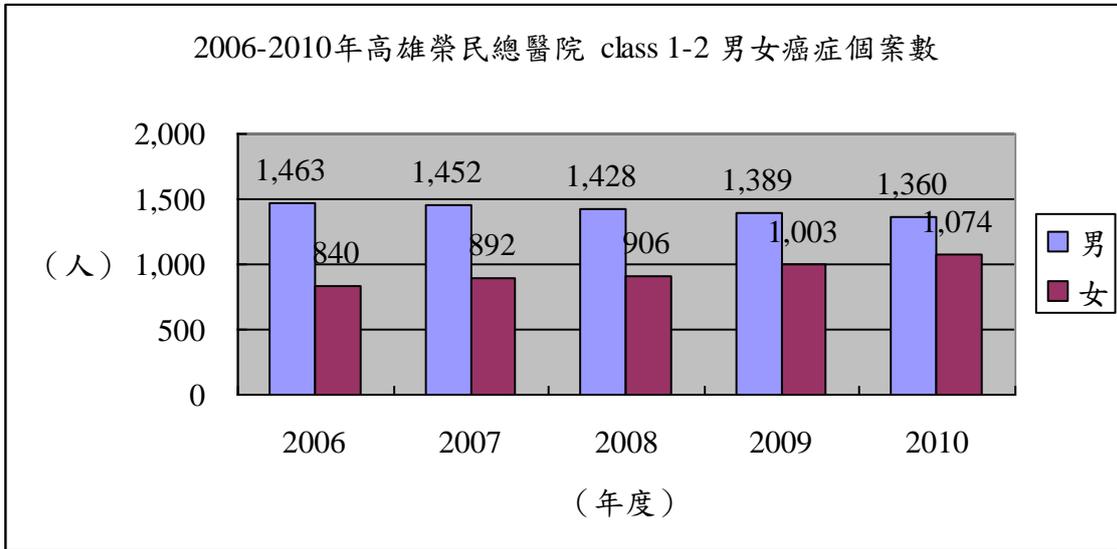
1.癌症個案來源：蒐集至 2012 年 03 月 31 日止，本院癌症登記資料庫新診斷 2006-2010 年 class 1-2 之癌症個案（不含原位癌），總計 11,807 人，約佔每年全國癌症總人數 3.05%（2,361 人/77,478 人）。

項目	年度	男	女	合計
個案數(人)	2006	1,463	840	2,303
	2007	1,452	892	2,344
	2008	1,428	906	2,334
	2009	1,389	1,003	2,392
	2010	1,360	1,074	2,434
合計		7,092	4,715	11,807

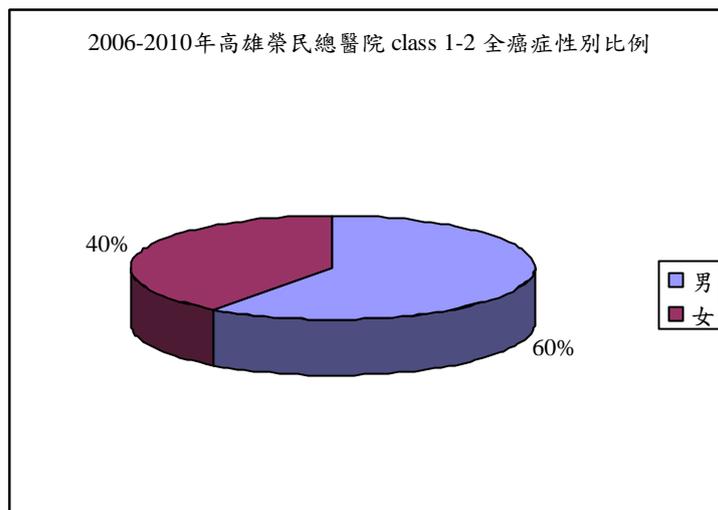
2.每年個案人數：本院癌症登記資料庫新診斷 2006-2010 年 class 1-2 之癌症個案（不含原位癌），每年平均約增加 26 個癌症個案。



3.男女每年個案人數：本院癌症登記資料庫新診斷 2006-2010 年 class 1-2 之癌症個案（不含原位癌），男性比例每年平均約減少 20 例，女性比例每年平均約增加 47 例。

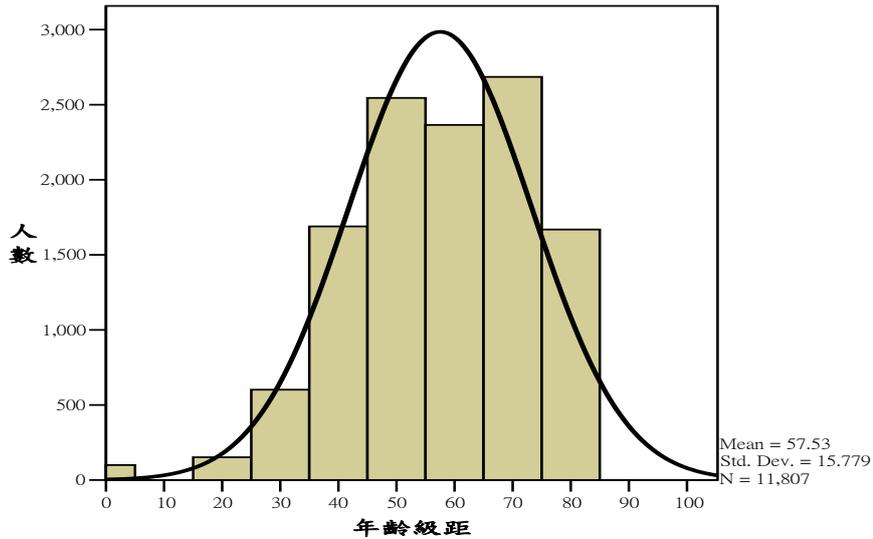


4.性別比：本院癌症登記資料庫新診斷 2006-2010 年 class 1-2 之癌症個案（不含原位癌），男性為 60%，女性為 40%；男女性別比為 1.5：1，男性偏多。



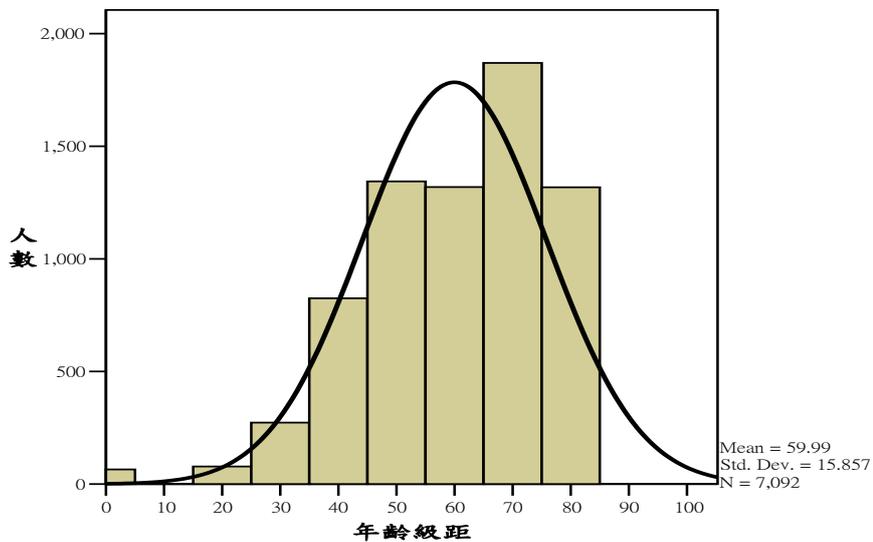
5.年齡分佈:本院癌症登記資料庫新診斷2006-2010年class 1-2之癌症個案(不含原位癌),好發年齡70-79歲,另一高峰在50-60歲,平均年齡58歲。

2006-2010年癌症個案年齡分佈

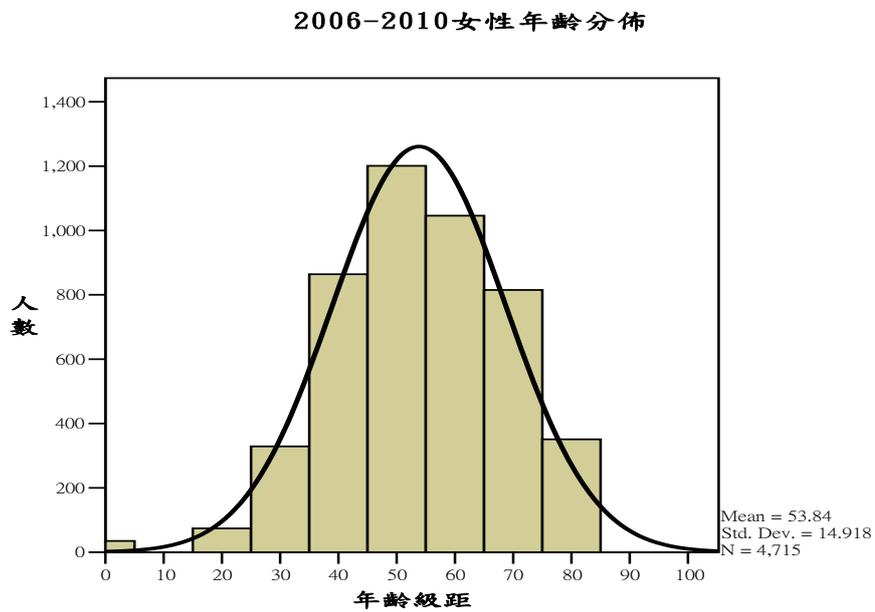


6.男性年齡分佈:本院癌症登記資料庫新診斷2006-2010年class 1-2之癌症個案(不含原位癌),好發年齡70-79歲,平均年齡60歲。

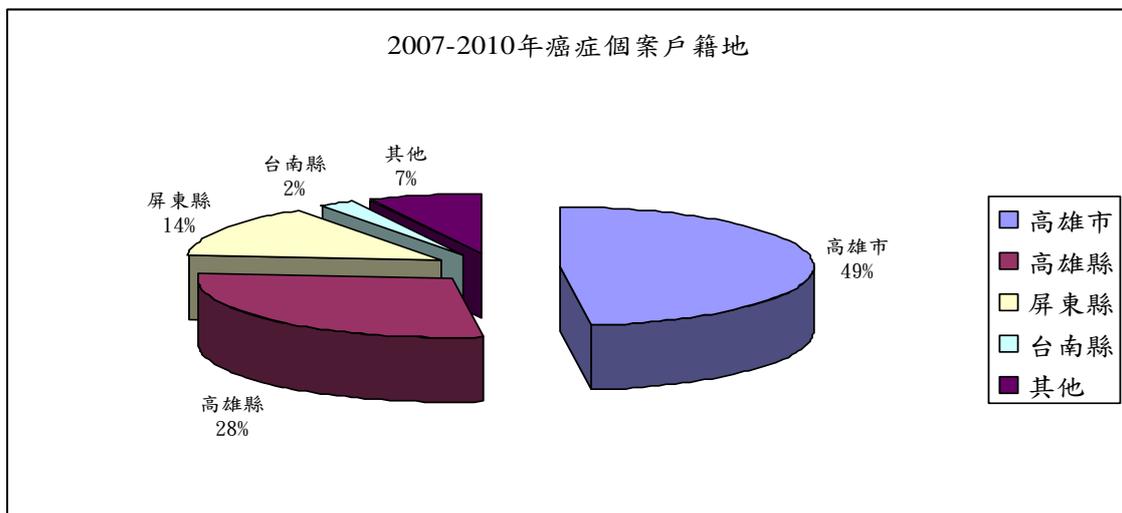
2006-2010男性年齡分佈



7.女性年齡分佈：本院癌症登記資料庫新診斷 2006-2010 年 class 1-2 之癌症個案（不含原位癌），好發年齡 50-59 歲，平均年齡 54 歲。



8.癌症個案戶籍地分佈：本院癌症登記資料庫新診斷 2007-2010 年 class 1-2 之癌症個案（不含原位癌），依舊式戶籍地編碼，求診癌症個案多為高雄市，其次為高雄縣，再次為屏東縣。（因 2006 年 65 欄位無登錄戶籍地，則不分析）。



(三) 2006 - 2010 年高雄榮民總醫院前 10 大癌症

本院 class 1-2(不含原位癌)人數最多之癌症為肺癌，自 2009 年起結直腸癌、乳癌有上升之趨勢，可能與本院致力於癌症篩檢防治有關。

排序	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2006 年	肺及主支氣管	肝及肝內膽管	結腸及直腸	女性乳房	口咽及下咽	胃	攝護腺	子宮頸	胰臟	膀胱	其他	全癌症
個案數	364	348	249	225	196	107	92	62	62	57	541	2,303
比率	15.8	15.1	10.8	9.8	8.5	4.6	4	2.7	2.7	2.5	23.5	100
2007	肺及主支氣管	肝及肝內膽管	結腸及直腸	女性乳房	口咽及下咽	攝護腺	胃	淋巴	食道	胰臟	其他	全癌症
個案數	330	317	293	225	172	103	91	79	69	62	603	2,344
比率	14.1	13.5	12.5	9.6	7.3	4.4	3.9	3.4	2.9	2.6	25.8	100
2008	肺及主支氣管	肝及肝內膽管	女性乳房	結腸及直腸	口咽及下咽	胃	攝護腺	淋巴	食道	皮膚	其他	全癌症
個案數	318	300	238	230	183	130	109	75	71	62	618	2,334
比率	13.6	12.9	10.2	9.9	7.8	5.6	4.7	3.2	3.0	2.7	26.5	100
2009	肺及主支氣管	結腸及直腸	肝及肝內膽管	女性乳房	口咽及下咽	胃	攝護腺	淋巴	皮膚	食道	其他	全癌症
個案數	358	306	300	277	153	118	107	78	71	69	555	2,392
比率	15	12.8	12.5	11.6	6.4	4.9	4.5	3.3	3	2.9	23.2	100

2010	肺及主支氣管	女性乳房	結腸及直腸	肝及肝內膽管	口咽及下咽	胃	攝護腺	淋巴	食道	皮膚	其他	全癌症
個案數	333	314	312	273	167	102	100	80	76	70	607	2,434
比率	13.7	12.9	12.8	11.2	6.9	4.2	4.1	3.3	3.1	2.9	24.9	100

(四) 2006 - 2010 年高雄榮民總醫院男性前 10 大癌症

本院男性 class 1-2(不含原位癌)前 4 名人數最多之癌症為肺癌、肝癌，結直腸癌、口咽癌。

排序	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2006 年	肝及肝內膽管	肺及主支氣管	口咽及下咽	結腸及直腸	攝護腺	胃	食道	膀胱	胰臟	皮膚	其他	全癌症
個案數	270	264	183	163	92	81	50	46	45	31	238	1,463
比率	18.5	18	12.5	11.1	6.3	5.5	3.4	3.1	3.1	2.1	16.4	100
2007	肺及主支氣管	肝及肝內膽管	結腸及直腸	口咽及下咽	攝護腺	胃	食道	淋巴	膀胱	胰臟	其他	全癌症
個案數	226	223	187	161	103	69	65	51	47	46	274	1,452
比率	15.6	15.4	12.9	11.1	7.1	4.8	4.5	3.5	3.2	3.2	18.7	100
2008	肺及主支氣管	肝及肝內膽管	口咽及下咽	結腸及直腸	攝護腺	胃	食道	淋巴	膀胱	皮膚	其他	全癌症
個案數	226	213	172	145	109	96	68	51	44	38	266	1,428
比率	15.8	14.9	12	10.2	7.6	6.7	4.8	3.6	3.1	2.7	18.6	100
2009	肺及主支氣管	結腸及直腸	肝及肝內膽管	口咽及下咽	攝護腺	胃	食道	淋巴	皮膚	喉	其他	全癌症
個案數	250	207	203	136	107	87	66	52	46	29	206	1,389
比率	18	14.9	14.6	9.8	7.7	6.3	4.8	3.7	3.3	2.1	14.8	100

2010	肺及主支氣管	肝及肝內膽管	結腸及直腸	口咽及下咽	攝護腺	食道	胃	淋巴	皮膚	鼻咽	其他	全癌症
個案數	207	199	185	155	100	71	62	54	42	35	250	1,360
比率	15.2	14.6	13.6	11.4	7.4	5.2	4.6	4	3.1	2.6	18.3	100

(五) 2006 - 2010 年高雄榮民總醫院女性前 10 大癌症

本院女性 class 1-2(不含原位癌)前 4 名人數最多之癌症為乳癌、直腸癌、肺癌、肝癌。

排序	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2006 年	女性乳房	肺及主支氣管	結腸及直腸	肝及肝內膽管	子宮頸	卵巢	甲狀腺	胃	子宮內膜	皮膚	其他	全癌症
個案數	225	100	86	78	62	34	34	26	21	17	157	840
比率	26.8	11.9	10.2	9.3	7.4	4	4	3.1	2.5	2	18.8	100
2007	女性乳房	結腸及直腸	肺及主支氣管	肝及肝內膽管	子宮頸	卵巢	淋巴	子宮內膜	甲狀腺	胃	其他	全癌症
個案數	224	106	104	94	49	30	28	25	24	22	186	892
比率	25.1	11.9	11.7	10.5	5.5	3.4	3.1	2.8	2.7	2.5	20.8	100
2008	女性乳房	肺及主支氣管	肝及肝內膽管	結腸及直腸	子宮頸	子宮內膜	卵巢	胃	甲狀腺	皮膚	其他	全癌症
個案數	238	92	87	85	58	45	35	34	28	24	180	906
比率	26.3	10.2	9.6	9.4	6.4	5	3.9	3.8	3.1	2.6	19.9	100
2009	女性乳房	肺及主支氣管	結腸及直腸	肝及肝內膽管	子宮頸	子宮內膜	甲狀腺	卵巢	胃	淋巴	其他	全癌症
個案數	275	108	99	97	53	50	35	31	31	26	198	1,003
比率	27.4	10.8	9.9	9.7	5.3	5	3.5	3.1	3.1	2.6	19.7	100

2010	女性乳房	結腸及直腸	肺及主支氣管	肝及肝內膽管	子宮頸	子宮內膜	胃	卵巢	皮膚	淋巴	其他	全癌症
個案數	314	127	126	74	61	51	40	33	28	26	194	1,074
比率	29.2	11.8	11.7	6.9	5.7	4.7	3.7	3.1	2.6	2.4	18.2	100

2010 年各癌症診療照護年報



肝細胞癌診療團隊



許秉毅主任、余憲忠醫師、江柏宏總醫師、吳宜秦個管師

共同製作 101 年 5 月

肝細胞癌診療團隊

團隊召集人姓名：許秉毅醫師（專科或次專科別：胃腸肝膽內科）

指導醫師：黎國洪教授

個管師：吳宜秦護理師

核心成員
胃腸肝膽內科：許秉毅主任
一般外科：劉絮穎主任
病理部：簡竹君醫師
放射線部：黃哲勳主任
非核心成員
胃腸肝膽內科：蔡維倫醫師、陳文誌醫師、余憲忠醫師
一般外科：蔡正中醫師、王炳惠醫師、陳以書醫師、陳玉佳醫師
血液腫瘤科：林世哲醫師
放射線部：梁慧隆主任
營養室：顏銘成營養師

前言：

本院自 2008 年制定肝細胞癌診療指引，作為肝細胞癌診斷與治療的重要參考建議以來，臨床醫師的診療與多專科肝癌團隊之運作，近年來逐漸有共識與標準化。依本院擁有最新之診斷及治療技術，包括外科肝臟手術切除、經動脈肝臟栓塞治療術(TAE)、肝內動脈化學治療術(HAIC)，超音波下局部冰醋酸或純酒精注射治療術(PAI/PEI)及射頻熱燒灼治療術(RFA)等，以及正在發展之標靶治療及肝臟移植，數年來，已服務上千名肝癌病患，並透過多專科診療會議，不斷檢討改善之中，據以提高患者存活率及提升其生活品質。

自 2008 年第一期肝細胞癌診療年報出刊後，已成為臨床醫師藉以參考之重要資料，亦是團隊共同努力診治患者的成果回顧。透過回溯分析個管師與癌登資料所建立的肝癌資料庫，目前已涵蓋 2005 至 2010 年本院初診斷及治療之肝癌患者達 1600 人以上，其內容為本院治療肝細胞癌患者中、長期之現況，除為治療成果之依據，亦已成為臨床修訂本院診療指引之參考。本年報為 2012 年年報，內容延伸包括 2005 至 2010 年患者，其追蹤時期最長達 7 年，分期系統亦沿用以最新之 BCLC 分期來分析，多數患者之長期療效已能清楚呈現。相信內容將更明確呈現本院肝癌診療現況，以供臨床醫師及患者做一重要參考，其中療效仍需進一步釐清之部分，則有待臨床醫師們努力研究突破，相信將使本院的肝癌治療將更加完善，以造福更多的病患。

感謝黎副院長及許主任及外科劉主任的指導，感謝江柏宏總醫師及吳宜秦個管師大力協助資料之收集整理及失聯病患之追蹤，感謝吳宜秦個管師提供並整理癌症治療中心登錄資料，以及李美嬌護理師協助新個案收案及核心測量指標之監測，更要感謝全體肝癌治療團隊之配合協助!!

2005-2010 年肝癌醫療統計摘要

(一) 2005-2010 肝細胞癌年度新收案病患基本資料與治療方式

自民國九十四年一月至一十年十二月共計 1626 例初次診斷肝細胞癌且未接受過治療之患者予以收案。

表一：1626 例肝細胞癌病患之基本資料及治療方式

	病例數	百分比(%)
性別		
男/女	1200/426	73.8 / 26.2
年齡		
>65 歲 / ≤ 65 歲	815 / 811	50.1 / 49.9
肝炎指標		
B/C/B+C/非 BC	682 / 514 / 90 / 340	41.9 / 31.6 / 5.5 / 21.0
Child-Pugh 分期		
A/B/C	1000 / 443 / 183	61.5 / 27.2 / 11.3
腫瘤大小		
≤5 公分 / >5 公分	798 / 828	49.1 / 50.9
腫瘤數量		
單一/2-3/>3/瀰漫性	765 / 256 / 388 / 217	47.0 / 15.7 / 23.9 / 13.3
病理分化 (N=626)		
I/II/III/IV	59 / 338 / 210 / 19	9.4 / 54.0 / 33.5 / 3.1
TNM 分期		
1/2/3/4	528 / 292 / 661 / 145	32.5 / 18.0 / 40.6 / 8.9
BCLC 分期		
A/B/C/D	533 / 406 / 418 / 269	32.8 / 25.0 / 25.7 / 16.5
治療方式		
手術切除	331	19.1
RFA/PEI/PAI	196	12.1
TAE	311	19.1
HAIC	129	7.9
保守治療	679	41.8

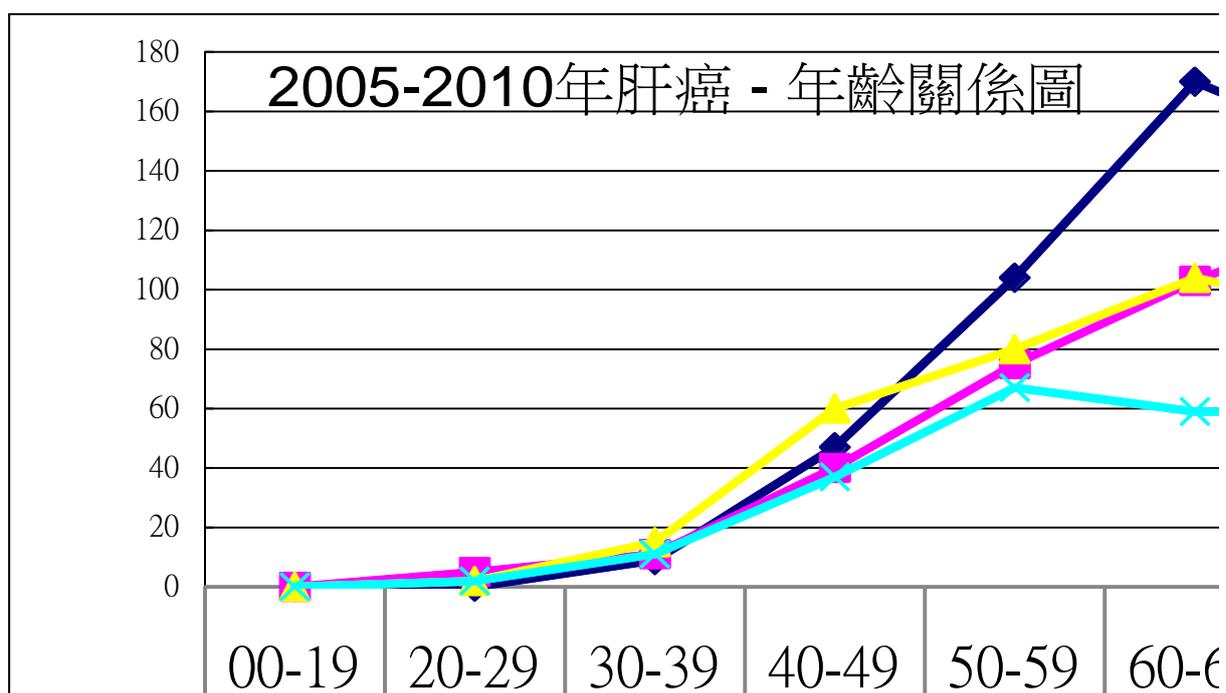
(二) 1626 例初次診斷肝細胞癌患者-年齡、性別、BCLC 期別及 B、C

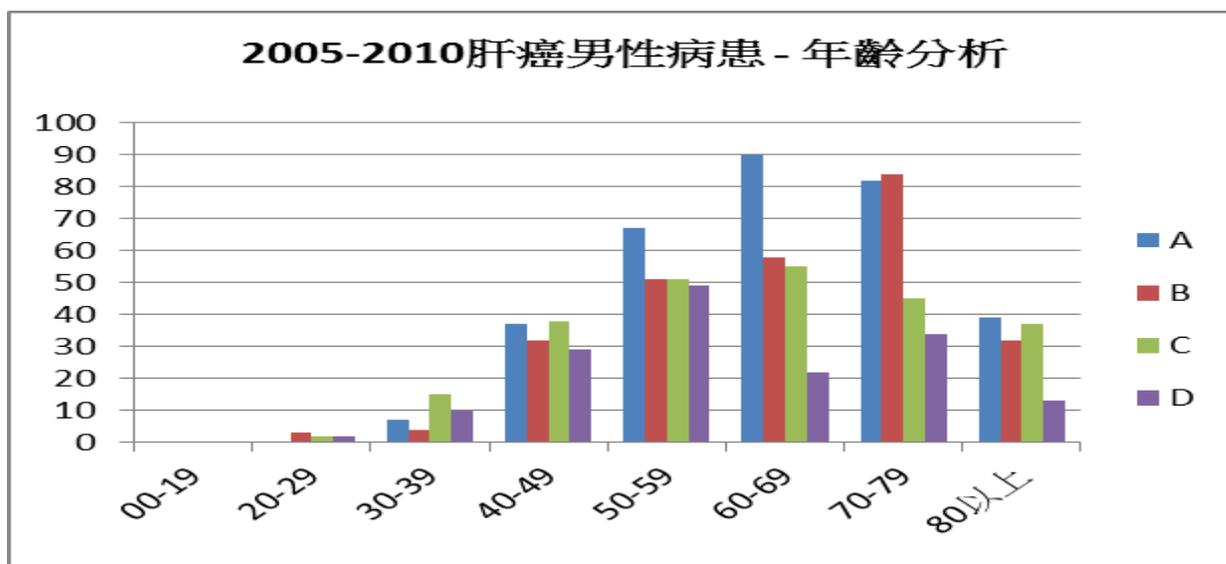
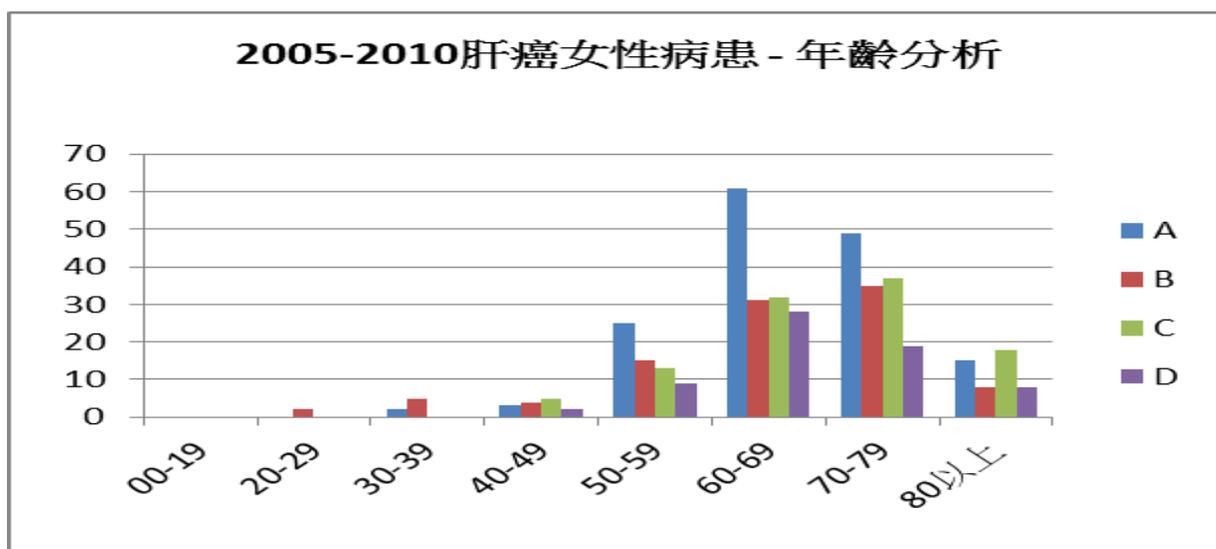
型病毒性肝炎病因之相關性

(A). 1626 例中，其中男性 1200 例(73.8%)，平均年齡 63 ± 14 歲(27 至 98 歲)；女性 426 例(26.2%)，平均年齡 67 ± 11 歲 (26 至 93 歲)。女性平均年齡較男性高。不同期別依年齡層分布則男女性均相似。

年齡	00-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80 以上		總計	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性										
A	0	0	0	0	7	2	44	3	79	25	109	61	96	49	43	15	378	155
B	0	0	3	2	6	5	36	4	60	15	72	31	91	35	38	8	306	100
C	0	0	2	0	15	0	55	5	67	13	72	32	54	37	48	18	313	105
D	0	0	2	0	11	0	35	2	58	9	31	28	40	19	26	8	203	66
總計	0	0	7	2	39	7	170	14	264	62	284	152	281	140	155	49	1200	426

不同期別依年齡層分布圖

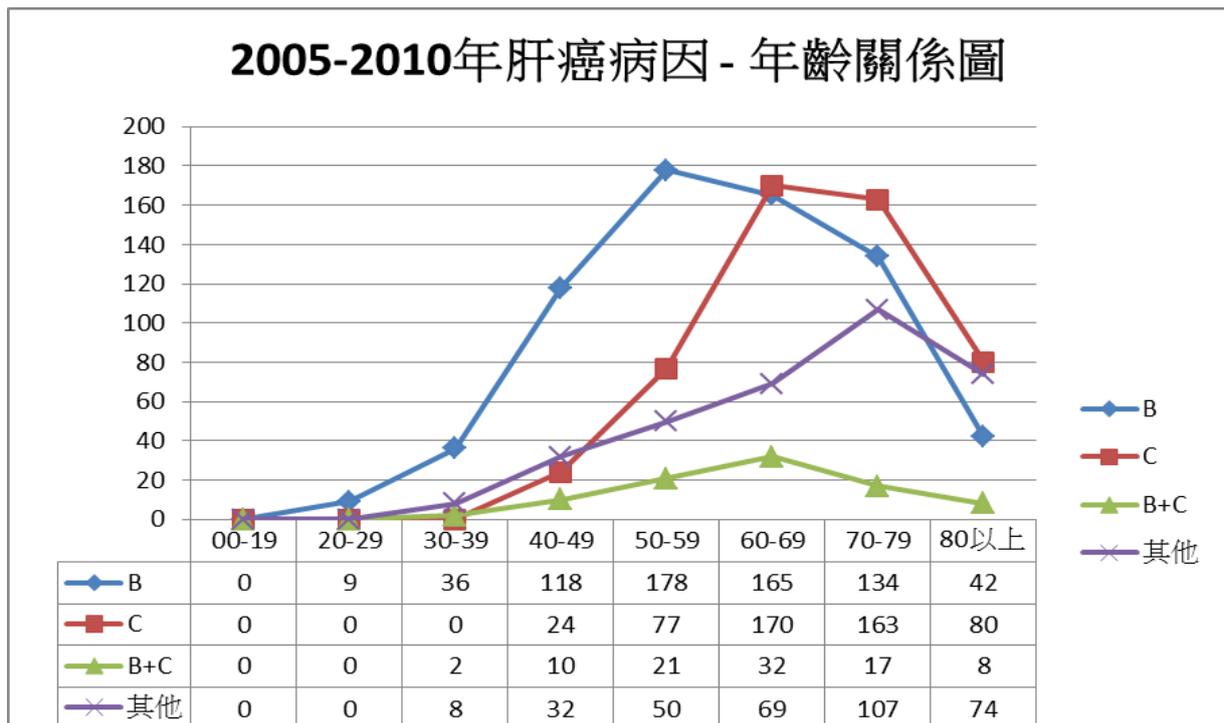


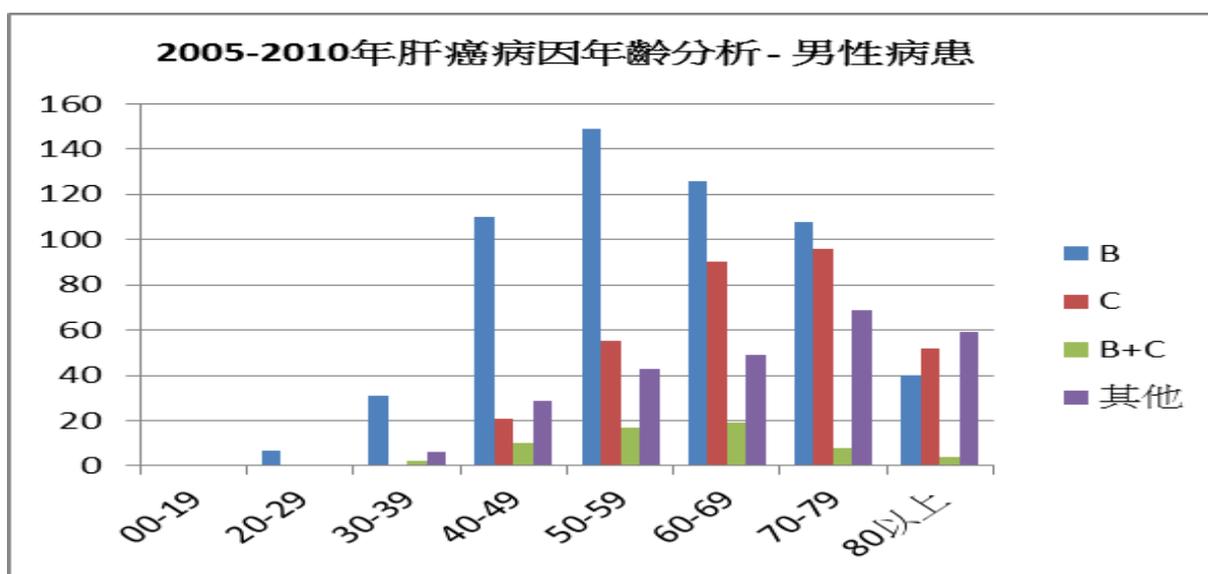
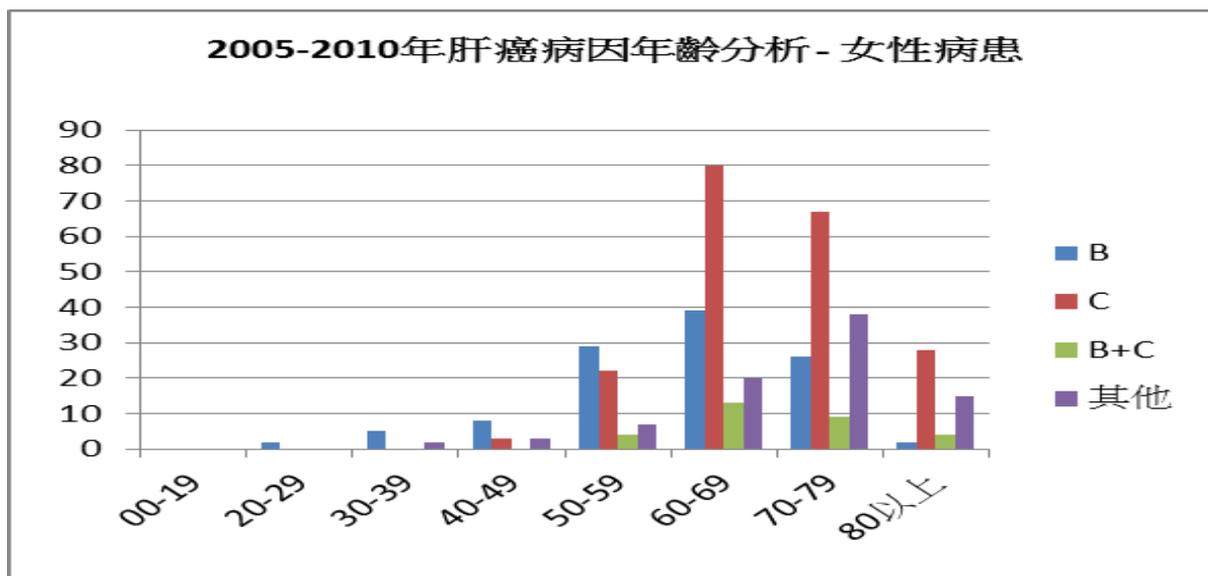


(B). 1626 例中，其中 B 型肝炎 682 例(41.9%)，平均年齡 59 ± 13 歲(26 至 91 歲)；C 型肝炎 514 例(31.6%)，平均年齡 68 ± 10 歲 (41 至 92 歲)，合併 B、C 型肝炎 90 例(5.5%)，平均年齡 63 ± 12 歲(31 至 89 歲)，其他病因 340 例(21.0%)，平均年齡 68 ± 13 歲(33 至 99 歲)。C 型肝炎患者平均年齡較 B 型肝炎患者高，合併 B、C 型肝炎患者年齡介於兩者之間，其他病因患者則與 C 型肝炎患者相似。

年齡	00-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80 以上		總計	
性別 期別	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
	B	0	0	7	2	31	5	110	8	149	29	126	39	108	26	40	2	571
C	0	0	0	0	0	0	21	3	55	22	90	80	96	67	52	28	314	200
B+C	0	0	0	0	2	0	10	0	17	4	15	13	8	9	4	4	60	30
其他	0	0	0	0	6	2	29	3	43	7	49	20	69	38	59	15	255	85
總計	0	0	7	2	39	7	170	14	264	62	280	152	281	140	155	49	1200	426

不同病因依年齡層分布圖

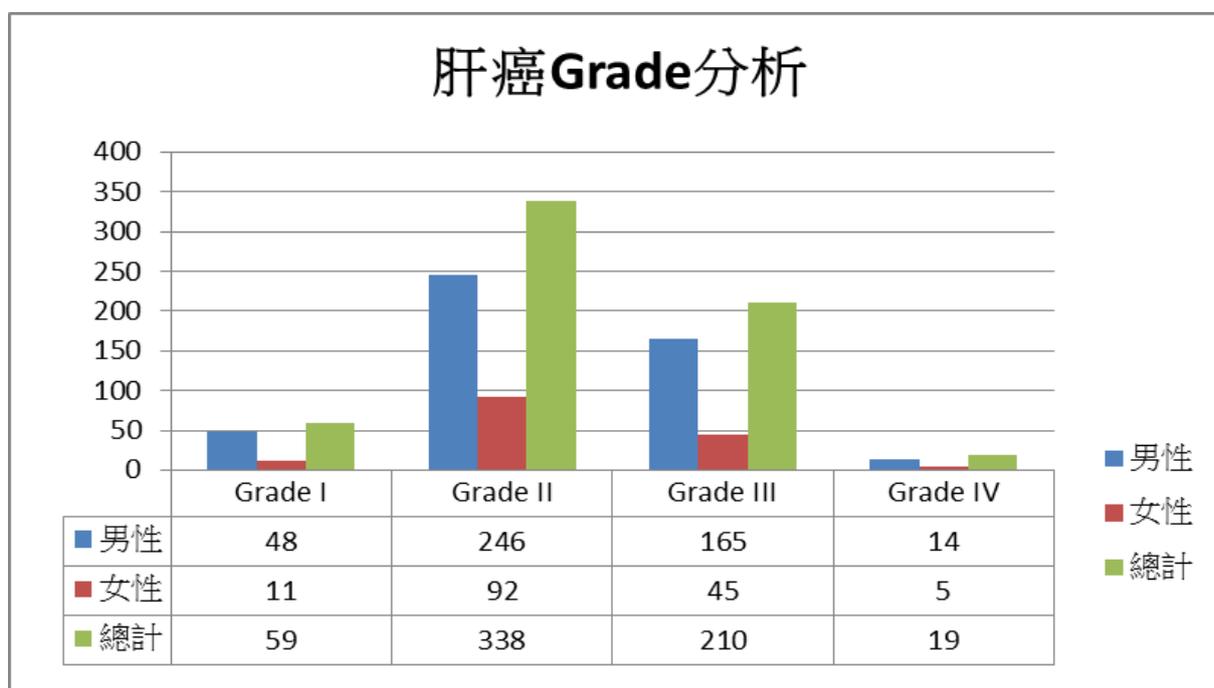




B、C 型肝炎患者產生肝癌之年齡分布，在女性患者與男性患者而言均有類似之分布。整體而言，不論男女，B 型肝炎患者平均年齡要較 C 型肝炎患者為輕(女性患者:61±12 歲 v.s.69±9 歲, p<0.001; 男性患者:59±13 歲 v.s.68±11 歲, p<0.001)。

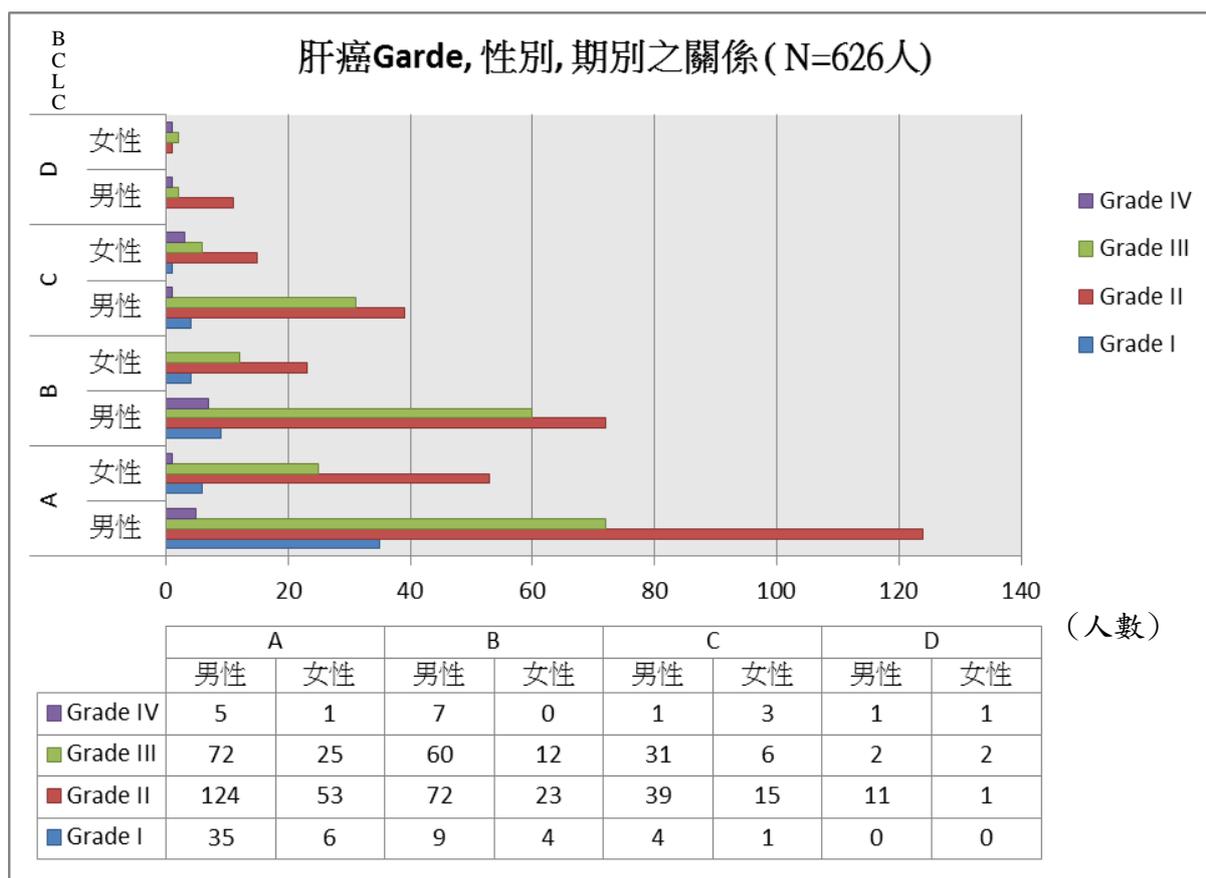
(三) 肝細胞癌患者-病理分化 Grade、性別分布 (N=626)

肝細胞癌確診之方式依手術或穿刺切片而有病理診斷者 626 例 (38.5%)，其中分化等級 Grade I 者有 59 例 (9.4%)、Grade II 者有 338 例 (54.0%)、Grade III 者有 210 例 (33.5%)、Grade IV 者有 19 例 (3.1%)。主要仍以 Grade II 為主，佔 54.0%。在肝癌 Grade、性別分布上，男性與女性相似。



(四) 肝細胞癌患者-病理分化 Grade、性別、BCLC 期別之關係 (N=626)

從資料可見，本院初診斷病患經組織學證實者，以 stage A 者最多，共有 321 例，佔 51.3%，次為 stage B 者 187 例，佔 29.9%。



(五) 不同 BCLC 期別與治療方式分析

(A). 本院肝細胞癌臨床處置建議：

(臨床醫師可依病患意願及其病情需要選擇適當治療方式)

○肝臟移植:小於 65 歲符合 Milan criteria(單一腫瘤小於 5 公分或多發腫瘤 ≤3 顆≤3 公分，無血管侵犯或遠處轉移)。

○手術切除: Child A/B，腫瘤數量大小位置適宜，足夠之殘存肝功能(ICG test)，無血管侵犯或遠處轉移。

○局部治療(RFA/PEI/PAI): Child A/B，單一腫瘤小於 5 公分或多發腫瘤≤3 顆≤3 公分，無血管侵犯或遠處轉移。

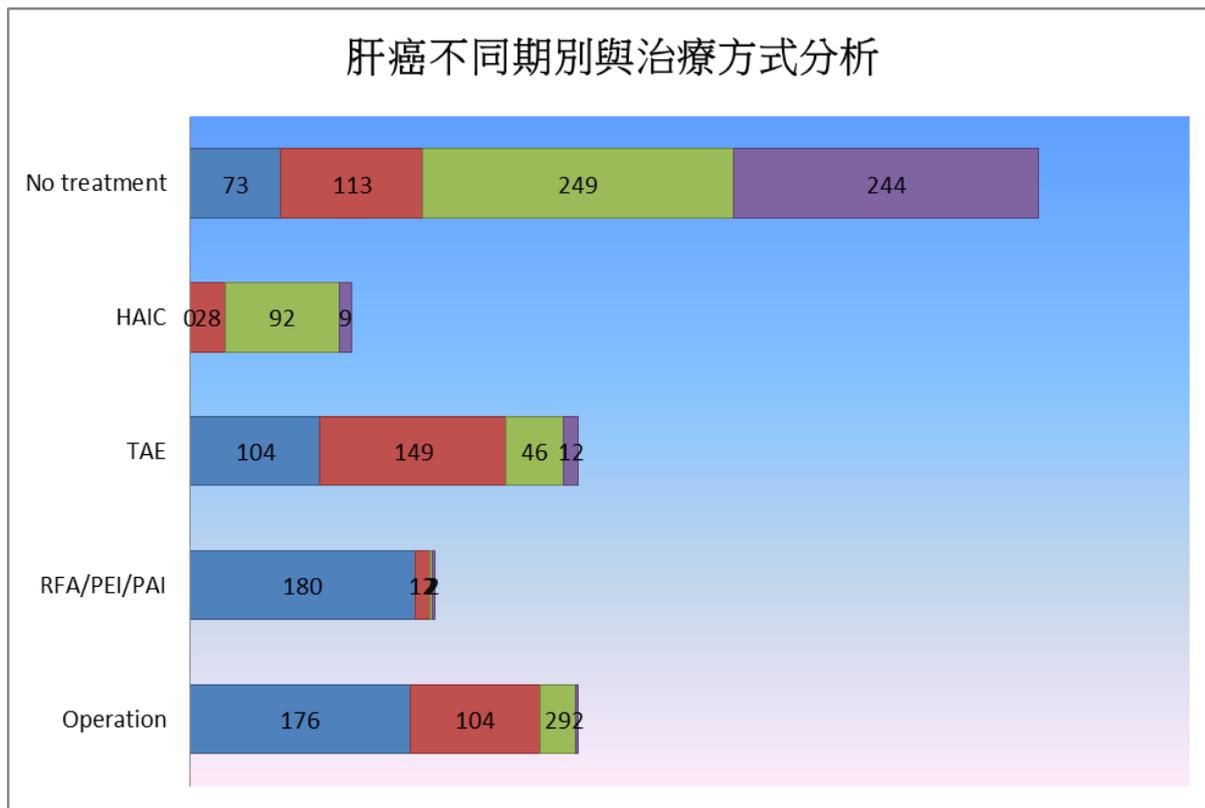
○肝動脈栓塞(TAE)：Child A/B，無主血管侵犯或遠處轉移，不考慮或無法手術切除或局部治療者。

○肝動脈注射化學治療(HAIC)：Child A/B，有主血管侵犯，無遠處轉移，或無法接受上述治療者。

○標靶治療：Child A/B 併肝外轉移或主血管侵犯，無法接受上述治療者。

(B). 1626 例患者其不同 BCLC 期別與治療方式列表如下：

期別 治療方式與次序	A (N=533)	B (N=406)	C (N=418)	D (N=269)	總計* (N=1626)
Operation	176	104	29	2	311
RFA /PAI/PEI	180	12	2	2	196
TAE	104	149	46	12	311
HAIC	0	28	92	9	129
No treatment	73	113	249	244	679



Stage A 接受手術切除、RFA、PAI/PEI 等 curative therapy 的比率達 67%。有 20% 患者選擇 TAE，另有 13% 患者選擇暫緩治療或至他院治療。

整體 Stage A 及 B 患者接受手術切除、RFA、PAI/PEI 或 TAE 的比率達 80%。意即此類患者願意接受積極治療且在本院留治者達 80%。但仍有 20% 左右患者選擇暫緩治療或至他院治療。

Stage C 患者有 60% 選擇或只能接受支持性療法，其中少部分患者至他院治療，極少數患者接受標靶治療。其餘 40% 患者仍在本院接受積極治療，其中以 HAIC 為主，占 54%。

Stage D 患者則 91% 均接受支持性療法或至他院治療，只有 9% 左右患者仍選擇積極治療。

(六) 肝細胞癌患者-不同 BCLC 分期與整體存活率之關係

1626 例中有 446 例(27.2)未在本院治療或未繼續追蹤，經個管師追蹤回診或了解死因後，仍有 375 例 (23.1%)失聯而排除在分析之外，最後可供分析者共計 1251 例。

表二：251 例肝細胞癌病患在 BCLC 各分期下基本資料、治療及預後

	Stage A N=409	Stage B N=295	Stage C N=324	Stage D N=223
性別				
男/女	284 / 125	218 / 77	240 / 84	164 / 59
年齡				
>65 歲 / <65 歲	199 / 210	130 / 165	169 / 155	122 / 101
肝炎指標				
B/C/B+C/非 BC	155/166/19/69	125/94/13/63	149/89/14/72	97/51/17/58
Child-Pugh 分期				
A/B/C	347 / 62 / 0	214 / 81 / 0	176 / 148 / 0	21 / 49 / 153
腫瘤大小				
≤5 公分 / >5 公分	409 / 0	108 / 187	57 / 267	53 / 170
病理分化 (N=394)				
I / II / III / IV	34/142/74/5	9/71/55/5	3/41/32/3	0/9/4/2
治療方式				
手術切除	142	77	27	2
RFA / PEI+PAI	139	11	1	2
TAE	82	106	37	12
HAIC	0	19	71	7
保守治療	46	82	188	200
無腫瘤存活率(%)				
6 月/1 年/2 年/ 3 年/4 年/5 年	85 / 65 / 47 / 38 / 26 / 27	83 / 58 / 48 / 40 / 32 / 29	85 / 69 / 46 / 28 / - / -	—
整體存活率 (%)				
6 月/1 年/2 年/ 3 年/4 年/5 年	92 / 85 / 73 / 61 / 54 / 49	74 / 60 / 45 / 37 / 29 / 27	34 / 23 / 13 / 8 / 7 / 3	9 / 4 / 3 / - / - / -

BCLC 分期第 A 期整體存活率一年、三年及五年各為 85%、61% 及 49%。

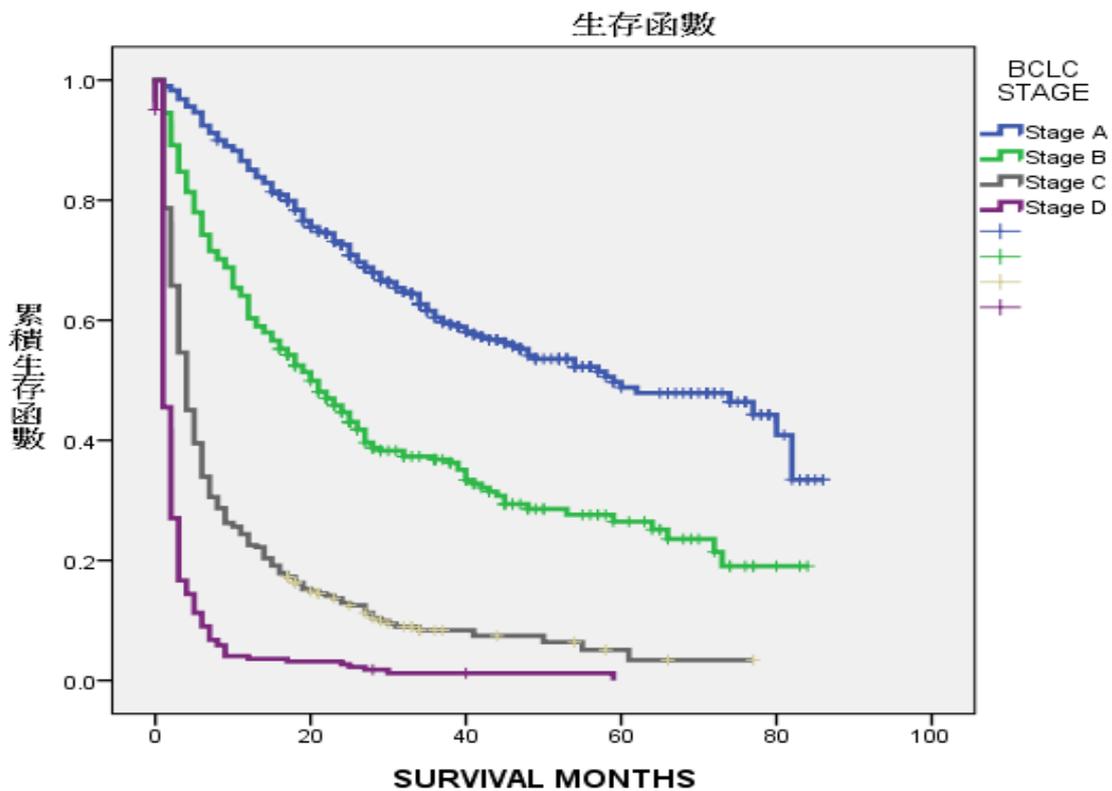
BCLC 分期第 B 期整體存活率一年、三年及五年各為 60%、37% 及 27%。

BCLC 分期第 C 期整體存活率 6 個月及一年各為 34% 及 23%。

BCLC 分期第 D 期整體存活率 6 個月及一年各為 9% 及 4%。

第 A 及 B 期三年的存活率在 60% 及 40% 左右，五年的存活率也在 50% 及 30% 左右，可知早期診斷早期治療的重要。而本院診斷為 Stage A 及 B 的比率為 33% 及 25% 左右，仍有 42% 患者診斷時已為晚期或末期，顯示肝癌篩檢仍要加強。

不同分期與整體存活率之關係圖



(七) 不同治療方式在不同 BCLC 分期治療反應與存活率的關係

(A). 治療反應依 WHO criteria 定義如下：

完全反應(complete response)：腫瘤全部消除且無新病灶

部份反應(partial response)：>50%腫瘤消除且無新病灶

疾病穩定(stable disease)：腫瘤面積減少<50%或增加<25%且無新病灶

疾病惡化(progressive disease)：腫瘤擴大>25%或有新病灶

表三：不同治療在不同分期治療反應一覽表

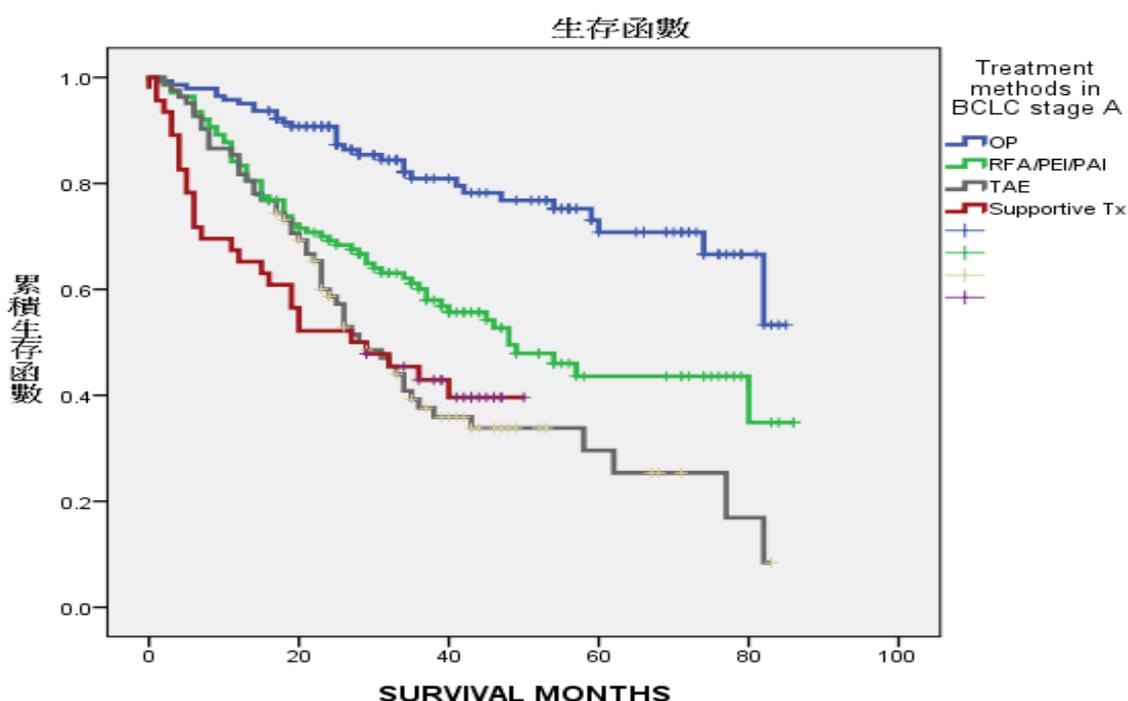
		Complete response	Partial response	Stable disease	Progressive disease
A	手術切除 (N=142)	131 (92%)	3 (2%)	0	8 (6%)
	RFA/PEI/PAI (N=139)	114 (82%)	8 (6%)	2 (1%)	15 (11%)
	TAE (N=82)	37 (45%)	22 (27%)	5 (6%)	18 (22%)
B	手術切除 (N=77)	64 (84%)	1 (1%)	1 (1%)	11 (14%)
	RFA (N=11)	4 (36%)	4 (36%)	0	3 (28%)
	TAE (N=106)	14 (13%)	25 (24%)	28 (26%)	39 (37%)
	HAIC (N=19)	1 (5%)	4 (21%)	5 (26%)	9 (47%)
C	手術切除 (N=27)	17 (63%)	0	1 (4%)	9 (33%)
	TAE (N=37)	3 (8%)	4 (11%)	5 (14%)	25 (67%)
	HAIC (N=71)	7 (10%)	11 (16%)	13 (18%)	40 (56%)
D	手術切除 (N=2)	0	1 (50%)	0	1(50%)
	RFA (N=2)	1 (50%)	0	0	1(50%)
	TAE (N=12)	0	0	2 (17%)	10 (83%)
	HAIC (N=7)	0	0	0	7 (100%)

- (B). 由表三得知，手術切除在 Stage A、B 患者為主要治療方式，其效果亦佳，達成腫瘤完全清除的比率可達 84-92%。局部治療如 RFA、PEI/PAI 主要治療 stage A 患者，達成腫瘤完全清除的比率可達 82%，但針對 stage B 患者其療效較差，達成腫瘤完全清除的比率只有 36% 左右。TAE 主要治療 stage A、B 患者不適於手術切除或局部治療者，療效亦不差，整體達成腫瘤完全清除的比率有 13-45% 左右，只是有 22-37% 患者得不到好處，腫瘤在 TAE 治療後惡化，故需慎選適當患者治療。HAIC 亦有一定療效，主要治療 stage C 患者，整體達成腫瘤完全清除的比率有 10%，部分反應有 16% 左右，少部分 Stage B 患者因腫瘤太大，亦選擇 HAIC 治療，整體達成腫瘤完全清除的比率有 5%，部分反應有 21% 左右。不過在 Stage B 與 C 之患者中仍有 47% 與 56% 患者沒有療效。至於哪些患者適合 TAE 或 HAIC 則需進一步研究。Stage D 患者並無有效治療，建議給予支持治療。
- (C). 以下依 BCLC staging system 顯示各分期病患接受不同治療方式的療效與存活率的關係：

※Stage A (N=409) 不同治療方式的療效與存活率的關係

	Complete response	Partial response	Stable disease	Progressive disease
手術切除(N=142)	131 (92%)	3 (2%)	0	8 (6%)
局部清除治療(N=139)	114 (82%)	8 (6%)	2 (1%)	15 (11%)
TAE (N=82)	37 (45%)	22 (27%)	5 (6%)	18 (22%)
保守治療(N=46)	-	-	-	-

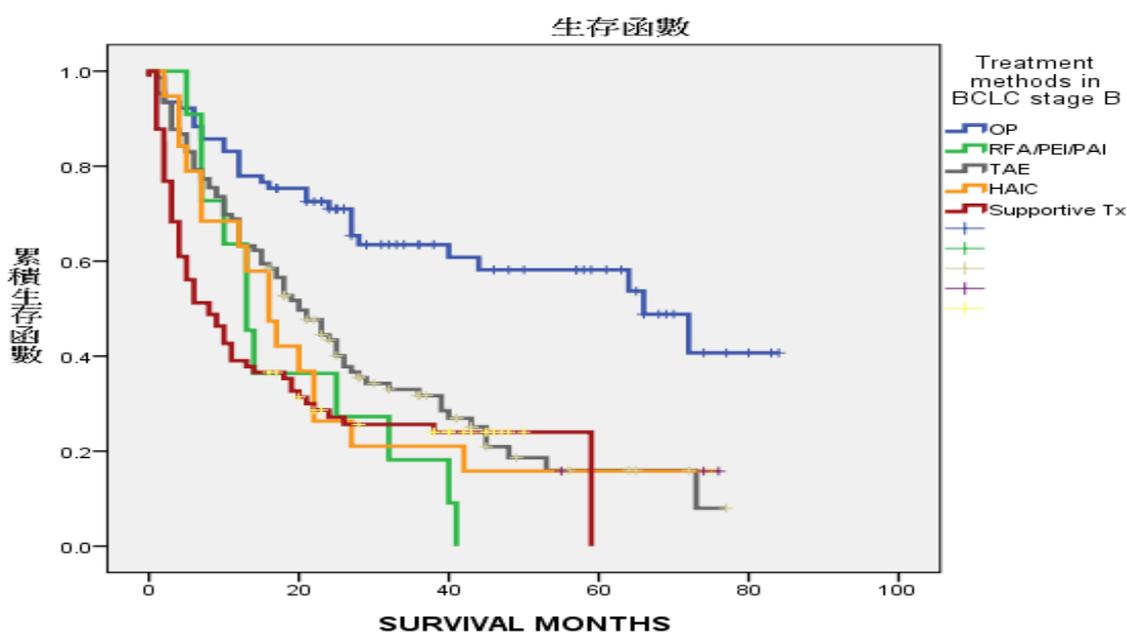
BCLC 分期第 A 期共 533 例，未繼續追蹤 124 例，可供分析 330 例佔 76.7%。接受之初次治療如下：手術切除有 142 例 (34.7%)、局部治療有 139 例 (34.0%)、TAE 有 82 例 (20.0%)、無法治療或拒絕治療有 46 例 (11.2%)。其中手術切除一年、三年及五年存活率為 94%、91%及 84%，局部治療一年、三年及五年存活率為 92%、77%及 44%，TAE 一年、三年及五年存活率為 82%、38%及 30%，不治療者一年及三年存活率仍有 78%及 48%。可見 Stage A 患者以手術治療存活最佳，優於局部治療或 TAE (log rank test, $p < 0.001$)；局部治療存活率優於 TAE(log rank test, $p < 0.001$)；整體而言有接受治療者均比保守治療者存活佳(log rank test, $p < 0.001$)。



※Stage B (N=295) 不同治療方式的療效與存活率的關係

	Complete response	Partial response	Stable disease	Progressive disease
手術切除(N=77)	64 (84%)	1 (1%)	1 (1%)	11 (14%)
局部清除治療(N=11)	4 (36%)	4 (36%)	0	3 (28%)
TAE (N=106)	14 (13%)	25 (24%)	28 (26%)	39 (37%)
HAIC (N=19)	1 (5%)	4 (21%)	5 (26%)	9 (47%)
保守治療(N=82)	-	-	-	-

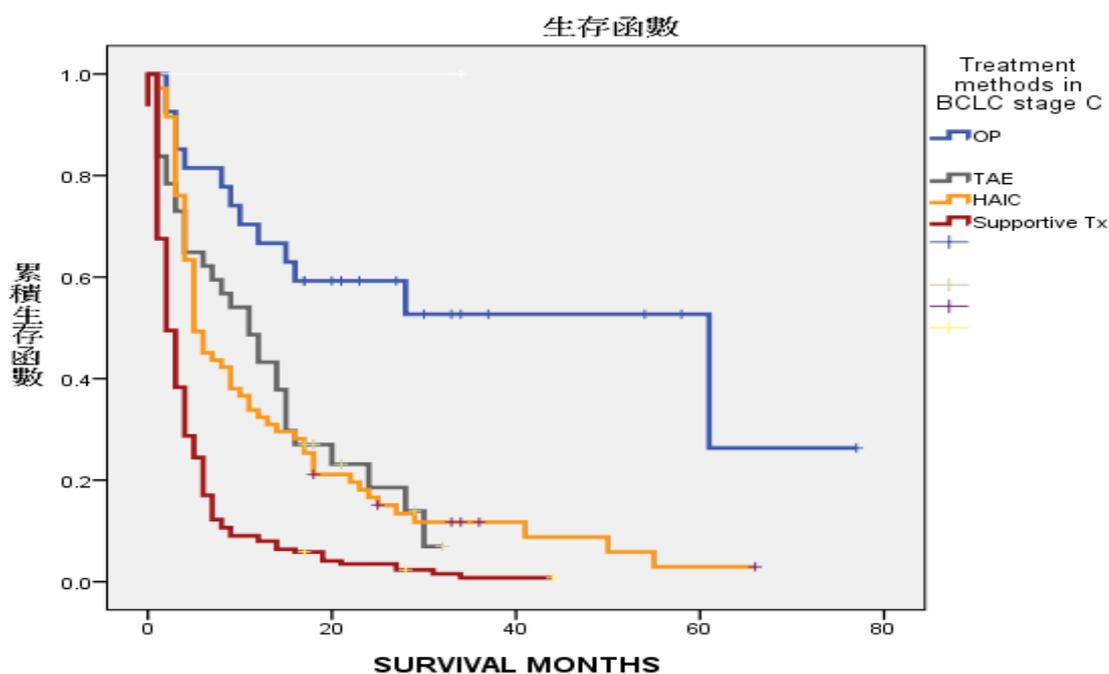
BCLC 分期第 B 期共 406 例，未繼續追蹤 111 例，可供分析 295 例佔 72.7%。接受之初次治療如下：手術切除有 77 例 (26.1%)、局部治療有 11 例 (3.7%)、TAE 有 106 例 (35.9%)、HAIC 有 19 例 (6.5%)、無法治療或拒絕治療有 82 例 (27.8%)。其中手術切除一年、三年及五年存活率為 86%、71% 及 58%，局部治療一年及三年存活率為 64% 及 18%，TAE 一年及三年存活率為 63% 及 32%，HAIC 一年及三年存活率為 63% 及 21%，不治療者一年及三年存活率只有 39% 及 26%。可見 Stage B 患者以手術治療存活最佳，優於局部治療、TAE 或 HAIC(log rank test, $p < 0.001$)；局部治療、TAE 或 HAIC 三者存活率相當(log rank test, $p > 0.1$)；整體而言有接受治療者均比保守治療者佳(log rank test, $p < 0.001$)。



※Stage C (N=324) 不同治療方式的療效與存活率的關係

	Complete response	Partial response	Stable disease	Progressive disease
手術切除(N=27)	17 (63%)	0	1 (4%)	9 (33%)
TAE (N=37)	3 (8%)	4 (11%)	5 (14%)	25 (67%)
HAIC (N=71)	7 (10%)	11 (16%)	13 (18%)	40 (56%)
保守治療(N=189)	-	-	-	-

BCLC 分期第 C 期共 418 例，未繼續追蹤 94 例，可供分析 324 例佔 77.5%。接受之初次治療如下：手術切除有 27 例 (8.3%)、TAE 有 37 例 (11.4%)、HAIC 有 71 例 (21.9%)、無法治療或拒絕治療有 189 例 (58.3%)。其中手術切除一年及二年存活率為 67% 及 59%，TAE 一年及二年存活率為 43% 及 19%，HAIC 一年及二年存活率為 32% 及 17%，不治療者一年及二年存活率只有 8% 及 4%。可見 Stage C 患者接受手術切除較 TAE 或 HAIC 存活較佳(log rank test, $p < 0.001$)，而 TAE 或 HAIC 存活相似(log rank test, $p > 0.1$)，均比保守治療者佳(log rank test, $p < 0.001$)。



※Stage D (N=223) 不同治療方式的療效與存活率的關係

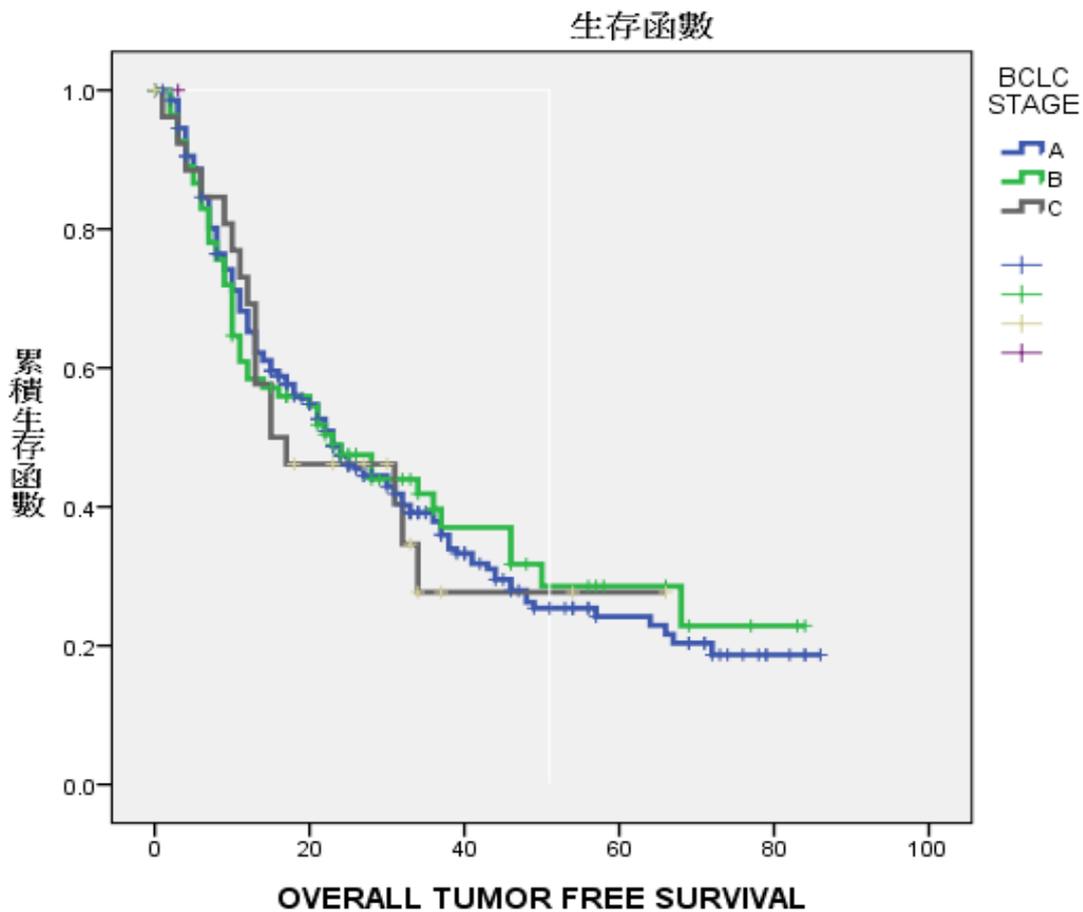
	Complete response	Partial response	Stable disease	Progressive disease
手術切除(N=2)	0	1 (50%)	0	1(50%)
RFA (N=2)	1 (50%)	0	0	1 (50%)
TAE (N=12)	0	0	2 (17%)	10 (83%)
HAIC (N=7)	0	0	0	7 (100%)
保守治療(N=200)	-	-	-	-

BCLC 分期第 D 期共 269 例，未繼續追蹤 46 例，可供分析 223 例佔 83.0%。接受之初次治療如下：部份手術切除有 2 例 (0.9%)、局部治療有 2 例 (0.9%)、TAE 有 12 例 (5.4%)、HAIC 有 7 例 (3.1%)、無法治療或拒絕治療有 200 例 (89.7%)。整體 TAE 患者 6 個月及 1 年存活率只有 33% 及 17%，HAIC 患者 6 個月及 1 年存活率只有 29% 及 14%，保守治療患者 6 個月及 1 年存活率只有 7% 及 3%。可見 Stage D 患者接受 TAE 或 HAIC 效果均不佳，雖然接受 TAE 或 HAIC 患者比保守治療患者存活稍高(log rank test, $p < 0.001$)，其原因應與治療無關，應與患者整體狀況與肝臟殘存功能有關，保守治療仍是 Stage D 患者唯一建議。

(八) 不同分期與不同治療方式與無腫瘤存活率(tumor free)的關係

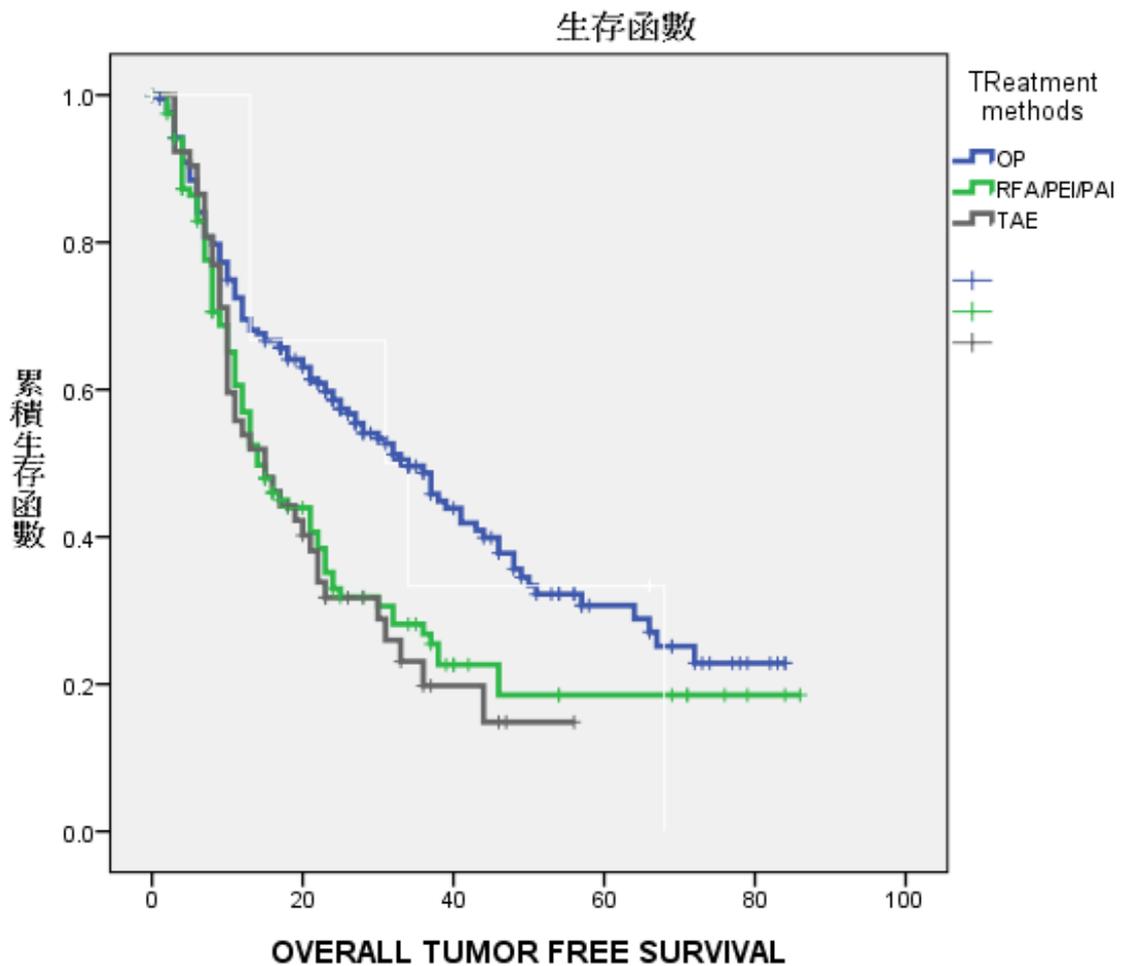
(A). 接受初始治療達成完全腫瘤消除(complete response)共 392 患者，Stage A 有 282 例(72%)，Stage B 有 82 例(21%)，Stage C 有 28 例(7%)，Stage D 則無。不同分期病患之無腫瘤存活率相似(log rank test, $p>0.1$)。平均而言，患者接受初始治療達成完全腫瘤消除後，1 年及 2 年的腫瘤復發率約為 31-42% 及 52-54% 左右。

不同分期與無腫瘤存活率之關係



(B). 整體而言，接受初始治療達成完全腫瘤消除(complete response)共 392 患者，手術切除有 212 例，局部治療有 118 例，TAE 有 54 例，HAIC 有 8 例。在整體腫瘤復發(包括局部復發與新腫瘤復發)率方面，手術切除一年、二年及三年腫瘤復發率為 30%、41%及 51%，局部治療一年、二年及三年腫瘤復發率為 43%、67%及 73%，TAE 一年、二年及三年腫瘤復發率為 46%、68%及 80%，分析顯示手術切除之復發率較低於局部治療或 TAE(log rank test, $p < 0.001$)。

不同治療與無腫瘤存活率之關係



(*8 例 HAIC 患者未列入分析)

(九) 所有接受治療病人之併發症及副作用分析

表四：相關治療的重大併發症統計如下：

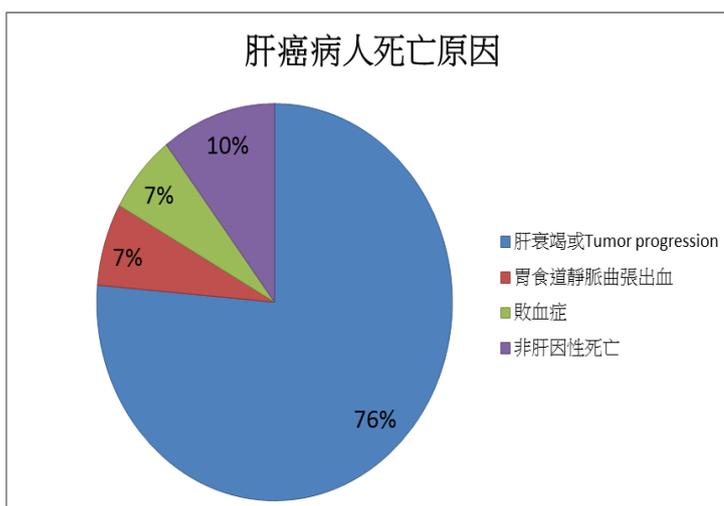
	OPERATION (N=331)	Local Tx (N=196)	TAE (N=311)	HAIC (N=129)
菌血症	2	6	4	2
肋膜積水需引流	1	2	0	2
術後短期肝失償	6	3	16	7
術後吸入性肺炎 於 30 日內死亡	3	0	1	0
菌血症致死	1	2	4	1
術後肝腎衰竭致死	0	0	6	5
整體治療併發症	13(3.9%)	13(6.6%)	31(10.0%)	17(13.2%)
治療相關致死率	5(1.5%)	2(1.0%)	11(3.5%)	6(4.7%)

手術切除及局部消除治療相關之併發症約在 4-7% 左右，死亡率也在 1-2% 左右，顯示為相當安全且有效之治療方式。TAE 治療之併發症及治療相關之死亡率相對於手術切除或局部消除治療為高，主因為病患的條件不同。有併發症之患者多為腫瘤較多且肝功能較差者，故臨床上慎選病人最為重要。在 HAIC 方面，對部分患者有一定之療效，是有效的治療之一。惟其合併症亦不少，依然需小心進行治療，並監測其反應。

(十) 死亡原因分析

迄 101 年 4 月底統計結束，1251 例中 358 例仍存活(28.6%)，死亡有 893 例，佔 71.4%。893 例死因分析如下：

- (A) 肝衰竭或 Tumor progression
682 例 (76%)
- (B) 胃食道靜脈曲張出血 60 例
(7%)
- (C) 敗血症 58 例 (7%)
- (D) 非肝因性死亡 93 例 (10%)



核心測量指標

肝細胞癌核心測量指標提報表						
醫院	高雄榮民總醫院					
期間	2010年1-12月					
指標	指標名稱	分子	分母	分子/分母	比例	
診斷(1)	所有肝癌病患中符合共識診斷標準的比率	307	307	307/307	100%	
治療(1)	極早期和早期肝癌病人接受治癒性療法的比率	67	81	67/81	83%	
術後療效評估(1)	所有治療後 (curative、TAE、R/T) 的肝癌病人，2個月內追蹤影像學 (echo, CT, MRI) 的比率。	128	144	128/144	89%	
術後療效評估(2)	所有治療前 AFP>20ng/ml 的肝癌病人，治療後 (curative + TAE + R/T) 2個月內追蹤 AFP 的個案的比率。	81	93	81/93	87%	
術後追蹤(1)	所有治療後 (curative + TAE + R/T) 的肝癌病人 1年內追蹤影像學 (echo, CT, MRI) 3次或以上的比率。	101	127	101/127	80%	
術後追蹤(2)	所有治療前 AFP>20ng/ml 的肝癌病人，治療後 (curative、TAE、R/T) 1年內追蹤 AFP 3次或以上的比率。	53	66	53/66	80%	
存活分析-1A	肝癌病患 0期(BCLC)，1年存活率。	9	9	9/9	100%	
存活分析-2A	肝癌病患 A期(BCLC)，1年存活率。	65	71	65/71	92%	
存活分析-3A	肝癌病患 B期(BCLC)，1年存活率。	34	57	34/57	60%	
存活分析-4A	肝癌病患 C期(BCLC)，1年存活率。	20	88	20/88	23%	
存活分析-5A	肝癌病患 D期(BCLC)，1年存活率。	2	82	2/82	0.2%	

(感謝個管師宜秦提供資料)

國建局自 2010 年起，已使用新版之核心測量指標，本報告自 2010 年起開始統計如上表。其中 1 年期之部分指標個案數已排除死亡及失聯病患，因追蹤時間太短，無法統計。整體而言，100% 患者確診均有依循最新診療指引。83% 早期患者選擇 curative therapy，依本年報分析之結論，這些患者預後相當良好，而未治療或選擇 TAE 治療患者，則需要密切追蹤，其存活率較低及復發率會較高。

HCC 病人治療後療效評估及追蹤方面，在影像學及 AFP 追蹤的頻率有 80% 及 70% 以上符合指標，除部份患者失聯或轉至他院求治者，大部份患者均有符合指標來追蹤。一年的存活率在 BCLC stage 0, A, B, C and D 病患分別為 100%, 92%, 60%, 23% 及 0.2%，這方面的百分比與整體 6 年患者的統合分析結果類似，可供臨床醫師及各管師參考。

結論：

本年報內容除如往年依癌登資料庫加以更新外，今年又增加了個管師資料庫及其追蹤檔案。往年失聯的個案，透過個管師的努力，回診率增加了，同時失聯患者的最終死亡及其存活期也得以完整許多，在此特別感謝個管師及癌登師的幫忙。

本院新診斷之肝細胞癌患者以 BCLC stage A、B 為主，約佔 6 成病患左右。整體而言，肝細胞癌的新診斷患者，屬於 BCLC stage A、B 者，有 80% 的留治率，於本院接受手術、局部治療或 TAE 等積極治療，這較以往有顯著的提升，除了應歸功於醫護同仁長期的努力得到患者與家屬們的肯定外，個管師的盡心盡力陪伴與協助患者完成治療與追蹤，也是功不可沒。

這類早、中期肝癌病患以目前之手術切除、局部治療或 TAE 仍有機會進行有效治療，且療效亦佳，分析顯示第 A 期患者手術治療的三年及五年的存活率可達 91% 及 84% 左右，局部治療也有 77% 及 44%。而以 TAE 為主要治療的第 B 期患者其三年存活率也有 38% 左右，這些成果比起國內外其他中心並不遜色。惟亦有 4 成左右患者為 BCLC stage C 或 D，屬無法治療或治療困難之肝癌病患，以目前之治療方式，只有少數患者有療效，和國外的經驗相似。顯示在肝癌的治療上，早期診斷及治療之重要性。另一方面肝癌篩檢亦要加強宣導。

在治療方面，本報告以 BCLC 分期為基礎，加以討論。第 A 期病患，主要以手術切除及局部治療為主；第 B 期病患，主要以 TAE 及手術切除為主。資料顯示，手術切除較 TAE 及局部治療兩者的效果為佳，雖說三者病患之條件不一定相同，但可建議在條件適合之情況下，優先評估接受手術切除治療，可獲得最大之利益。而不考慮或不適合手術切除治療的患者，則可考慮接受局部治療或 TAE，其療效亦不錯。惟在 Stage B 患者接受 TAE 治療中只有 37% 左右可以達到腫瘤部分或完全消除，而也有 37% 左右患者得不到療效，腫瘤在治療後惡化，如何慎選適合 TAE 治療之患者是未來須進一步研究的課題。

在第 C 期病患，有近 6 成屬於無法或難以治療之族群，其預後甚差，一年的存活

率只有 8%。其餘可治療者主要以 HAIC 治療為主，能手術切除或 TAE 者均在 1 成左右。資料顯示，手術切除比 TAE 或 HAIC 的療效要好，尤其是對大型肝癌的治療有其顯著而重要的角色。而 TAE 與 HAIC 兩者的療效相當，比不治療稍好。但因這三種治療的患者之間條件差異大，如何為病患選擇較適當的方式，仍需進一步研究。但若評估後有機會給予病患治療，則仍建議施行，預後較不治療患者佳。至於第 D 期之患者，分析顯示並無有效之治療，預後亦極差，建議安寧療護，或嘗試新藥如標靶治療藥物。

在治療的併發症方面，手術切除及局部消除治療相關之併發症約在 3-6% 左右，死亡率也在 1-2% 左右，顯示為相當安全且有效之治療方式。TAE 治療之併發症及治療相關之死亡率相對於手術切除或局部消除治療為高，主要因為病患的條件不同，其療效及副作用亦不同，故臨床上如何慎選病人最為重要之課題。在 HAIC 部分，只對部分患者有一定之療效，惟其合併症可達 15% 以上，治療引起之死亡率達 5-6% 左右，故仍需謹慎進行治療，並監測其反應。在未來，研究評估適合 HAIC 治療之患者亦是重要課題。整體而言，肝癌患者之死因有近 75% 死於腫瘤惡化及肝衰竭，15% 左右死於肝硬化相關之併發症，另有 10% 死於非肝因性原因。

結後語：

肝細胞癌的治療，需考慮病患的意願、肝功能、腫瘤的分期以及治療的方式。本院尚無肝臟移植，標靶治療的經驗亦初起步，是以有些病患轉而接受其他醫院的治療，或因治療效果不彰而另謀出路，這些仍有待大家繼續的努力。另一方面，從預防及治療慢性病毒性肝炎，到肝癌的早期篩檢，早期治療，再到多專科團隊的合作，都仍有努力及進步的空間，進一步提高肝癌病患的存活率及生活品質的改善仍是我們未來最崇高的責任與使命。

婦 癌 診 療 團 隊



劉文雄主任、李文英個管師

共同製作 100 年 5 月

婦癌診療團隊

團隊召集人姓名：劉文雄主任（專科或次專科別：婦科）

個管師：李文英護理師

核心成員
婦產部：余堅忍主任、劉文雄主任、陳三農醫師、蔣安仁醫師 廖正義醫師、劉正彬醫師
放射線部：劉婉貞醫師、鄧惠中醫師
病理部：陳家榮醫師
放射腫瘤科：張慶雄主任、陳建勳醫師
非核心成員
核醫科：彭南靖主任
護理部：李文英個案管理師、專科護理師
營養室：施水鳳營養師

簡介：多專科團隊會議時間為每週一次

每月 2、4 週星期四及 1、3 週星期二早上 8:00-9:00

2005-2010 年子宮頸癌個案統計摘要

(一) 子宮頸原位癌新診斷個案數：274 人

子宮頸惡性腫瘤新診斷個案數：342 人

每月新收案數：約 4-5 人

(二) 2005-2010 年子宮頸癌一年齡、期別關係圖

年 齡 期 別	00-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥80	總計
0	0	15	79	73	49	36	15	7	274
1	0	2	23	70	51	42	22	6	216
2	0	0	2	11	18	8	9	5	53
3	0	0	2	5	6	8	4	5	30
4	0	0	1	5	5	2	6	4	23
Unknown	0	0	1	0	1	0	0	0	2
總計	0	17	108	164	130	96	56	27	598

子宮頸原位癌病例

其中年齡分佈以 30-49 歲的病人較多，平均年齡為 44 歲(22 至 93 歲)。

子宮頸癌年齡分佈圖 (依不同期別):

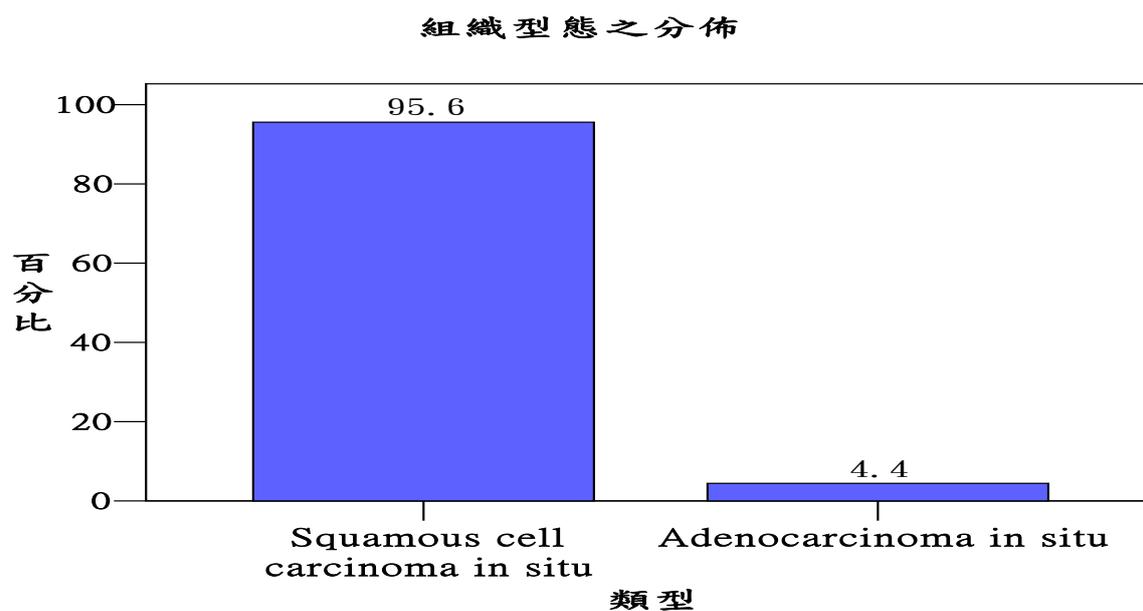
以 40-59 歲這個年齡層佔多數。平均年齡為 54 歲(25 至 92 歲)。

(三) 組織型態分佈：

常見組織型態：原位癌 (N=274)

Squamous cell carcinoma in situ : 262 人

Adenocarcinoma in situ : 12 人



常見組織型態：侵襲癌 (N=324)

Squamous cell carcinoma : 249 人

Adenocarcinoma : 54 人

Adenosquamous carcinoma : 5 人

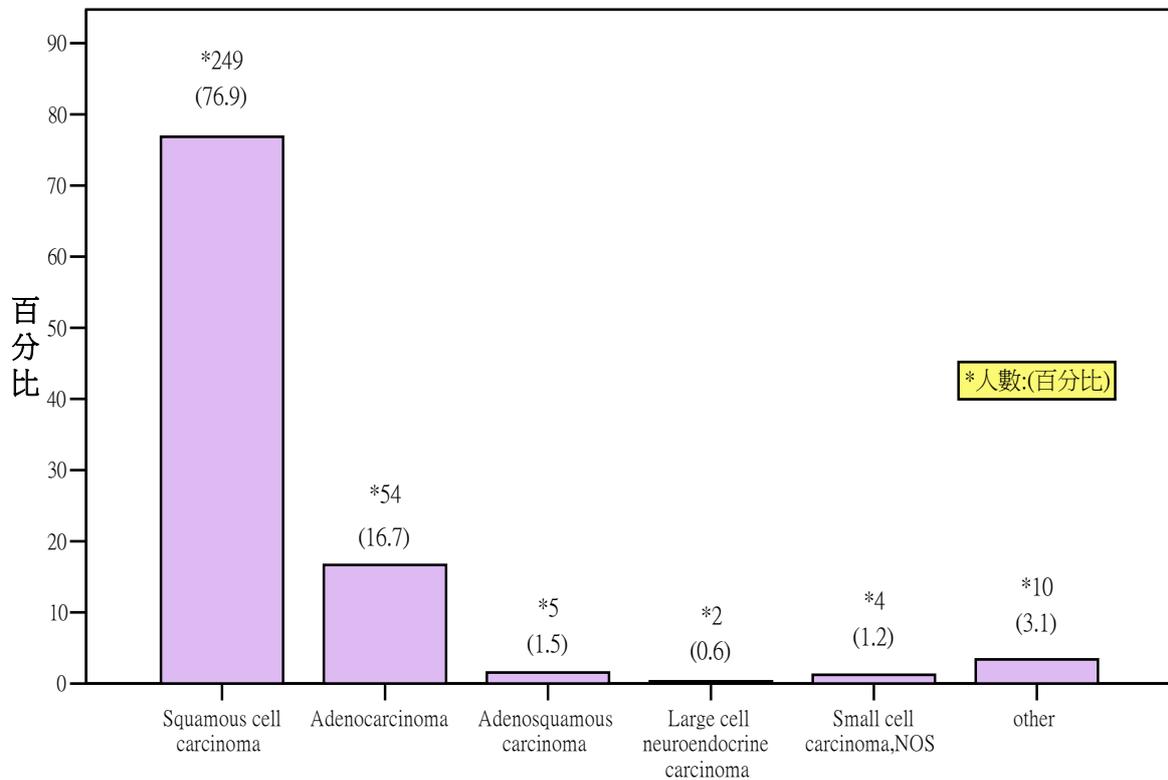
Large cell neuroendocrine carcinoma : 2 人

Small cell carcinoma , NOS : 4 人

other : 10 人

組織型態

型態	人數	百分比
Squamous cell carcinoma	249	76.9
Adenocarcinoma	54	16.7
Adenosquamous carcinoma	5	1.5
Large cell neuroendocrine carcinoma	2	.6
Carcinoma,undifferentiated,NOS	2	.6
Small cell carcinoma,NOS	4	1.2
Papillary carcinoma,NOS	1	.3
Papillary squamous cell carcinoma	1	.3
Lymphoepithelial carcinoma	2	.6
Transitional cell carcinoma,NOS	1	.3
Atypical carcinoid tumor	1	.3
Sarcoma,NOS	1	.3
Embryonal rhabdomyosarcoma,NOS	1	.3
總和	324	100.0

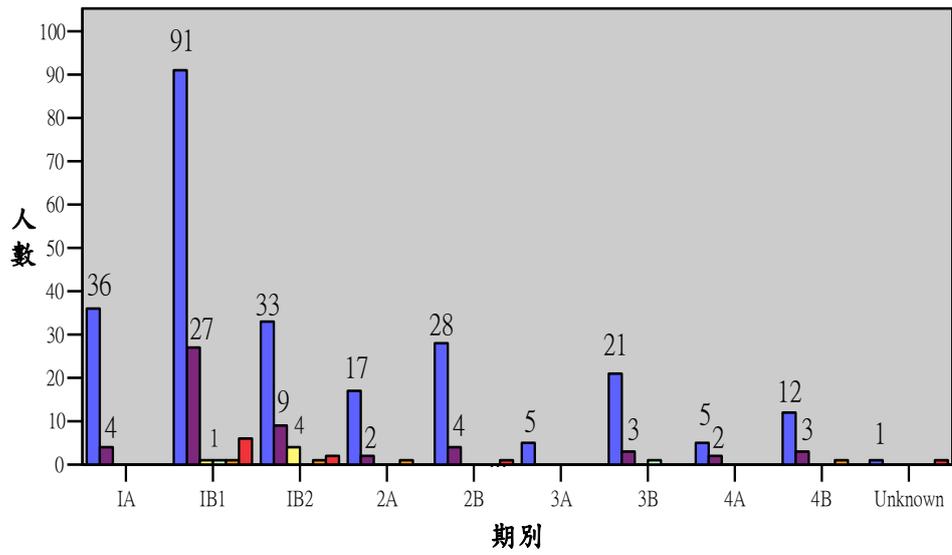


(四) 侵襲癌各組織型態與期別之關係 (N=324)

侵襲癌各組織型態與期別之關係

		分期										總和
		IA	IB1	IB2	2A	2B	3A	3B	4A	4B	Unknown	
組 織 型 態	Squamous cell carcinoma	36	91	33	17	28	5	21	5	12	1	249
	Adenocarcinoma	4	27	9	2	4	0	3	2	3	0	54
	Adenosquamous carcinoma	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	5
	Large cell neuroendocrine carcinoma	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
	Small cell carcinoma,NOS	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	4
	other	0	6	2	0	1	0	0	0	0	1	10
總和		40	127	49	20	33	5	25	7	16	2	324

侵襲癌各組織型態與期別



- Squamous cell carcinoma
 - Adenocarcinoma
 - Adenosquamous carcinoma
- Large cell neuroendocrine carcinoma
 - Small cell carcinoma, NOS
 - other

(五) 不同期別與治療方式分析

原位癌之治療分析：(N=274)

		人數	百分比
手術	LEEP	1	0.4 %
	Electrocautery	4	1.5 %
	Cone biopsy + gross excision of lesion	100	36.5 %
	Cone biopsy	14	5.1 %
	TAH	7	2.6 %
	TAH + BSO	3	1.1 %
	LAVTH	130	47.4 %
	LAVTH + BSO	5	1.8 %
總和			
未手術	未手術 None; no surgery of primary site	10	3.6 %
總和		274	100 %

1. LEEP : Loop Electrocautery Excision Procedure
2. TAH : Total abdominal hysterectomy
3. BSO : bilateral salpingo-oophorectomy
5. LAVTH : Laparoscopic Assisted Vaginal Total Hysterectomy

未手術之分析

個數

		未手術 人次	總和
追蹤 狀態	存活;失聯	3	3
	存活;轉他院治療	3	3
	Other(病人拒絕治療)	4	4
總和		10	10

侵襲癌之治療分析：(N=324)

※ 有/無接受手術患者其治療方式之百分比

		人數	百分比
手術	Cone biopsy + gross excision	2	0.6 %
	Radical trachelectomy	1	0.3 %
	TAH	2	0.6 %
	TAH + BSO	7	2.2 %
	Modified RH(Ia2)	3	0.9 %
	Extended hysterectomy	3	0.9 %
	RH;Wertheim procedure (包括 nsRH)	196	60.5 %
	LAVTH	26	8.0 %
總 和			
未手術	未手術 None; no surgery of primary site	84	25.9 %
總 和		324	100 %

1. TAH : Total abdominal hysterectomy
2. BSO : bilateral salpingo-oophorectomy
3. nsRH : nerve sparing radical hysterectomy
4. LAVTH : Laparoscopic Assisted Vaginal Total Hysterectomy

※ 接受手術患者其治療方式之百分比

接受手術病例：240/324；74.1 %

		人數	百分比
手術	Cone biopsy	2	0.8 %
	Radical trachelectomy	1	0.4 %
	TAH	2	0.8 %
	TAH + BSO	7	2.9 %
	Modified RH(Ia2)	3	1.3 %
	Extended hysterectomy	3	1.3 %
	RH;Wertheim procedure (包括 nsRH)	196	81.7 %
	LAVTH	26	10.8 %
總 和		240	100 %

1. TAH :Total abdominal hysterectomy
2. BSO : bilateral salpingo-oophorectomy
3. nsRH: nerve sparing radical hysterectomy
4. LAVTH : Laparoscopic Assisted Vaginal Total Hysterectomy

※ 未接受手術患者的處置方式

未接受手術病例：84/324；25.9 %

		未手術
處置方式	未做任何治療	14*
	單純化療	10
	單純放療	24
	單純 CCRT	11
	單純化療+放療	3
	單純放療+化療	1
	外院手術後,本院化療	1
	外院手術後,本院放療	3
	外院手術後,本院化療後,放療	1
	外院手術後,本院 CCRT	5
	外院 CCRT 後,本院化療	1
	僅淋巴摘除後,放療	1
	轉他院治療	8
化療後,CCRT+IP	1	
總 和	84	

CCRT：Concurrent Chemo-Radiation therapy

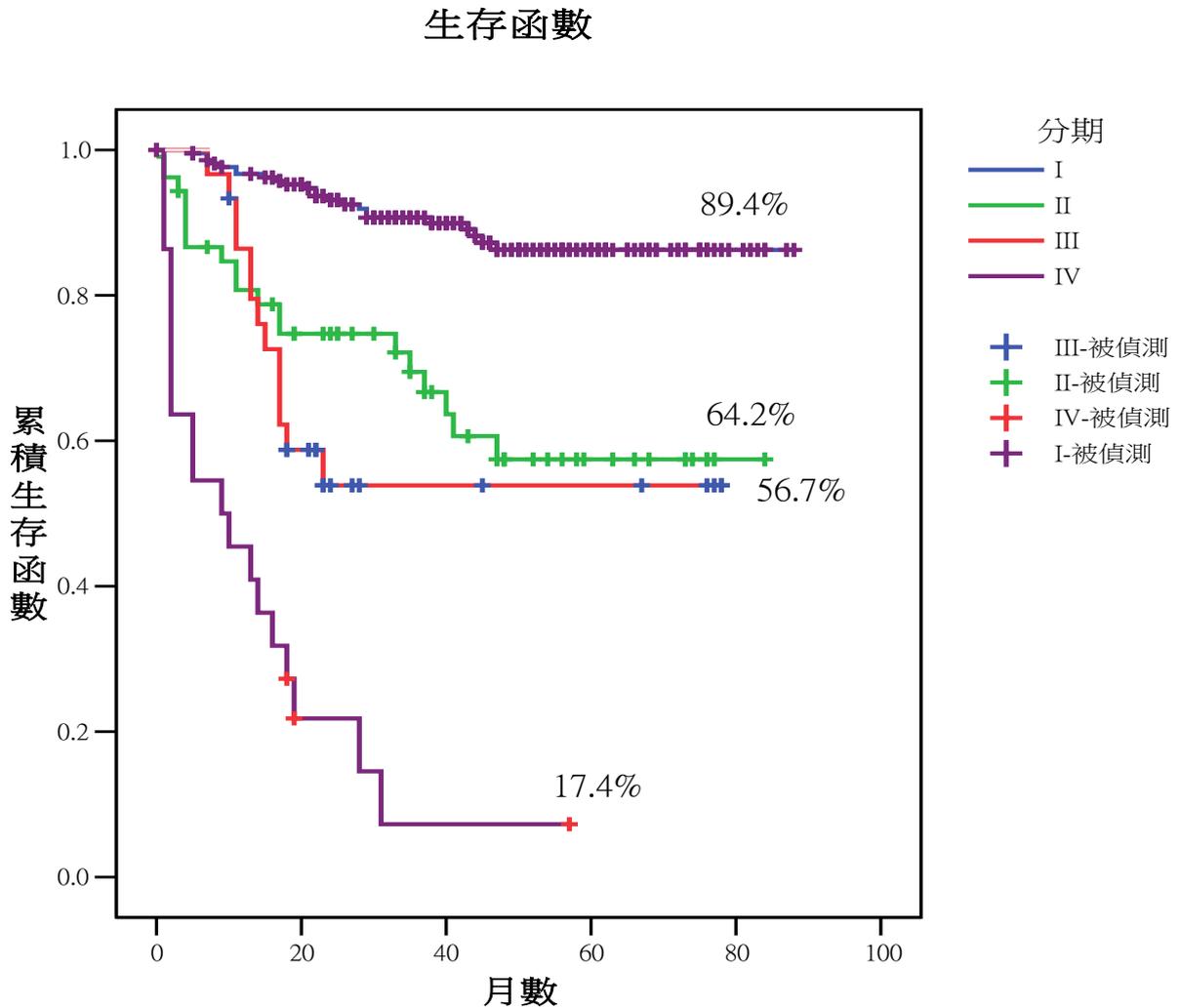
*

Case	未做任何治療之原因分析
1-5	年紀>80歲，故未作任何治療。
6-10	合併多重內科疾病，不適治療。
11	病人因發燒至本院治療，子宮頸癌已於他院治療(Stage unknown s/p RH & chemotherapy)
12	病情惡化迅速，即死亡
13	害怕化、放療副作用，拒絕 CCRT。
14	轉他院治療

不同期別與治療方式分析 (N=324)

治療方式與次序	期別					Unknown	總計
	1	2	3	4			
單純手術	118	7	0	0	0	0	125
單純化療	1	1	4	4	0	0	10
單純放療	8	6	4	6	0	0	24
單純 CCRT	0	2	9	0	0	0	11
單純化療+放療	0	0	0	1	0	0	1
單純放療+化療	0	0	0	1	0	0	1
CCRT 後,手術治療	0	1	1	0	0	0	2
CCRT 後,手術,放療	0	0	1	0	0	0	1
手術後,化療	14	5	0	0	0	0	19
手術後,放療	32	9	0	0	0	0	41
手術後,CCRT	23	2	1	0	0	0	26
手術後,化療+放療	4	4	1	0	0	0	9
手術後,放療+化療	2	1	0	0	0	0	3
外院手術後,本院化療	1	0	0	0	0	0	1
外院手術後,本院放療	2	1	0	0	0	0	3
外院手術後,本院 CCRT	3	1	0	1	0	0	5
外院手術後,本院化療後,放療	0	1	0	0	0	0	1
僅淋巴摘除後,放療	0	0	0	1	0	0	1
化療後,手術+放療	0	4	2	2	0	0	8
化療後,CCRT+化療	0	0	1	0	0	0	1
化療後,手術	0	3	1	0	0	0	4
化療後,手術,CCRT	0	0	1	0	0	0	1
化療後,放療	0	1	1	0	0	0	2
放療後,手術	0	0	1	0	0	0	1
他院 CCRT,本院化療	0	1	0	0	0	0	1
轉他院治療	6	0	0	1	1	0	8
未做任何治療	2	3	2	6	1	0	14
總和	216	53	30	23	2	0	324

(六) 不同分期與整體存活率之關係：



Total survival rate : 77.16 % , 整體存活率第一年為 89.65 % , 第二年為 81.68 % , 第三年為 78.21 % , 第五年為 74.31 % , 第六年為 72.99 % 。

第一期存活率為 89.4 % , 第二期為 64.2 % , 第三期為 56.7 % , 第四期為 17.4 % 。

* Total survival rate (6-year) (n=324) : 77.16 % (median follow up : 69 months)

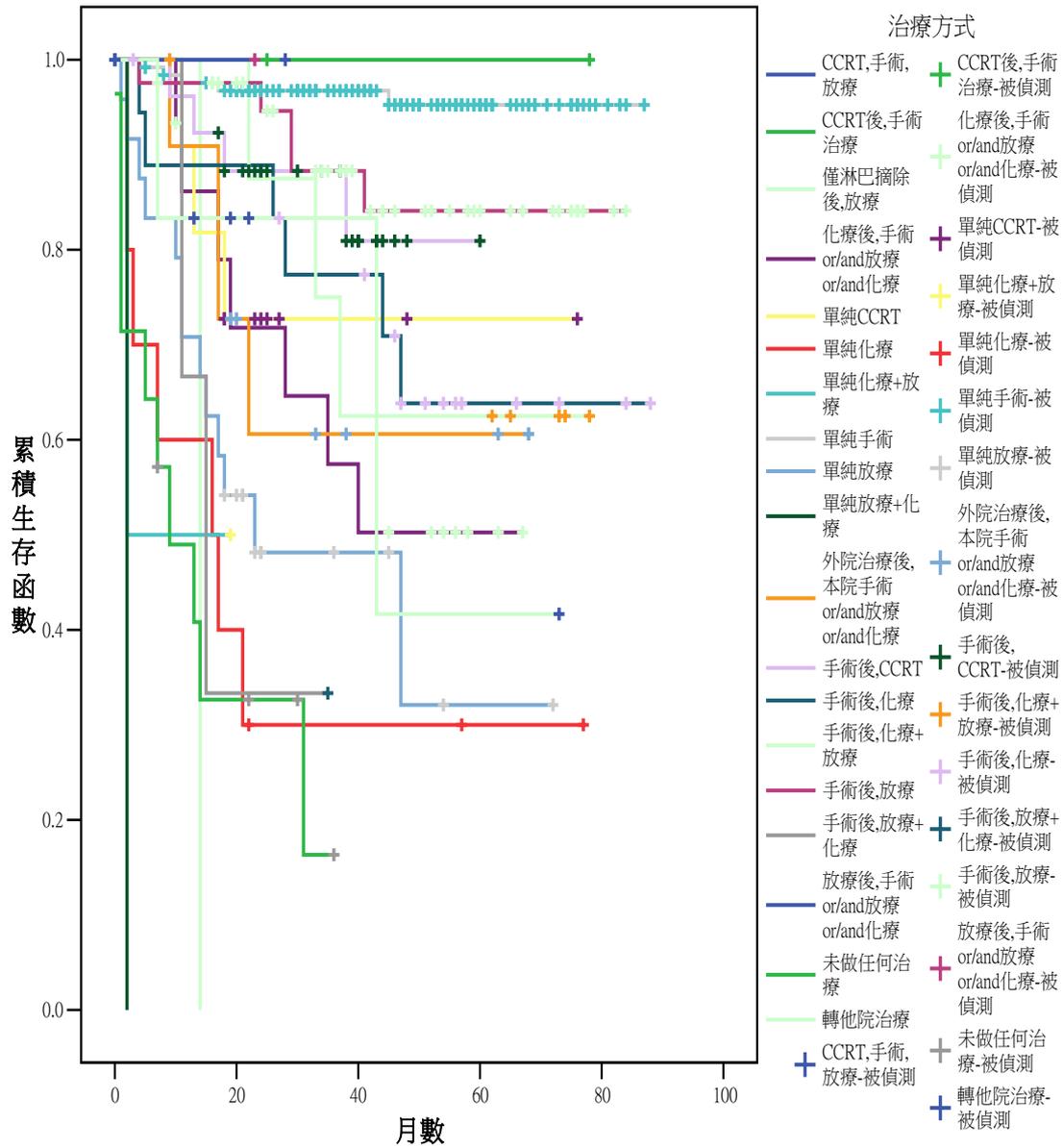
* Surgery alone (n=125) : 96 %

* Surgery + Adjuvant therapy (R/T or CCRT or C/T) (n=100) : 80 %

* Neoadjuvant C/T ± Surgery ± Adjuvant (R/T or CCRT or systemic chemotherapy) (n=70) : 50 %

(七) 不同治療方式在不同分期治療反應與存活率的關係

生存函數



治療方式與存活狀態之分析

個數		死亡/存活狀態			總和
		死亡	存活	不明(失聯)	
治療 方式	未做任何治療	10	3	1	14
	單純手術	5	116	4	125
	單純化療	7	3	0	10
	單純放療	13	9	2	24
	單純CCRT	3	8	0	11
	單純化療+放療	1	1	0	2
	單純放療+化療	1	0	0	1
	CCRT後,手術治療	0	2	0	2
	手術後,化療	6	12	1	19
	手術後,放療	5	36	0	41
	手術後,CCRT	4	22	0	26
	手術後,化療+放療	3	5	1	9
	手術後,放療+化療	2	1	0	3
	僅淋巴摘除後,放療	1	0	0	1
	化療後,手術or/and放療or/and化療	7	8	0	15
	放療後,手術or/and放療or/and化療	0	1	0	1
	外院治療後,本院手術or/and放療or/and化療	4	7	0	11
	轉他院治療	2	5	1	8
	CCRT,手術,放療	0	1	0	1
總和	74	240	10	324	

不同期別之復發型態

個數		分期					總和
		I	II	III	IV	unknown	
疾病 狀態	未復發	160	27	11	1	0	199
	局部復發	2	1	0	0	0	3
	週邊區域復發	4	4	0	0	0	8
	遠端轉移	4	2	1	0	1	8
	同時出現原部位及周邊區域復發	1	2	1	0	0	4
	同時出現原部位復發及遠端轉移	1	0	0	0	0	1
	同時出現週邊區域復發及遠端轉移	1	0	0	0	0	1
	復發;但部位不明	1	0	0	0	0	1
	狀況不明(病人失去聯絡)	8	0	0	0	0	8
	狀況不明(電聯;僅病人或家屬口訴無復發)	19	1	0	0	0	20
	癌症一直存在	15	16	17	22	1	71
總和	216	53	30	23	2	324	

不同期別與復發型態之分析

個數

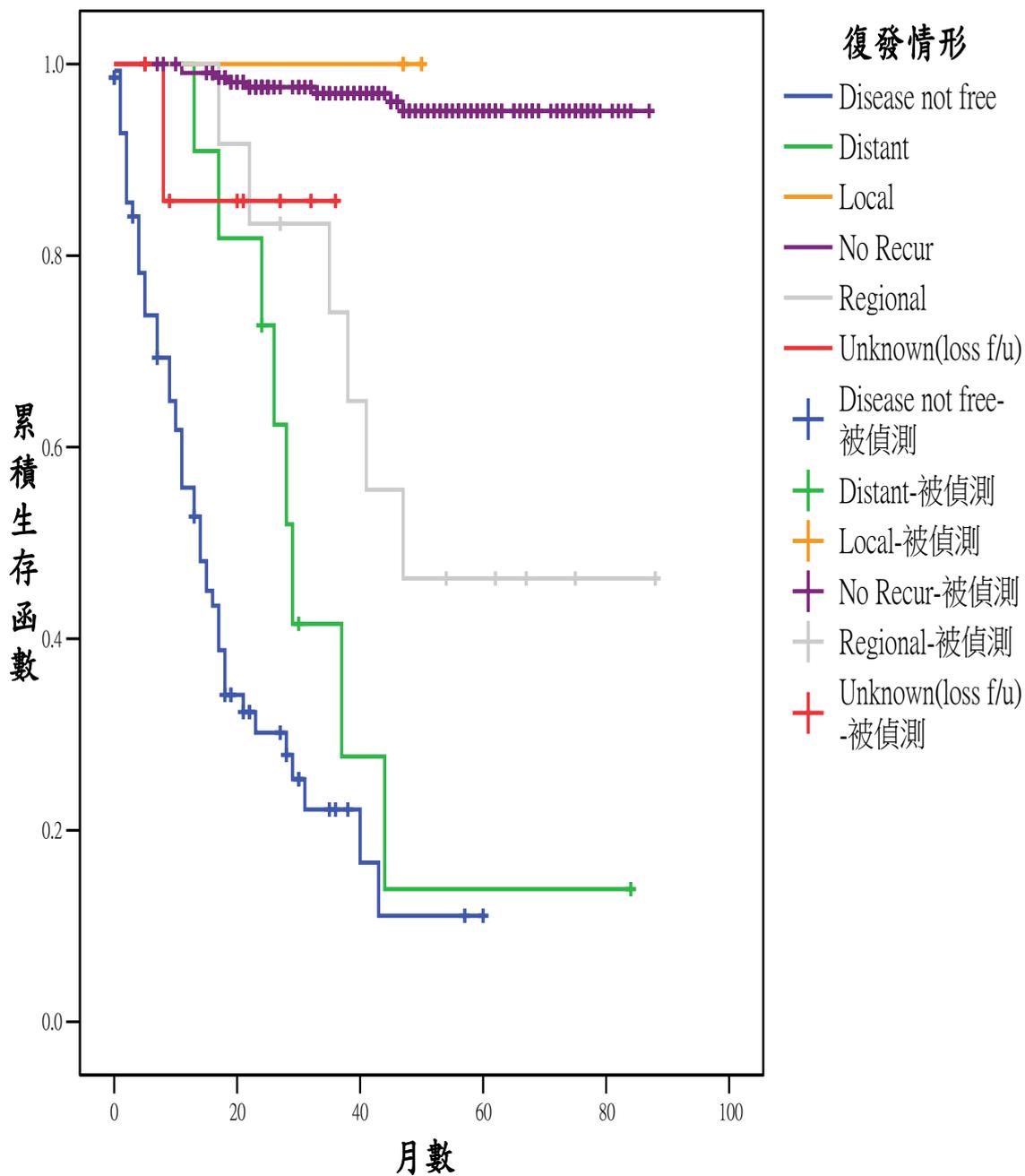
		分期					總和
		I	II	III	IV	unknown	
復發情形	No Recur	179	28	11	1	0	219
	Local	2	1	0	0	0	3
	Regional	5	6	1	0	0	12
	Distant	7	2	1	0	1	11
	Disease not free	15	16	17	22	1	71
	Unknown(loss f/u)	8	0	0	0	0	8
總和		216	53	30	23	2	324

復發型態與復發後治療之分析

個數

		復發型態			總和
		Local	Regional	Distant	
復發後治療	Surgery +/- Adjuvant (R/T or C/T or CCRT)	1	0	1	2
	R/T alone	1	2	1	4
	C/T alone	0	5	5	10
	R/T + C/T	0	2	1	3
	CCRT(Concurrent Chemoradiation)	0	2	0	2
	他院治療	0	0	1	1
	未做;失聯	0	0	1	1
	未做;死亡	0	0	1	1
	未做;拒絕	1	1	0	2
總和		3	12	11	26

生存函數



(八) 所有接受治療病人之併發症及副作用分析

子宮頸癌本院化學治療之 Adjuvant 與 neo-adjuvant chemotherapy guideline

高雄榮總婦癌團隊 子宮頸癌臨床治療指引-化學治療或同步化學與放射治療

術前新輔助化學治療：以 platinum-based 為原則，可使用以下的選擇

1. IP (ifofamide/platinum) (48,49)
2. Irinotecan/platinum (optional) (43,47)
3. Clinical trials

手術後輔助化學治療：以 platinum-based 為原則，可使用以下的選擇

1. IP (ifofamide/platinum) (38,45,49)
2. Clinical trials

神經內分泌癌手術後輔助化學治療以 platinum-based 為原則可使用以下的選擇

1. VP-16/cyclophosphamide/platinum
2. VP-16/platinum

第IV期B,持續性疾病 (persistent disease)復發或轉移性疾病 (recurrent or metastatic disease)之全身性化學治療以 platinum-based 為主的治療為原則可使用以下的選擇

1. Topotecan/platinum (GOG 179, level Ib)
2. IP (ifofamide/platinum) (GOG 110, level Ib)
3. Paclitaxel/platinum (optional) (GOG 169, GOG 204, level Ib) (51)
4. Irinotecan/platinum (optional) (43,47)
5. Clinical trials

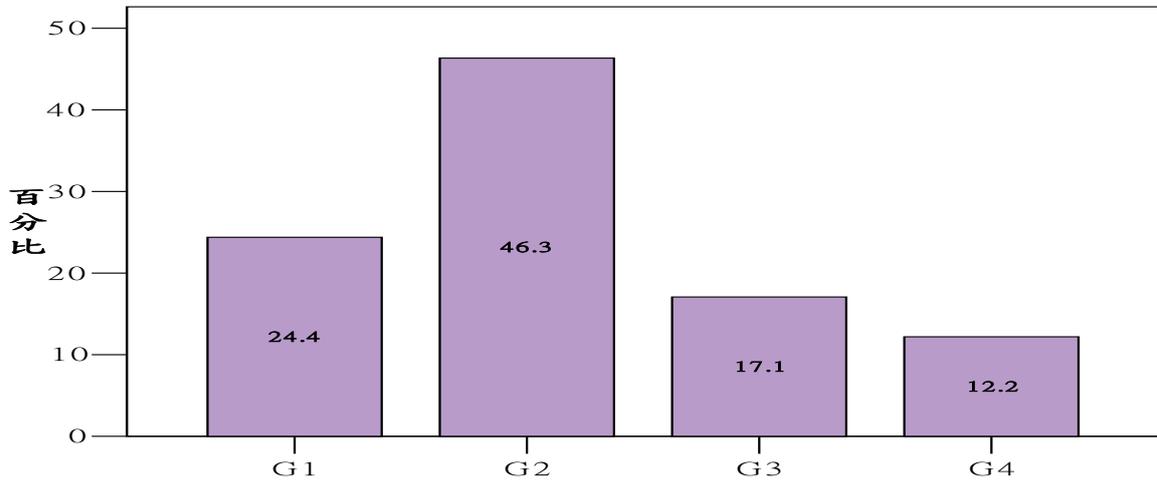
同步化放療時使用含cisplatin 40 mg/m² weekly 之化療或臨床試驗

白血球降低

個數		化療種類			總和
		BIP+IP	Irinotecan, Cisplatin	Other	
白血球	G0=4.0	0	0	4	4
	G1=3.0-3.9	10	0	15	25
	G2=2.0-2.9	19	6	27	52
	G3=1.0-1.9	7	1	9	17
	G4=<1.0	5	0	2	7
總和		41	7	57	105

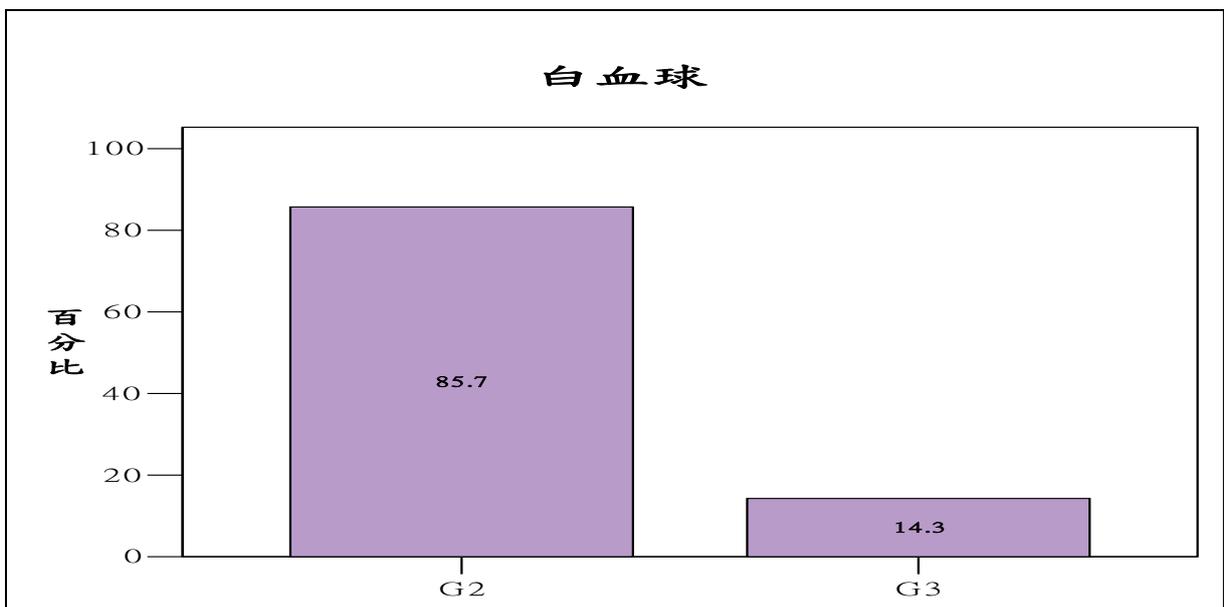
BIP + IP

白血球



Irinotecan + Cisplatin

白血球

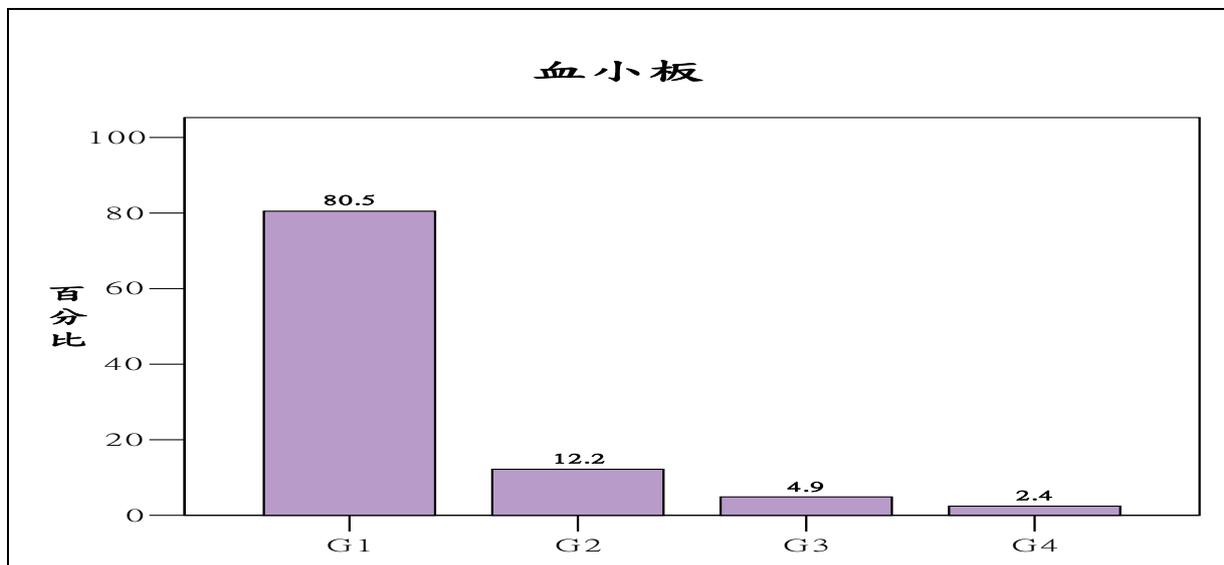


血小板降低

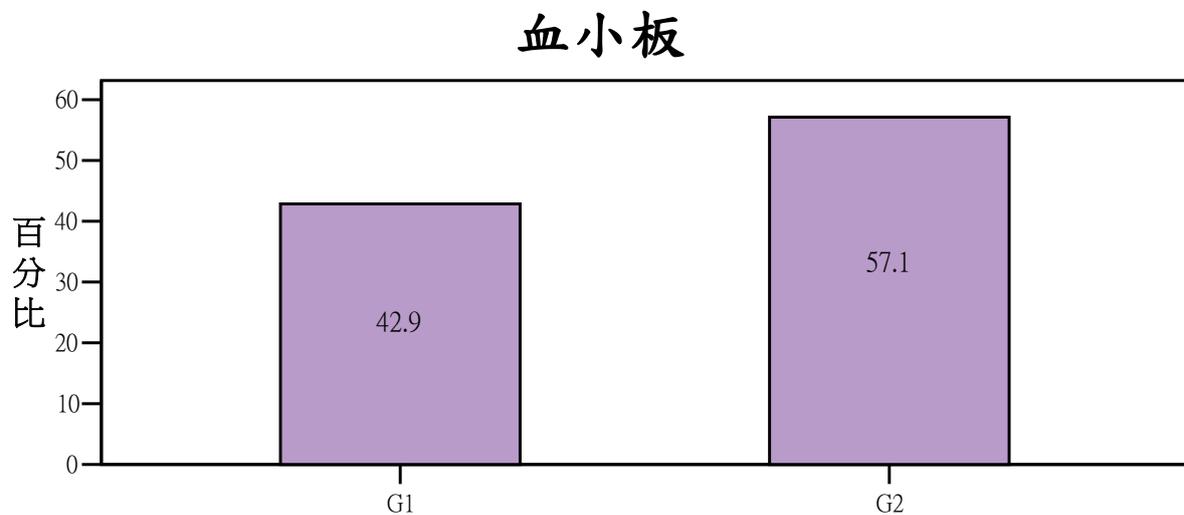
個數

		化療種類			總和
		BIP+IP	Irinotecan, Cisplatin	Other	
血小板	G1=75.0-Normail	33	3	48	84
	G2=50.0-74.9	5	4	6	15
	G3=25.0-49.9	2	0	2	4
	G4=<25.0	1	0	1	2
總和		41	7	57	105

BIP + IP



Irinotecan + Cisplatin



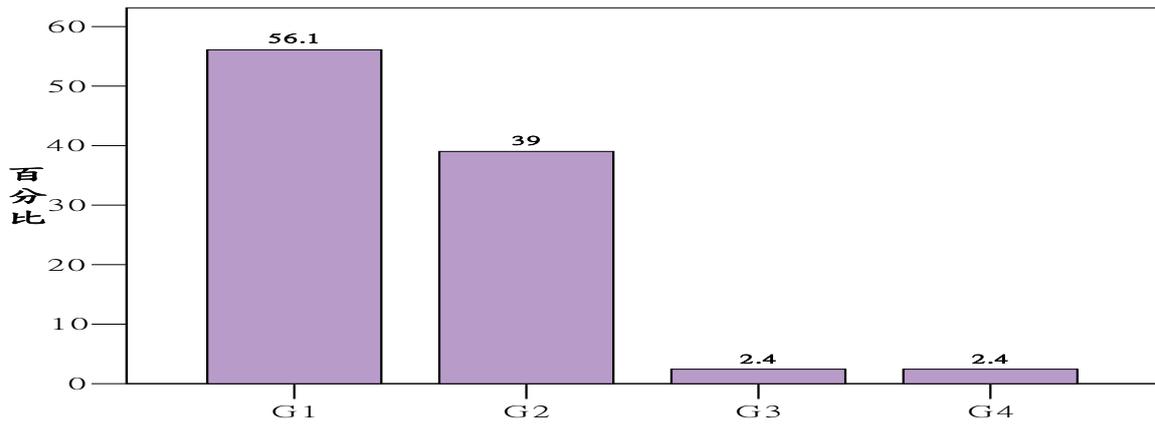
血色素降低

個數

		化療種類			總和
		BIP+IP	Irinotecan, Cisplatin	Other	
血色素	G1=10.0-normal	23	2	36	61
	G2=8.0-10.0	16	4	19	39
	G3=6.5-7.9	1	1	2	4
	G4=<6.5	1	0	0	1
總和		41	7	57	105

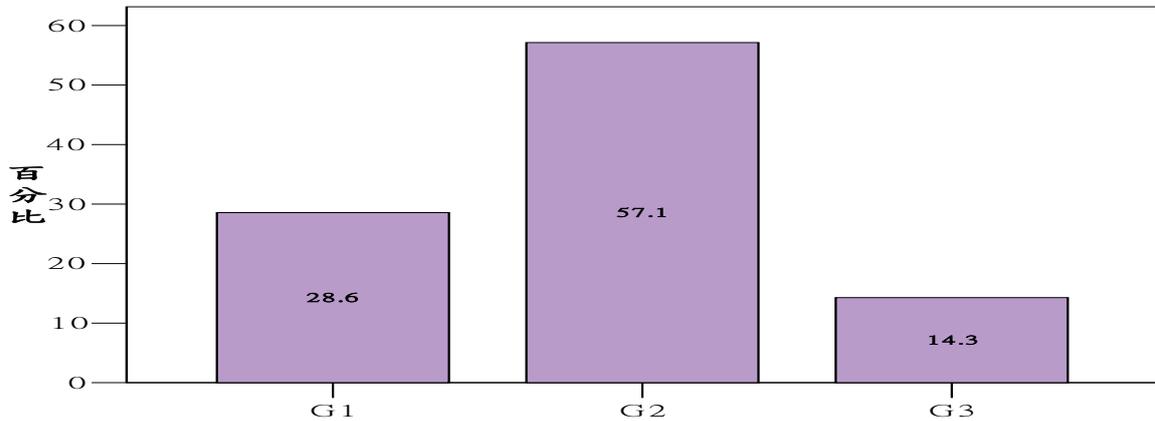
BIP + IP

血色素



Irinotecan + Cisplatin

血色素



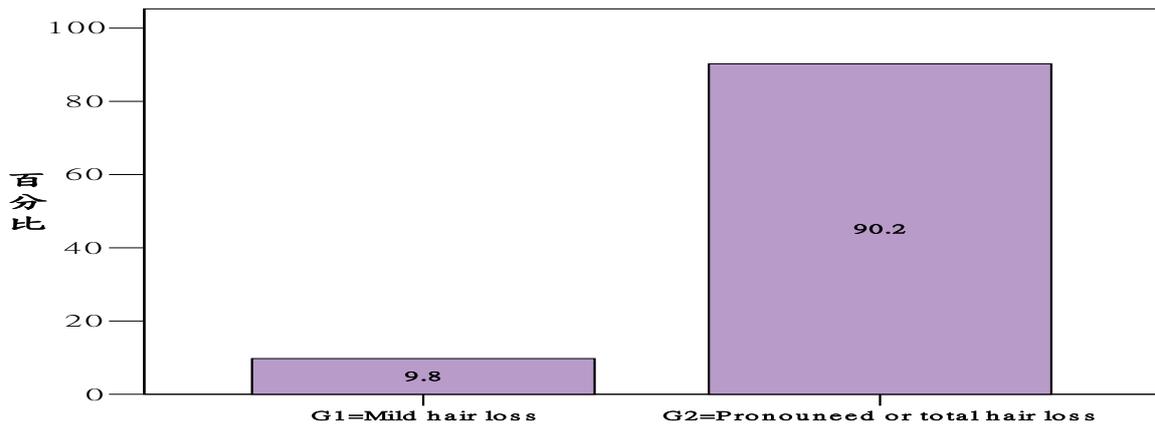
掉髮

個數

		化療種類			總和
		BIP+IP	Irinotecan, Cisplatin	Other	
掉髮	G0=No loss	0	0	19	19
	G1=Mild hair loss	4	3	13	20
	G2=Pronounced or total hair loss	37	4	25	66
總和		41	7	57	105

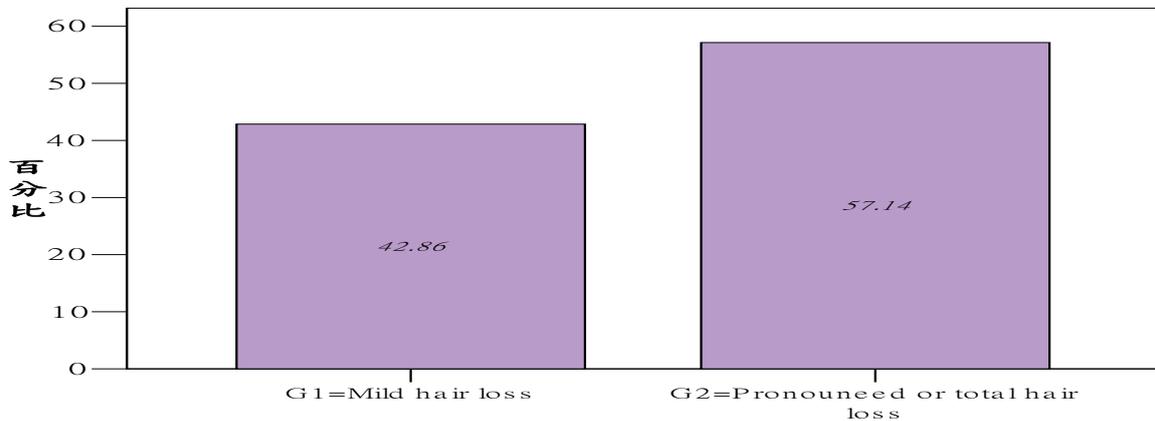
BIP + IP

掉髮



Irinotecan + Cisplatin

掉髮



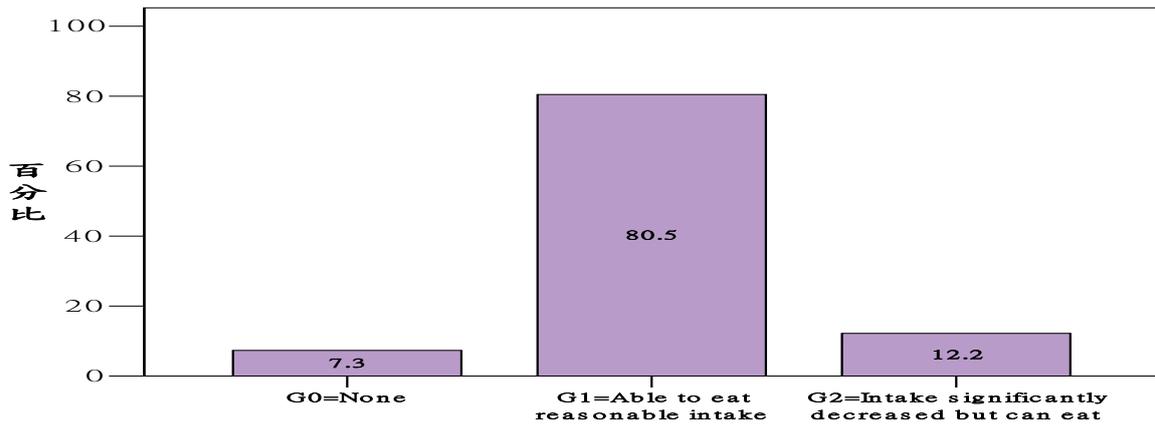
噁心

個數

		化療種類			總和
		BIP+IP	Irinotecan, Cisplatin	Other	
噁心	G0=None	3	0	21	24
	G1=Able to eat reasonable intake	33	5	25	63
	G2=Intake significantly decreased but can eat	5	2	11	18
總和		41	7	57	105

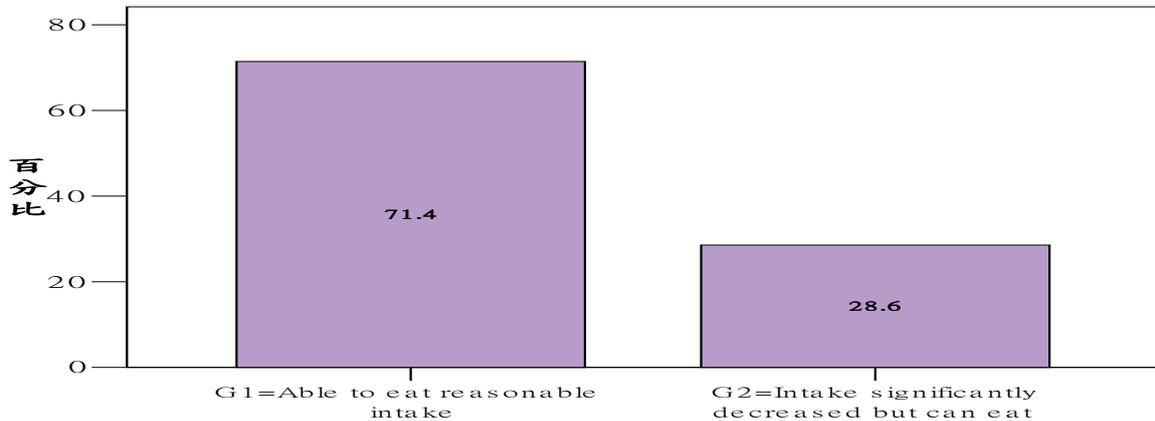
BIP + IP

噁心



Irinotecan + Cisplatin

噁心



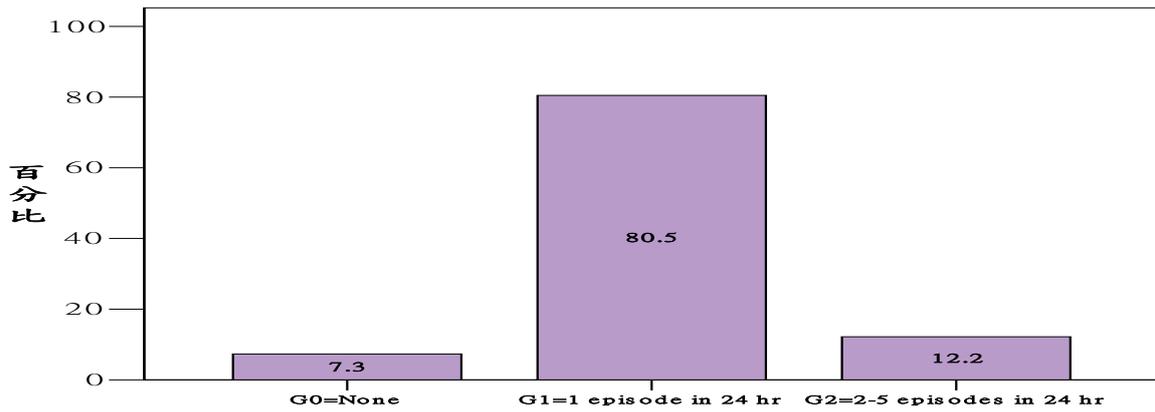
嘔吐

個數

		化療種類			總和
		BIP+IP	Irinotecan, Cisplatin	Other	
嘔吐	G0=None	3	0	26	29
	G1=1 episode in 24 hr	33	3	26	62
	G2=2-5 episodes in 24 hr	5	4	5	14
總和		41	7	57	105

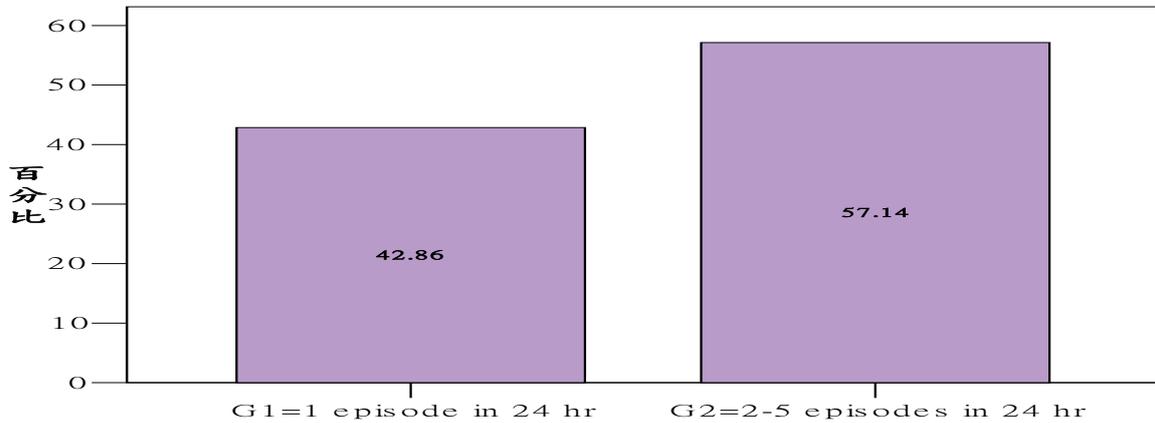
BIP + IP

嘔吐



Irinotecan + Cisplatin

嘔吐



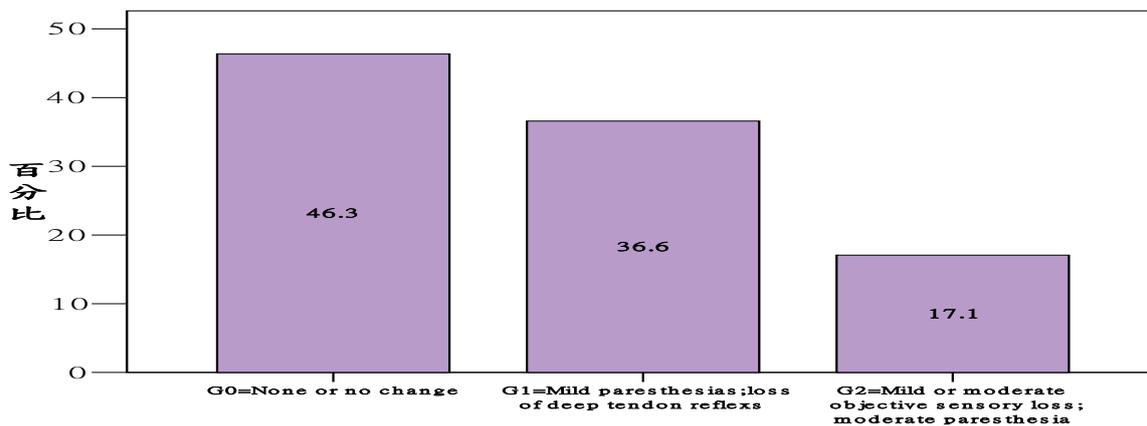
感覺神經異常

個數

		化療種類			總和
		BIP+IP	Irinotecan, Cisplatin	Other	
感覺神經	G0=None or no change	19	4	49	72
	G1=Mild paresthesias;loss of deep tendon reflexs	15	3	4	22
	G2=Mild or moderate objective sensory loss;moderate paresthesia	7	0	4	11
總和		41	7	57	105

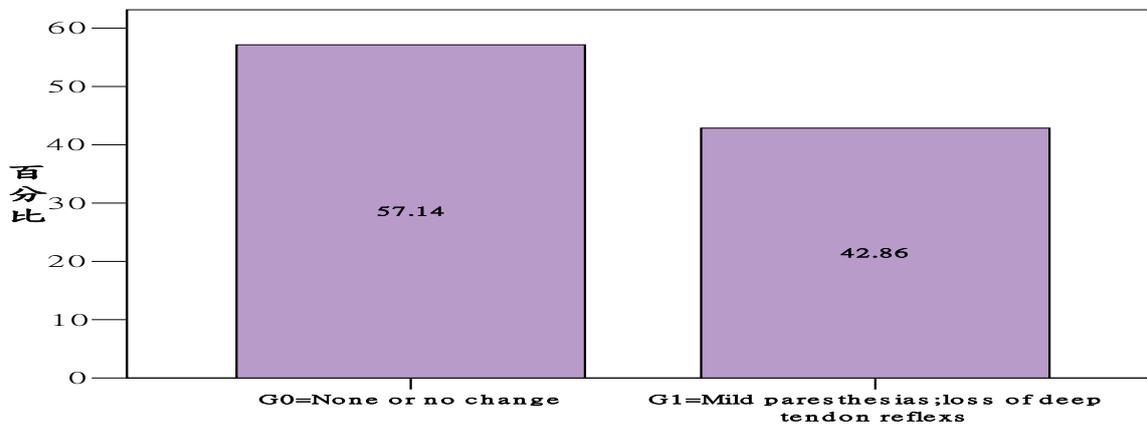
BIP + IP

感覺神經

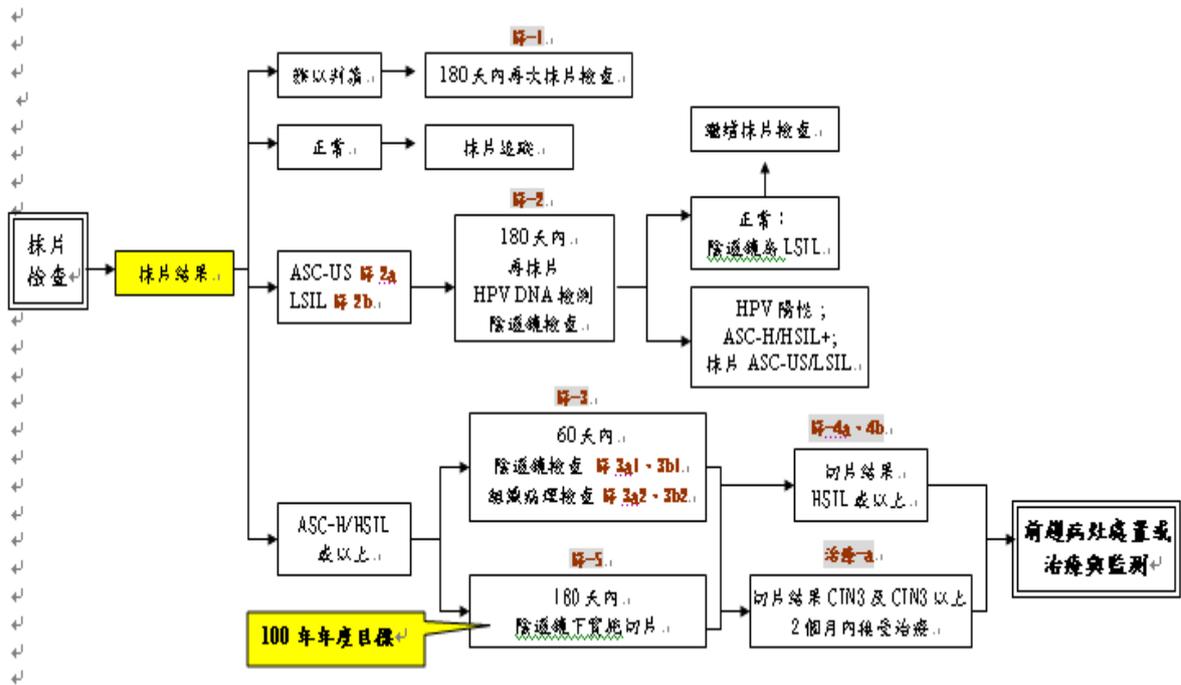


Irinotecan + Cisplatin

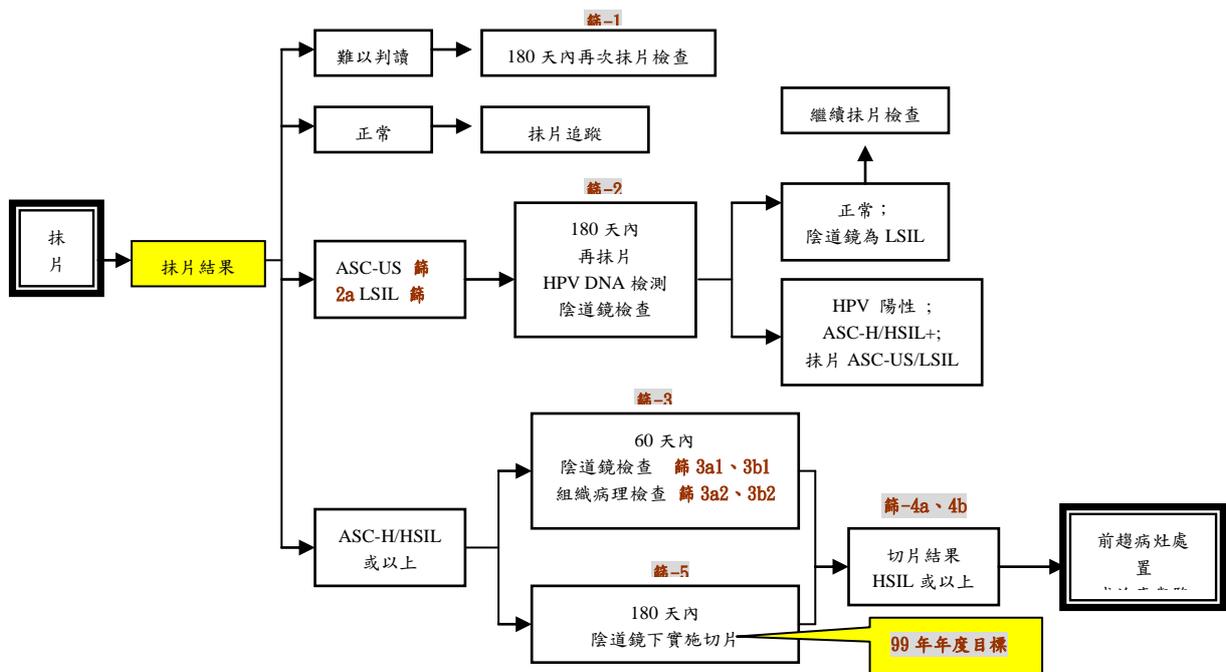
感覺神經



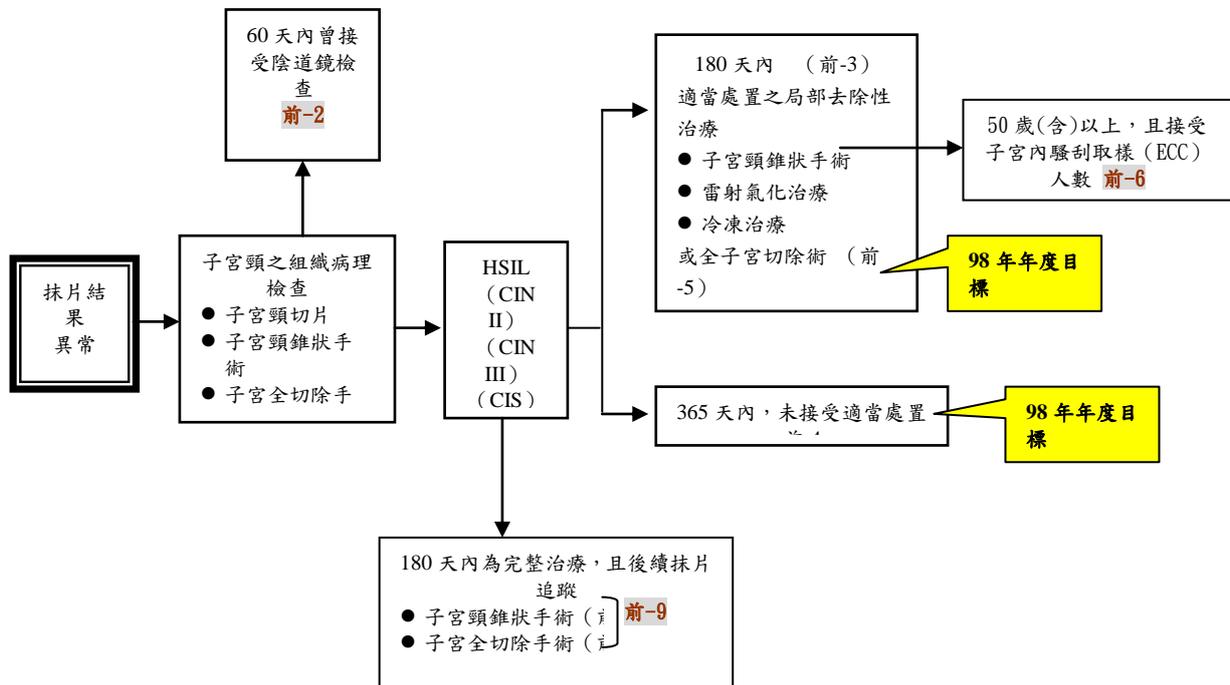
100 年子宮頸癌核心測量指標-監測機制 (篩檢指標)



99 年子宮頸癌核心測量指標-監測機制 (篩檢指標)



98 子宮頸癌核心測量指標-監測機制 (前趨病灶指標)



核心測量指標

子宮頸癌核心測量指標提報表						
醫院：	高雄榮民總醫院					
期間：	2008-2010 年度					
指標	指標名稱	分母分子定義	閾值	2008 年	2009 年	2010 年
篩檢 (1)	抹片結果為難以判讀者，於 6 個月內再次接受抹片檢查的百分比	分子：分母中所列個案，於抹片結果為難以判讀之診斷日期起 6 個月內再接受另一次抹片檢查之個案數。 分母：接受子宮頸抹片檢查，結果為難以判讀之個案數。	≥ 50	320/450 71.11% 篩(7)	276/366 75.41% 篩(7)	492/603 81.59%
篩檢 (2a)	抹片結果為 ASC-US 者，於 6 個月內已追蹤的百分比	分子：分母中所列個案，於 ASC-US 之診斷日期起 6 個月內已接受後續追蹤的個案數 分母：抹片結果為 ASC-US 之個案數	≥ 60	9/9 100% 篩(8a)	7/9 77.78% 篩(8a)	13/13 100%
篩檢 (8a2)	抹片結果為 AGC-US 者，於 6 個月內已追蹤的百分比	分子：分母中所列個案，於 AGC-US 之診斷日期起 6 個月內已接受後續追蹤的個案數 分母：抹片結果為 AGC-US 之個案數	≥ 60	4/5 80%	N/A 無個案數	
篩檢 (2b)	抹片結果為 LSIL 者，在 6 個月內已追蹤的百分比	分子：分母中所列個案，於 LSIL 之診斷日期起 6 個月內已接受後續追蹤的個案數 分母：抹片結果為 LSIL 之個案數	≥ 50	22/25 88% 篩(8b)	29/31 93.55% 篩(8b)	29/30 96.66%
篩檢 (3a1)	抹片檢查結果為鱗狀上皮細胞病變者於 2 個月內接受陰	分子：分母中，於 2 個月內有接受陰道鏡檢查之個案 分母：抹片檢查結果為高度	≥ 50			26/38 68.42%

	道鏡檢查的百分比	鱗狀上皮細胞病變之個案鱗狀上皮細胞病變，包括： 1.High-grade squamous intraepithelial lesion,HSIL (抹片結果編號 8-11) 2.Atypical squamous cells cannot exclude HSIL,ASC-H(抹片結果編號 16) 3.Dysplasia cannot exclude HSIL(抹片結果編號 17)				
篩檢 (3a2)	抹片檢查結果為鱗狀上皮細胞病變者於 2 個月內接受切片檢查的百分比	分子：分母中，於 2 個月內有接受切片檢查之個案 分母：抹片檢查結果為高度鱗狀上皮細胞病變之個案 鱗狀上皮細胞病變，包括： 1.High-grade squamous intraepithelial lesion,HSIL (抹片結果編號 8-11) 2.Atypical squamous cells cannot exclude HSIL,ASC-H(抹片結果編號 16) 3.Dysplasia cannot exclude HSIL(抹片結果編號 17)	≥ 60			36/38 94.73%
篩檢 (3b1)	抹片檢查結果為腺體病變者於 2 個月內接受陰道鏡檢查	分子：分母中，於 2 個月內有接受陰道鏡檢查之個案 分母：抹片檢查結果為腺體	≥ 60			2/2 100%

	的百分比	病變之個案 腺體病變，包括：1. Aypical glandular cells,AGUS (抹片結果編號 5) 2. Atypical glandular cells favor neoplasm (抹片結果編號 15) 3. Endocervical adenocarcinoma in situ,endocervical AIS (抹片結果編號 18)				
篩檢 (3b2)	抹片檢查結果為腺體病變者於 2 個月內接受切片檢查的百分比	分子：分母中，於 2 個月內有接受切片檢查之個案 分母：抹片檢查結果為腺體病變之個案 腺體病變，包括：1. Aypical glandular cells,AGUS (抹片結果編號 5) 2. Atypical glandular cells favor neoplasm (抹片結果編號 15) 3. Endocervical adenocarcinoma in situ,endocervical AIS (抹片結果編號 18)	≥ 60			2/2 100%
篩檢 (4a)	抹片結果為 ASC-H 者，2 個月內組織病理檢查結果亦為 HSIL 或以上的百分比	分子：分母中所列個案，其組織病理檢查(包括切片、錐狀手術或子宮全切除手術)結果為 HSIL 或以上之個案數 分母：抹片結果為 ASC-H，於 2 個月內已接受後續組織病理檢查之個案數	≥ 60	4/7 57.14% 篩(10a)	1/3 33.33% 篩(10a)	1/2 50%
篩檢 (4b)	抹片結果為 HSIL 者，2 個	分子：分母中所列個案，其組織病理檢查(包括	≥ 60	28/32 87.5%	19/25 76%	17/23 73.91%

	月內組織病理檢查結果亦為 HSIL 或以上的百分比	切片、子宮頸錐狀手術或子宮全切除手術)結果為 HSIL 或以上之個案數 分母：抹片結果為 HSIL，於 2 個月內已接受後續組織病理檢查之個案數		篩(10b)	篩(10b)	
篩檢 (5)	抹片結果為首次 HSIL 以上及 AGC 者，6 個月內於陰道鏡下實施切片百分比	分子：分母中，於 6 個月內有接受陰道鏡與切片之個案 分母：抹片檢查結果為首次 HSIL 以上及 AGC 者	≥ 60			26/39 66.66%
篩檢 (9a)	抹片結果為 ASC-H 者，於 60 天內已接受陰道鏡檢查的百分比	分子：分母中所列個案，於診斷日期起 60 天內已接受陰道鏡檢查之個案數 分母：抹片結果為 ASC-H 之個案數	≥ 50	7/11 63.63%	4/5 80%	
篩檢 (9b)	抹片結果為 HSIL 者，於 60 天內已接受陰道鏡檢查的百分比	分子：分母中所列個案，於診斷日期起 60 天內已接受陰道鏡檢查之個案數 分母：抹片結果為 HSIL 之個案數	≥ 50	20/37 54.05%	19/30 63.33%	
治療 (a)	切片結果為 CIN3 及 CIN3 以上者，於 2 個月內接受治療的百分比	分子：切片結果 CIN3 及 CIN3 以上者，且在 2 個月內接受治療的人數 分母：切片結果為 CIN3 及 CIN3 以上者的人數	≥ 60			34/34 100%
前趨 病灶 (1)	病理切片結果為 HSIL 的個案數，與申報國民健康局子宮頸組織資料庫之一致性	國民健康局經比對各院申報健保和申報本局之子宮頸切片資料後，如有漏失，將請補申報。		48	30	

前趨 病灶 (1)	子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為 HSIL 的個案，在確定診斷時曾接受陰道鏡檢查的百分比	分子：分母中所列個案數，在接受子宮頸手術（切片、錐狀手術或子宮全切除手術）當時或是前 2 個月內曾接受陰道鏡檢查的個案數 分母：子宮頸病理檢查結果為 HSIL 之個案數	≥ 50	35/48 72.91% 前趨(2)	15/29 51.72% 前趨(2)	21/25 84%
前趨 病灶 (2)	診斷性子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為 HSIL 之個案，於 180 天內已接受適當處置的百分比	分子：分母中所列個案數，於 1 年內未接受適當處置之個案數 分母：診斷性子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為 HSIL 之個案數	≤ 10	25/31 80.64% 前趨(3)	25/26 96.15% 前趨(3)	24/24 100%
前趨 病灶 (3)	診斷性子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為 HSIL 之個案，於 1 年內未接受適當處置的百分比	分子：分母中所列個案數，於 1 年內未接受適當處置之個案數 分母：診斷性子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為 HSIL 之個案數	≤ 10	4/31 12.9% 前趨(4)	1/26 3.85% 前趨(4)	0/24 0%
前趨 病灶 (4)	診斷性子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為 HSIL 且接受治療之個案中，接受子宮全切除手術所占之百分比	分子：分母中所列個案數，於 6 個月內已接受子宮全切除手術之個案數 分母：檢查結果為 HSIL 之個案，於 6 個月內已在本院接受適當處置之個案數	≤ 50	14/24 58.33% 前趨(5)	10/15 40% 前趨(5)	7/24 29.16%
前趨 病灶 (5)	診斷性子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為 HSIL 之 50 歲(含)以上個案，進行子宮頸錐狀手術	分子：分母中所列個案數，於接受子宮頸錐狀手術時同時接受子宮內頸搔刮術之個案數 分母：50 歲(含)以上，診斷性子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為	≥ 80	8/8 100% 前趨(6)	10/10 100% 前趨(6)	11/13 84.61%

	時，同時接受子宮內頸搔刮取樣 (ECC) 人數的百分比	HSIL 且接受子宮頸錐狀手術之個案數				
前趨病灶 (6)	診斷性子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為 HSIL 之個案，以子宮頸錐狀手術為完整治療後，6 個月內抹片追蹤的百分比	分子：分母中所列個案數，於子宮頸錐狀手術後，於 6 個月內再做抹片之個案數 分母：診斷性子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為 HSIL 之個案，以子宮頸錐狀手術為完整治療之個案數	≥ 60	14/22 63.63% 前趨(7)	9/13 69.23% 前趨(7)	9/12 75%
前趨病灶 (7)	診斷性子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為 HSIL 之個案，以子宮全切除手術為完整治療後，6 個月內抹片追蹤的百分比	分子：分母中所列個案數，於子宮全切除後，於 6 個月內再做抹片之個案數 分母：診斷性子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為 HSIL 之個案，以子宮全切除手術為完整治療之個案數	≥ 60	12/13 92.3% 前趨(8)	6/10 60% 前趨(8)	6/7 85.71%
前趨病灶 (8)	診斷性子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為 HSIL，且接受子宮全切除手術之個案中，術前曾接受子宮頸錐狀手術所占之百分比	分子：分母中所列個案數，術前曾接受子宮頸錐狀手術之個案數 分母：診斷性子宮頸手術標本之組織病理檢查結果為 HSIL，且接受子宮全切除手術之個案數	≥ 70	11/13 84.61% 前趨(9)	9/10 90% 前趨(9)	6/7 85.71%
治療 (1)	原發子宮頸癌病人以同步化放療 (CCRT) 為主要治療時，病患有接受化療次數至少	分子：分母人數中，病患有接受化療次數至少 2 次以上的人數 分母：原發子宮頸癌病人以同步化放療 (CCRT) 為主要治療時人數	≥ 80			19/19 100%

	2 次以上百分比					
治療 (2)	子宮頸癌病人接受體外放射治療，於治療期間有再度確認放療位置之百分比	分子：分母人數中，於治療期間有再度確認放療位置的人數 分母：子宮頸癌病人接受體外放射治療人數	≥ 60			29/29 100%
治療 (3)	子宮頸癌病人治療後 1 年內充分追蹤之百分比	分子：分母人數中，治療後 1 年內充分追蹤的人數 分母：診斷為子宮頸侵襲癌，並於本院接受治療之個案數	> 70	52/54 96.29% 治療(5)	55/55 100% 治療(5)	60/61 98%
治療 (4)	非第 IV B 期 (FIGO 期別) 之子宮頸癌病人 3 個月內死亡分析	分子：分母人數中，3 個月內死亡的人數 分母：非第 IVB 期 (FIGO 期別) 之子宮頸癌病人人數		0% 治療(6)	0% 治療(6)	0/57 0%
治療 (6)	子宮頸鱗狀上皮細胞癌，接受子宮切除手術 (包括任一型的子宮切除手術及次全子宮切除手術人數)，於 365 天內再接受骨盆放射線治療的百分比	分子：分母人數中，於 365 天內再接受骨盆放射線治療的人數 分母：子宮頸鱗狀上皮細胞癌，接受子宮切除手術 (包括任一型的子宮切除手術及次全子宮切除手術) 人數				14/22 64%
治療 (7)	國際婦產科聯盟分期第一期至第三期各期之子宮頸癌治療後，於 2 年內復發之百分比	分子：分母中所列之個案數，於 2 年內復發之個案數 分母：	< 30	5/107 4.67%	0/41 0%	
治療 (8)	子宮頸癌不同期別 2 年存活率			Stage I : 90.77% Stage II :		

			74.69%		
			Stage III :		
			16.67%		
			Stage IV :		
			0%		

討論與結論：

- 初期(Ib-IIa)子宮頸癌仍以手術為主要治療方式，復發的預後因子有淋巴血管侵犯，子宮旁組織侵犯及手術切緣侵犯；經多專科團隊會議討論後，對於這樣的病人，我們會給予同步化學與放射治療。但若是年輕女性，因顧及性功能的失調相關考量，可以單純化療為輔助治療。
- 目前對於 Ib2-IIa2 的病人治療原則有較多的選擇，可以考慮先手術再輔助治療或先化/放療再手術，當然也可以同步化學與放射治療。國內多家醫院研究計畫使用 cisplatin+irinotecan 運用在復發或局部晚期的子宮頸癌，在本院看到不錯的結果，日本也有相關的報告顯示這樣的治療，對某些選擇性的病人有正向的癒後結果，本院也經多專科討論引導此項治療加入治療指引。
- 對於局部晚期(IIb-IVa)的病人以同步化學與放射治療為第一線處理方案，而對於化放療後仍有病灶的情況下，應進一步再接受全身性的化學治療或選擇個案行子宮切除（包括 Simple Hysterectomy 或 Radical Hysterectomy）。
- 核心測量指標於 2008 年擬定篩檢 9a、9b 及前趨病灶-2 為年度目標，主要是因為抹片結果為 ASCH-H 或抹片及切片結果為 HSIL 者其 60 天內陰道鏡檢比例未達閾值。而在 2009 年分析時可見明顯改進，仍持續監測中。
- 子宮頸原位癌或 HSIL 者以全子宮切除為處置方案百分比，被擬定為 2009 年之年度目標，也希望在可追蹤的情形下，子宮頸原位癌以錐形切片為最終處理方案即可，此項指標在 2010 年也呈現僅 29% 病人接受子宮切除。
- 2010 年核心測量指標中：篩檢-5（初次抹片結果為 8-13.5 行陰道鏡下切片的比例，顯示不如閾值，故訂定這項篩檢標準為 2011 年度目標，年度結果時達成目標值 66.6%（>60%））。

2009-2010 年子宮內膜癌個案統計摘要

前言：

子宮內膜癌是臺灣女性生殖道癌症發生率排名第二位的惡性腫瘤，僅次於子宮頸癌及卵巢癌。根據衛生署統計，近十年來子宮體癌（包括子宮內膜癌及其他子宮體惡性腫瘤）個案數呈現逐年攀升的趨勢。根據國健局2008年癌登報告，子宮內膜癌是女性第七位癌症。

可發生在生育年齡或其後的任何一個年齡層，但好發於更年期或停經後的婦女。70-80%的子宮內膜癌診斷時僅侷限在子宮，早期症狀主要為異常陰道出血，病患因此提早就醫，較能早期發現與治療，與其他女性生殖道惡性腫瘤比較，有較高的存活率，預後也有較好的治療效果。

手術是治療子宮內膜癌最主要的方式，再依期別、組織分化的良劣程度及子宮肌肉層侵犯深度決定術後輔助治療。如癌細胞侷限於子宮內膜，其治癒率可高達90%以上，但若屬非常惡性類型的癌細胞（如乳突細胞或亮細胞癌），在進行手術治療後，應合併放射線治療或化學治療。

目前子宮內膜癌仍未有理想有效的篩檢方法，對於高危險群的婦女，例如：肥胖的停經後婦女、初經年齡早而停經年齡延後者（大於52歲）、有家族遺傳史之婦女、停經後婦女接受單一雌激素治療，應注意是否有特別的症狀與徵候，如：異常陰道出血，定期於婦科門診追蹤。

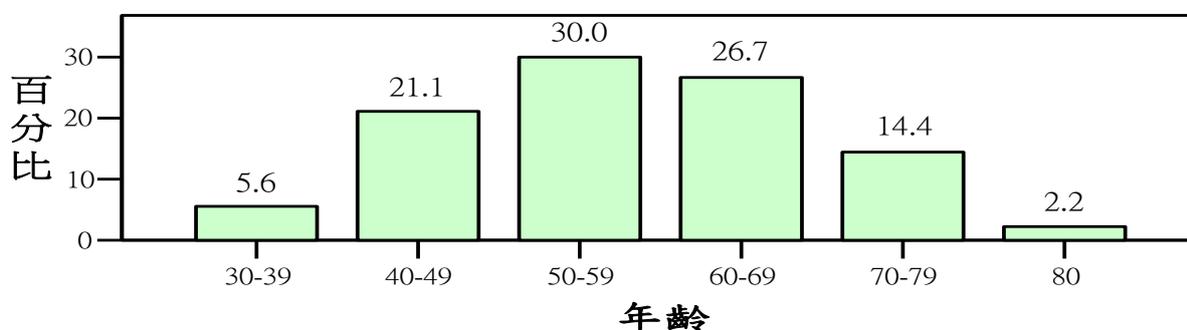
(一) 子宮內膜癌新診斷個案數：90 人

每月新收案數：約 3-4 人

(二) 2009-2010 年初次診斷子宮內膜癌患者-年齡、性別、期別等相關分

佈

年齡 期別	00-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥80	總計
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	5	14	24	18	7	1	69
2	0	0	0	2	0	0	0	0	2
3	0	0	0	3	3	3	1	0	10
4	0	0	0	0	0	3	5	1	9
Unknown	0	0	0	0	0	0	0	0	0
總計	0	0	5	19	27	24	13	2	90



子宮內膜癌年齡分佈圖 (依不同期別)

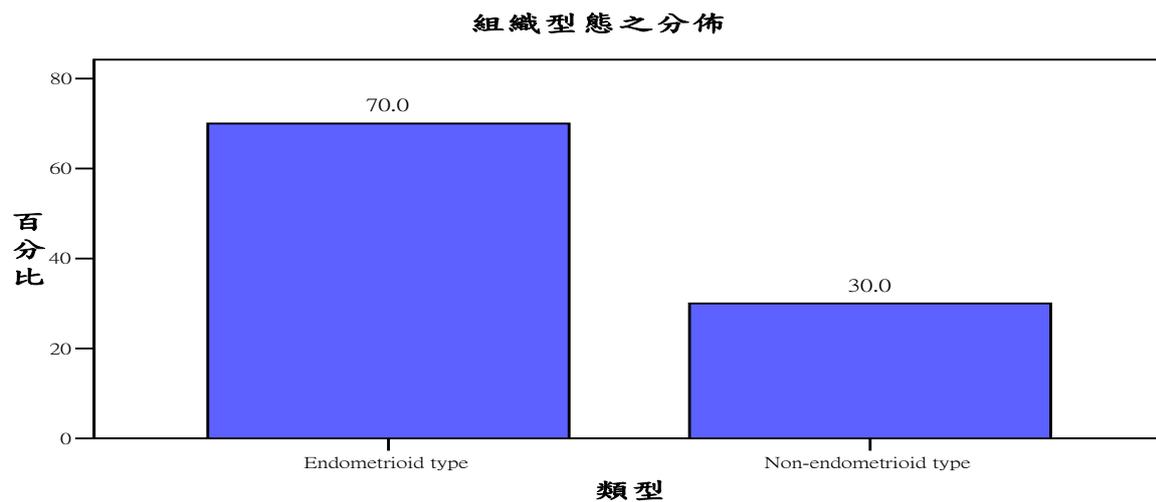
由以上圖可知，本院子宮內膜癌患者罹病年齡呈現常態分佈，以 50-59 歲年齡層佔多數 (30.0%)。平均年齡為 56 歲 (30 至 84 歲)。70 歲以上人數相對地減少。根據國家衛生研究院統計資料，子宮內膜癌發生在停經後女性，好發年齡在 45-59 歲之間。60% 的病患發生在 50 歲之後，但仍有 15% 的病患出現在 40 歲之前。而本院子宮內膜癌患者發生在 50 歲之後佔 73.3%，出現在 40 歲之前只佔 5.6%，兩者資料相比較之下，其結果有些許差異。

(三) 子宮內膜癌患者-組織型態分佈

常見組織型態：侵襲癌 (N=90)

Endometrioid：63 人

Non-endometrioid：27 人



常見組織型態：侵襲癌 (N=90)

Endometrioid adenocarcinoma：63 人

Serous adenocarcinoma：3 人

Mucinous adenocarcinoma：4 人

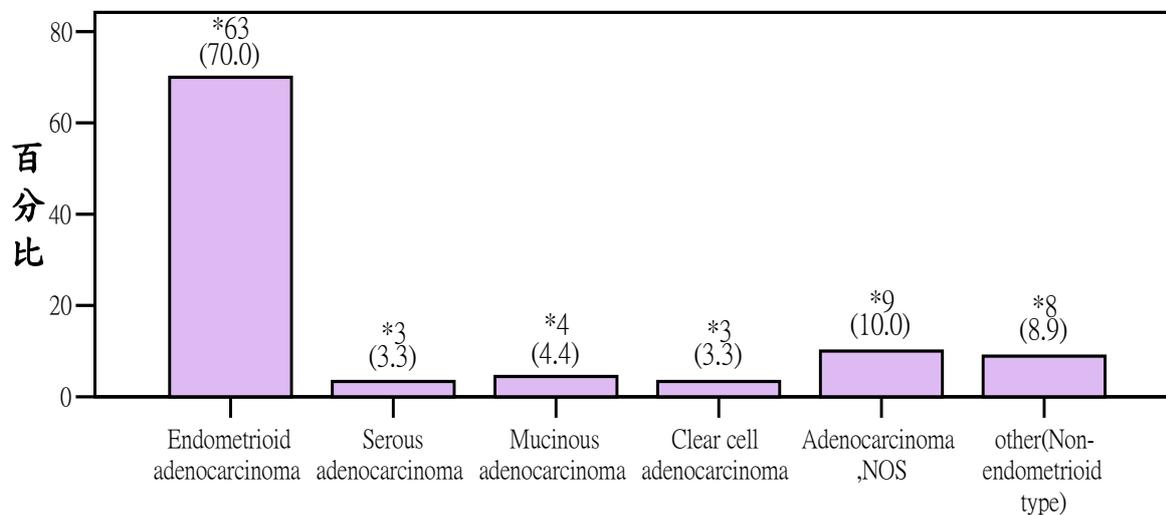
Clear cell adenocarcinoma：3 人

Adenocarcinoma,NOS：9 人

其他組織型態：8 人

組織型態

		人數	百分比
型態	Carcinoma,NOS	1	1.1
	Carcinoma,undifferentiated,NOS	2	2.2
	Adenocarcinoma,NOS	9	10.0
	Clear cell carcinoma	3	3.3
	Mixed cell adenocarcinoma	5	5.6
	Endometrioid adenocarcinoma	63	70.0
	Serous adenocarcinoma,NOS	3	3.3
	Mucinous adenocarcinoma	4	4.4
	總和	90	100.0



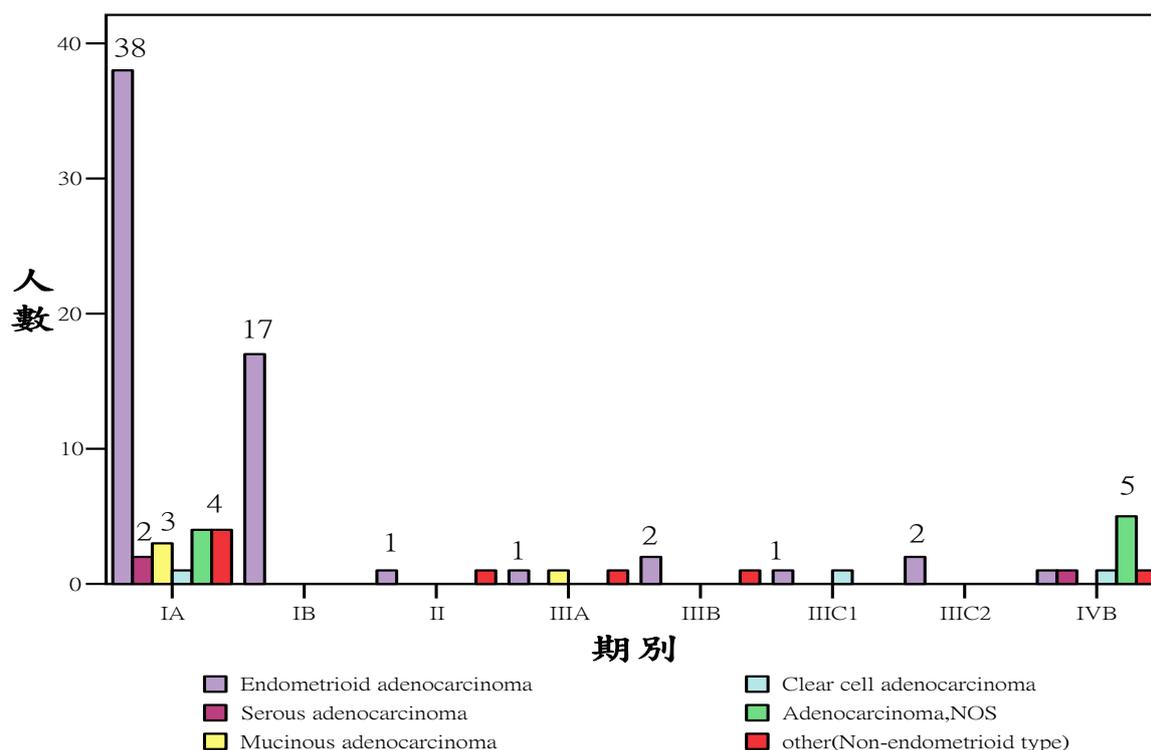
由以上圖表可知，子宮內膜癌病患的細胞組織型態以腺癌居多，其中子宮內膜樣腺癌(Endometrioid adenocarcinoma)佔最高比例為 70.0%。

(四) 侵襲癌各組織型態與期別之關係 (N=90)

侵襲癌各組織型態與期別之關係

組織型態	分期								總和
	IA	IB	II	IIIA	IIIB	IIIC1	IIIC2	IVB	
Endometrioid adenocarcinoma	38	17	1	1	2	1	2	1	63
Serous adenocarcinoma	2	0	0	0	0	0	0	1	3
Mucinous adenocarcinoma	3	0	0	1	0	0	0	0	4
Clear cell adenocarcinoma	1	0	0	0	0	1	0	1	3
Adenocarcinoma,NOS	4	0	0	0	0	0	0	5	9
other(Non-endometrioid type)	4	0	1	1	1	0	0	1	8
總和	52	17	2	3	3	2	2	9	90

侵襲癌各組織型態與期別



由於 90% 以上子宮內膜癌病患出現異常陰道出血症狀，因此早期就醫，早期發現。由上圖表可知，不論何組織型態，期數為第一期者佔 76.6%。

(五) 不同期別與治療方式分析

侵襲癌之治療分析：(N=324)

※ 有/無接受手術患者其治療方式之百分比

		人數	百分比
手術	Staging surgery ¹	64	71.1 %
	Debulking surgery ²	10	11.1 %
	Modified RH ³	1	1.1 %
	LAVTH ⁴	3	3.3 %
	RH ⁵	3	3.3 %
總 和		81	90.0 %
未手術	未手術 None; no surgery of primary site	9	10.0 %
總 和		90	100.0 %

1.Staging surgery: ATH+BSO+BPLND+PALNS+washing cytology

2.Debulking surgery: ATH+BSO+BPLND+PALNS+washing cytology+omentectomy

3.Modified RH : Modified radical hysterectomy

4.LAVTH : Laparoscopic Assisted Vaginal Total Hysterectomy

5.RH : Radical hysterectomy

※ 接受手術患者其手術方式之百分比

接受手術病例：81/90：90.0%

		人數	百分比
手術	Staging surgery ¹	64	79.1 %
	Debulking surgery ²	10	12.3 %
	Modified RH ³	1	1.2 %
	LAVTH ⁴	3	3.7 %
	RH ⁵	3	3.7 %
總 和		81	100 %

1.Staging surgery: ATH+BSO+BPLND+PALNS+washing cytology

2.Debulking surgery: ATH+BSO+BPLND+PALNS+washing cytology+omentectomy

3.Modified RH : Modified radical hysterectomy

4.LAVTH : Laparoscopic Assisted Vaginal Total Hysterectomy

5.RH : Radical hysterectomy

※ 未接受手術病患的處置方式

未接受手術病例：9/90：10.0%

		未手術
處置方式	未做任何治療	6*
	單純化療	1
	單純放療	1
	緩和照護	1
總 和		9

*

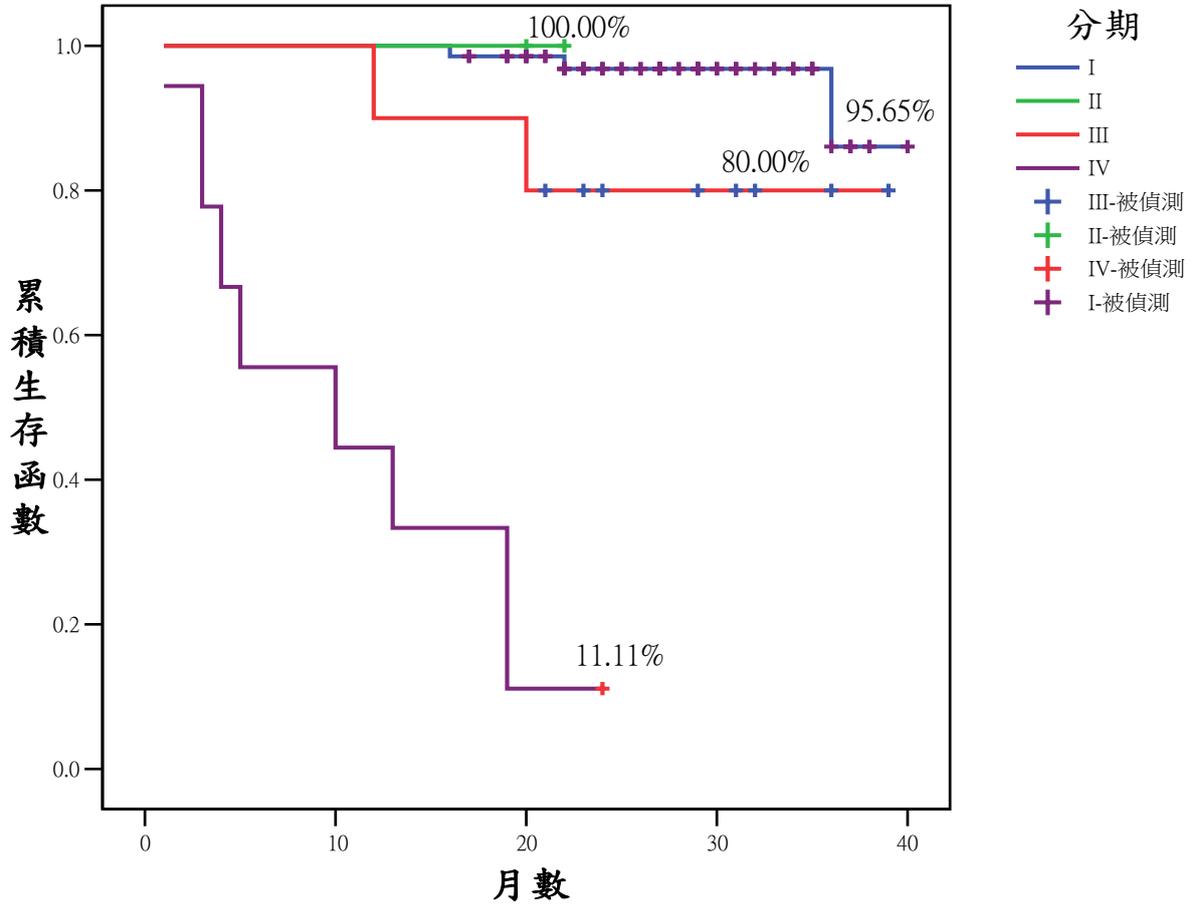
Case	未做任何治療之原因分析
1-2	合併多重內科疾病，不適治療。
3-4	病情惡化迅速，即死亡。
5-6	轉他院治療。

不同期別與治療方式分析 (N=324)

治療方式與次序	期別	1	2	3	4	總計
	單純手術		50	1	1	0
單純化療		0	0	0	1	1
單純放療		1	0	0	0	1
手術後,化療		3	1	3	3	10
手術後,放療		9	0	1	0	10
手術後,CCRT		0	0	1	0	1
手術後,放療+化療		0	0	4	0	4
外院手術後,本院化療		1	0	0	0	1
外院手術及化療後,本院再化療		1	0	0	0	1
外院手術後,本院未接受任何治療		1	0	0	0	1
外院手術後,本院放療後,化療		1	0	0	0	1
緩和照護		0	0	0	1	1
未做任何治療		2	0	0	4	6
總和		69	2	10	9	90

(六) 不同分期與整體存活率之關係

生存函數



Total survival rate:85.56 %，整體存活率第一年為 93.33 %，第二年存活率為 86.32 %，第三年存活率為 78.47 %。

第一期存活率為 95.65 %，第二期為 100 %，第三期為 80 %，第四期為 11.11 %。

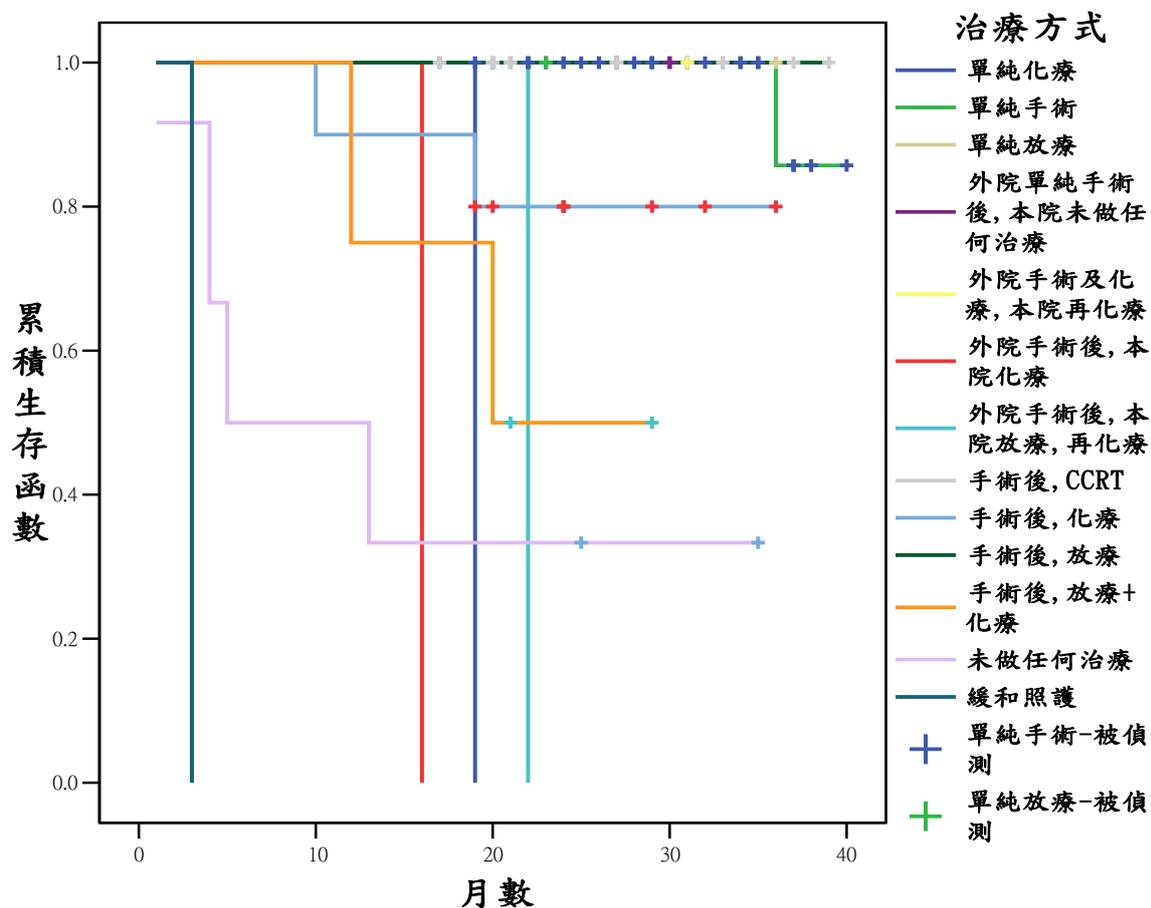
*Total survival rate (3-year) (n=90) : 85.56 % (median follow up:36 months)

*Surgery alone (n=53): 98.11 %

*Surgery + Adjuvant therapy (R/T or CCRT or C/T) (n=28): 78.57 %

(七) 不同治療方式在不同分期治療反應與存活率的關係

生存函數



子宮內膜癌病患因能早期就醫，早期發現，有高達 61% 比例僅接受單純手術治療方式且期數為第一期。

治療方式與存活狀態之分析

個數

		存活/死亡狀態		總和
		死	活	
治療方式	未做任何治療	4	2	6
	單純手術	1	51	52
	單純化療	1	0	1
	單純放療	0	1	1
	手術後, 化療	2	8	10
	手術後, 放療	0	10	10
	手術後, CCRT	0	1	1
	手術後, 放療+化療	2	2	4
	外院手術後, 本院化療	1	0	1
	緩和照護	1	0	1
	外院手術及化療, 本院再化療	0	1	1
	外院單純手術後, 本院未做任何治療	0	1	1
	外院手術後, 本院放療, 再化療	1	0	1
總和		13	77	90

不同期別之復發型態

個數

		分期				總和
		I	II	III	IV	
疾病狀態	沒有復發	62	2	5	0	69
	區域性復發	1	0	0	0	1
	區域淋巴結復發	0	0	1	0	1
	腹膜發生遠端復發或腹水呈現惡性細胞	1	0	0	0	1
	單一遠端部位復發局部或區域復發	1	0	2	0	3
	多處遠端部位復發	0	0	1	0	1
	確診為癌症時即有遠端轉移全身性癌症	4	0	1	9	14
總和		69	2	10	9	90

不同期別與復發型態之分析

個數

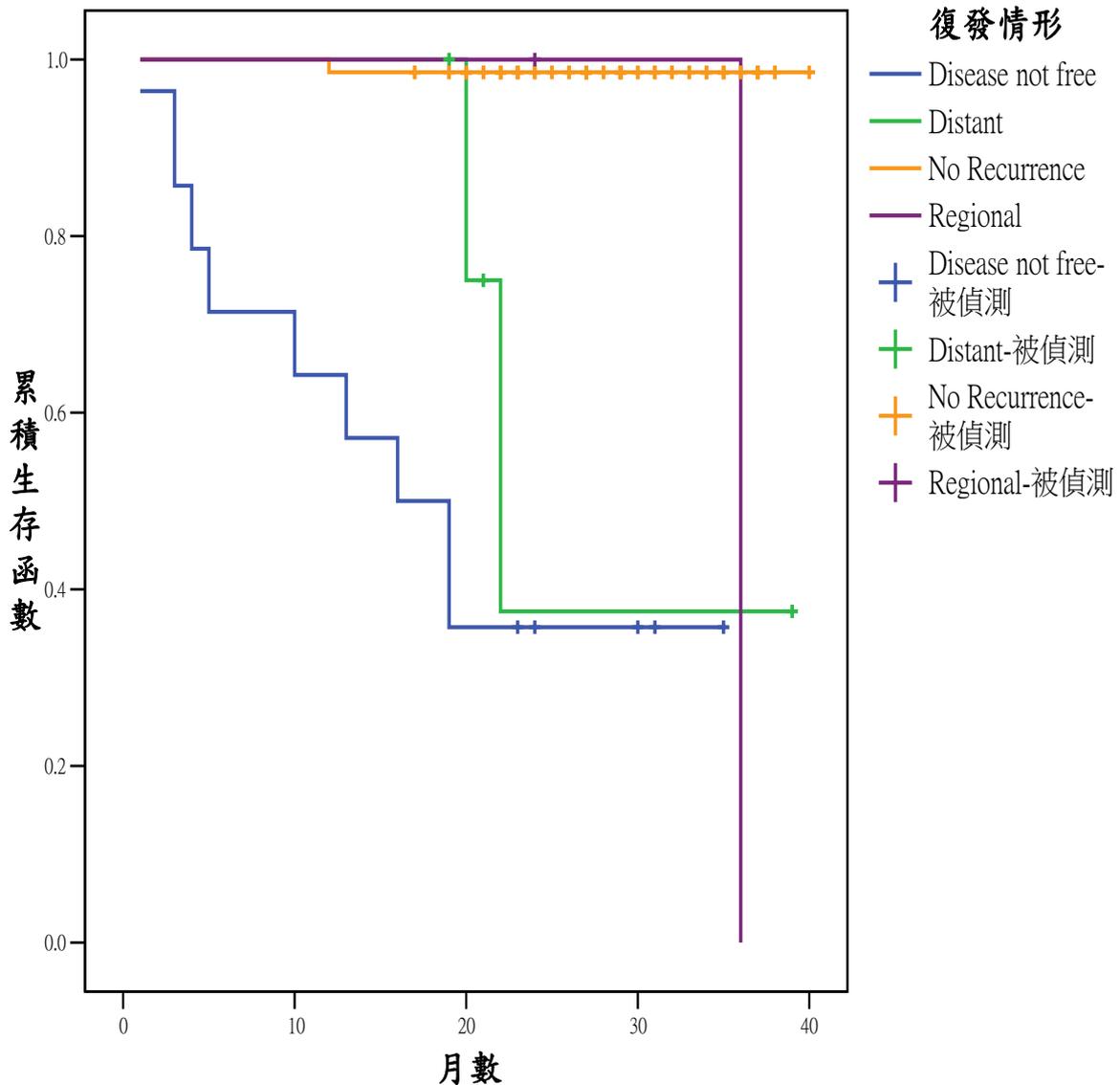
		分期				總和
		I	II	III	IV	
復發情形	No Recurrence	62	2	5	0	69
	Regional	1	0	1	0	2
	Distant	2	0	3	0	5
	Disease not free	4	0	1	9	14
總和		69	2	10	9	90

復發後的治療分析與存活狀態

復發型態與復發後治療之分析

個數		復發型態		總和
		Regional	Distant	
復發後治療	Surgery+/-Adjuvant(R/T or C/T or CCRT)	1	1	2
	C/T alone	0	3	3
	R/T alone	1	0	1
	未做;拒絕	0	1	1
總和		2	5	7

生存函數



(八) 所有接受治療病人之併發症及副作用分析

子宮內膜癌本院化學治療指引如下

高雄榮總婦癌團隊 子宮內膜癌臨床治療指引-子宮內膜癌化療藥物

化療使用原則可使用以下配方

PEI : Cisplatin 50 mg /m² /carboplatin AUC 5 , Epirubicin 50 mg /m² ,
Ifosfamide 4 gm /m². (六個療程,每三到四週一次)

TEP : Paclitaxel 175 mg /m² , Epirubicin 50 mg/m², Cisplatin 50 mg/m²/
carboplatin AUC 5, (六個療程,每三到四週一次)

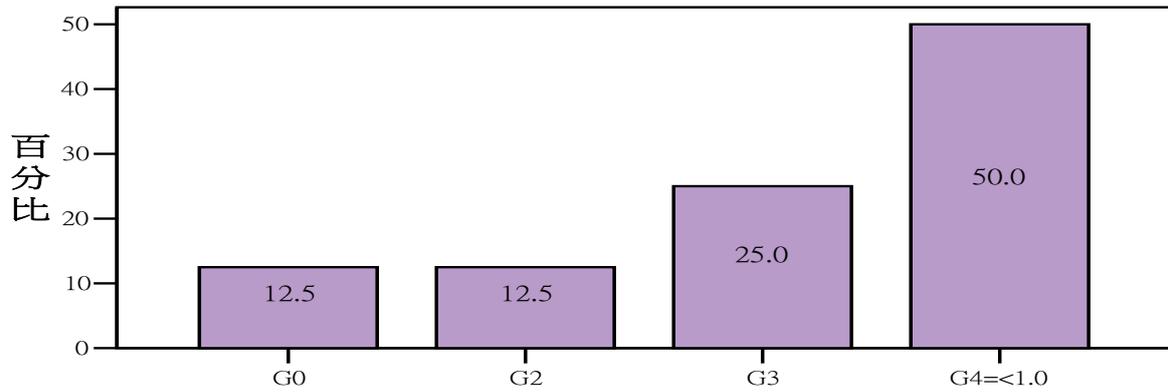
TP : Paclitaxel 175 mg/m², Cisplatin 50 mg/m²/ carboplatin AUC 5,
(六個療程,每三到四週一次)

白血球降低

個數		化療種類			總和
		PEI	TEP	other	
白血球	G0=4.0	1	0	0	1
	G1=3.0-.3.9	0	0	2	2
	G2=2.0-2.9	1	0	2	3
	G3=1.0-1.9	2	3	0	5
	G4=<1.0	4	2	0	6
總和		8	5	4	17

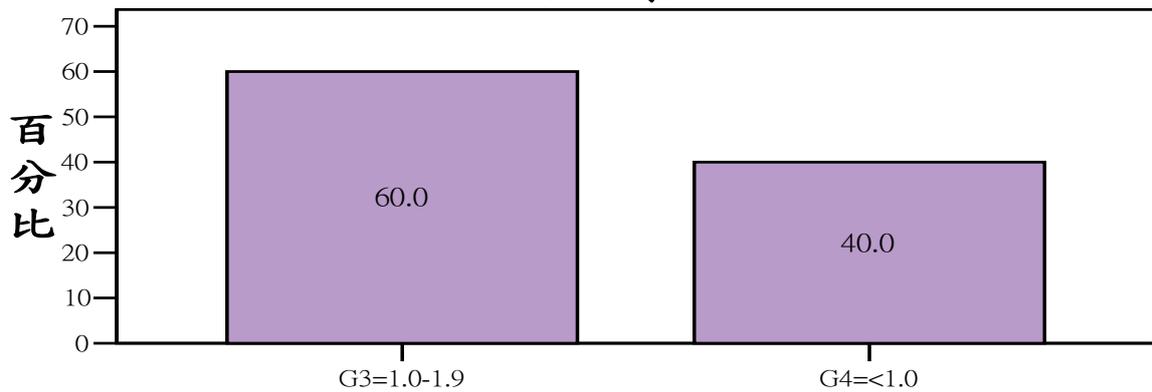
PEI

白血球



TEP

白血球



PEI Regimen 引起白血球降低程度達 Grade4 等級，佔 50.0%。而 TEP Regimen 引起白血球降低程度達 Grade3 等級，佔 60.0%。

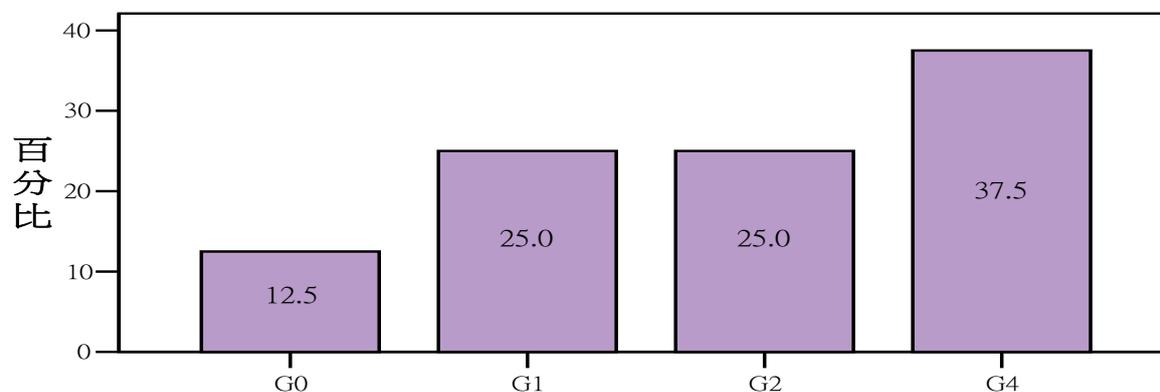
血小板降低

個數

		化療種類			總和
		PEI	TEP	other	
血小板	G0=WNL	1	1	0	2
	G1=75.0-normal	2	3	4	9
	G2=50.0-74.9	2	0	0	2
	G4=<25.0	3	1	0	4
總和		8	5	4	17

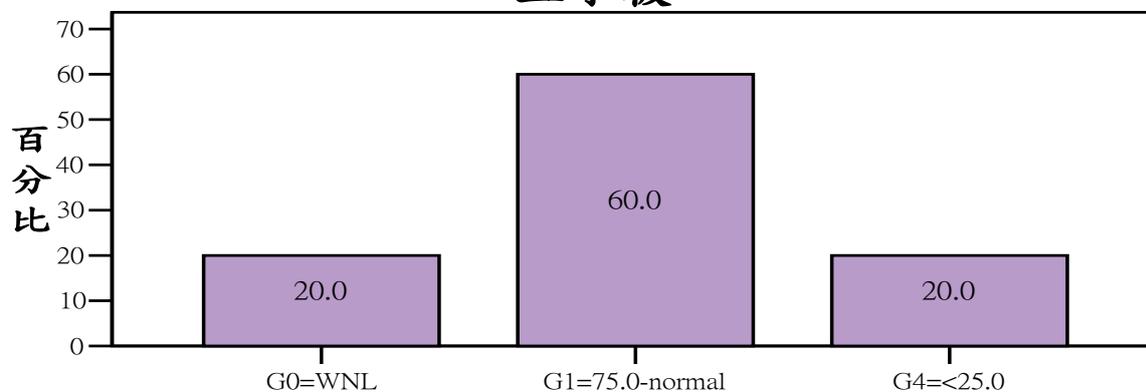
PEI

血小板



TEP

血小板



PEI Regimen 引起血小板降低為 Grade 4 等級，佔 37.5%。而 TEP Regimen 引起血小板降低為 Grade 1 等級，為 60.0%。

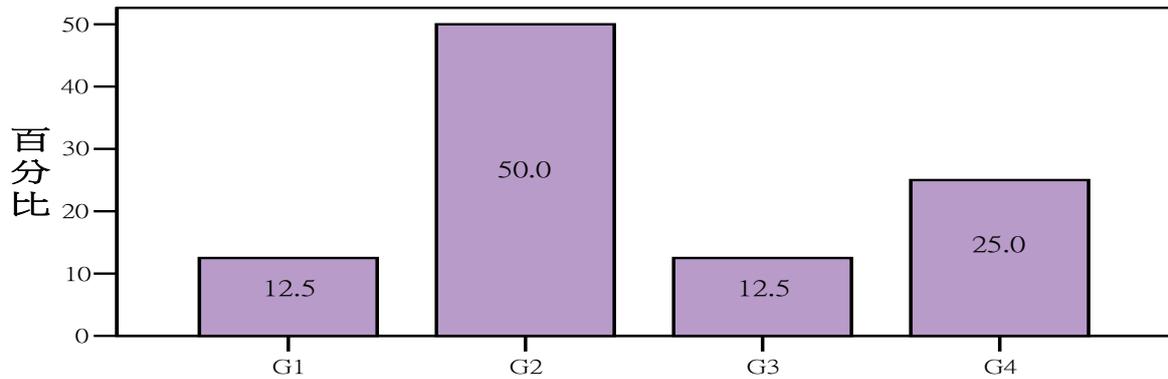
血色素降低

個數

		化療種類			總和
		PEI	TEP	other	
血色素	G1=10.0-normal	1	3	4	8
	G2=8.0-10.0	4	1	0	5
	G3=6.5-7.9	1	1	0	2
	G4=<6.5	2	0	0	2
總和		8	5	4	17

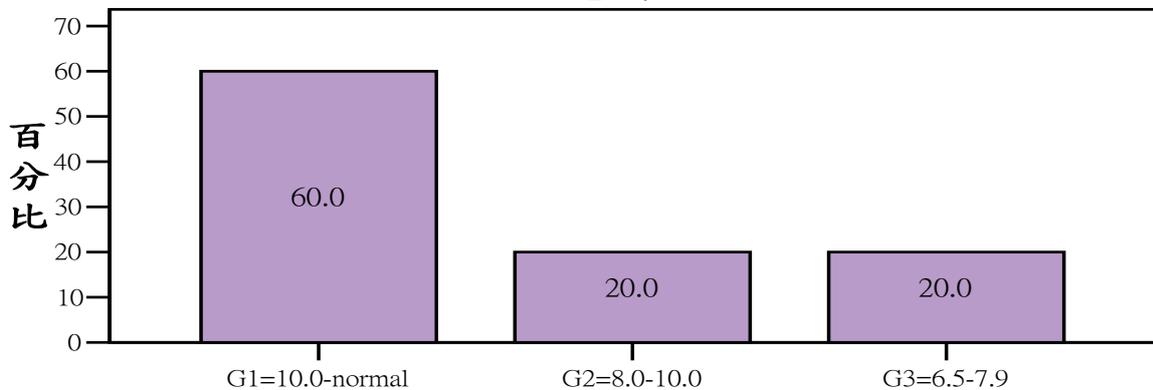
PEI

血色素



TEP

血色素

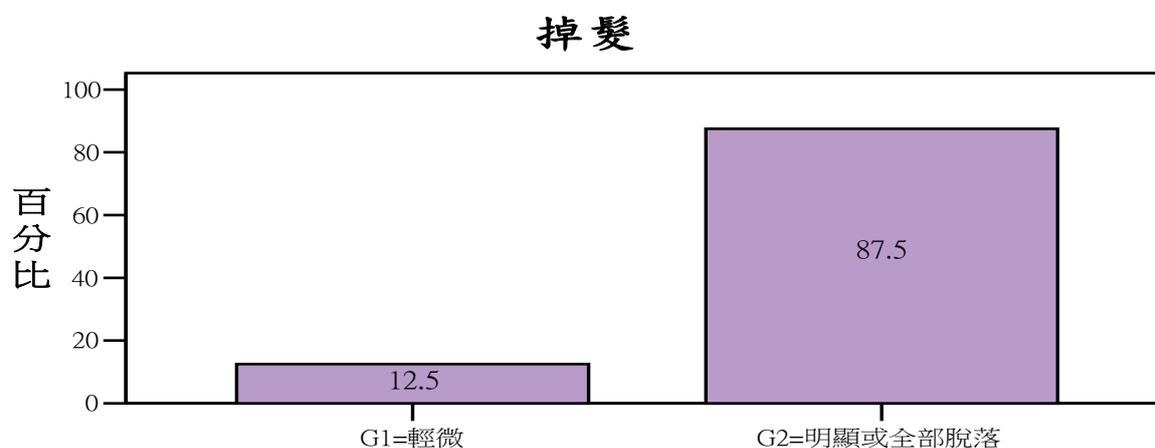


PEI Regimen 引起血色素降低程度達 Grade2 等級，佔 50.0%。而 TEP Regimen 引起血色素降低程度較輕微，僅達 Grade1 等級，佔 60.0%。

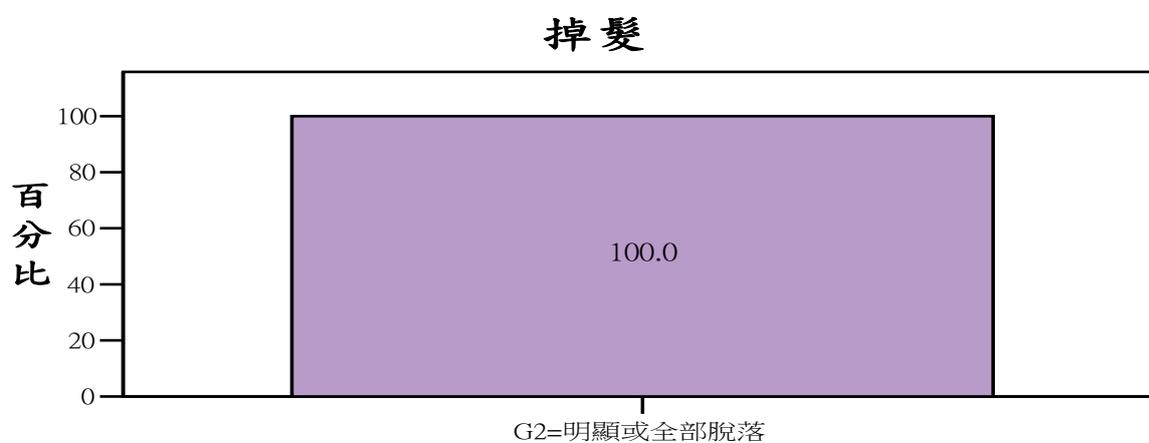
掉髮

個數		化療種類			總和
		PEI	TEP	other	
掉髮	G1=輕微	1	0	0	1
	G2=明顯或全部脫落	7	5	4	16
總和		8	5	4	17

PEI



TEP



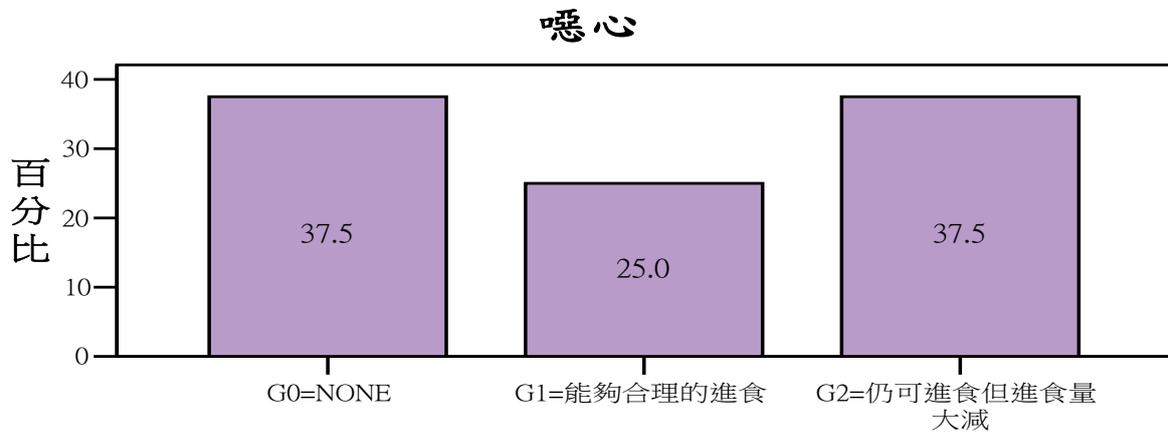
PEI 及 TEP Regimen 引起掉髮程度，皆為 Grade 2 等級，PEI Regimen 佔 87.5 %，而 TEP Regimen 則佔 100.0%。

噁心

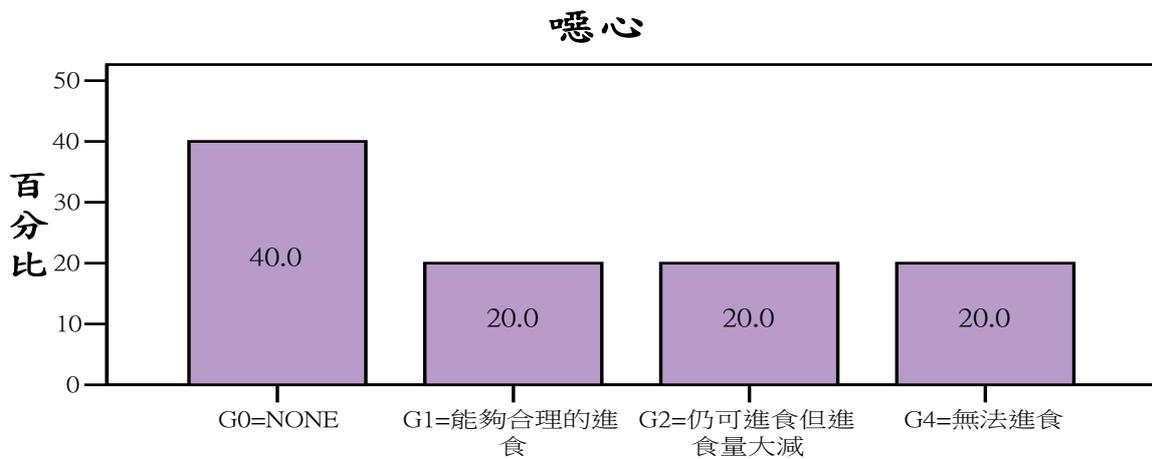
個數

		化療種類			總和
		PEI	TEP	other	
噁心	G0=NONE	3	2	3	8
	G1=能夠合理的進食	2	1	0	3
	G2=仍可進食但進食量大減	3	1	1	5
	G4=無法進食	0	1	0	1
總和		8	5	4	17

PEI



TEP



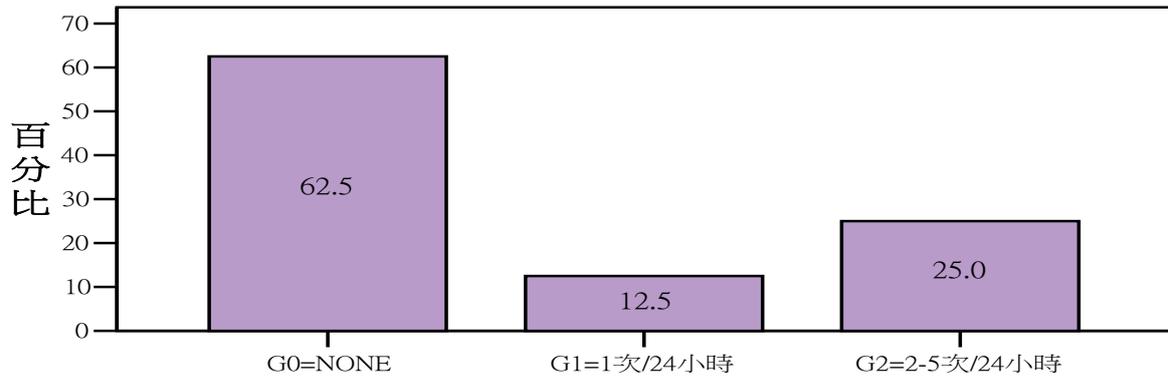
PEI Regimen 引起噁心程度為 Grade 0 及 Grade 1，各佔 37.5%，而 TEP Regimen 引起噁心程度為 Grade 0，佔 40.0%。

嘔吐

個數		化療種類			總和
		PEI	TEP	other	
嘔吐	G0=NONE	5	2	3	10
	G1=1次/24小時	1	2	0	3
	G2=2-5次/24小時	2	1	1	4
總和		8	5	4	17

PEI

嘔吐



TEP

嘔吐



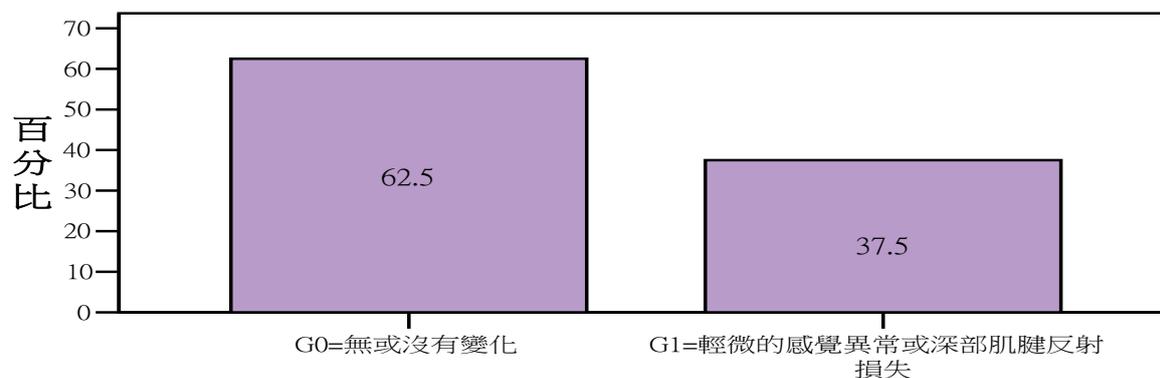
PEI Regimen 引起嘔吐程度較輕微，為 Grade 0 等級，佔 62.5%，而 TEP Regimen 則為 Grade 0 及 Grade 1 等級，皆佔 40.0%。

感覺神經異常

個數		化療種類			總和
		PEI	TEP	other	
感覺神經	G0=無或沒有變化	5	0	2	7
	G1=輕微的感覺異常或深部肌腱反射損失	3	4	2	9
	G2=輕微或中度的客觀感覺損失或中度的感覺異常	0	1	0	1
總和		8	5	4	17

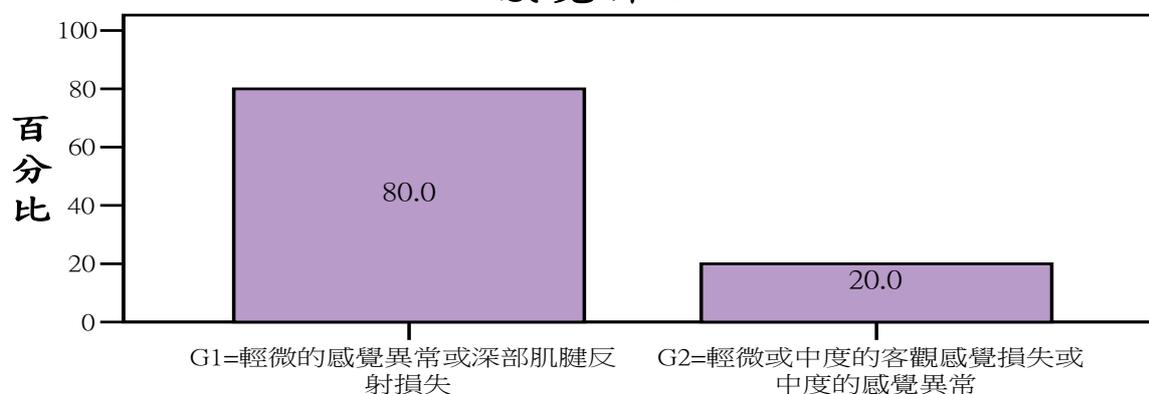
PEI

感覺神經



TEP

感覺神經



PEI Regimen 在感覺神經方面無或沒有變化，而 TEP Regimen 則引起 Grade 1 等級，佔 80.0%。

討論與結論:

子宮內膜癌被認為多數與雌激素相關的癌症。長期暴露於沒有黃體素抗衡的雌激素環境，是子宮內膜癌主要的危險因子。

大部份的子宮內膜癌在診斷時僅侷限在子宮體，若病患身體狀況良好，都應該接受完整的分期手術，包括子宮切除、骨盆腔淋巴摘除、主動脈旁淋巴摘除，以及腹腔內沖洗液細胞學檢查、腹腔內所有可疑之腫瘤切除後，再根據手術後病理報告確認病患之子宮內膜癌分期、影響預後重要因素，包括：腫瘤細胞型態與分化程度、子宮肌肉層的侵犯深度、腹腔內細胞擴散的狀況等，作為後續治療決策的依據。

本院針對子宮內膜癌患者的診療指引，皆以參考國家衛生研究院、AJCC 分期及 NCCN 訂定的診療指引為依據，再依照 FIGO 各分期給予適當的治療方式。

一般來說，子宮內膜癌的預後和組織型態、分化程度、以及子宮肌層是否侵襲、侵犯深度、腹腔沖洗液細胞學檢查、是否侵犯卵巢、輸卵管、淋巴結或有無轉移其它器官等相關。

90%以上子宮內膜癌病患會出現異常陰道出血症狀，病患因為陰道出血症狀而提早就醫，較能早期發現與治療。因此，子宮內膜癌的預後比其它婦癌疾病的治療有較好的治療效果。

但目前為止，子宮內膜癌仍未有理想有效的篩檢方法，對於高危險群的婦女，仍應採取適當的預防措施，定期於婦科門診追蹤。

2009-2010 年卵巢癌個案統計摘要

前言：

根據衛生署統計，卵巢癌佔臺灣地區婦女生殖癌症第二位，僅次於子宮頸癌。大部份的卵巢癌在早期沒有明顯的症狀，一旦發現時有高達 75% 患者癌細胞已擴散，到達第 III 期甚至第 IV 期，由於無法早期發現、早期接受治療，相對地治癒率低、致死率高，致死率更高居婦女生殖癌症的首位。

卵巢癌可以發生於任何年齡層，發生率隨年齡逐年增高。一般而言，卵巢上皮細胞癌，主要發生於 40 歲以上的婦女，其中惡性的卵巢生殖細胞腫瘤最易發生於 20 歲以下的年齡層。

引起卵巢癌的確實原因不明，但家族中有 2 個以上的一等親罹患上皮性卵巢癌或家族中有乳癌病史者、未曾懷孕生育的婦女、或較晚停經的婦女，皆為罹患卵巢癌的高危險群。

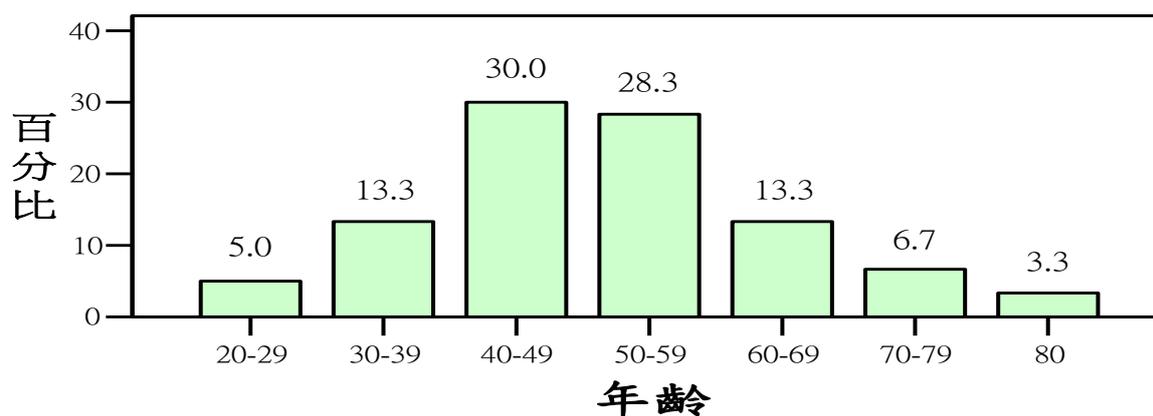
截至目前為止，卵巢癌仍無可靠的早期偵測篩檢工具，建議凡屆更年期、有卵巢癌或乳癌家族史的婦女，每年除子宮頸抹片檢查外，例行的婦科骨盆腔內診檢查也是必需的，合併超音波及腫瘤指數 CA-125 的適當運用，期能早期發現病變，早期診斷，並進而早期治療。

(一) 卵巢癌新診斷個案數：60 人

每月新收案數：約 2-3 人

(二) 2009-2010 年初次診斷卵巢癌患者-年齡、性別、期別等相關分佈

年齡 期別	00-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥80	總計
0									
1									
2									
3									
4									
Unknown									
總計									



卵巢癌年齡分佈圖 (依不同期別)

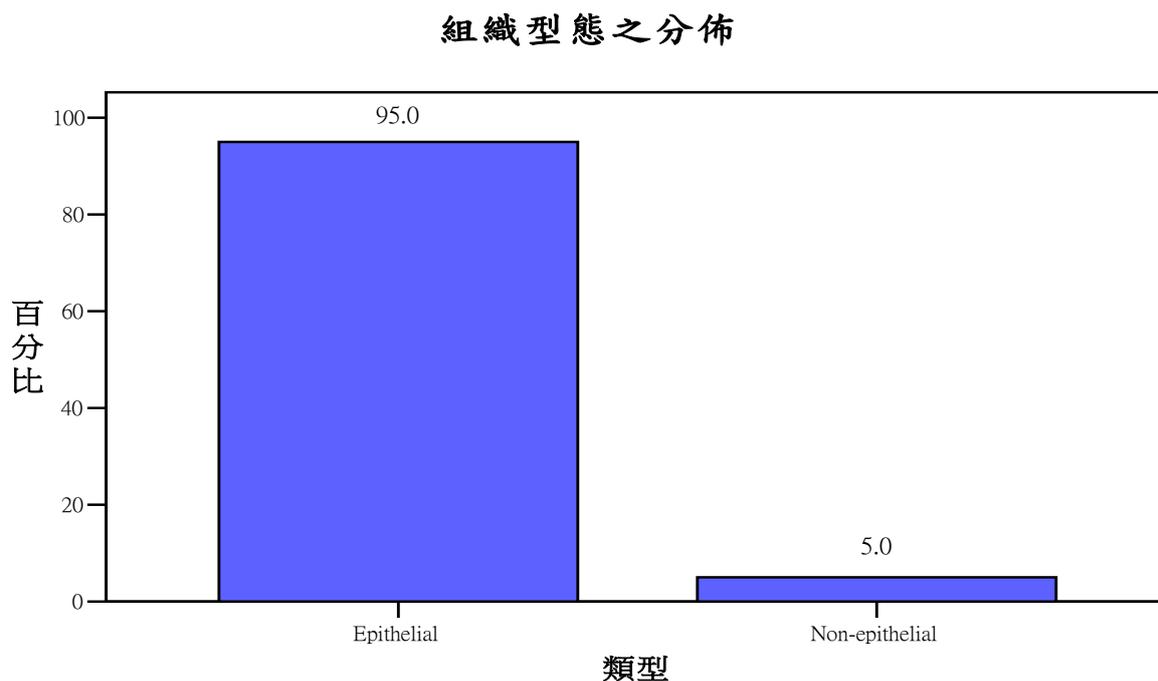
由以上圖可知，本院卵巢癌患者罹病年齡呈現常態分佈，以 40-59 歲年齡屬更年期前後年齡層佔多數 (30.0%)，平均年齡為 50.5 歲 (25 至 81 歲)，60 歲以上年齡層的人數相對地減少。

(三) 卵巢癌患者-組織型態分佈

常見組織型態：侵襲癌 (N=60)

Epithelial：57 人

Non-epithelial：3 人



由上圖可知，本院 2009-2010 年卵巢癌病患的細胞組織型態以上皮性 (Epithelial) 卵巢癌佔最高比例 (95.0%)。

卵巢癌大致分為三大類：上皮性表層細胞 (Epithelial cell)、生殖細胞 (Germ cell) 及基質細胞 (Stromal cell)，其中以上皮性表層細胞居多，約 60-70%，與本院卵巢癌患者細胞組織型態相比較之下，其結果差異不大。

常見組織型態：侵襲癌 (N=60)

Serous adenocarcinoma：13 人

Mucinous adenocarcinoma：8 人

Endometrioid adenocarcinoma：9 人

Clear cell carcinoma：12 人

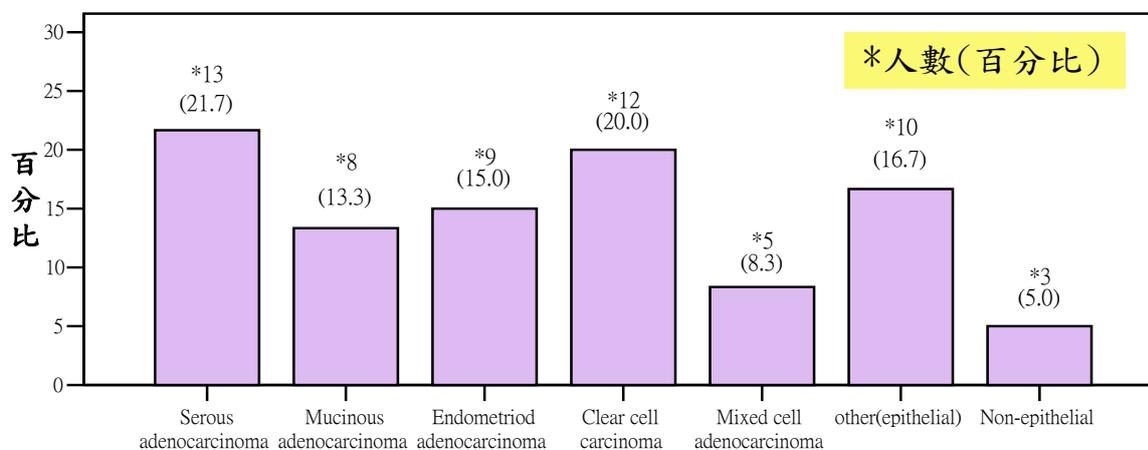
Mixed cell adenocarcinoma : 5 人

其他組織型態 (epithelial type) : 10 人

其他組織型態 (Non-epithelial type) : 3 人

組織型態

		人數	百分比
型態	Serous adenocarcinoma	13	21.7
	Mucinous adenocarcinoma	8	13.3
	Endometrioid adenocarcinoma	9	15.0
	Clear cell carcinoma	12	20.0
	Undifferentiated	8	13.3
	Transitional cell carcinoma	1	1.7
	Squamous cell carcinoma	1	1.7
	Mixed cell adenocarcinoma	5	8.3
	Immature teratoma	2	3.3
	Granulosa-stromal cell tumors	1	1.7
	總和	60	100.0



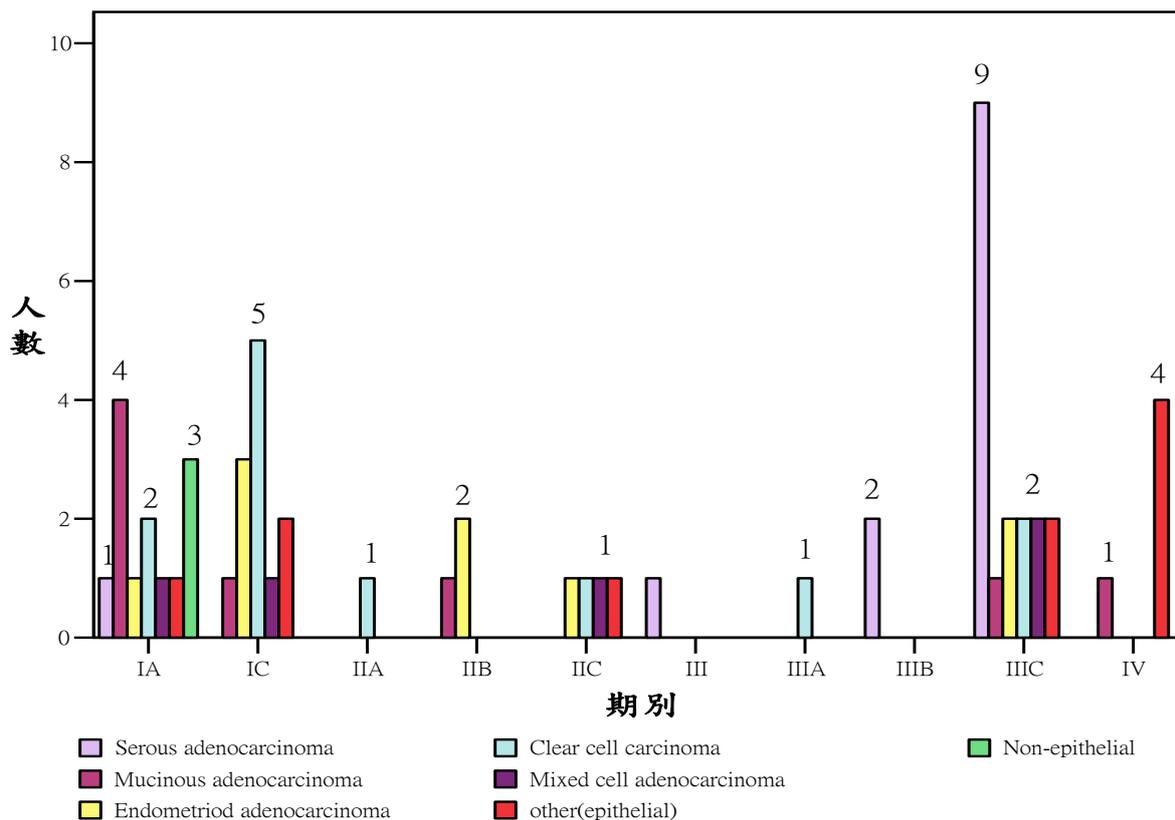
由上圖可知，本院 2009-2010 年卵巢癌病患的細胞組織型態以漿液樣腺癌 (Serous adenocarcinoma) 佔多數 21.7%，預後不好的亮細胞型態癌 (Clear cell carcinoma) 佔 20%，比起其他西方國家的 5-10%，多了許多。

(四) 侵襲癌各組織型態與期別之關係 (N=60)

侵襲癌各組織型態與期別之關係

組織型態	分期										總和
	IA	IC	IIA	IIB	IIC	III	IIIA	IIIB	IIIC	IV	
Serous adenocarcinoma	1	0	0	0	0	1	0	2	9	0	13
Mucinous adenocarcinoma	4	1	0	1	0	0	0	0	1	1	8
Endometriod adenocarcinoma	1	3	0	2	1	0	0	0	2	0	9
Clear cell carcinoma	2	5	1	0	1	0	1	0	2	0	12
Mixed cell adenocarcinoma	1	1	0	0	1	0	0	0	2	0	5
other(epithelial)	1	2	0	0	1	0	0	0	2	4	10
Non-epithelial	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
總和	13	12	1	3	4	1	1	2	18	5	60

侵襲癌各組織型態與期別



綜合上圖表顯示，組織型態中以漿液樣腺癌 (Serous adenocarcinoma) 居多，分期 IIIC 佔多數。一般卵巢癌的預後取決於期數、分化程度、癌症的型態。對於初期的或分化較好的癌症患者有較好的存活率。

(五) 不同期別與治療方式分析

侵襲癌之治療分析：(N=60)

※ 有/無接受手術患者其治療方式之百分比

		人數	百分比
手術	Debulking surgery ¹	42	70 %
	Debulking surgery+IPHC ²	2	3.3 %
	Staging surgery ³	1	1.7 %
	RSO ⁴	2	3.3 %
	BSO ⁵	1	1.7 %
	外院手術	6	10 %
總 和		54	90 %
未手術	未手術 None; no surgery of primary site	6	10 %
總 和		60	100 %

1. Debulking surgery : ATH+BSO+BPLND+PALNS+washing

cytology+omentectomy+Appendectomy(optional)

2. Debulking surgery+IPHC : ATH+BSO+BPLND+PALNS+washing

cytology+omentectomy+Appendectomy(optional)+intraperitoneal hyperthermochemotherapy

3. Staging surgery : ATH+BSO+BPLND+PALNS+washing cytology

4. RSO : right salpingo-oophorectomy

5. BSO : bilateral salpingo-oophorectomy

※ 接受手術患者其手術方式之百分比

接受手術病例：54/60：90.0%

		人數	百分比
手術	Debulking surgery ¹	42	77.8 %
	Debulking surgery+IPHC ²	2	3.7 %
	Staging surgery ³	1	1.9 %
	RSO ⁴	2	3.7 %
	BSO ⁵	1	1.9 %
	外院手術	6	11 %
總 和		54	100 %

※ 未接受手術病患的處置方式

未接受手術病例：6/60：10.0%

		未手術
處置方式	未做任何治療	1*
	單純化療	3
	緩和照護	1
	轉他院治療	1
總 和		6

*

Case	未做任何治療之原因分析
1	病情惡化迅速，即死亡。

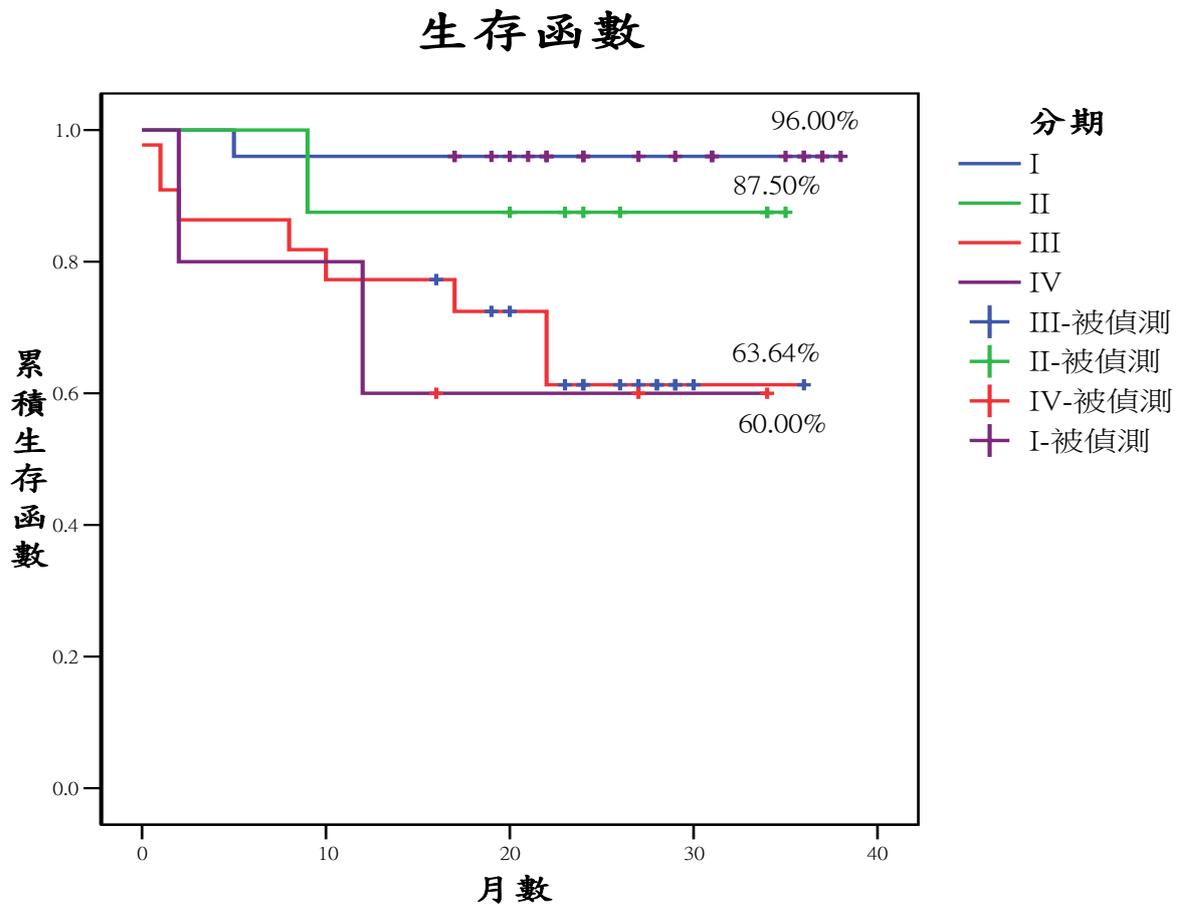
不同期別與治療方式分析 (N=60)

治療方式與次序 \ 期別	期別					Unknown	總計
	1	2	3	4			
單純手術	6	0	1	0	0	0	7
單純化療	0	0	1	2	0	0	3
手術後, 化療	14	8	14	1	0	0	37
外院手術後, 本院化療	2	0	1	0	0	0	3
外院手術及化療後, 本院化療	0	0	1	0	0	0	1
外院手術後, 本院放療後, 化療	2	0	0	0	0	0	2
外院手術後, 本院再手術	1	0	0	0	0	0	1
化療後, 手術+化療	0	0	1	0	0	0	1
化療後, 手術	0	0	1	1	0	0	2
緩和照護	0	0	1	0	0	0	1
轉他院治療	0	0	0	1	0	0	1
未做任何治療	0	0	1	0	0	0	1
總和	25	8	22	5	0	0	60

上皮性卵巢癌的治療方式，以完整的分期手術為主軸，術後是否需接受輔助性化學藥物治療，則視病理組織型態、分期、分化程度及侵襲範圍情形才考慮施行。在年輕女性仍想保留生育能力，若為第一期、癌細胞分化良好或分化中等、非亮細胞癌 (Clear cell carcinoma)，可接受保有生育功能之分期手術，

但如已達成功生育或不再生育，應接受完整分期手術。由上圖表可知，本院2009-2010年卵巢癌患者以第一期人數25人，佔最多數，其中單純接受手術治療佔12.3%，但術後，需接受化學藥物治療比例則高達86.3%。

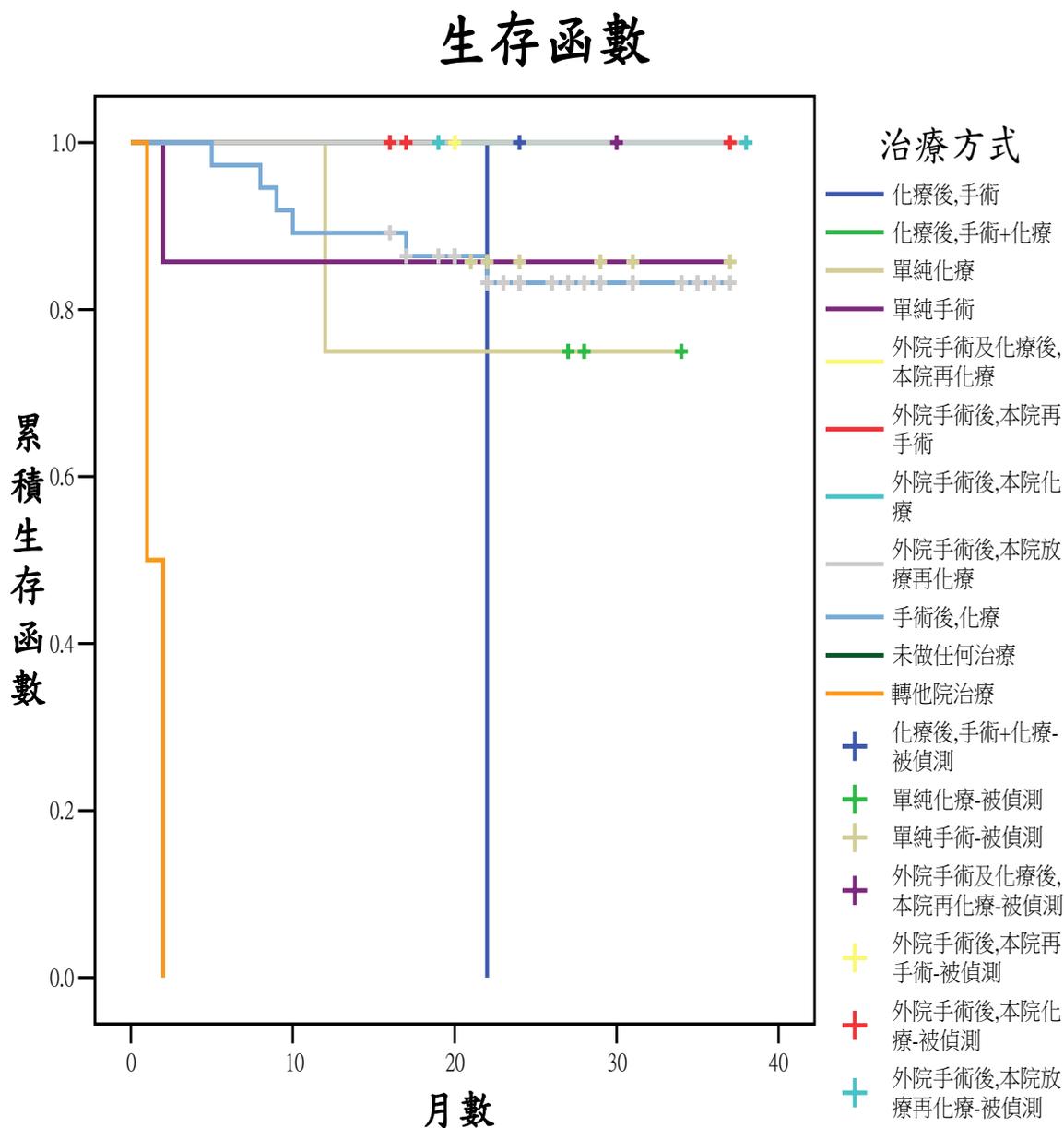
(六) 不同分期與整體存活率之關係



Total survival rate:80%，整體存活率第一年為85%，第二年存活率為79.10%。
 第一期存活率為96%，第二期為87.5%，第三期為63.64%，第四期為60%。

*Total survival rate (2-year) (n=60)：80% (median follow up：32 months)

(七)不同治療方式在不同分期治療反應與存活率的關係



* Surgery alone (n=7) : 85.7%

* Surgery + Adjuvant therapy (R/T or CCRT or C/T) (n=44) : 86.4%

* Neoadjuvant C/T ± Surgery ± Adjuvant (R/T or CCRT or systemic chemotherapy) (n=6) : 66.7%

治療方式與存活狀態之分析

個數

		存活狀態		總和
		死亡	存活	
治療方式	未做任何治療	1	0	1
	單純手術	1	6	7
	單純化療	1	3	4
	手術後, 化療	6	31	37
	外院手術後, 本院化療	0	3	3
	化療後, 手術+化療	0	1	1
	化療後, 手術	1	0	1
	轉他院治療	2	0	2
	外院手術及化療後, 本院再化療	0	1	1
	外院手術後, 本院放療再化療	0	2	2
	外院手術後, 本院再手術	0	1	1
總和		12	48	60

不同期別之復發型態

個數

		分期				總和
		I	II	III	IV	
疾病狀態	沒有復發	23	6	6	0	35
	局部復發	0	0	1	0	1
	鄰近組織或器官復發	0	0	2	1	3
	肺臟發生遠端復發	0	0	1	0	1
	肝臟發生遠端復發	0	0	1	0	1
	單一遠端部位復發局部或區域復發	0	1	0	0	1
	確診為癌症時即有遠端轉移全身性癌症	2	1	11	4	18
總和		25	8	22	5	60

由上圖表得知手術後，需接受輔助性化學藥物治療，存活率可達 86.4%，分期為第一期卵巢癌患者，處於沒有復發狀態，佔 65.7%，若能早期發現、早期獲得治療，復發率大幅降低，存活率相對上升。

不同期別與復發型態之分析

個數

		分期				總和
		I	II	III	IV	
復發情形	No Recurrence	23	6	6	0	35
	Local	0	0	1	0	1
	Regional	0	0	2	1	3
	Distant	0	1	2	0	3
	Disease not free	2	1	11	4	18
總和		25	8	22	5	60

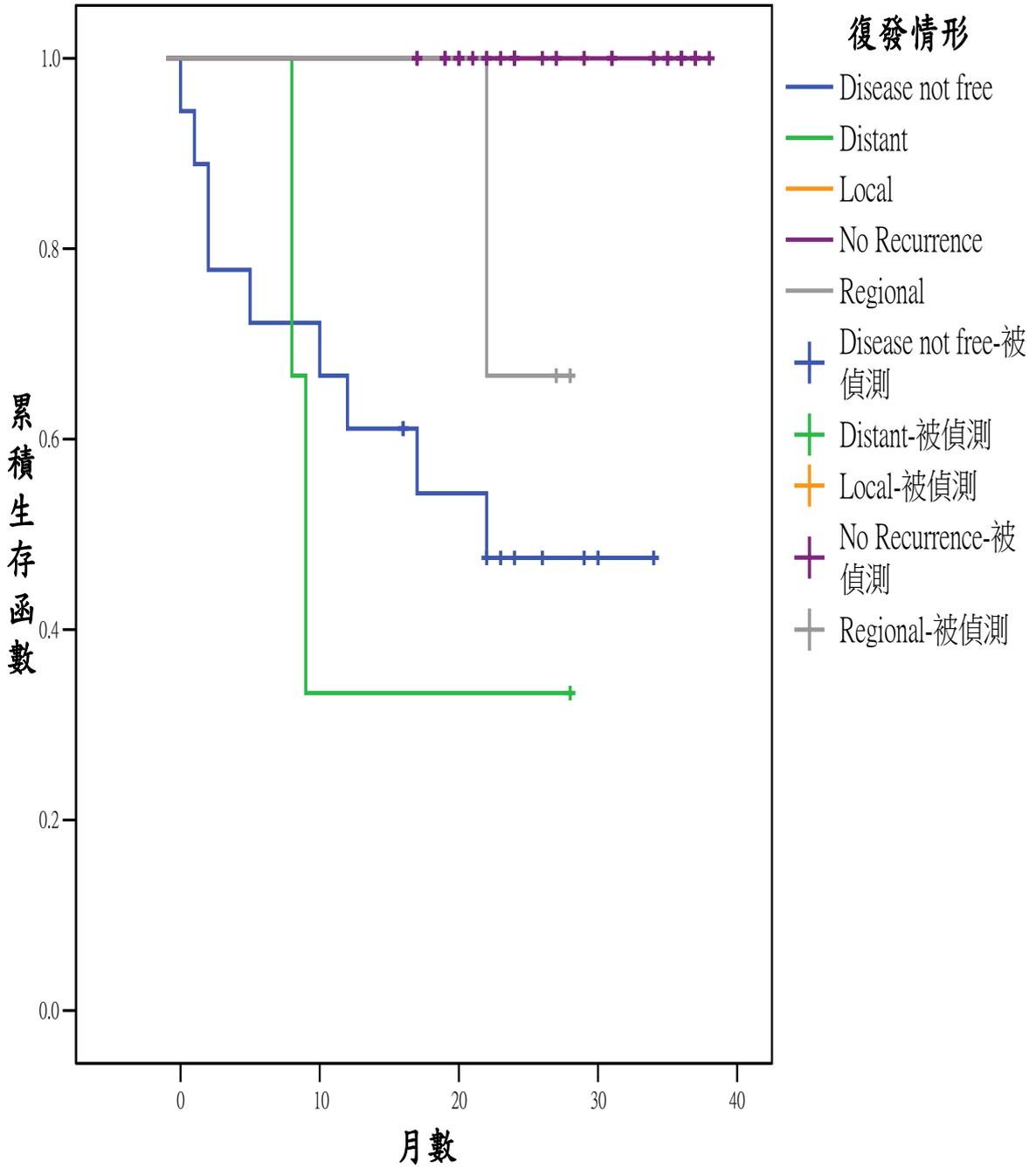
復發後的治療分析與存活狀態

復發型態與復發後治療之分析

個數

		復發型態			總和
		Local	Regional	Distant	
復發後治療	R/T alone	1	3	1	5
	C/T alone	0	0	1	1
	未做; 死亡	0	0	1	1
總和		1	3	3	7

生存函數



(八)所有接受治療病人之併發症及副作用分析

卵巢癌本院化學治療指引如下

高雄榮總婦癌團隊 上皮性卵巢癌,輸卵管癌及腹膜癌臨床治療指引-上皮性卵

卵巢癌化療藥物

1st line C/T: 第一、二期 PEC (Carboplatin AUC 5 + epirubicin 50 mg/m² + cyclophosphamide 500 mg/m² or Taxol 175 mg/m² + carboplatin AUC 5 (pay-self)
第三、四期 Taxol 175 mg/m² + carboplatin AUC 5

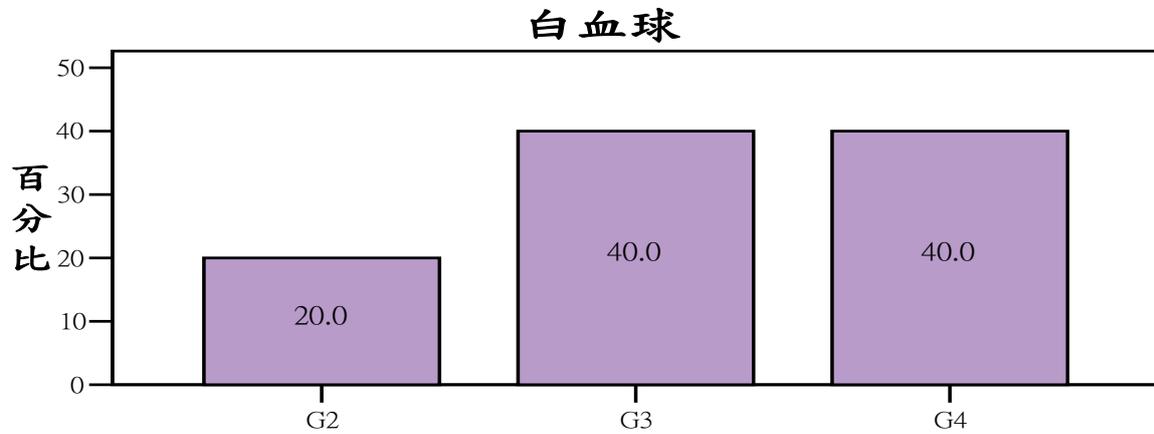
2nd line C/T: Lipodoxorubicin 30 mg/m² + carboplatin AUC 5 ,
Gemcitabine 800-1200 mg/m² D1&8 + carboplatin AUC 5 D1 or
Topotecan 1.25 mg/m² D1-5

3rd line C/T: Topotecan 0.75 mg/m² + Carboplatin AUC 5,
Weekly Taxol 80 mg/m²+ Carboplatin AUC 2 (D1,8,15 every 3 weeks)
Weekly Topotecan 4 mg/m² (D1,8,15 every 3 weeks)
Weekly Taxol 80 mg/m² +Topotecan 1.75 mg/m² (D1,8,15 every 3 weeks)
Lipodoxorubicin 30 mg/m² + Gemcitabine 650 mg/m² D1 & 8.
Avastin 5-15mg/kg + Gemcitabine + Carboplatin or
Avastin combined with other chemotherapeutic agent .

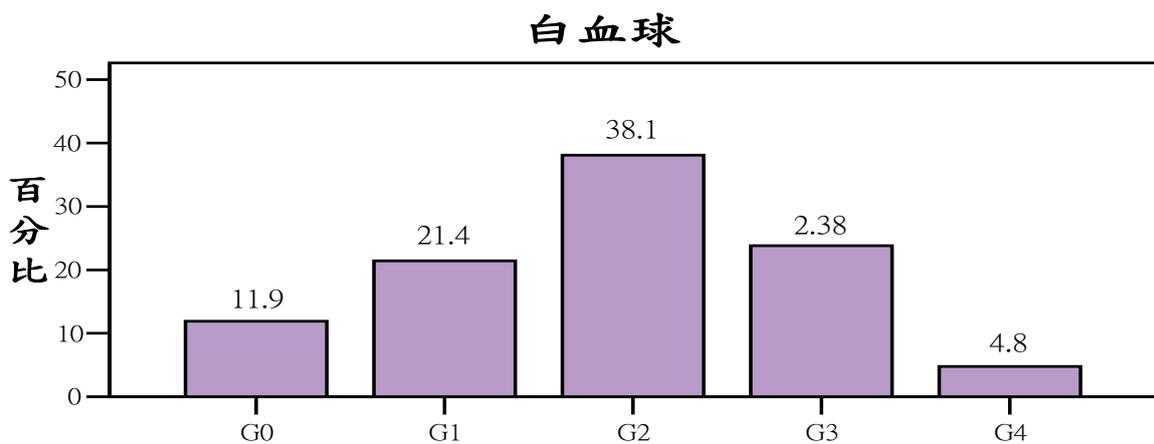
白血球降低

個數		化療種類			總和
		PEC	Taxol+carboplatin	other	
白血球	G0=4.0	0	5	1	6
	G1=3.0-3.9	0	10	0	10
	G2=2.0-2.9	1	16	0	17
	G3=1.0-1.9	2	9	0	11
	G4=<1.0	2	2	0	4
總和		5	42	1	48

PEC



Taxol+ carboplatin



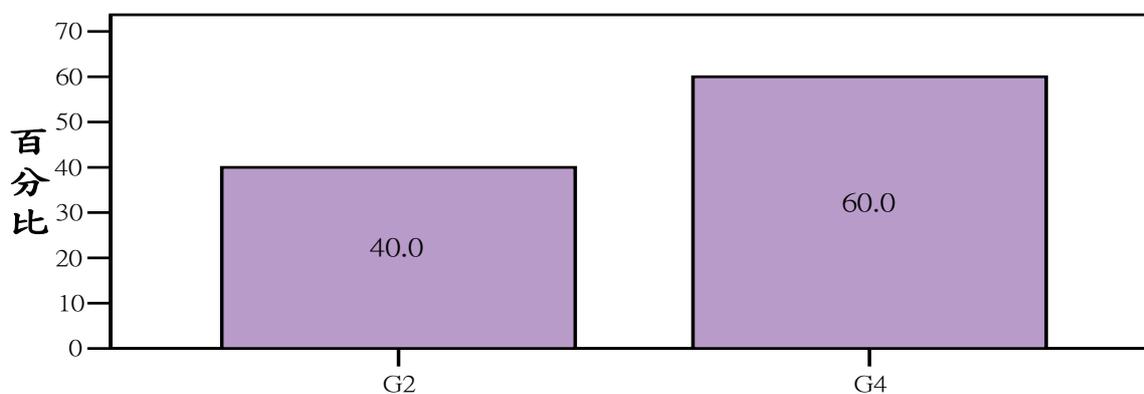
PEC Regimen 引起白血球降低的程度達到 Grade 3 及 Grade 4, 各佔 40.0%, 而 Taxol+carboplatin Regimen 引起白血球降低的程度達到 Grade 2, 佔 38.1% 的比例。

血小板降低

個數		化療種類			總和
		PEC	Taxo+carboplatin	other	
血小板	G1=75.0-normal	0	39	1	40
	G2=50.0-74.9	2	3	0	5
	G4=<25.0	3	0	0	3
總和		5	42	1	48

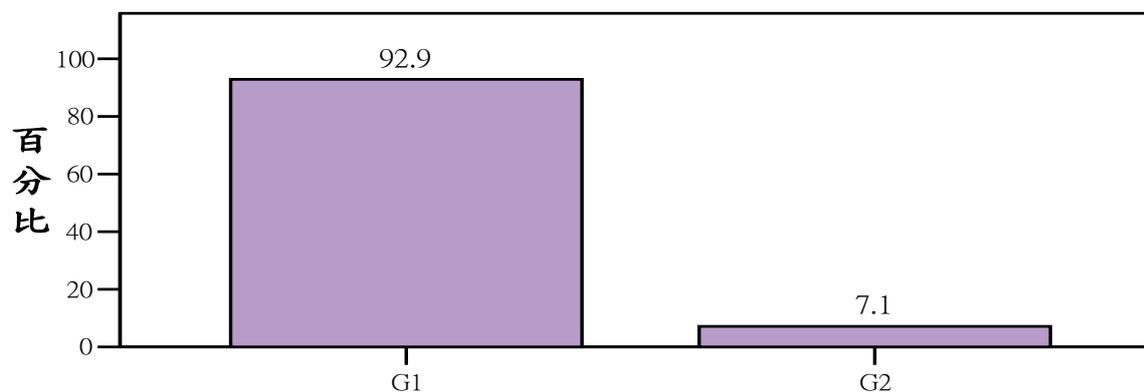
PEC

血小板



Taxol+ carboplatin

血小板



PEC Regimen 引起血小板降低程度到達 Grade 4，佔 60.0%，而 Taxol+ carboplatin Regimen 引起血小板降低程度較輕微，僅達 Grade 1，佔 92.9%。

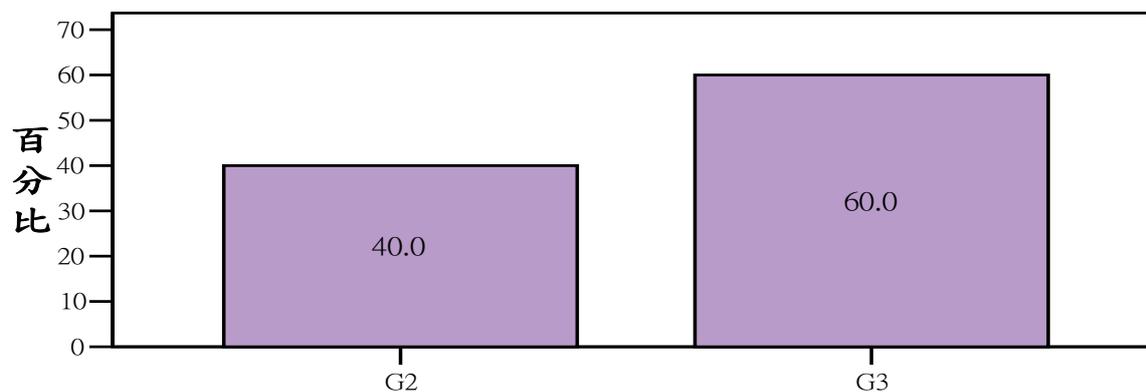
血色素降低

個數

		化療種類			總和
		PEC	Taxol+carboplatin	other	
血色素	G1=10.0-Normal	0	18	0	18
	G2=8.0-10.0	2	20	1	23
	G3=6.5-7.9	3	4	0	7
總和		5	42	1	48

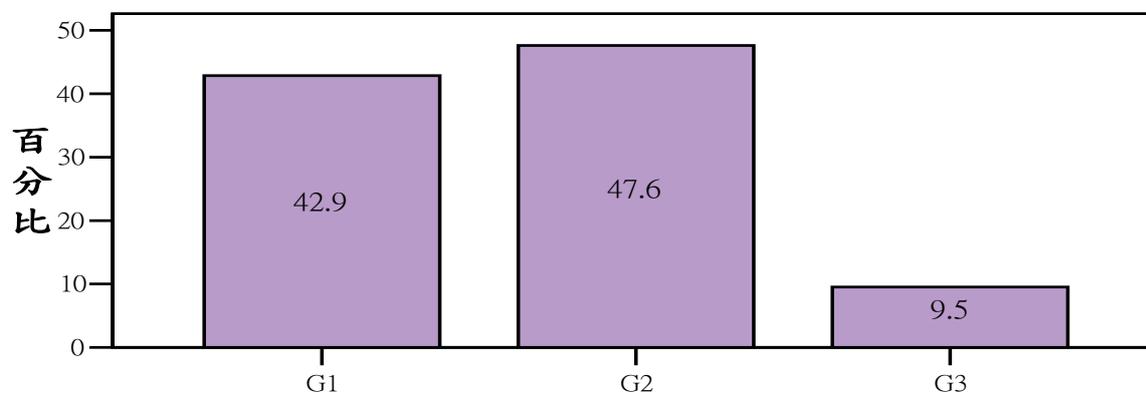
PEC

血色素



Taxol+ carboplatin

血色素

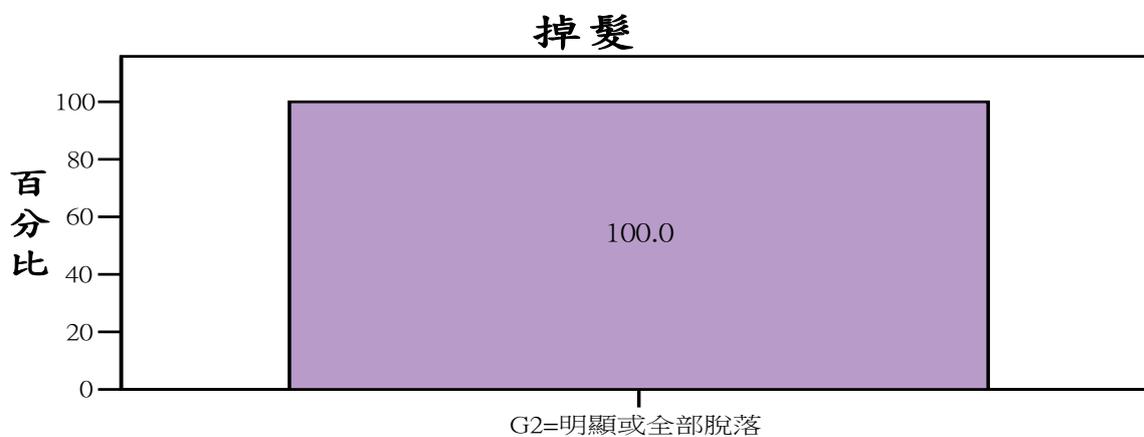


PEC Regimen 引起血色素降低程度到達 Grade 3，佔 60.0%，而 Taxol+ carboplatin Regimen 引起血色素降低程度較輕微，Grade 2，佔 47.6%。

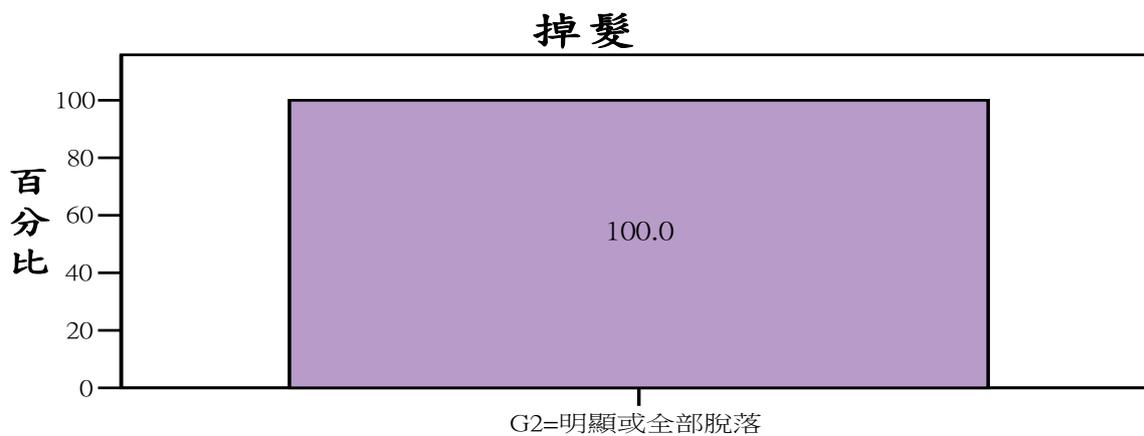
掉髮

個數		化療種類			總和
		PEC	Taxol+carboplatin	other	
掉髮	G2=明顯或全部脫落	5	42	1	48
總和		5	42	1	48

PEC



Taxol+ carboplatin



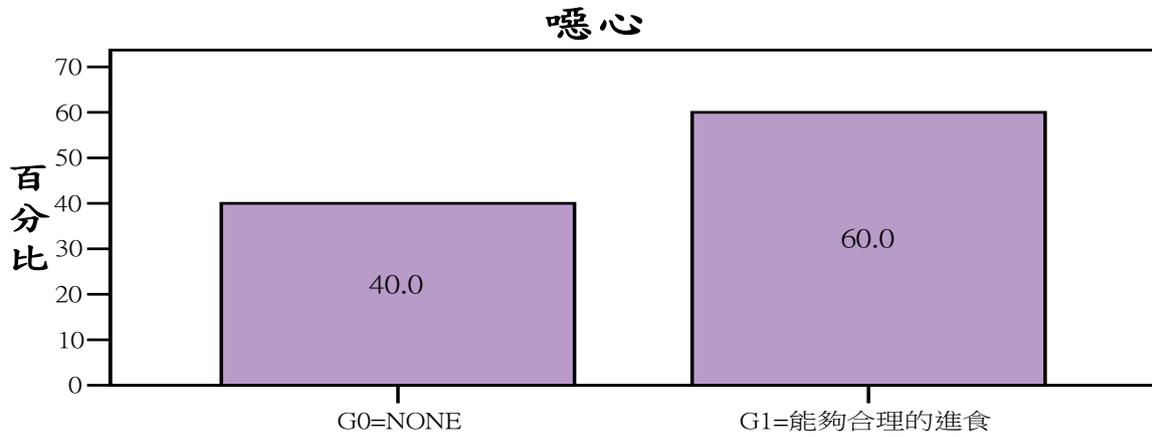
PEC 及 Taxol+carboplatin Regimen 引起掉髮的程度皆已達到 Grade 2 等級，皆為 100.0%。

噁心

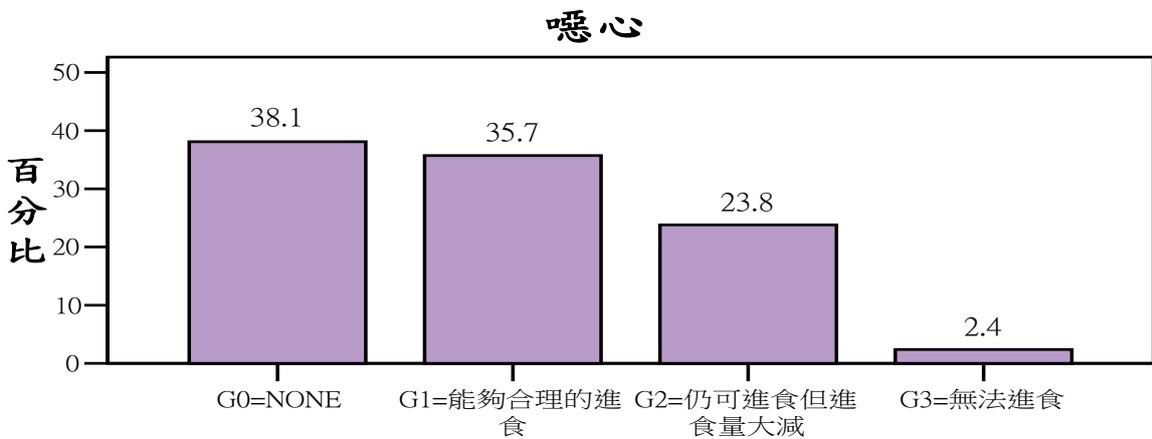
個數

		化療種類			總和
		PEC	Taxol+carboplatin	other	
噁心	G0=NONE	2	16	0	18
	G1=能夠合理的進食	3	15	1	19
	G2=仍可進食但進食量大減	0	10	0	10
	G3=無法進食	0	1	0	1
總和		5	42	1	48

PEC



Taxol+ carboplatin



PEC 及 Taxol + carboplatin Regimen 引起噁心程度較輕微，皆界於無或 Grade 1，PEC Regimen 佔 60.0%，而 Taxol + carboplatin Regimen，則佔 38.1%。

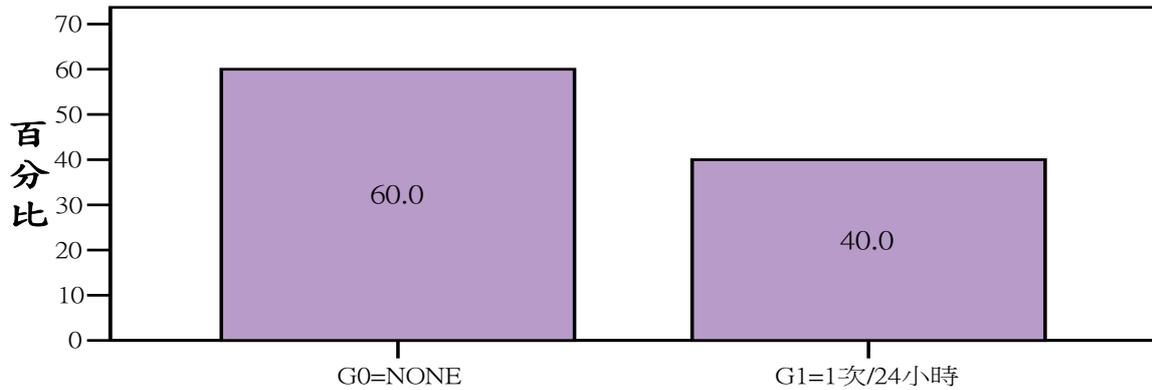
嘔吐

個數

		化療種類			總和
		PEC	Taxol+carboplatin	other	
嘔吐	G0=NONE	3	27	1	31
	G1=1次/24小時	2	10	0	12
	G2=2-5次/24小時	0	5	0	5
總和		5	42	1	48

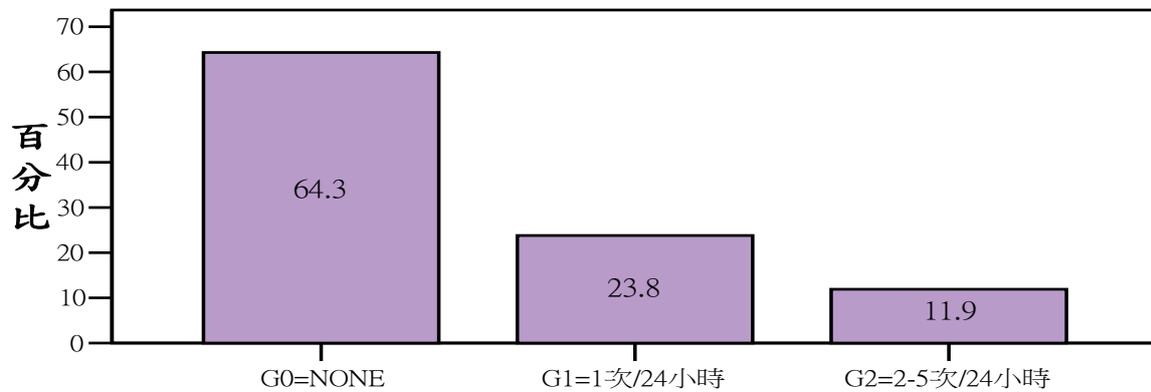
PEC

嘔吐



Taxol+ carboplatin

嘔吐



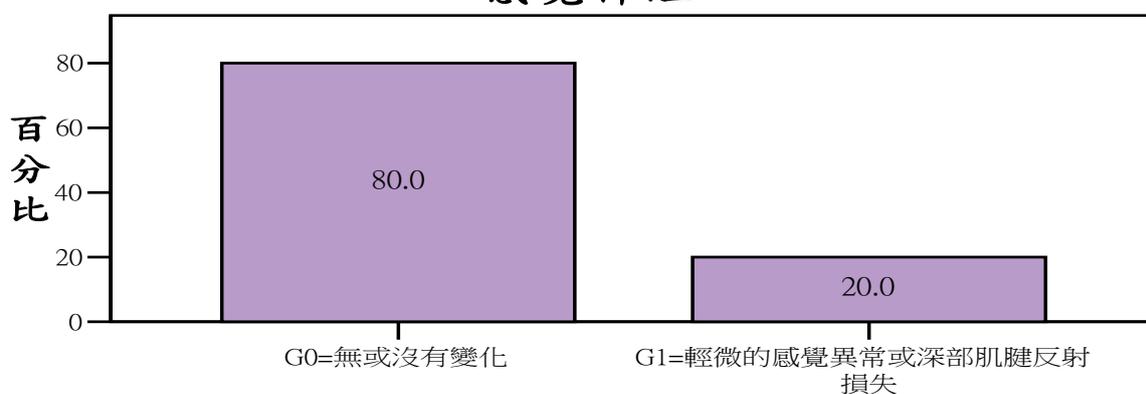
PEC 及 Taxol+carboplatin Regimen 引起嘔吐程度較輕微，界於無，PEC Regimen 佔 60.0%，而 Taxol+carboplatin Regimen，佔 64.3%。

感覺神經異常

個數		化療種類			總和
		PEC	Taxol+carboplatin	other	
感覺神經	G0=無或沒有變化	4	17	1	22
	G1=輕微的感覺異常或深部肌腱反射損失	1	20	0	21
	G2=輕微或中度的客觀感覺損失或中度的感覺異常	0	5	0	5
總和		5	42	1	48

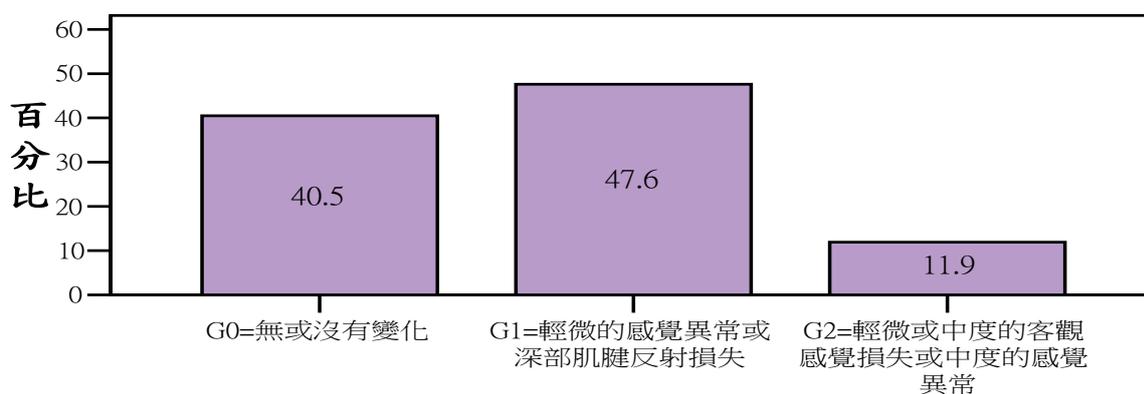
PEC

感覺神經



Taxol+ carboplatin

感覺神經



PEC 及 Taxol + carboplatin Regimen 引起感覺神經程度較輕微，界於無或沒有變化及 Grade 1，PEC Regimen 佔 80.0%，而 Taxol + carboplatin Regimen，佔 47.6%。

討論與結論：

一般卵巢癌的預後取決於癌細胞組織型態、分化程度、期數及術後殘存腫瘤大小。對於初期或分化程度較好的癌症患者有較好的存活率。根據國家衛生研究院資料顯示，上皮性卵巢癌近年來的五年存活率約為30%。

早期癌症細胞侷限在卵巢，通常沒有任何明顯症狀，卵巢腫瘤逐漸長大壓迫到鄰近的器官時，出現一些腸胃的症狀如下腹部不適、食慾不振、消化不良、噁心，由於症狀輕微，常因此被忽略。直到腹部脹、痛、腹水，甚至腸阻塞、慢性腎水腫併衰竭，或肺肋膜積水致呼吸喘等病情，才驚覺事態的嚴重性，但為時已晚，大多已是晚期了，所以胃腸道非典型的症狀若發生，則應考慮卵巢病變的鑑別診斷，卵巢癌的非典型症狀包括：吃了幾口飯就覺得飽，或沒有食慾、腹瀉、便秘、腸道飽脹感、排便習慣改變、常要急著排便、排便時有疼痛或燒灼熱感、直腸疼痛、腹脹、脹氣、感覺腰部的衣物太緊、感覺有腹部腫塊、非節食引起的體重減輕、噁心、嘔吐、心口灼熱、打嗝、消化不良、頻尿、急尿、漏尿、膀胱壓迫感、解尿灼熱感、有尿意但無法解出、尿解不乾淨、解尿後腹脹感、陰道出現分泌物、出血或點狀出血、性交深部疼痛、腹部、下腹部、下背部的不適感或疼痛。

卵巢癌的症狀不易偵測，使用婦科超音波或血液腫瘤指標（CA-125）值進行篩檢，對於停經前婦女篩檢準確度偏低。所以無論停經前、停經後的婦女，若有非典型胃腸道症狀或有不正常的陰道出血應立即就醫，以期早期發現病變，早期診斷及治療。

肺 癌 診 療 團 隊



賴瑞生主任、林旻希醫師

共同製作 101 年 5 月

肺癌診療團隊

團隊召集人：賴瑞生醫師（專科或次專科別：胸腔內科）

個管師：陳鏡妃護理師

核心成員
胸腔內科：林旻希醫師、朱國安醫師、丁耀明醫師、王鴻昌醫師 蕭惠元醫師
胸腔外科：張晃宙主任、湯恩魁醫師、邱欣怡醫師
放射科：吳銘庭醫師、黃逸倫醫師
病理科：簡竹君醫師
放射腫瘤科：胡渝昌醫師
非核心成員
胸腔內科：歐亭芸醫師、林聖哲醫師、盧慶祥醫師、林文仁醫師 陳彥廷醫師、楊崇德醫師、黃彥儒醫師
核子醫學科：彭南靖主任、胡晉醫師
營養室：石娉雯營養師

簡介：多專科團隊會議時間為每週一次

每週星期二早上 8:00-9:00

肺癌醫療團隊簡介

根據行政院衛生署統計，癌症為台灣地區十大死因之首，而多年來肺癌死亡率皆為台灣癌症死亡率第一名。有鑑於此，為提升本院癌症醫療品質，在 2004 年 10 月成立癌症治療中心及癌症多專科醫療團隊，包括肺癌、肝癌、乳癌、大腸癌、子宮頸癌及口腔癌。肺癌醫療團隊設召集人一人，核心成員與非核心成員各若干名，主要由胸腔內科，胸腔外科、放射線部、病理部、放射腫瘤科及核子醫學科多位主治醫師所組成。每週開會一次，必要時得召開臨時會。主要工作內容為制定肺癌醫療品質計畫與指標；建立本院肺癌病患資料庫；推動肺癌病患治療前後多專科討論；定期舉行病例討論與工作檢討；發展提升肺癌患者生活品質的相關醫療事務；舉辦肺癌醫療相關之教育課程與討論會；依年度計畫向腫瘤中心提報成果統計；每年修訂肺癌治療指引等。

肺癌醫療團隊組織章程

- (一) 致力發展以肺癌病人為中心的醫療模式，整合團隊力量提供肺癌病患全人、全程、全家、全時的醫療團隊照護與服務，以增進患者生活品質。
- (二) 協調各部科整合本院肺癌病人之診斷、治療、追蹤與預防等作業，期望能給予肺癌病人正確的分期，提供及時、適切、先進的治療，並減少與治療相關的併發症及後遺症。
- (三) 整合各科部的力量及資源，推動提升本院肺癌病人醫療品質之事務，並定期評值成效。冀望在提升肺癌病人醫療品質之餘，有機會做到提高肺癌患者的存活率和早期診斷的目標。

表一：台灣地區 2007 年 肺癌死亡統計資料（取自衛生署 國民健康局資料）

肺癌死亡率統計									
單位：人，每十萬人									
年 別	合 計			男 性			女 性		
	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡數	死亡率	標準化死亡率
96年	7,993	34.9	27.9	5,458	47.1	38.4	2,535	22.4	17.6
91年	6,846	30.5	28.5	4,714	41.1	38.3	2,132	19.4	18.2
86年	5,857	27.1	29.2	4,117	37.0	39.1	1,740	16.5	18.2
96 VS 91增減%	16.7	14.4	-2.11	15.7	14.5	0.2	18.9	15.4	-3.3
96 VS 86增減%	36.4	28.7	-4.46	32.5	27.2	-1.8	45.6	35.7	-3.3
附 註：標準化死亡率係以2000年WHO世界人口年齡結構為基準									

民國 96 年全台灣因癌症死亡為 40,306 人，該年癌症死亡率為 175.9/十萬人，其中因肺癌而死亡的病人數為 7,993 位，為 96 年國人主要癌症死因之首位。96 年肺癌死亡率為每十萬人 34.9 人，較 91 年增加 14.4 %；若與 86 年相較，則增加 28.7 %

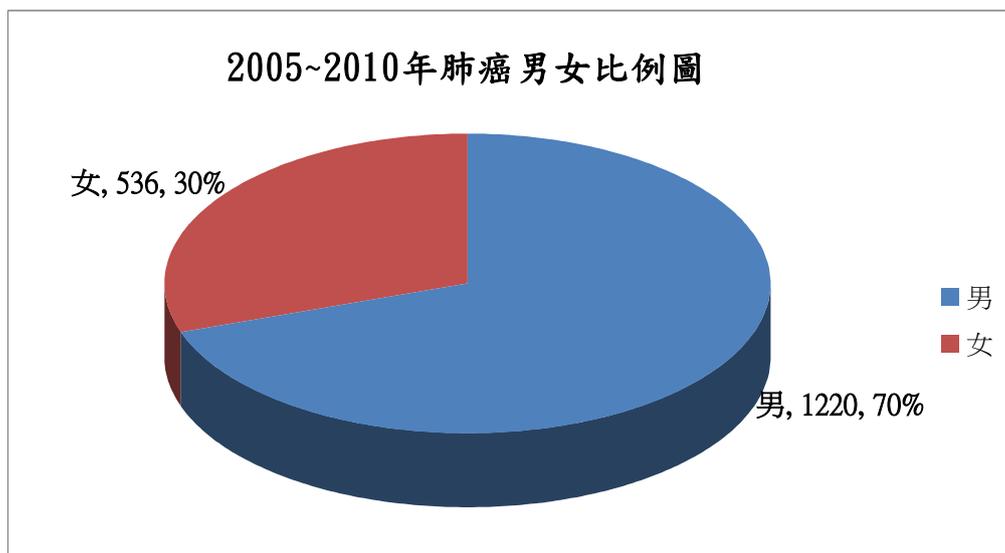
肺癌為男性癌症死因第二位，為女性癌症死因首位。96 年男性肺癌每十萬人死亡率 47.1 人，為女性死亡率的 2.1 倍。

以 2000 年 WHO 世界人口年齡結構為基準，計算標準化死亡率，96 年肺癌標準化死亡率為 27.9 人，與 91 年比減少 2.1 %；較 86 年則減少 4.4 %。96 年男性肺癌標準化死亡率為女性的 2.2 倍。

若觀察 96 年因肺癌死亡之男性年齡中位數為 73 歲，女性為 71 歲，顯示肺癌死者以老年人居多。肺癌死亡人數男性有 9 成是集中於 55 歲以上，而女性則是近 9 成集中於 50 歲以上，且各年齡組之男性死亡率高於女性。

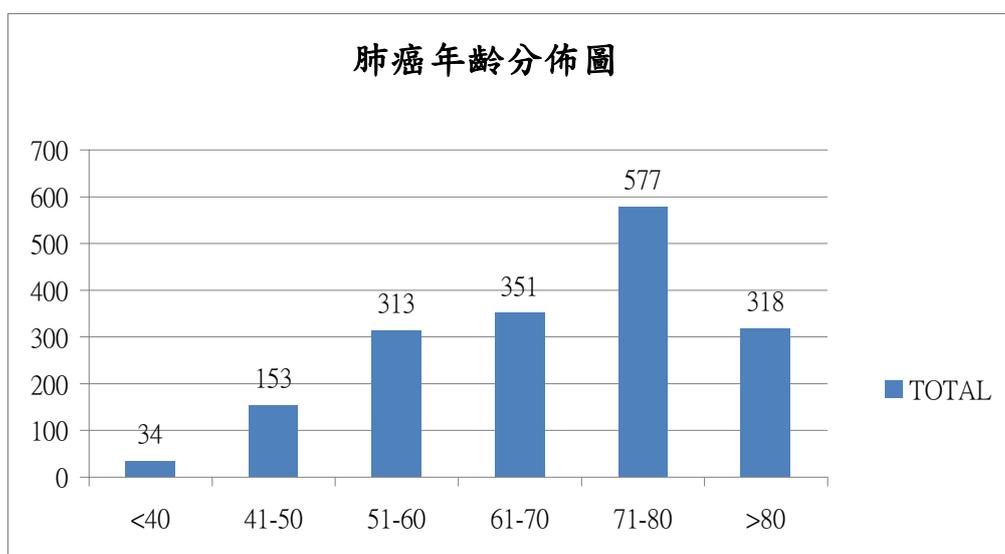
2005-2010 年肺癌醫療統計摘要

2005-2010 年高雄榮總共收錄 1,756 位肺臟惡性腫瘤確診病人，平均每月確診人數為 26.6 例。



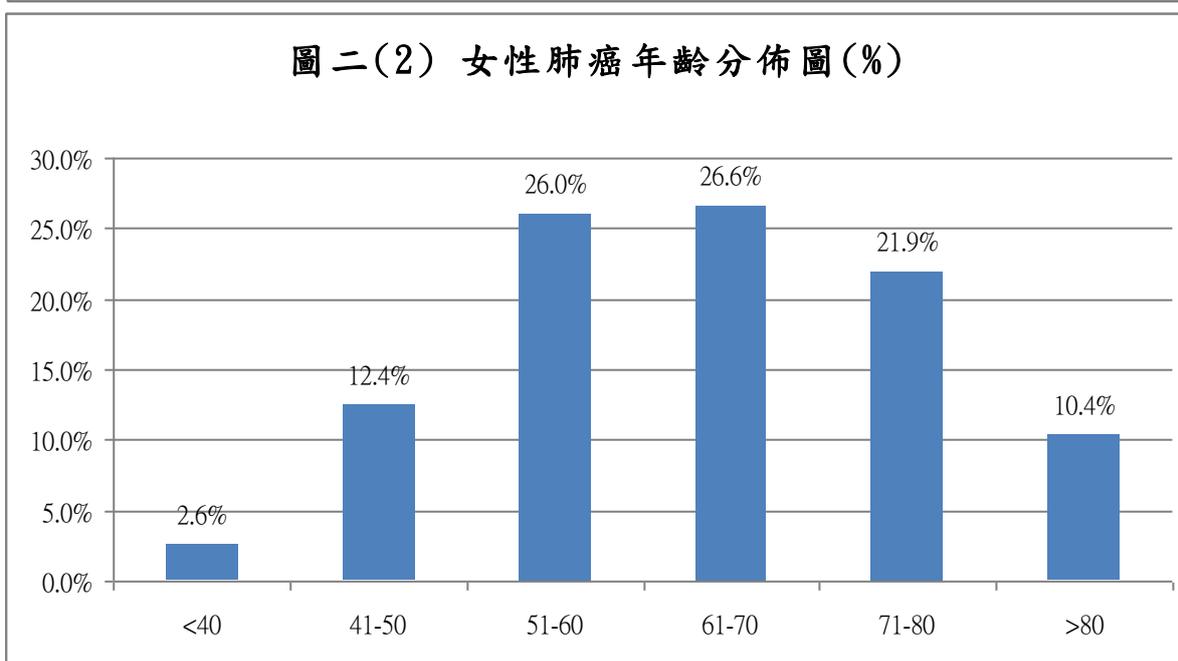
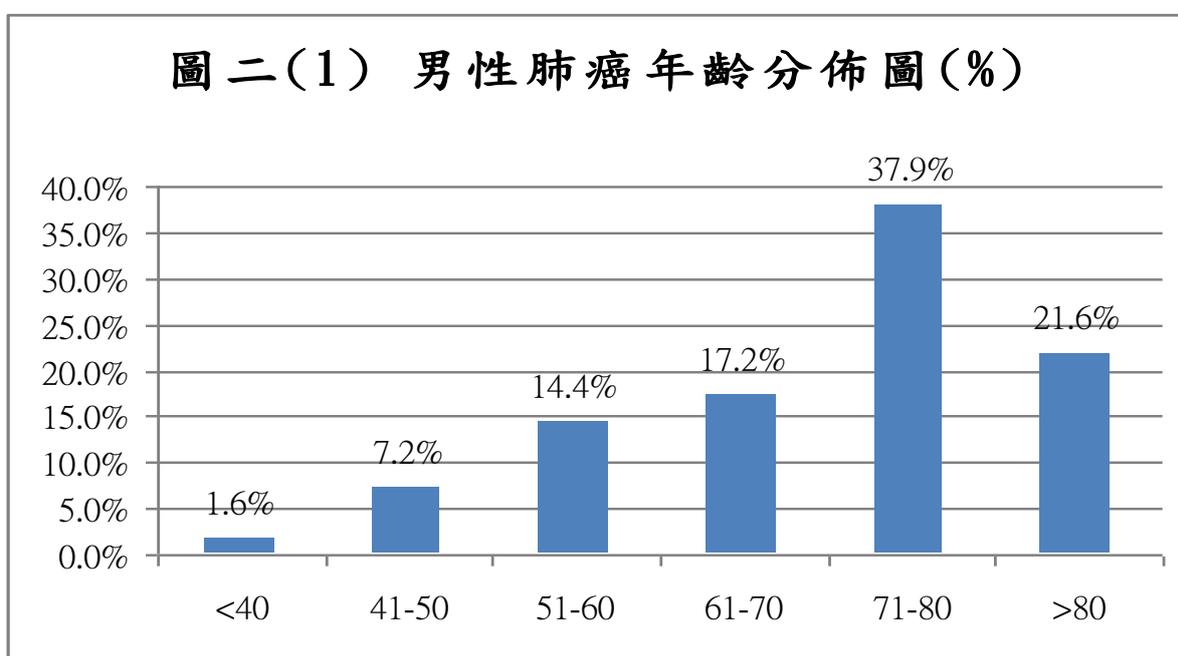
圖一：肺惡性腫瘤—性別比例圖

根據衛生署資料：台灣肺癌粗死亡率，男性為 47/十萬人；女性為 22/十萬人。男性肺癌病人比女性多，男/女比約為 2。高雄榮總 2005-2010 年肺癌病人整體的男/女比值為 2.3，高於台灣統計資料，這可能與榮民醫院收治榮民有關。



圖二：肺癌年齡分佈圖

隨著年齡增加，肺癌病人的數目也增加。高雄榮總肺癌病人的發病年齡層最高峰落在 71-80 歲之間（圖二）。若定義大於 70 歲以上為老年，則肺癌屬於高齡疾病，70 歲以上患者占有所有肺癌患者的 51.3%，其中男性大於 70 歲者達 59.5%；女性則為 32.3% [圖二(1)；圖二(2)]。高齡病人容易伴隨較多的既有疾病(Comorbidity)，若要對於高齡病人施予治療（手術切除、化學治療、放射線治療），更要審慎評估。2005-2010 年小於 40 歲的肺癌病人佔所有肺癌病人的 2.3%，在女性中小於 40 歲的肺癌病人比例更高，佔 2.6%。



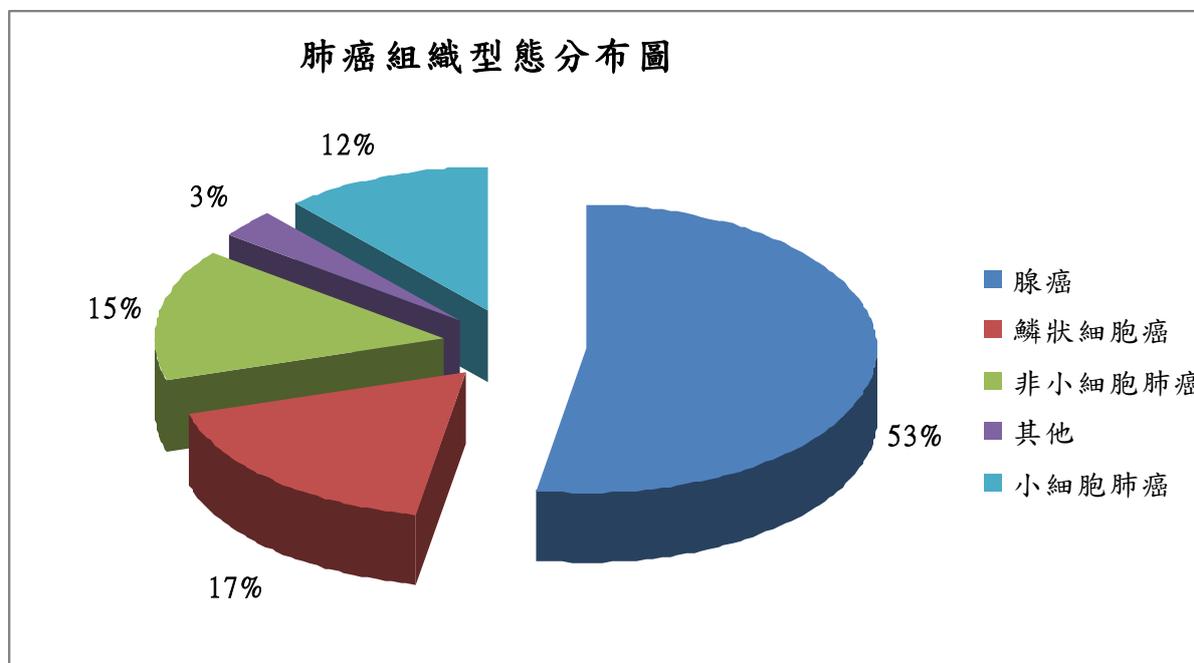
表二：肺惡性腫瘤—小細胞癌、各類型非小細胞癌的人數分佈表

	非小細胞肺癌				小細胞肺癌
	腺癌	鱗狀細胞癌	非小細胞肺癌	其他	小細胞肺癌
總人數	922	307	264	51	205
百分比	53%	18%	15%	3%	12%

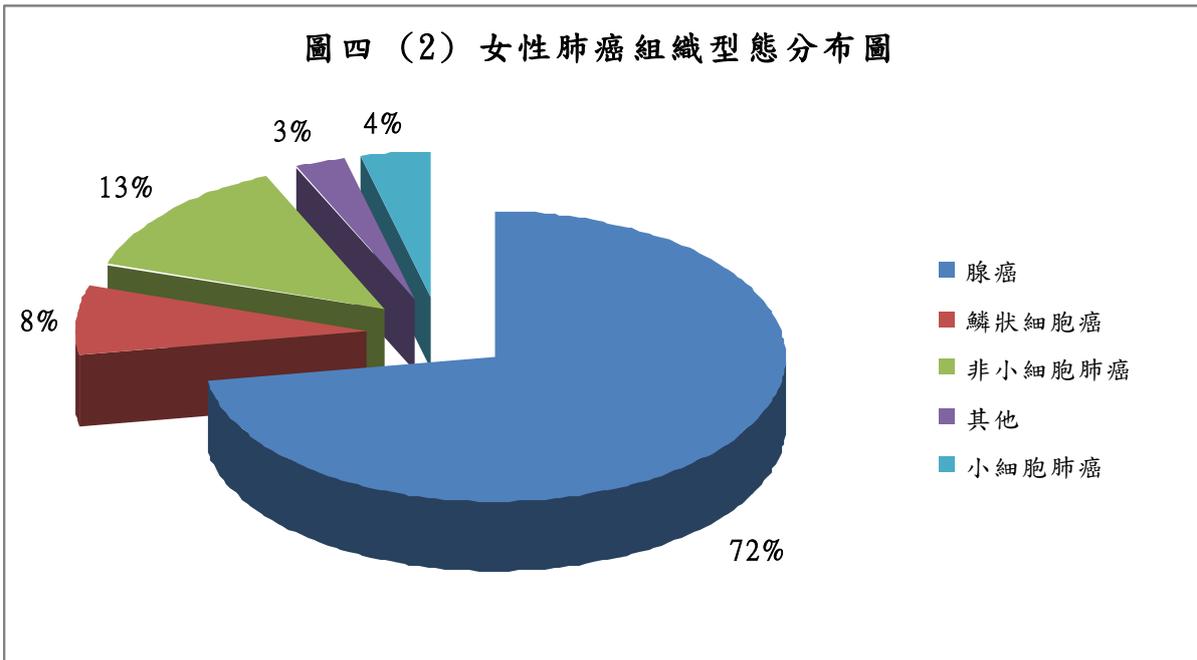
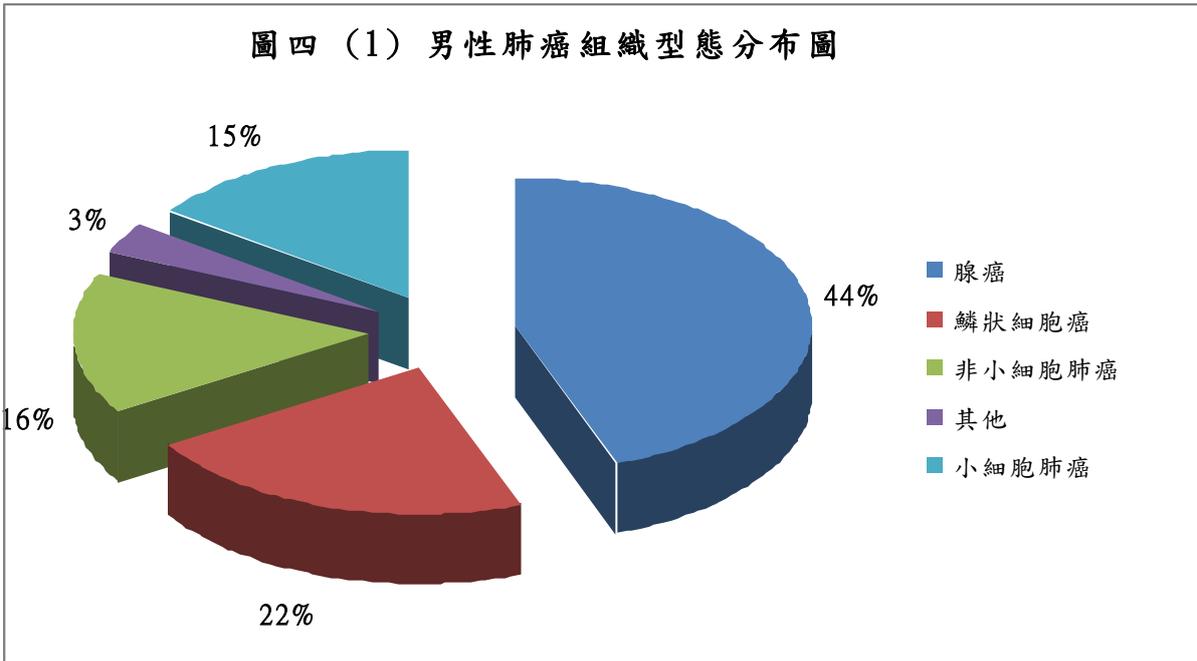
圖三與表二的樣本數為 1,756 位肺癌病人的組織型態：小細胞癌佔 12%。一般國外文獻記載小細胞肺癌佔 15-20%；台灣癌症資料庫的資料則顯示小細胞肺癌約佔 10-15%。高雄榮總肺癌組織型態分佈與台灣肺癌流行病學的趨勢相符。自 1952 年以來，台灣的非小細胞肺癌以腺癌 (adenocarcinoma) 佔多數，一直維持在四成以上 (40.4—47.3%)，這種趨勢也反應在高雄榮總的癌症資料庫上。高雄榮總的非小細胞肺癌的次分類以腺癌為大宗，超過一半 (922/1756, 53%)，尤其是女性，肺腺癌高達 72%，這幾年腺癌的比例有逐年增加的趨勢。其次是鱗癌 18% (307/1756)。

值得注意的是「NSCLC」項高達 15% (264/1756)，可能的原因包括很多檢體都是小標本 (如：電腦斷層導引下經皮穿刺切片、支氣管鏡切片、肋膜積液細胞學、痰液細胞學)，病理醫師區分組織學型態有困難，而歸類到「其他」項，即僅給予「非小細胞肺癌」的診斷，而無法再往下做組織學型態的細分類。另有一些是腫瘤本身無特別的分化，病理醫師無法下非小細胞肺癌次分類的診斷。在 2010 年，『非小細胞肺癌』的比例減少，有更多的病理標本利用免疫化學染色來得到進一步次分類的診斷。現今的治療強調個人化的治療，根據臨床、組織病理學型態、分子生物學特性來給予病人最適當的治療，一方面有最好的療效，一方面避免不必要的副作用。病理醫師要儘可能提供組織病理學型態的診斷，必要時須依賴免疫化學染色及分子生物學分析的協助來下組織病理學的診斷。負責診斷的臨床醫師也應儘可能提供最多的標本，不過這涉及侵襲性診

斷的風險，如何在組織學型態的細分類診斷能得到的治療效益與侵襲性診斷必須冒的風險間拿捏，端賴臨床醫師的經驗與智慧。



圖三：肺惡性腫瘤－組織型態分佈圖



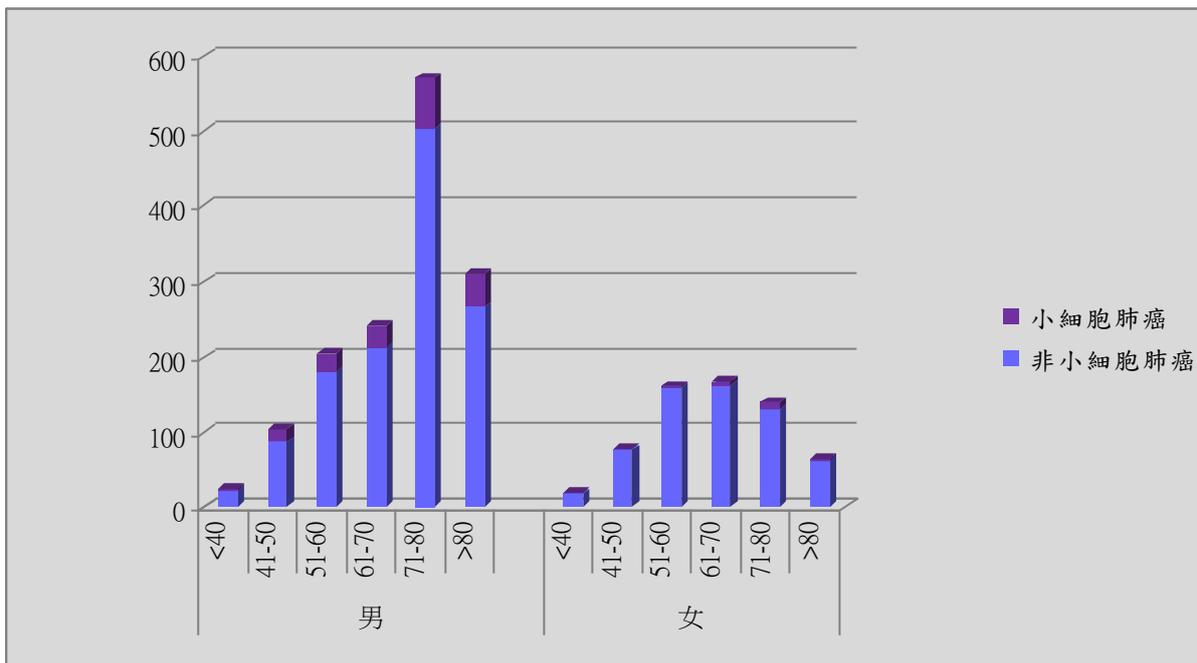
圖四：肺惡性腫瘤－組織型態與性別關係圖

若以性別觀點來剖析不同性別中各肺癌次分類的分佈，結果如下：女性患者 (N=536) 小細胞肺癌佔 4%；鱗癌佔 8%；腺癌佔 72%；男性患者 (N=1,220) 小細胞肺癌佔 15%；鱗癌佔 22%；腺癌佔 44%。

表三：肺惡性腫瘤之組織型態與性別關係

	非小細胞肺癌				小細胞肺癌
	腺癌	鱗狀細胞癌	非小細胞肺癌	其他	小細胞肺癌
男	541	264	193	39	183
女	381	41	71	14	21
總人數	922	305	264	53	204

若以肺癌次分類的觀點，來剖析各次分類中男女性別的分佈（表三），男性小細胞肺癌（183/204,89.7%）和非小細胞肺癌中的鱗狀上皮癌（264/305,86.6%）的百分比相當高；女性則在腺癌（381/922,41.3%）佔有率約為四成，雖然仍以男性病人居多，但若以所有女性肺癌病人而言，女性肺腺癌則佔相當大比例（72%）

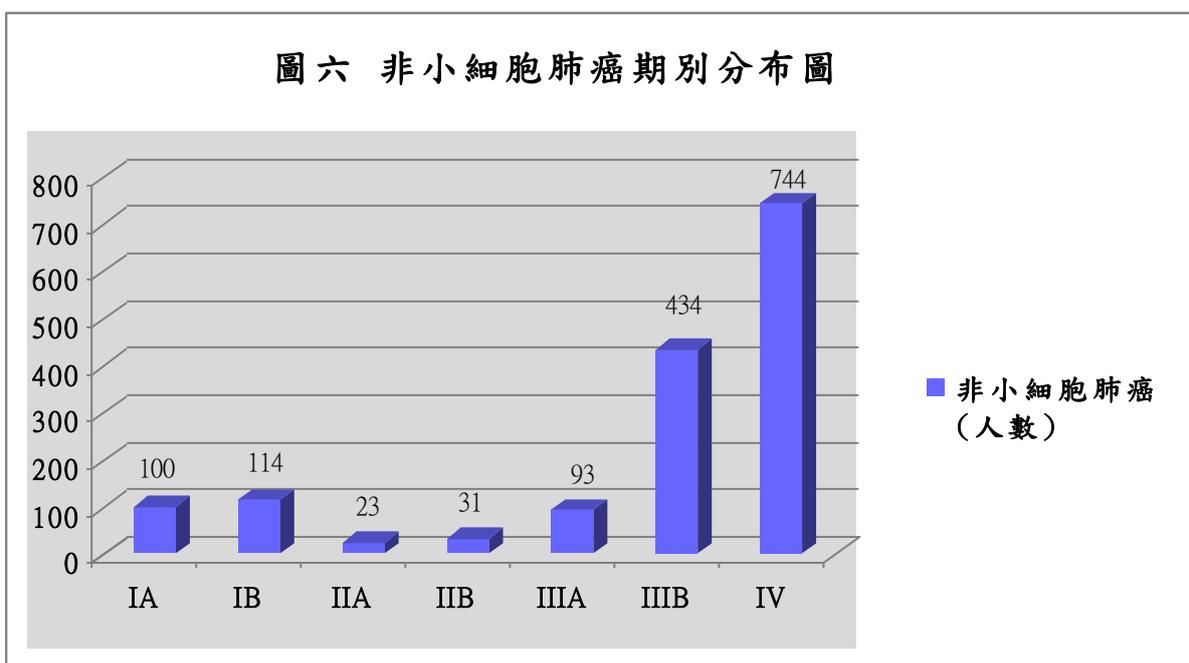


圖五：肺惡性腫瘤一年齡、性別、組織型態關係圖

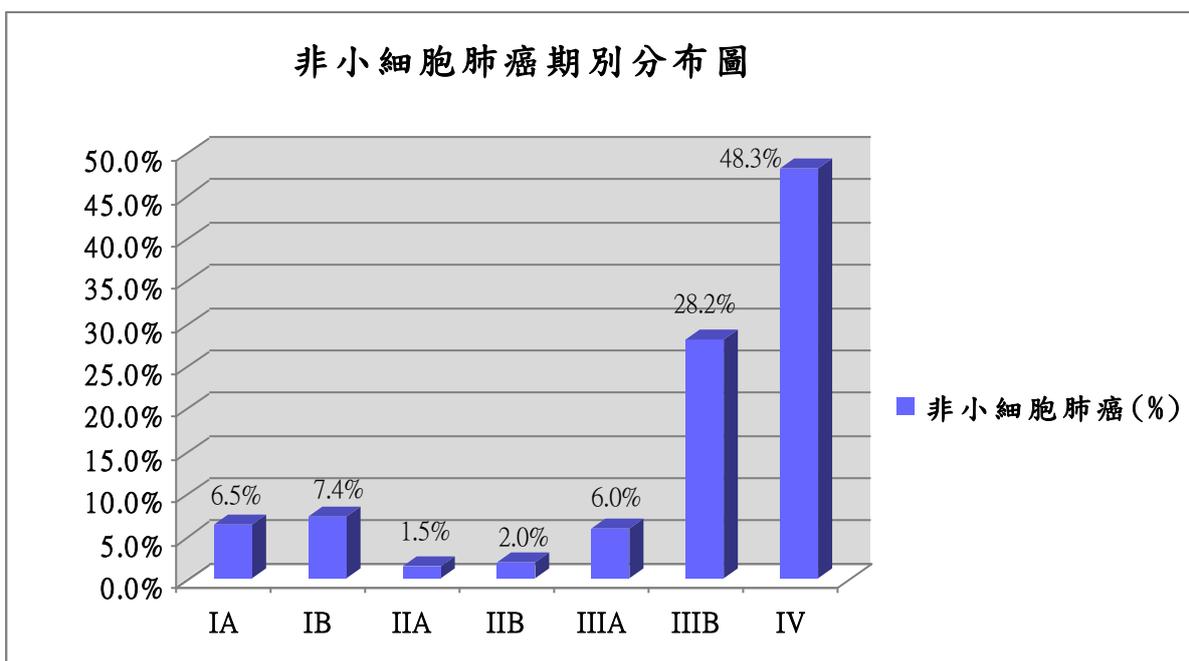
承上圖年齡、性別、組織型態關係圖，呈現兩個現象，一個是腺癌佔全部有明確次分類的肺癌病人的約六成(62.4%)，因此我們不會訝異腺癌在每個年齡

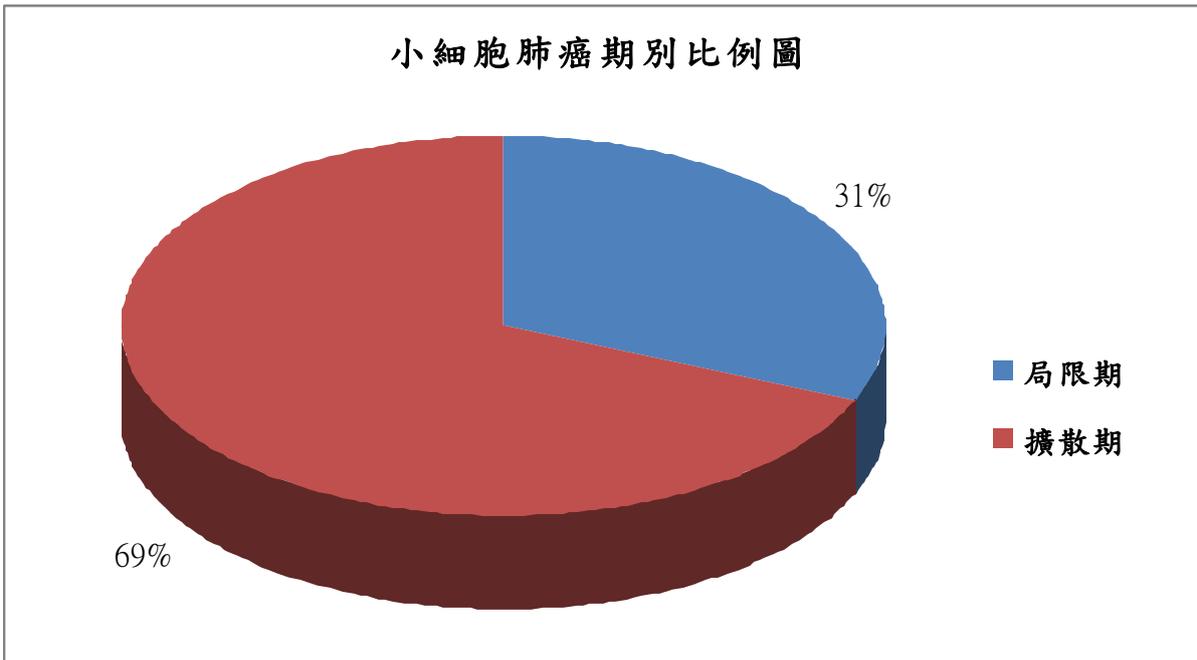
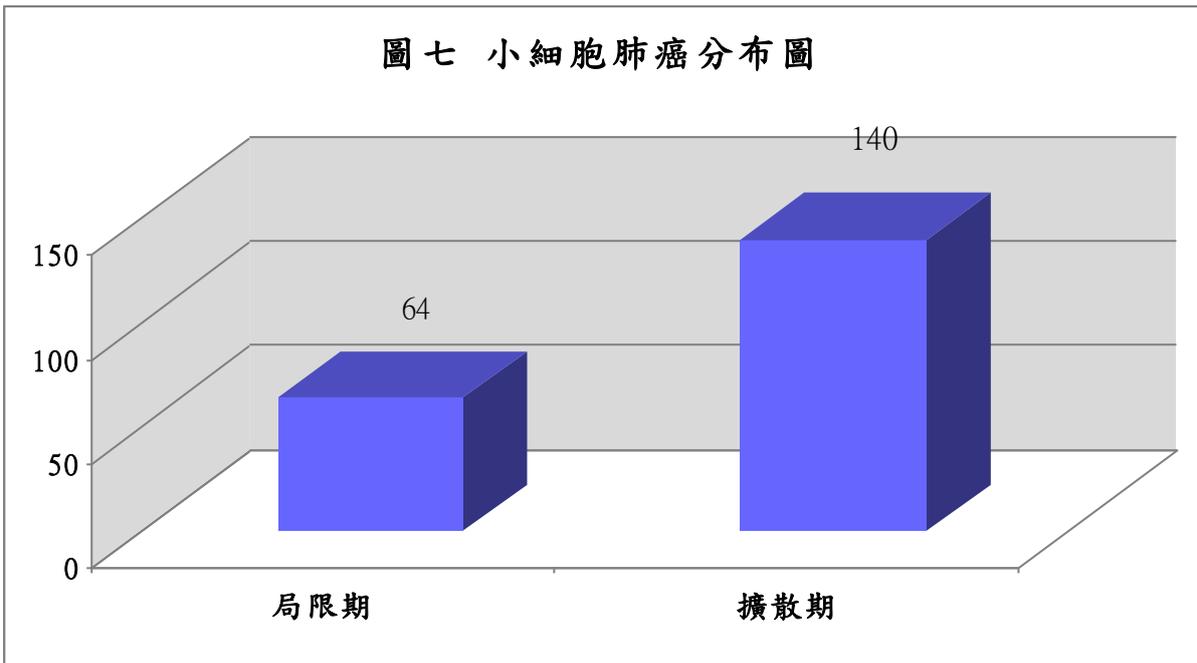
層都佔多數的現象；二是已知肺腺癌病人中也有四成（41.3%）為女性；由圖五發現，肺癌發病高峰男性為 71-80 歲，女性為 61-70 歲。綜合來說，台灣非小細胞肺癌中的腺癌，是肺癌的大宗、女性得肺腺癌的比例尤其高、且發病高峰期相對偏早。

圖六 非小細胞肺癌期別分布圖



非小細胞肺癌期別分布圖





圖六、七：肺惡性腫瘤－組織型態、期別關係圖

圖六、七的有效樣本為 1,756 位病人。當確立診斷時，小細胞肺癌 (140/204,68.6%) 有將近七成，而非小細胞肺癌 (744/1539,48.3%) 有四成八的病人都已是遠處轉移 (表四)。2005-2010 年早期肺癌有機會手術者佔了 23.4%，接近台灣癌症資料庫的數據。

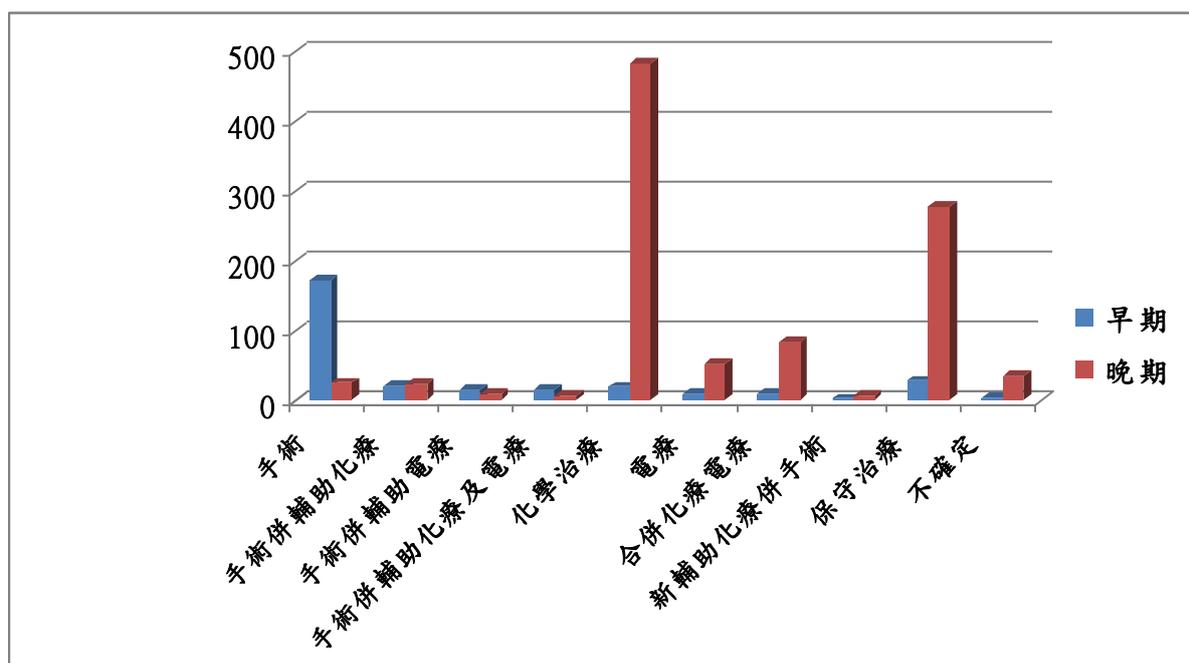
因為 AJCC 分期系統的改變，非小細胞肺癌病人診斷時的期別分佈也有一些改變。有更高比例的病人診斷時已經是第四期，III B 期則相對減少。

小細胞肺癌過去使用局限性及擴散期的兩期別分期系統，2010 年後使用 TNM 分期系統。兩期別分期系統與 TNM 分期系統差異太大，這個年報仍延續過去的兩期別分期系統來紀錄及分析。在小細胞肺癌，TNM 分期系統的第 IA 到 III B 期屬於兩期別分期系統的局限性，TNM 分期系統的第 IV 期屬於兩期別分期系統的擴散期。

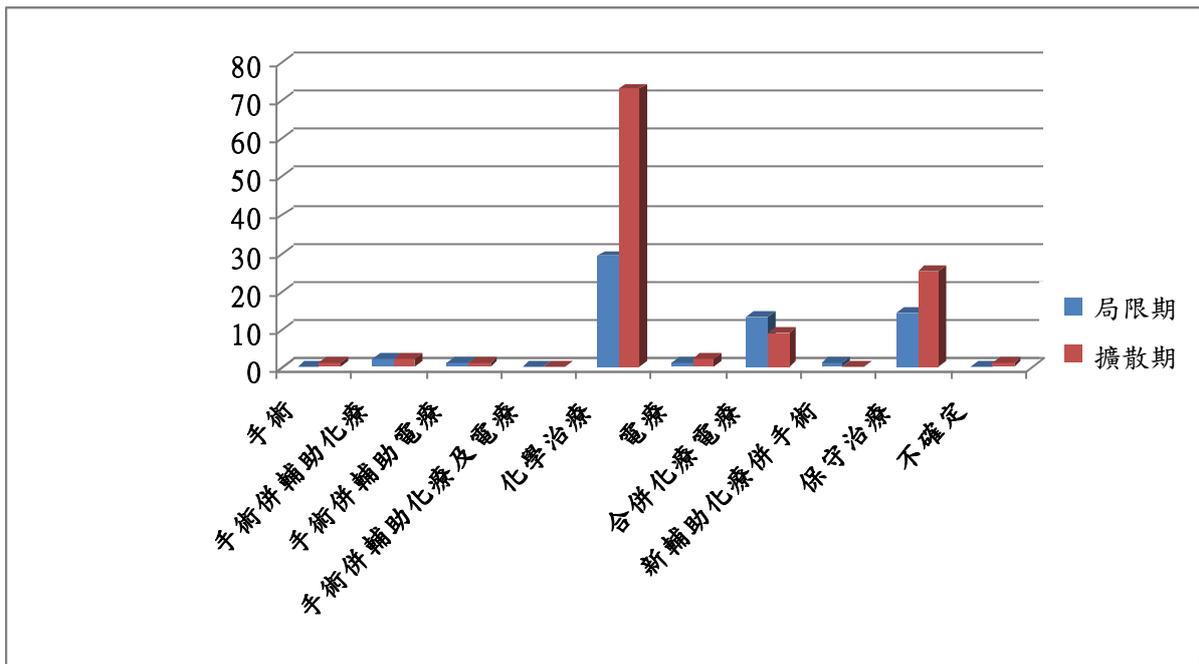
表四：肺惡性腫瘤—小細胞癌與非小細胞癌的各期別人數分佈表

小細胞肺癌	局限性	擴散期
小細胞肺癌 (人數)	64	140
小細胞肺癌 (%)	31%	69%

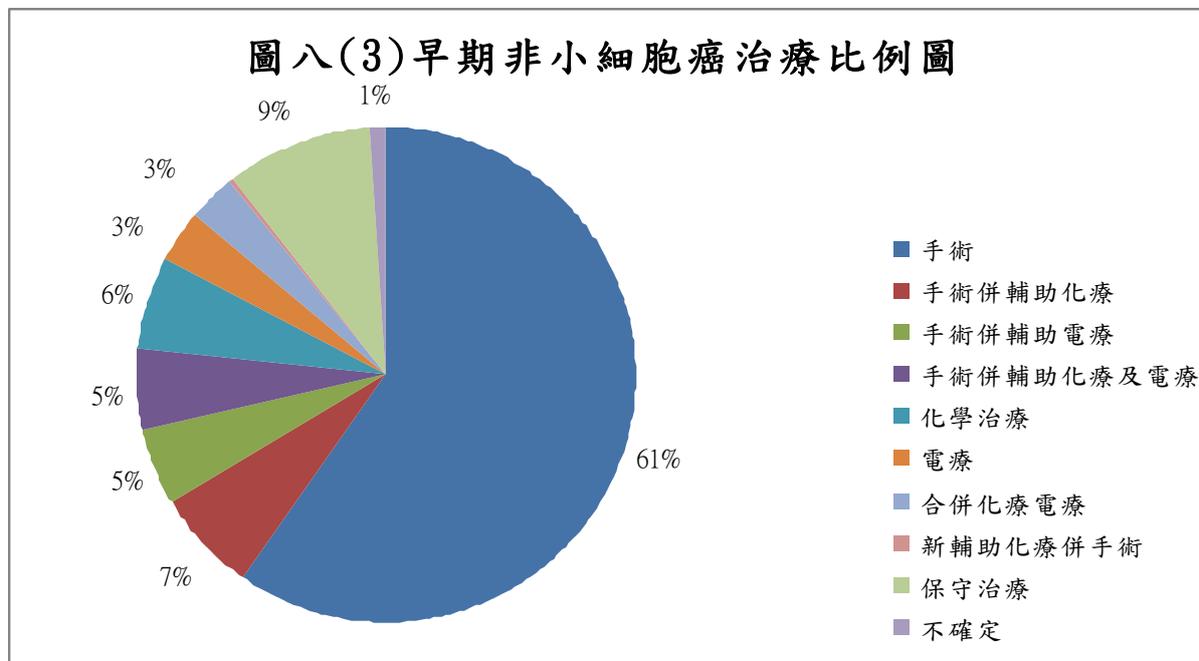
	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV
非小細胞肺癌 (人數)	100	114	23	31	93	434	744
非小細胞肺癌 (%)	6.5%	7.4%	1.5%	2.0%	6.0%	28.2%	48.3%



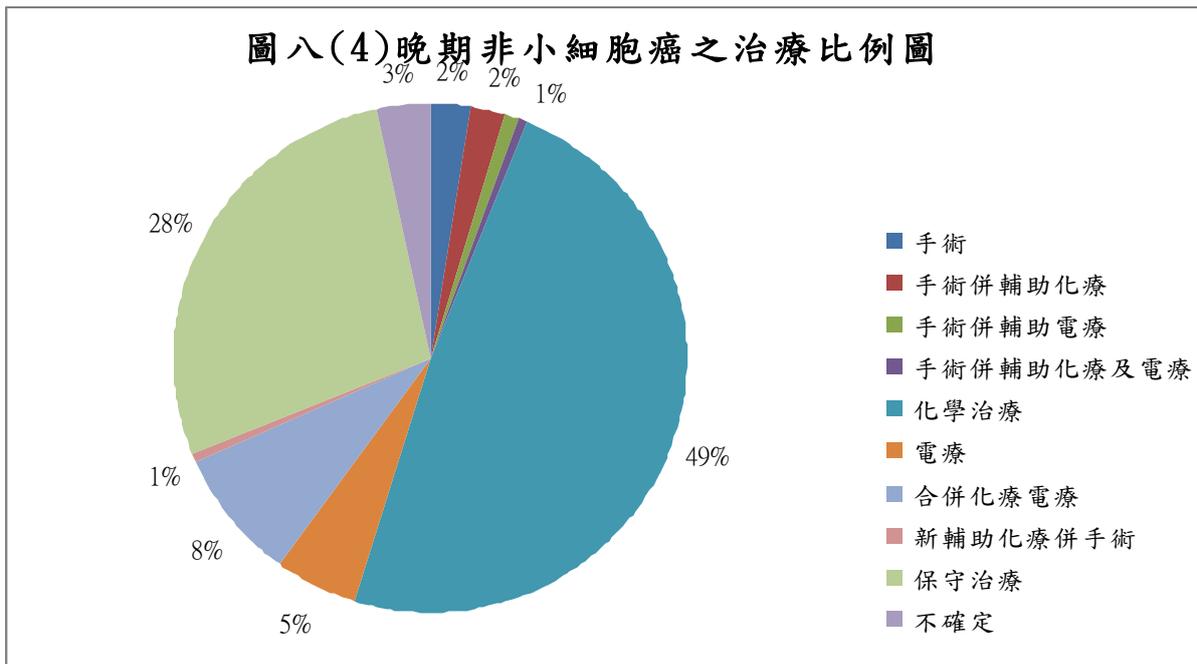
圖八(1) 非小細胞肺癌依期別之治療比較



圖八(2) 小細胞肺癌依期別之治療比較



圖八(3) 早期非小細胞癌治療比例圖

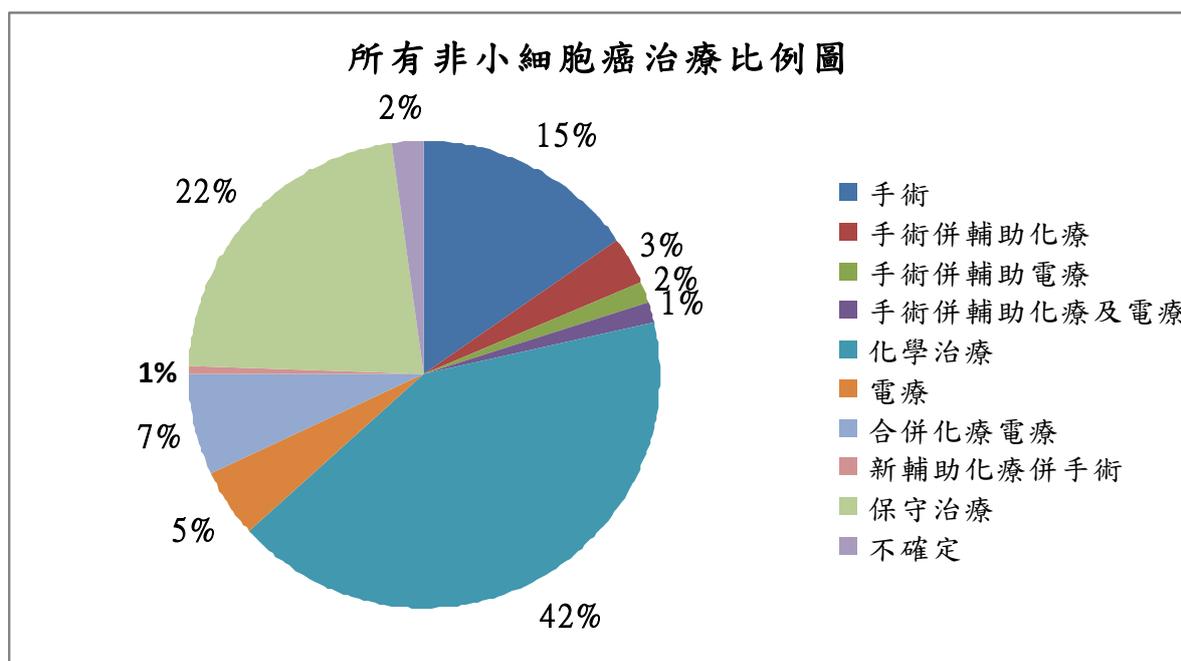


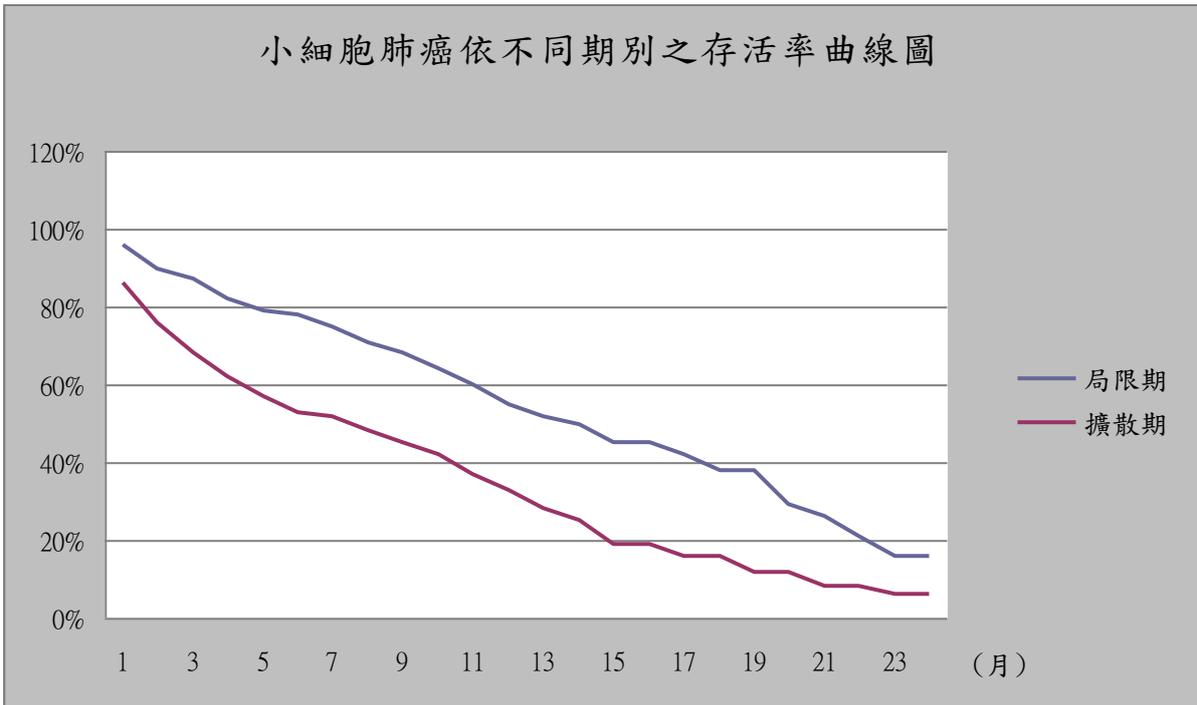
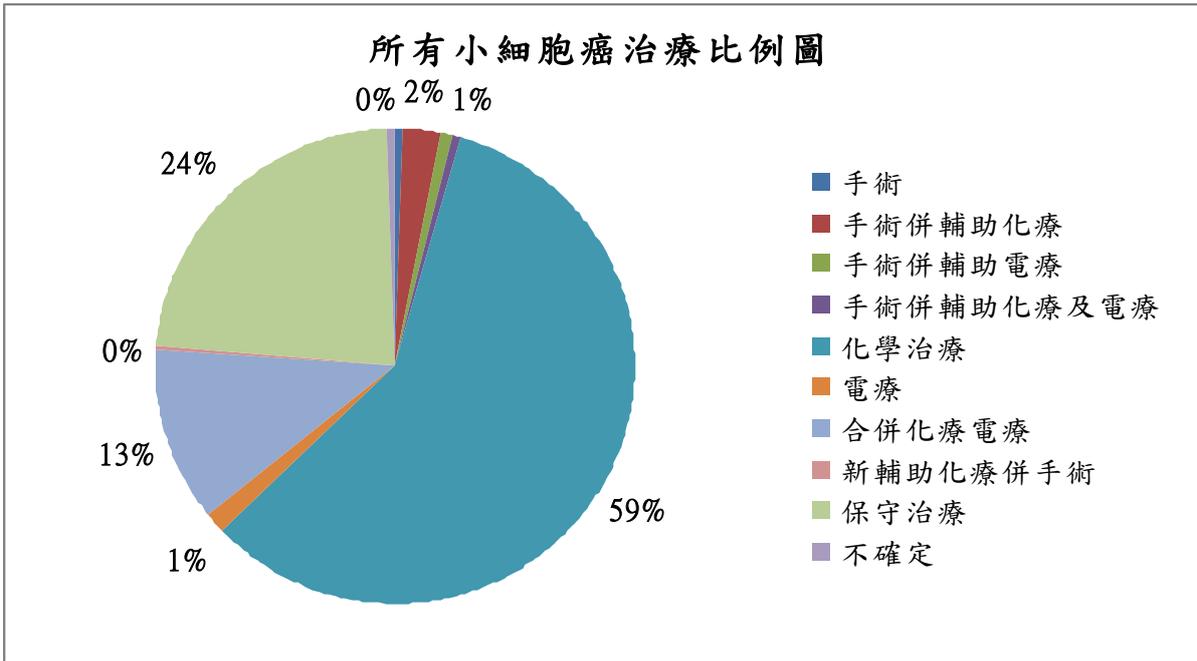
表五：肺惡性腫瘤－各期別的治療方式人數分佈表

	非小細胞肺癌							小細胞肺癌	
	IA	IB	II A	II B	III A	III B	IV	局限期	擴張期
手術	79	95	14	9	12	9	15	0	1
手術併輔助化療	3	6	1	1	14	14	11	3	2
手術併輔助放療	1	0	2	6	7	1	7	1	1
手術併輔助化療及放療	2	1	0	3	10	3	3	1	0
化學治療	2	6	0	1	22	216	392	33	86
放射治療	1	3	0	4	2	16	49	1	2
合併化療放療	0	2	0	1	8	23	70	14	10
新輔助化療併手術	0	0	0	1	2	4	1	1	0
保守治療	1	10	1	6	14	125	182	16	31
不確定	1	1	0	0	1	19	14	0	1

表五有效樣本為 1,756 位病人

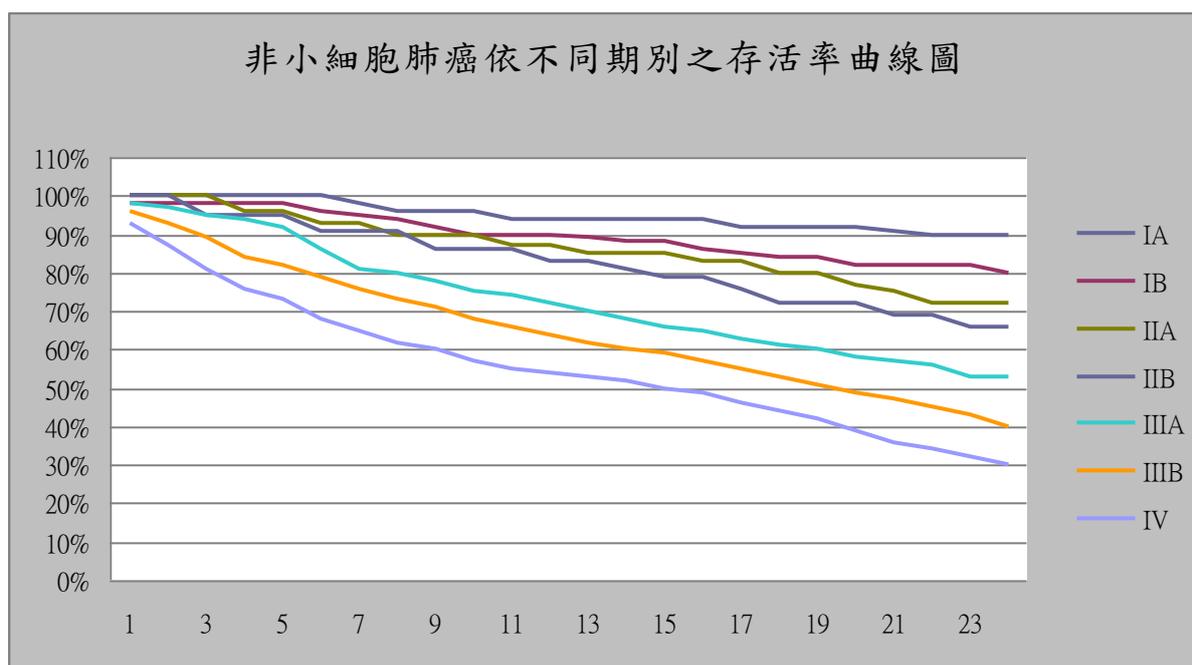
小細胞肺癌的治療方式以化療為主，僅有一例於接受 6 個療程的化療後接受手術。非小細胞肺癌的第一期以手術切除為主；第二期還是以手術切除為主，但有些會佐以術後輔助治療；第三期的治療最不統一，多樣化，尤其是 IIIA 期，這代表 IIIA 期的疾病多元，IIIA 期病患的治療，手術切除、化療、放療都可行，但是該選用哪種方式？單一或合併治療？先後順序如何？視病人的個別病況及臨床醫師的判斷而定。第 IIIB 期及第四期則以化療為主，但其中有 24 例接受單獨手術切除(9 個 IIIB 期，15 個第 IV 期)、25 例接受手術加術後化療、8 例接受手術併術後放療、6 例接受手術併術後化療放療。以上這 63 例應個別討論，辨清為何種形式 stage IIIB、stage IV，手術的考量及手術切除後的結果。





圖九：高雄榮民總醫院小細胞肺癌病人整體存活曲線圖

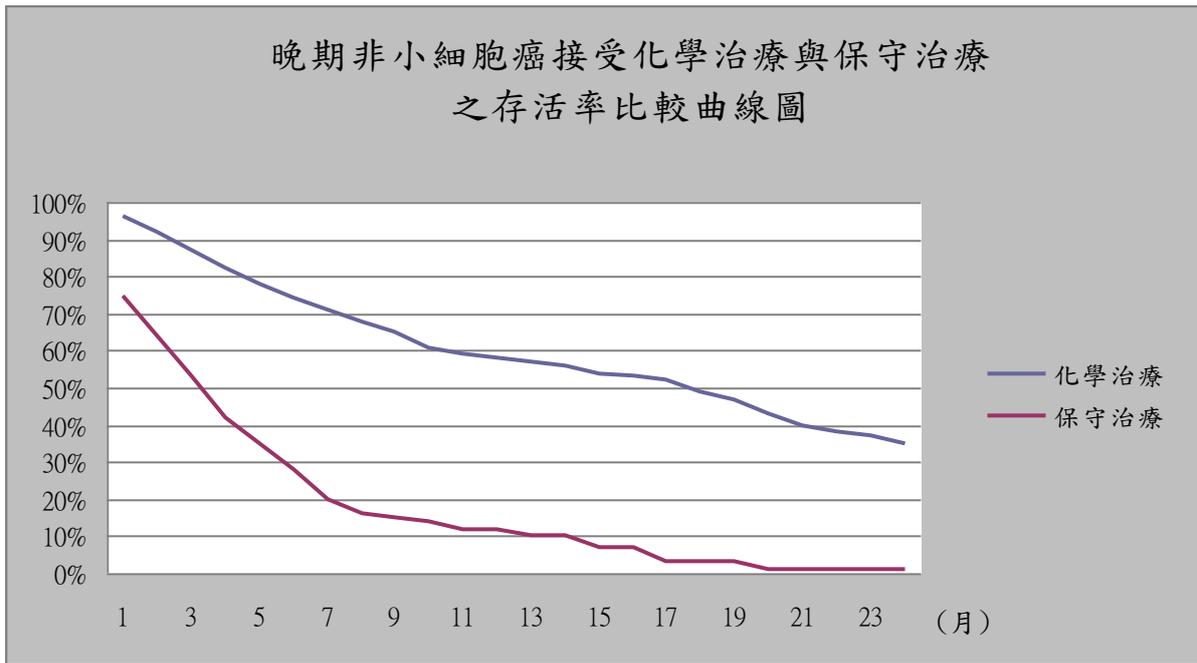
擴散期小細胞肺癌，一年存活率 33%，兩年存活率 6% (圖九)。局限期小細胞肺癌，一年存活率 55%，兩年存活率為 16%。



圖十：高雄榮民總醫院 非小細胞肺癌病人整體存活線圖

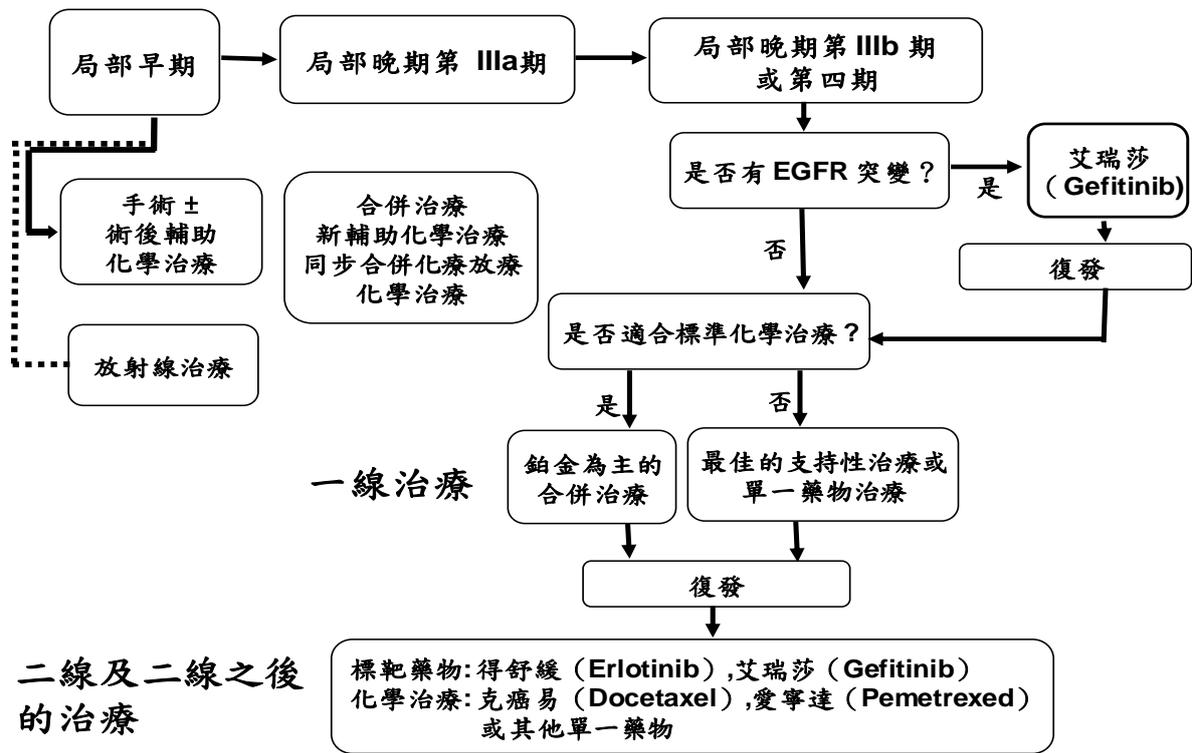
表六：高雄榮民總醫院 2005-2010 年非小細胞肺癌病人存活率比較表

stage	3-months survival	6-months survival	1-year survival	2-years survival
I A	100.0%	100.0%	94%	90%
I B	98%	96%	90%	80%
II A	100.0%	93%	87%	72%
II B	95%	91%	83%	66%
III A	95%	86%	72%	53%
III B	89%	79%	64%	40%
IV	81%	68%	54%	30%



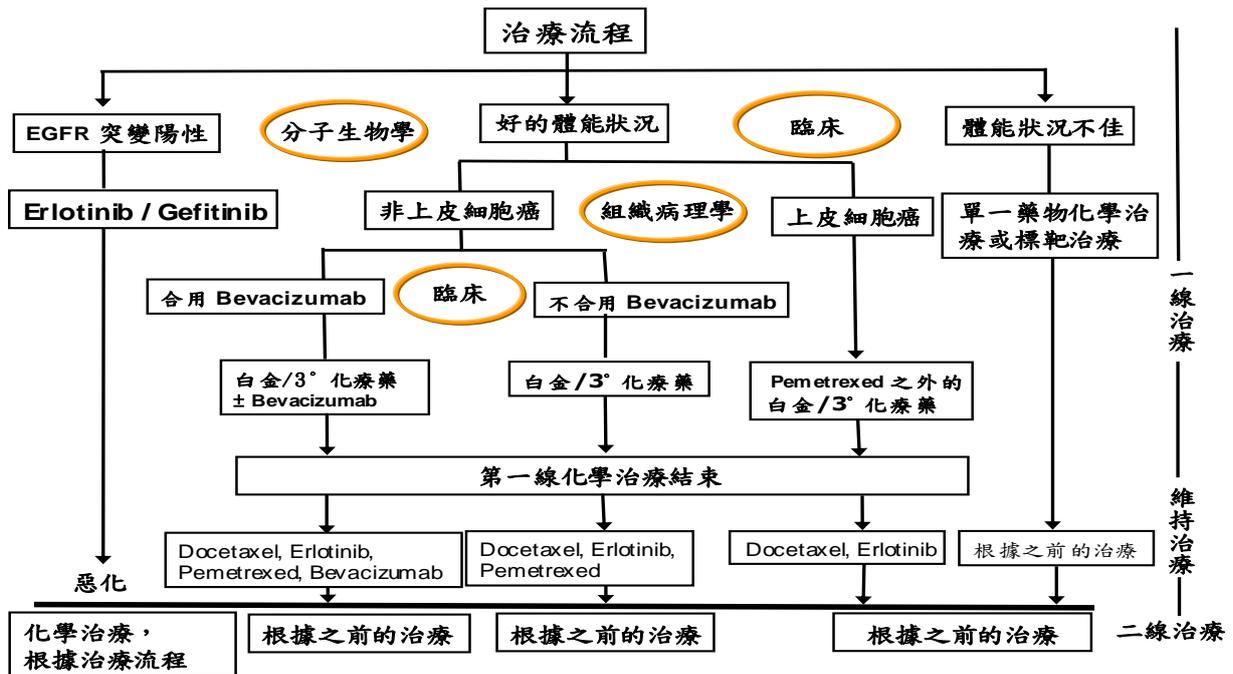
圖十一：比較不同治療方式的存活率

局部早期非小細胞癌(第 I、II、III A 期)，其兩年存活率可到 70%。其中 IA、IB、II A、II B 期的兩年存活率為 90%、80%、72%、66%。在局部晚期及轉移的非小細胞肺癌(第 III B、IV 期)，其兩年存活率分別為 40%、30%。若將 2009-2010 年與 2005-2008 年的統計資料相比，第 III B 期與第四期的一年及兩年存活率有上升趨勢，這可能與近幾年新一代化療藥物及標靶藥物的進步及健保更多適應症的開放有關。另一方面，診斷工具及分期系統的改變也可能使得第四期的病人有較好的存活率。正子造影的使用增多，有更多沒有症狀單一轉移的第四期非小細胞肺癌病人。新的 TNM 分期系統中惡性肋膜積水從 III B 期變成第四期，都使得 2009-2010 年的第四期病人要比過去第四期病人有較好的存活。若是比較化學治療與保守治療，則可發現兩者的一年及兩年存活率有相當大的差異(圖十一)，雖然接受保守治療者可能其原本身體狀況就較差，然而抗癌藥物的進步可能也扮演部分角色。



圖十二：非小細胞肺癌的治療流程圖

晚期或轉移非小細胞肺癌的治療流程：2012



這是目前的治療原則。但是隨著新的實症醫學資料出現，不管是新藥物的

上市，藥物新的適應症，還是新的治療策略，治療原則可能會有一些演變。

在早期非小細胞肺癌，處理的原則是開刀，某些病人會接受術後輔助治療。對於年紀很大，體能狀況差，器官功能不佳的一些病人，我們可能考慮治癒性的放射線治療。對於局部晚期ⅢA 或部分ⅢB 的病人，治療的原則是合併治療 (Multi-modality therapy)，是新輔助化學治療、手術治療或同步化學放射線治療。在ⅢB 期及第四期非小細胞肺癌的病人，如果是化學治療的適合患者，我們給予標準的化學治療。如果不適合標準的化學治療，我們可能給予單一藥物的化學治療或最佳的支持性治療。另外，腫瘤如果有 EGFR 突變，我們可能一線給予艾瑞莎 (Gefitinib) 治療。如果治療有反應或病況穩定，在給予一定的治療療程後，我們可能密切追蹤觀察，如果復發，再給予後線的治療。可以給予標靶藥物，包括得舒緩(erlotinib)，艾瑞莎(gefitinib)等等，或是克癌易(docetaxel)，愛寧達 (pemetrexed) 或其他的單一藥物治療。在某些接受四到六個療程化學治療後仍有症狀或疾病穩定的病人 (stable disease)，我們給予維持治療 (maintenance therapy)。

非小細胞肺癌化學治療的配方如下：

一線化學治療藥物：

1. Gemcitabine (健擇) 900-1000 mg/m² IV D1,8,15
Cisplatin (順鉑) 60-75 mg/m² IV D15 每四週 x 4-6 療程
2. Vinorelbine (溫諾平) 25 mg/m² IV D1,8,15
Cisplatin (順鉑) 60-75 mg/m² IV D15 每四週 x 4-6 療程
3. Vinorelbine (口服溫諾平) 60 mg/m² PO D1,8,15
Cisplatin (順鉑) 60 mg/m² IV D15 每四週 x 4-6 療程
4. Docetaxel (克癌易) 30 mg/m² IV D1,8,15
Cisplatin (順鉑) 60-75 mg/m² IV D15 每四週 x 4-6 療程
5. Paclitaxel (汰癌勝) 60 mg/m² IV D1,8,15

Cisplatin (順鉑) 60-75 mg/m² D15 每四週 x 4-6 療程

6.Pemetrexed (愛寧達) 500 mg/m² IV D1

Cisplatin (順鉑) 60-75 mg/m² IV D1 每三週

7.Gefitinib (艾瑞莎) 250 mg po qd

(若腎功能不佳, CCr < 60 ml/min, cisplatin 可以 carboplatin AUC 4-6 取代)

二線及二線之後的化學治療藥物：

1.Gefitinib (艾瑞莎) 250 mg PO QD

2.Erlotinib (得舒緩) 150 mg PO qd

3.Docetaxel (克癌易) 30 mg/m² IV D1,8,15 每四週

4.Pemetrexed (愛寧達) 500 mg/m² IV D1 每三週

5.Paclitaxel (汰癌勝) 60 mg/m² IV D1,8,15 每四週

6.Gemcitabine (健擇) 1000 mg/m² D1,8,15 每四週

7.Vinorelbine (溫諾平) 25 mg/m² IV D1,8,15 每四週

8.Vinorelbine (口服溫諾平) 60 mg/m² PO D1,8,15 每四週

術後輔助化學治療的治療藥物：(根據 NCCN 指引 2012 年第一版)

1.Vinorelbine (溫諾平) 25 mg/m² IV D1,8,15

Cisplatin (順鉑) 60-75 mg/m² IV D15 每四週 x 4 療程

2.Tagafur/Uracil (友復) 300-500 mg PO QD x 2 years*

3.Docetaxel (克癌易) 30 mg/m² IV D1,8,15

Cisplatin (順鉑) 60-75 mg/m² IV D15 每四週 x 4 療程

4.Paclitaxel (汰癌勝) 60 mg/m² IV D1,8,15

Carboplain (佳鉑帝) AUC 4-6 IV D15 每四週 x 4 療程

5.Gemcitabine (健擇) 900-1000 mg/m² IV D1,8,15

Cisplatin (順鉑) 60-75 mg/m² IV D15 每四週 x 4 療程

6.Pemetrexed (愛寧達) 500 mg/m² IV D1

Cisplatin (順鉑) 60-75 mg/m² IV D1 每三週 x 4 療程

(若腎功能不佳, CCr < 60 ml/min, cisplatin 可以 carboplatin AUC 4-6 取代)

*New England Journal of Medicine 2004;350:1713-1721

小細胞肺癌化學治療的配方如下：

一線化學治療藥物：

1. Etoposide (減必治) 60-75 mg/m² IV D1,2,3

Cisplatin (鉑金) 60-75 mg/m² IV D1 每四週 x 4-6 療程

(若腎功能不佳, CCr < 60 ml/min, cisplatin 可以 carboplatin AUC 4-6 取代)

2. Cyclophosphamide (癌德星) 1000 mg/m² IV D1

Doxorubicin (艾徽素) 50 mg/m² IV D1

Vincristine (安可平) 1.2 mg/m² IV D1 每四週 x 4-6 療程

二線化學治療藥物：

1. Topotecan (癌康定) 1.2 mg/m² IV D1,2,3 or 4,5 每四週

2. Etoposide (口服減必治) 120-150 mg/m² PO D1~5 每四週

3. Vinorelbine (溫諾平) 25 mg/m² IV D1,8,15 每四週

4. Docetaxel (克癌易) 30 mg/m² IV D1,8,15 每四週

5. Paclitaxel (汰癌勝) 60 mg/m² IV D1,8,15 每四週

6. Gemcitabine (健擇) 900-1000 mg/m² IV D1,8,15 每四週

表七：核心測量指標監測表

指標	指標名稱	分子人數	分母人數	百分比 (%)	目標值 (%)
1 診斷(1)	有組織細胞學或病理學診斷步驟的比例	院內及院外有組織細胞學或病理學診斷的病人數(1,682)	新確診的肺癌病人數(1,756)	95.8%	≥90%
2 診斷(2)	接受胸部電腦斷層掃描檢查的比例	院內及院外接受胸部電腦斷層檢查的病人數(1,515)	新確診的肺癌病人數(1,756)	86.3%	≥90%
3 診斷(3)	手術治療的病人接受心肺功能檢查的比例	手術治療接受心肺功能檢查的病人數(335)	手術治療的病人數(335)	100%	≥90%
4 診斷(4)	第 I 期-第 IIIA 期且有手術治療的病人，接受骨骼掃描、電腦斷層掃描、正子造影或腦部核磁共振檢查的比例	第 I 期-第 IIIA 期且有手術治療的病人，接受骨骼掃描、電腦斷層掃描、正子造影或腦部核磁共振檢查的人數(270)	第 I 期-第 IIIA 期且有手術治療的病人數(270)	100%	≥90%
5 診斷(5)	第 III B 期-第 IV 期非小細胞肺癌病人曾接受骨骼掃描檢查的比例	第 III B 期-第 IV 期非小細胞肺癌病人曾接受骨骼掃描檢查的人數(673)	第 III B 期-第 IV 期非小細胞肺癌的病人數(1174)	57.3%	≥50%
6 診斷(6)	第 III B 期-第 IV 期非小細胞肺癌病人曾進行腦部與脊椎的核磁共振檢查的比例	第 III B 期-第 IV 期非小細胞肺癌病人曾進行腦部與脊椎的核磁共振檢查的人數(124)	第 III B 期-第 IV 期非小細胞肺癌的病人數(1174)	10.6%	≥20%
7 治癒性治療(1)	第 I - II 期之非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除手術(包含肺葉切除或肺切除)的比例	第 I - II 期之非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除手術(包含肺葉切除或肺節切除)的人數(174)	第 I - II 期之非小細胞肺癌病患接受手術的總人數(215)	80.9%	≥70%

8	治癒性治療(2)	第 I - II 期之非小細胞肺癌病患接受肺楔狀切除或肺節切除的比例	第 I - II 期之非小細胞肺癌病患接受肺楔狀切除或肺節切除的人數 (42)	第 I - II 期之非小細胞肺癌病患接受手術的總人數(215)	19.5%	$\leq 30\%$
9	治癒性治療(3)	第 I - II 期之非小細胞肺癌病患完成組織淋巴結系統取樣或摘除的比例	第 I - II 期之非小細胞肺癌病患完成組織淋巴結系統取樣或摘除的人數 (171)	第 I - II 期之非小細胞肺癌病患接受手術的總人數(215)	79.5%	$\geq 70\%$
10	治癒性治療(4)	術後被證實切除邊緣仍存有癌細胞的第 I - II 期非小細胞肺癌病患，有術後放射線治療的比例	術後被證實切除邊緣仍存有癌細胞的第 I - II 期非小細胞肺癌病患，有術後放射線治療的人數 (10)	術後被證實切除邊緣仍存有癌細胞的第 I - II 期非小細胞肺癌病患人數 (12)	83.3%	$\geq 60\%$
11	治癒性治療(5)	第 I - II 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療（如放射線治療、化學治療）的比例	第 I - II 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療（如放射線治療、化學治療）的人數 (16)	第 I - II 期之非小細胞肺癌病患接受手術的總人數(215)	7.4%	$\leq 20\%$
12	治癒性治療(6)	第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除性手術（包含肺葉切除或肺切除）的比例	第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除性手術（包含肺葉切除或肺切除）的人數 (40)	第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患接受手術的人數 (48)	83.3%	$\geq 60\%$
13	治癒性治療(7)	第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患接受肺楔狀或肺節切除的比例	第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患接受肺楔狀或肺節切除的人數 (5)	第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患接受手術的人數 (48)	10.4%	$\leq 20\%$

14	治癒性治療(8)	第ⅢA期之非小細胞肺癌病患完成組織淋巴結系統性取樣或摘除的比例	第ⅢA期之非小細胞肺癌病患完成組織淋巴結系統性取樣或摘除的人數(42)	第ⅢA期之非小細胞肺癌病患接受手術的人數(48)	87.5%	$\geq 60\%$
15	治癒性治療(9)	術後被證實切除邊緣仍存有癌細胞的第ⅢA期非小細胞肺癌病人，有術後放射線治療的比例	術後被證實切除邊緣仍存有癌細胞的第ⅢA期非小細胞肺癌病人，有術後放射線治療的人數(14)	術後被證實切除邊緣仍存有癌細胞的第ⅢA期非小細胞肺癌病人數(21)	66.7%	$\geq 50\%$
16	治癒性治療(10)	第ⅢA期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療(如放射線治療、化學治療)的比例	第ⅢA期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療(如放射線治療、化學治療)的人數(31)	第ⅢA期非小細胞肺癌病患的人數(81)	38.3%	$\leq 20\%$
17	追蹤(1)	非小細胞肺癌病患存活情形分析	有存活分析的非小細胞肺癌病患人數(1310)	所有非小細胞肺癌的總病人數(1542)	85.0%	$\geq 85\%$

表八：肺癌核心測量指標及分析

指標代碼	指標名稱	分子分母定義	閾值	2008年	2009年	2010年	平均
診-1	有組織細胞學或病理學診斷步驟的比例	院內及院外有組織細胞學或病理學診斷的病人數	≥90%	293/304	349/356	277/292	919/952 (96.5%)
診-2	接受胸部電腦斷層掃描檢查的比例	院內及院外接受胸部電腦斷層檢查的病人數	≥90%	265/304	318/356	254/292	837/957 (87.9%)
診-3	手術治療的病人接受心肺功能檢查的比例	手術治療接受心肺功能檢查的病人數	≥90%	57/57	73/73	55/55	185/185 (%)
診-4	第 I 期-第 IIIA 期且有手術治療的病人，接受骨骼掃描、電腦斷層掃描、正子造影或腦部核磁共振檢查的比例	第 I 期-第 IIIA 期且有手術治療的病人，接受骨骼掃描、電腦斷層掃描、正子造影或腦部核磁共振檢查的人數	≥90%	41/41	71/71	50/50	162/162 (100%)
診-5	第 III B 期-第 IV 期非小細胞肺癌病人曾接受骨骼掃描檢查的比例	第 III B 期-第 IV 期非小細胞肺癌病人曾接受骨骼掃描檢查的人數	≥50%	115/211	135/215	112/184	362/610 (59.3%)
診-6	第 III B 期-第 IV 期非小細胞肺癌病人曾進行腦部與脊椎的核磁共振檢查的比例	第 III B 期-第 IV 期非小細胞肺癌病人曾進行腦部與脊椎的核磁共振檢查的人數	≥20%	24/211	21/215	17/184	62/610 (10.1%)
治-1	第 I-第 II 之非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除手術(包含肺葉切除或肺切除)的比例	第 I-第 II 之非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除手術(包含肺葉切除或肺節切除)的人數	≥70%	25/33	52/63	24/28	101/124 (81.4%)
治-2	第 I-第 II 期之非小細胞肺癌病患接受肺楔狀切除或肺節切除的比例	第 I-第 II 期之非小細胞肺癌病患接受肺楔狀切除或肺節切除的人數	≤30%	8/33	11/63	5/28	24/124 (19.3%)

治-3	第 I-第 II 期之非小細胞肺癌病患完成組織淋巴結系統取樣或摘除的比例	第 I-第 II 期之非小細胞肺癌病患完成組織淋巴結系統取樣或摘除的人數	$\geq 70\%$	25/33	51/63	22/28	98/124 (79%)
治-4	術後被證實切除邊緣仍存有癌細胞的第 I-II 期非小細胞肺癌病患,有術後放射線治療的比例	術後被證實切除邊緣仍存有癌細胞的第 I-II 期非小細胞肺癌病患,有術後放射線治療的人數	$\geq 60\%$	3/3	2/2	0/0	5/5 (100%)
治-5	第 I-第 II 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術,而以其他方式治療(如放射線治療、化學治療)的比例	第 I-第 II 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術,而以其他方式治療(如放射線治療、化學治療)的人數	$\leq 20\%$	2/33	5/63	1/28	8/124 (6.45%)
治-6	第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除性手術(包含肺葉切除或肺切除)的比例	第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除性手術(包含肺葉切除或肺切除)的人數	$\geq 60\%$	7/7	7/9	10/14	24/30 (80%)
治-7	第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患接受肺楔狀或肺節切除的比例	第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患接受肺楔狀或肺節切除的人數	$\leq 20\%$	0/7	2/9	1/14	3/30 (10%)
治-8	第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患完成組織淋巴結系統性取樣或摘除的比例	第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患完成組織淋巴結系統性取樣或摘除的人數	$\geq 60\%$	7/7	7/9	12/14	26/30 (86.6%)
治-9	術後被證實切除邊緣仍存有癌細胞的第 IIIA 期非小細胞肺癌病人,有術後放射線治療的比例	術後被證實切除邊緣仍存有癌細胞的第 IIIA 期非小細胞肺癌病人,有術後放射線治療的人數	$\geq 50\%$	3/5	2/3	0/0	5/8 (62.5%)

治-10	第 IIIA 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療(如放射線治療、化學治療)的比例	第 IIIA 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療(如放射線治療、化學治療)的人數	$\leq 20\%$	3/12	7/20	11/14	21/46 (45.6%)
追-1	非小細胞肺癌病患存活情形分析	有存活分析的非小細胞肺癌病患人數	$\geq 85\%$	224/267	265/307	230/263	719/837 (85.9%)

測量指標分析檢討及改善：

- 1 有組織細胞學或病理學診斷步驟的比例沒有達到百分之百是因為有一些病人，無法由簡單非侵襲性的檢查得到診斷，而病人可能年紀太大，身體情況太差，有無診斷都不影響治療的情形，病人及家屬會選擇不做侵襲性的檢查來診斷，也因為如此，有組織細胞學或病理學診斷步驟的比例沒有達到百分之百。在 100 年 6 月後，有組織細胞及病理学诊断的比例增加，這是因為健保給付標靶藥物艾瑞莎(Iressa, 學名 Gefitinib) 做為肺腺癌有表皮生長因子受體突變腫瘤的一線治療。因此有較多的病人願意接受侵襲性的檢查來爭取一線可能的標靶治療。
- 2 第 IIIB 期及第四期非小細胞肺癌病人接受骨骼掃瞄的比例偏低的原因在於：骨骼掃瞄本來就不是常規檢測，一般建議在下列的情況要做骨骼掃瞄檢查：骨頭疼痛疑骨頭轉移，血清高血鈣，血清 Alk-p 值升高。團隊原本就設定較低的目標值，實際的狀況也是較低的骨頭掃瞄檢查率。
- 3 第 IIIB 期-第 IV 期非小細胞肺癌病人曾進行腦部與脊椎的核磁共振檢查的比例偏低應是因為肺癌多專科團隊多以腦部電腦斷層檢查做為腦轉移的影像檢查工具。少數會以核磁共振檢查的是局部早期要開刀的病人的術前分期，臨床上高度懷疑腦轉移但是電腦斷層掃瞄影像呈現正常，或是腦脊膜轉移及脊椎轉移的個案。腦部與脊椎的核磁共振檢查率沒有達到目標值，團對會議曾經檢討過，咸認為不需調整目前成員的臨床開立檢查的行為，應降低設定的目標值到 10%。
- 4 術後被證實切除邊緣仍存有癌細胞的第 IIIA 期非小細胞肺癌病人，有術後放射線治療的比例佔 66.7%。有 1/3 的病人接受術後輔助化學治療，因而沒有接受術後輔助放射線治療。
- 5 有存活分析的非小細胞肺癌病患有 85.0%。有一些病人是因為失聯，有一些病人是因為轉出，至他院接受治療。

6 對於正子造影檢查，多專科團隊會議的共識是手術治療的病人常規於術前接受正子造影檢查。但是檢查率未達百分之百，原因是有一些病人術前沒有組織病理學的診斷，根據健保給付規定，沒有組織學證實前不能開立正子造影檢查。這些病人是在手術後才證實是肺癌。

討論：

高雄榮總肺癌病人的組織型態分佈與台灣癌症資料庫沒有太大差別。肺癌病人發病年齡最高峰落在 70-80 歲。若以大於 70 歲為老年，則肺癌屬高齡疾病，70 歲以上患者佔所有肺癌患者的 51.3%，其中男性大於 70 歲者達 59.5%，女性則為 32.3%。

在 2010 年，AJCC 公布了新的第七版的 TNM 分期系統，也開始運用在臨床醫療上。第七版的分期系統在腫瘤大小、多發性結節及肋膜積水，有重新定位，有不一樣的治療考量。原本小於三公分的 T1 腫瘤，又細分為小於二公分的 T1a 及二到三公分的 T1b，大於三公分的 T2 腫瘤又細分為三到五公分的 T2a 及五到七公分的 T2b，七公分以上的腫瘤歸為 T3。同一肺葉散在性結節歸為 T3。肋膜積水從原本的 T4 變為 M1a。這樣子的分期改變除了對於預後的預測更準確外，對於臨床治療的考量也有一些改變。

高齡病人是一特殊的病人族群，器官功能會退化，殘餘功能會減少，也常伴隨有較多的共病(co-morbidity)。若是開刀治療，有比較大的開刀風險及術後併發症風險。

若是接受化學治療，也常因為器官功能退化，藥物分佈及藥物動力學的改變，而有較多的藥物毒性及副作用。對於老年人這個特殊族群，如果有好的體能狀況，仍然能夠從化學治療中得到好處，包括存活上的好處及生活品質改善的好處。

局部晚期及遠處轉移的高齡肺癌病人，必須再細分為幾個次群體。第一，大於 70 歲，健康狀況良好，可以跟年輕人接受一樣的治療方式，可以給予鉑製劑為主的合併化學治療。第二，70 歲以上，雖然有共病，但整體健康大致而言不錯，病人可以接受減劑量的鉑製劑為主的合併化學治療或不含鉑製劑的合併化學治療。第三，70 歲以上有共病，健康狀況不佳，可以給予單一化學治療。第四，健康狀況差，有嚴重的共病，這些病人不應該接受傳統的細胞毒殺的化

學治療，如果是肺腺癌，如果有表皮生長因子受體突變，可以考慮接受表皮生長因子受體拮抗劑的標靶治療。

診斷及治療也是一演化的過程，隨著醫療科技進步，診斷及治療也會隨著時代與時具進。在診斷方面，正子造影的適應症更多，運用更普及，偵測到更多原本沒有懷疑的病灶，排除了一些原本會接受不適當手術的病人。在病理方面，採用標準化的描述，對於腫瘤的組成細節，有更多的描述。更多的檢體接受基因、蛋白質、及生物標記的檢測，有更多關於腫瘤的個人化病理資訊。至於在治療方面，目前非小細胞肺癌的治療是這個樣子的：

在早期的非小細胞肺癌，我們的處理是開刀，某些病人會接受術後輔助治療。對於年紀很大，體能狀況差，器官功能不佳的一些病人，我們可能考慮放射線治療。對於局部晚期 IIIA 或某些 IIIB 的病人，我們的治療是 combined modality therapy，是新輔助化學治療、手術治療或同步化學放射線治療。在另一些 IIIB 或第四期非小細胞肺癌的病人，如果是化學治療的適合患者，我們給予標準的化學治療。如果腫瘤的檢測有表皮生長因子受體突變 (EGFR mutation)，可以一線使用艾瑞莎(gefitinib)。如果不適合標準的化學治療，我們可能給予單一藥物的化學治療或標靶治療或最佳的支持性治療。如果治療有反應或病況穩定，在給予一定的治療療程後，我們可能密切追蹤觀察，如果復發，再給予後線的治療。可以給予標靶藥物，包括得舒緩(erlotinib)，艾瑞莎(gefitinib) 等等，或是克癌易(docetaxel)，愛寧達 (pemetrexed) 或其他的單一藥物治療。

至於在一線之後，是否要等到復發才治療，還是要積極治療？要維持治療，或者是立即性二線化學治療？要持續的維持治療(continuation maintenance therapy)還是轉換的維持治療 (switch maintenance therapy)？要用標靶還是化療？一線化學治療反應(responder)與穩定 (stable disease) 是不是有不一樣的維持治療考量？有沒有一些慢性累積的毒性副作用？是否能改善生活品質？這其中可能需提供資料與病人討論。現階段有一些藥物需事前申請，事前審核，健保局核可才能使用，包括愛寧達(Pemetrexed)及標靶藥物得舒緩(erlotinib)，艾瑞

莎(gefitinib)等。在完成一線化學治療之後，若是觀察追蹤，有一些病人會迅速惡化，這樣子的延遲治療策略可能使得一些病人喪失了接受後線治療的機會。所以在一線之後，要慎選立即接受二線化學治療的病人，可能的預測因子包括從病人的腫瘤生物行為表現，一線時對治療的反應（一線治療反應 stable disease 的病人較能從轉換的維持治療中得到存活上的好處，complete response 及 partial response 的病人比較能從持續的維持治療中得到好處），及密切追蹤症狀及影像的變化，來治療需要維持治療的病人，讓最多的病人能夠接受多線有效的治療。

現在的治療強調量身訂做、個人化的治療。不同的臨床狀態，不同的組織型態，不同的腫瘤基因、蛋白質、分子生物學的表現，有不一樣的治療考量。高雄榮總肺癌多專科診療團隊定期頻繁開會，事前及事後討論肺癌個案，也包括一些困難個案及特殊個案，並請病理部對腫瘤的基因、蛋白質、分子生物學表現，提供最多的病理資訊，以輔助臨床醫師提供病人個人化治療的參考。高雄榮總病理部能提供準確的表皮生長因子受體突變檢測（Epidermal growth factor receptor mutation test），對於手術或電腦斷層腦引、胸腔超音波導引的大切片檢體有很好的檢測率。至於細胞學檢體（肋膜積水、心包膜積水、支氣管鏡刷拭檢體）目前尚無法提供表皮生長因子受體檢測。

術後輔助化學治療在第 II 期及第 IIIA 期的病人，已經有一些研究，其中包括大規模的分析顯示，有存活上的好處，有較長的無疾病存活期（Disease-free survival）及較好的五年存活率。國外關於非小細胞肺癌的診療指引，如 NCCN Guideline，都建議這些期別的病人，常規接受術後輔助化學治療。但是在台灣截至目前，術後輔助化學治療並不在全民健康保險的給付範圍之內。臨床上遇到這些期別接受了手術切除的病人，我們會提供資訊，由病人自行決定是否自費接受術後輔助化學治療。

國人的肺癌與國外的肺癌有不一樣的表現，有不一樣的治療反應，有不一樣的預後，這在很多的臨床研究中已經證實。包括國人的局部晚期肺癌、轉移肺癌等有比較好的中位數存活期、一年存活率、兩年存活率，有比較高比率的

表皮生長因子受體突變率，有比較高比率的標靶治療反應率，高雄榮總的資料也證實了這一點。綜觀上述的資料，在局部晚期或遠處轉移的第 IIIB 期、第 IV 期非小細胞肺癌接受積極治療的病人，有比國外癌症流行病學資料更好的治療結果。高雄榮總也分析了包括口服溫諾平(Vinorelbine)，愛寧達(Pemetrexed)，得舒緩(Tarceva)，艾瑞莎(Iressa)近幾年的本土治療經驗，也陸續在國內外的雜誌發表，貢獻本土化的治療經驗。

結論：

高雄榮總的肺癌病人數逐年成長，成長的速度高於台灣肺癌病人的成長速度。有更多的肺癌病人至高雄榮總尋求醫療協助，顯見本院肺癌診療團隊的能力備受高高屏地區的病患肯定。

在早期的非小細胞肺癌，開刀能提供痊癒的機會，治療以開刀為主。某些病人會接受術後輔助治療。對於年紀很大，體能狀況差，我們可能考慮放射線治療。對於 IIIA 期或 IIIB 期的病人，我們的治療是 multi-modality therapy。在第四期非小細胞肺癌的病人，如果是化學治療的適合患者，我們給予標準的化學治療。如果腫瘤的檢測有表皮生長因子受體突變 (EGFR mutation)，可以一線使用艾瑞莎(gefitinib)。如果不適合標準的化學治療，我們可能給予單一藥物的化學治療或標靶治療或最佳的支持性治療。

對於小細胞肺癌的治療，局限期 (TNM 分期系統的第 I—IIIB 期) 的治療是化學治療加上放射線治療，少數能從化學治療中得到完全反應 (complete response) 的病人，建議做預防性全腦放射線治療。擴散期 (TNM 分期系統的第 IV 期) 小細胞肺癌的病人，以化學治療為主，有局部的症狀如阻塞性肺炎、上腔靜脈症候群，可以輔助以局部放射線治療。

口 腔 癌 診 療 團 隊



紀昭全主任、邱怡喬醫師、林麗瓊個管師

共同製作 101 年 5 月

口腔癌診療團隊

團隊召集人姓名：紀昭全醫師（專科或次專科別：耳鼻喉科）

個管師：林麗瓊護理師

核心成員
耳鼻喉科：朱繡棟主任、紀昭全主任
牙科部：陳泓志醫師
放射腫瘤科：張慶雄主任
病理部：陳家榮醫師
放射線部：賴炳宏醫師
營養師：施水鳳營養師
非核心成員
整形外科：楊國強醫師
護理部：林麗瓊個管師

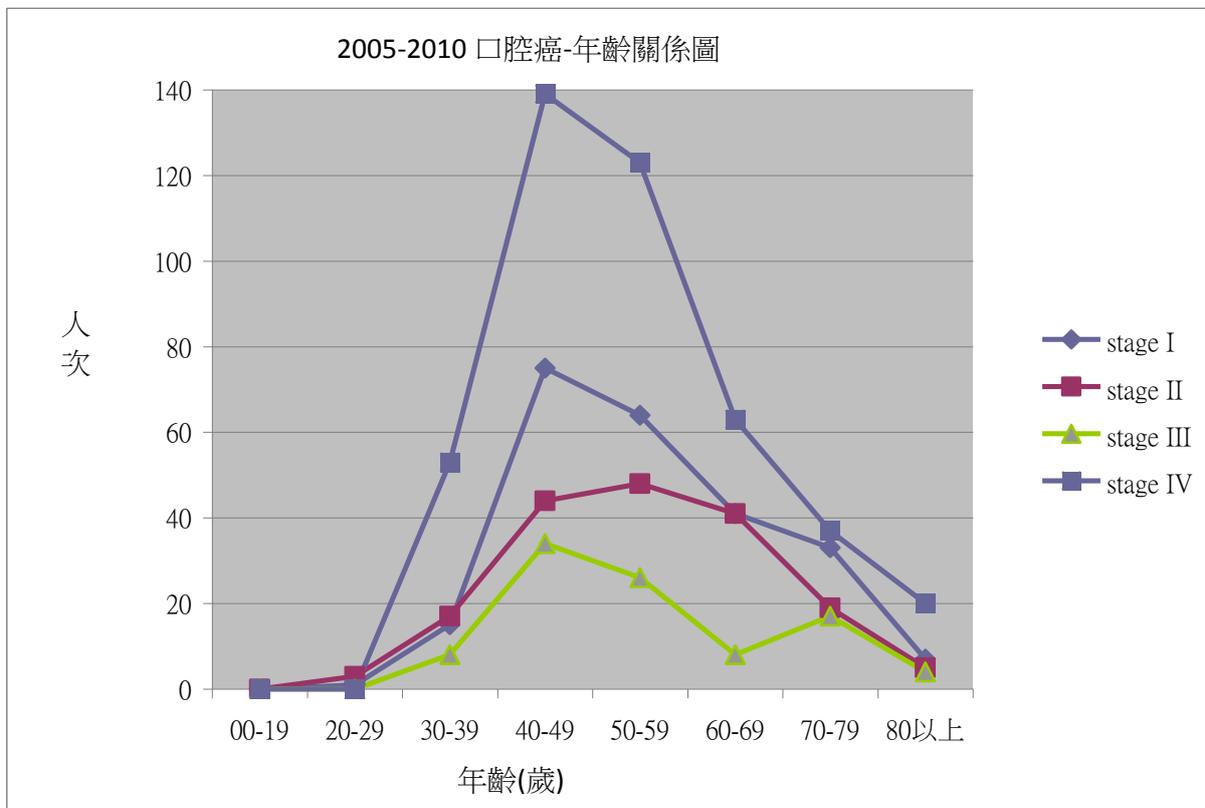
簡介：

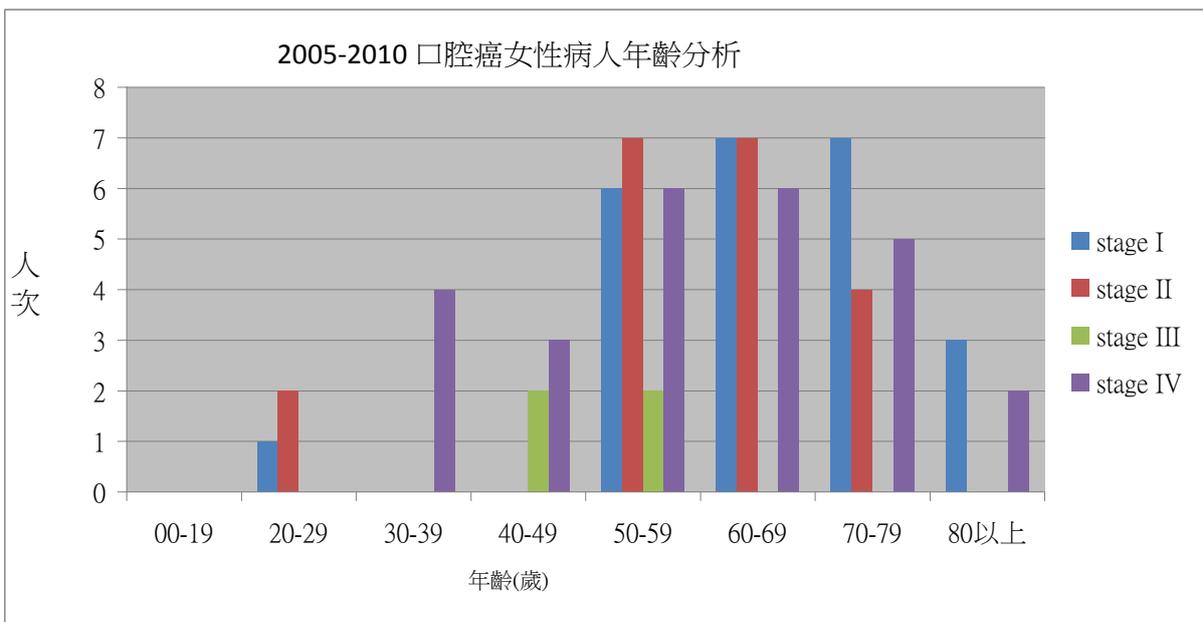
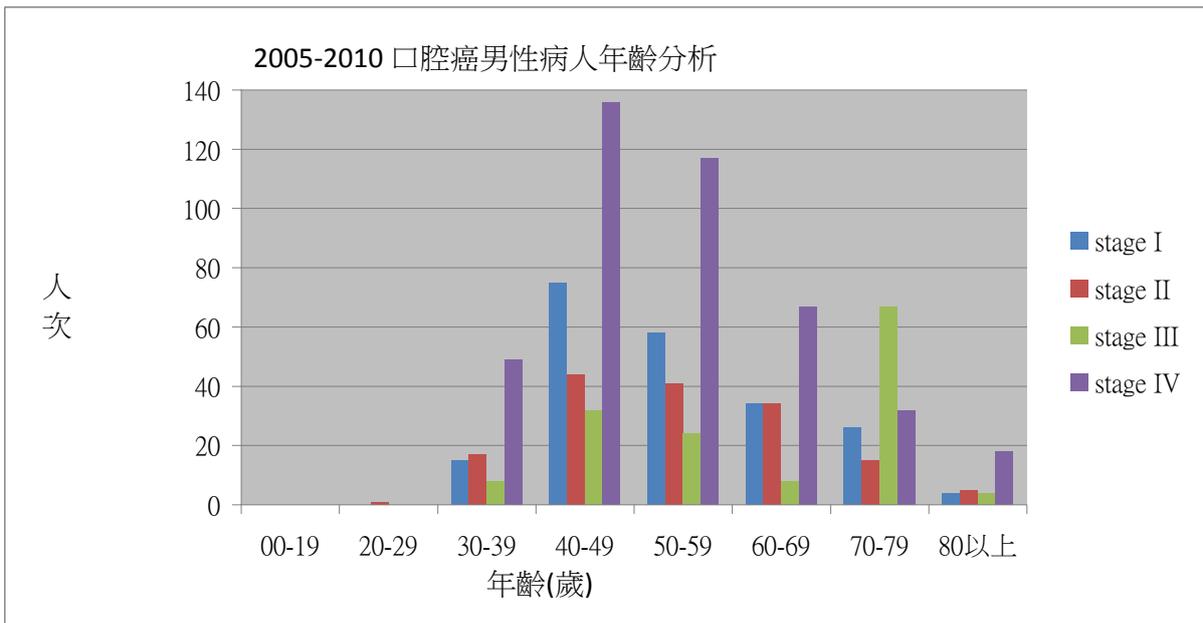
根據衛生署的統計，在台灣地區惡性腫瘤居十大死因之首，自民國 81 年以後口腔癌的發生率及死亡率節節上升，根據 97 年統計，口腔癌為男性癌症發生的第 4 位，發生年齡中位數為 52 歲，相較男性癌症發生的年齡中位數 65 歲，年輕化了 8-13 歲；另由 98 年死亡原因統計得知，口腔癌死亡年齡中位數為 55 歲，相較男性癌症死亡的年齡中位數 69 歲，足足少了 11-14 歲，發生原因與菸、酒、檳榔息息相關。高雄榮民總醫院開業迄今，提供南部地區民眾最佳之醫療服務與疾病照顧，是高屏地區唯一之公立醫學中心。口腔癌團隊隸屬於本院癌症防治中心，含括口腔癌、口咽癌、及下咽癌，結合各相關專科及專業醫護人員，對口腔癌進行全人之診斷評估及治療，以團隊合作的方式，結合各相關科部的專業與資源，為病人提供適當及積極的預防與診治。

2005-2010 年口腔癌醫療統計摘要

(一) 2005-2010 年口腔癌—年齡、性別關係圖(各分不同期別)

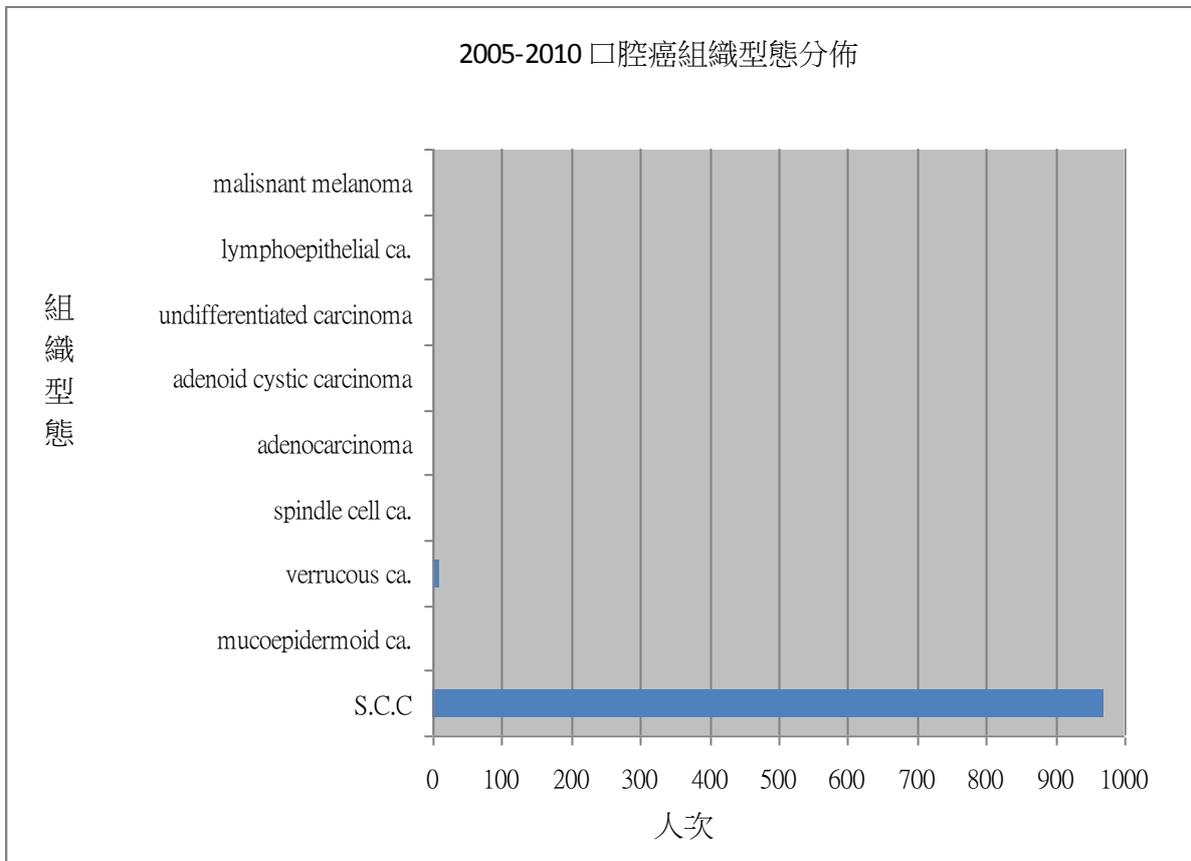
年齡	00-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80 以上		總計	總計
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
期別	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	男性	女性
1	0	0	0	1	15	0	75	0	58	6	34	7	26	7	4	3	212	24
2	0	0	1	2	17	0	44	0	41	7	34	7	15	4	5	0	157	20
3	0	0	0	0	8	0	32	2	24	2	8	0	67	0	4	0	143	4
4	0	0	0	0	49	4	136	3	117	6	57	6	32	5	18	2	409	26
總計	0	0	1	3	90	4	285	5	240	21	133	20	80	16	31	5	912	74





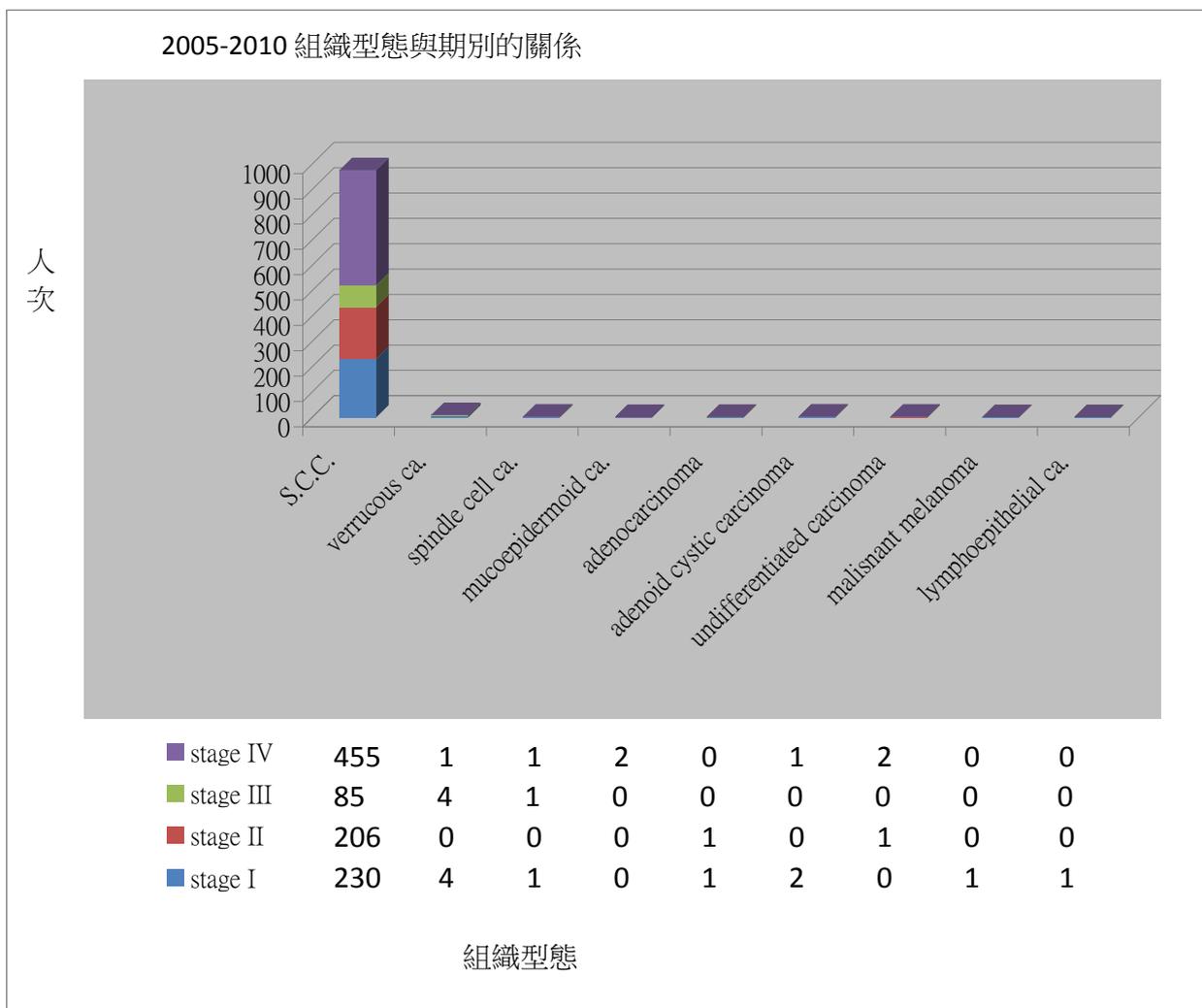
根據行政院衛生署的統計，口腔癌的發生率及死亡率有逐年增加的趨勢；近年來男性發生率增加速度為其他癌症之冠，每年新增病例超過五千例。依照本院口腔癌病人分析男女比率約為 12:1，主要發生年齡為 40 到 69 歲之間，其中又以 50 到 59 歲最多，40 到 49 歲次之，主要以男性青、壯年人口為主，導致青壯年生產人口與生產力的折損，對整個家庭經濟和社會結構造成極大影響，其中耗費的人力及物資更不容小覷。

(二) 口腔癌組織型態分佈



依照本院口腔癌病人分析，口腔癌(包含口咽、下咽)的組織型態分佈以鱗狀上皮細胞癌(Squamos cell carcinoma)為主 97.6%，其次依序為疣狀癌(verrucous carcinoma)，佔 0.9%、梭形細胞癌(Spindle cell carcinoma)、未分化癌(undifferentiated carcinoma)及腺樣囊狀癌(adenoid cystic carcinoma)各佔 0.3%、腺癌(adenocarcinoma)及黏液表皮樣癌(mucoepidermoid carcinoma)各佔 0.2%，惡性黑色素細胞瘤(Malignant melanoma)及表皮淋巴癌(Lymphoepithelial cancer)各佔 0.1%。

(三) 口腔癌組織型態與期別之關係



統計分析 94 年至 99 年本院口腔癌(包含口咽、下咽)主要之鱗狀上皮細胞癌病人，發現以第四期(46.6%)最多，其次依序為第一期(23.1%)、第二期(21.1%)及第三期(8.7%)。晚期佔半數以上(第三、四期共佔 55.3%)，可能因為過於忽視他們早期疾病的症狀，等到不適感及症狀加劇，來院時已多屬晚期，同時也增加治療的困難度以及影響治療存活率，也提醒我們癌症早期發現早期治療的重要性。近兩年來本院積極進行高危險群民眾口腔黏膜篩檢，初期發現(第一、二期)之口腔癌比例已有提升，期望繼續推動口腔黏膜篩檢，已達到早期發現，早期治療，以提升整體存活率。

(四) 口腔癌不同期別與治療方式分析

Stage I	Wide excision of malignancy tumor±neck dissection
Stage II	Wide excision of malignancy tumor±neck dissection
Stage III	Wide excision of malignancy tumor±neck dissection
Stage IV	Wide excision of malignancy tumor±neck dissection
OP+R/T or CCRT	
1.stage III and Stage IV	
2.T risk features: close or positive margins, perineural or lymphovascular invasion.	
3.N risk features: extracapsular spread (ECS)	
若 old age, impaired renal function, poor condition , 則 RT alone	
若 Respectable, but poor medical or poor surgical risk or patient preference 或 Unresectable → R/T(CCRT)±NeoCT	

化學治療療程：one course 5 days

Regimen:

Fluorouracil Inj 500mg/10cc:

1000mgxBSA in 0.9% NaCl 500cc/bot 1000ml

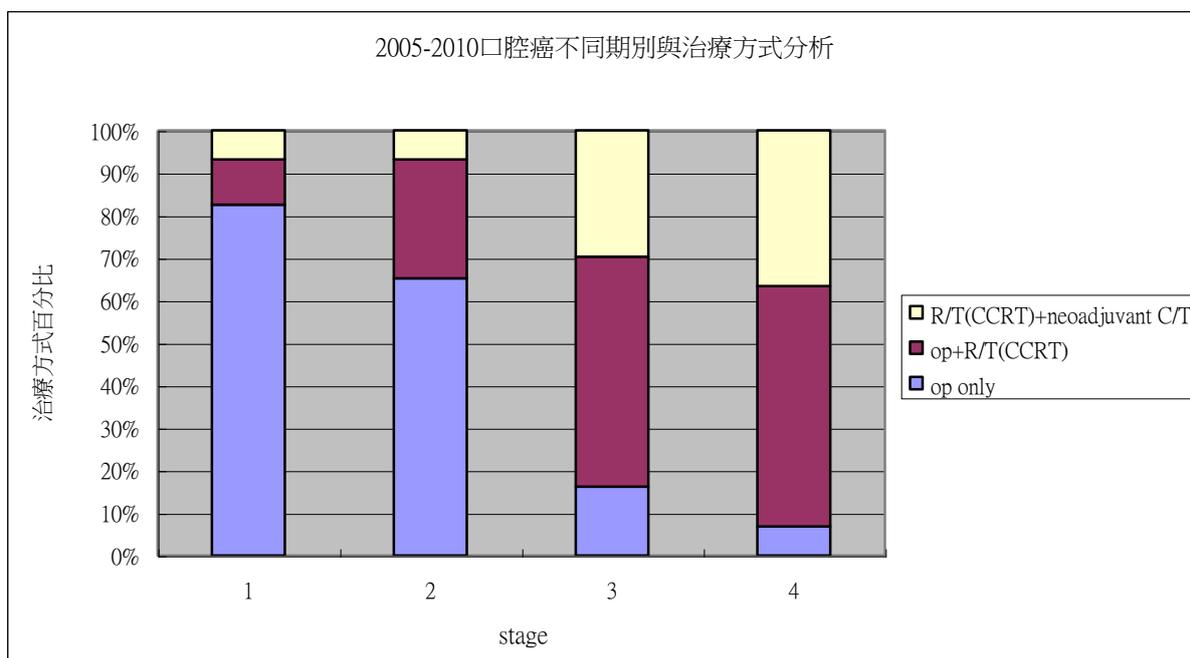
Cisplatin Inj 50mg/100cc:

20mgxBSA in 0.9% NaCl 500cc/bot 500ml

CCTT 療程：Concurrent chemoradiotherapy

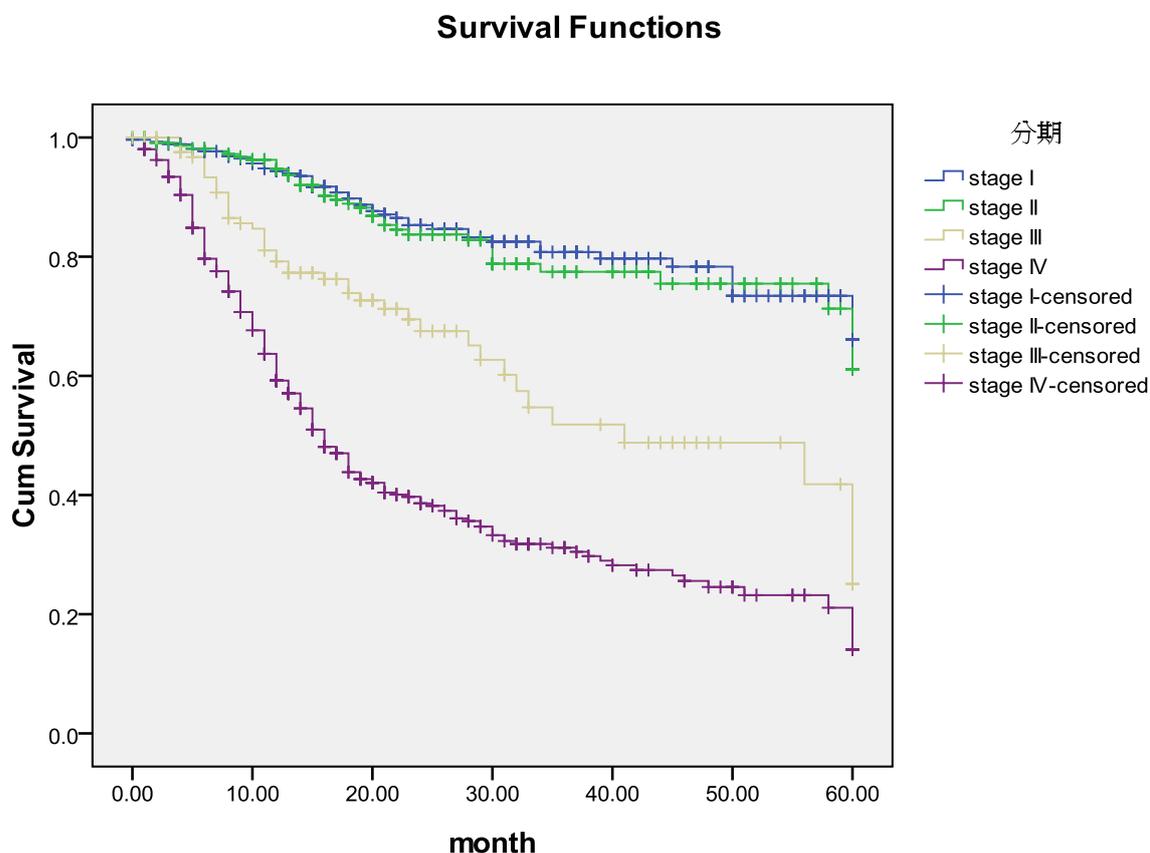
(Cisplatin, 100mg/m² in weeks 1,4,7 or Cisplatin, 30-40mg/m²/week)

治療方式與次序 \ 期別	1	2	3	4	總計
OP	215	113	17	40	385
OP+ R/T(CCRT)	26	51	49	255	381
R/T(CCRT)±Neoadjuvant C/T	22	11	23	164	220



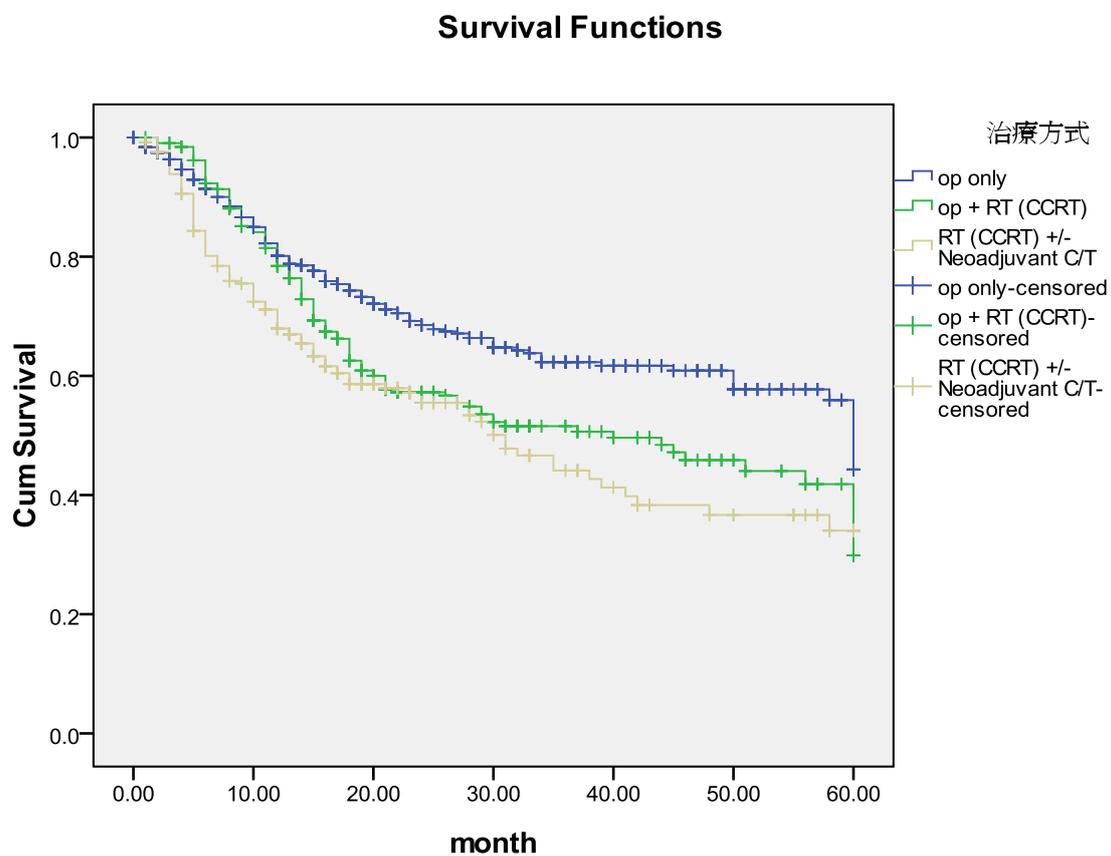
口腔癌(包含口咽、下咽)的治療方式，包括手術治療、放射線治療、化學治療、以及合併療法，其中仍以手術治療為最目前主要的方法，但因器官與功能保留之概念越來越被重視，近年來放射線治療的角色也日趨重要。口腔癌治療專業團隊與病患及家屬共同針對病情與檢查結果進行分析與討論後，根據病患的意願、經濟狀況及家庭支持度，再決定採取最適宜的治療方式。一般而言，病情嚴重程度區分為初期(第一、二期)和晚期(第三、四期)；初期以手術切除為主，晚期則以手術切除合併同步放療及化療為主，倘若腫瘤侵犯範圍過大或包覆重要血管不適合手術切除，則考慮先行安排同步放療及化療。

(五) 不同分期與整體存活率之關係



分析本院民國 94 年至 99 年口腔癌(包含口咽癌、下咽癌)病人的統計數據，發現口腔癌(包含口咽癌、下咽癌)病人之治癒率與癌症分期有相當大程度的關聯性，期別越早期則存活率與預後越佳；第一、二期病人的五年存活率約可達五成以上，但第三、四期病人的五年存活率則只有約二到三成左右，由此可見早期發現早期治療，對病人的存活有其重要性。近兩年來本院積極進行口腔黏膜篩檢，初期發現(第一、二期)之口腔癌比例已有提升，期望繼續推動口腔黏膜篩檢，已達到早期發現，早期治療，以提升整體存活率。

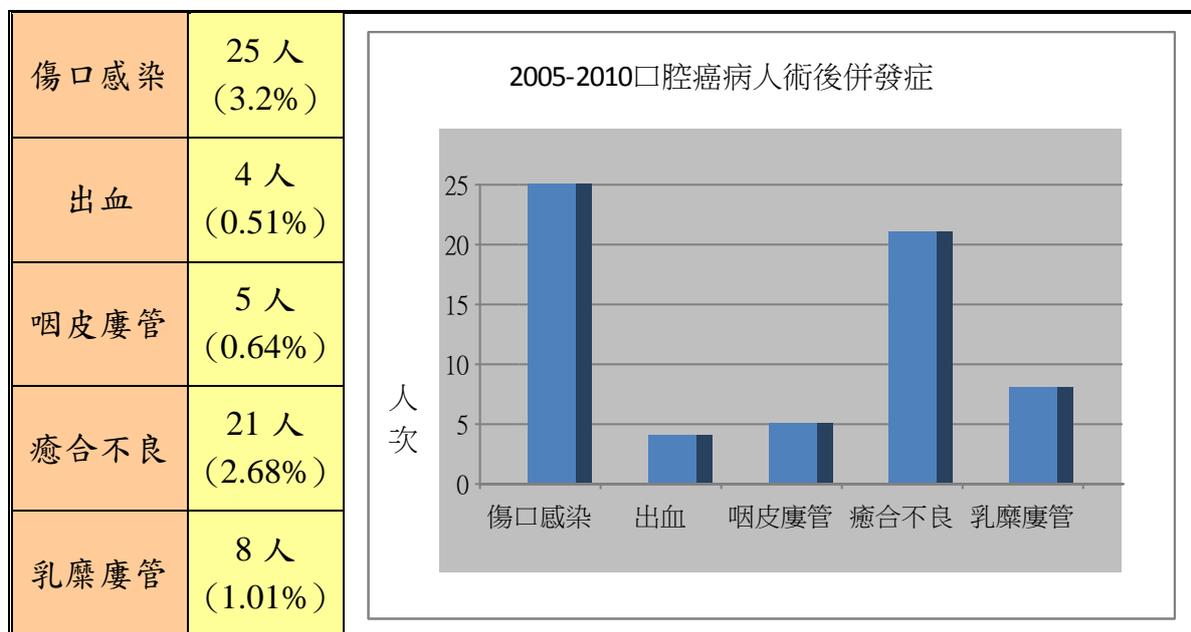
(六) 不同治療方式與疾病存活率的關係



口腔癌(包含口咽癌、下咽癌)的治療選擇，包括手術治療、放射線治療、化學治療、以及合併療法。由於採用手術治療的病人以第一、二期病人居多，所以存活率也比較好；而採用放射線治療、或合併療法的病人常常多屬於晚期(第三、四期)的病人，所以存活率相對來說比較差。

(七) 所有接受治療病人之併發症及副作用分析

(1) 手術共 785 人次，產生併發症者 63 人次。



(2) 化學治療共 623 人次，產生併發症者 144 人次。

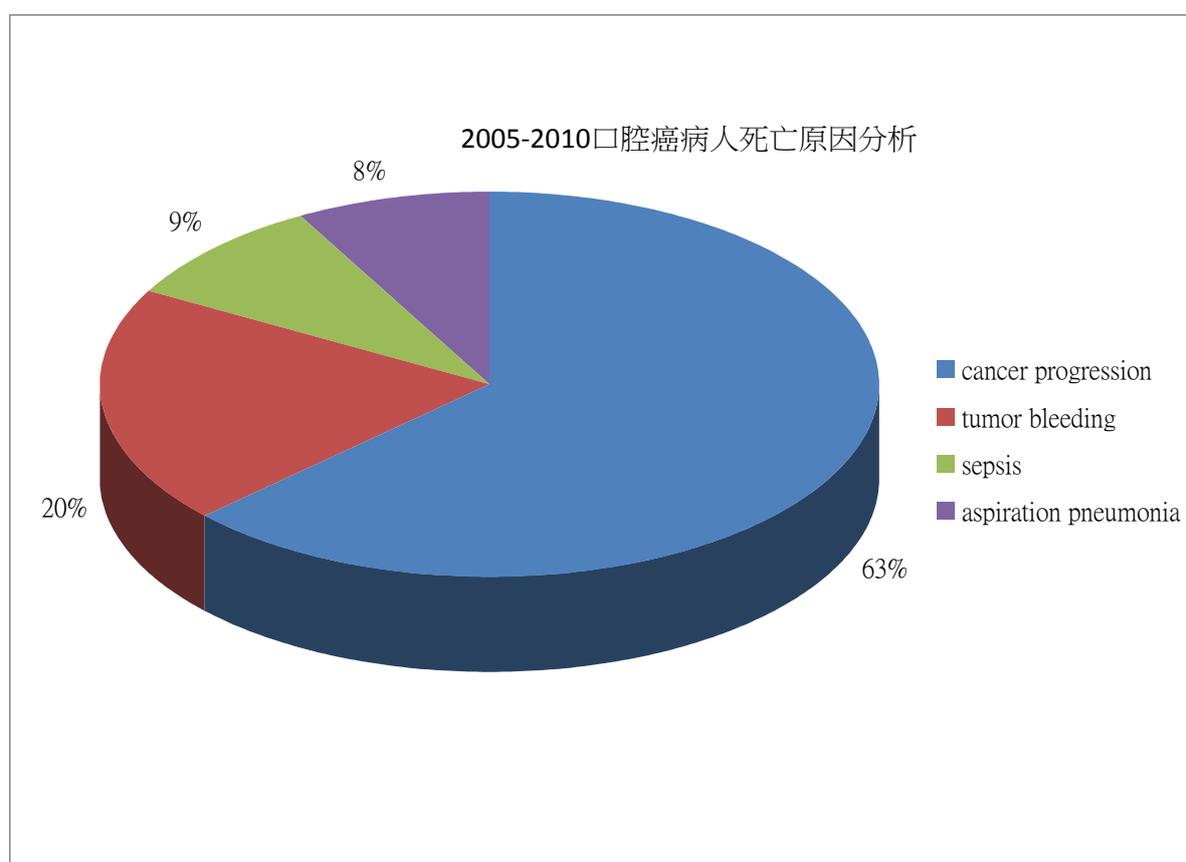
Leukopenia	37 人次
Neutropenic fever	21 人次
Nausea with poor intake	62 人次
Hyponatremia	10 人次
Acute renal failure	8 人次
Hearing impairment	6 人次

分析本院民國 94 年至 99 年口腔癌(含口咽癌、下咽癌)病人治療後的統計數據，許多接受治療的病人，會出現一些併發症及後遺症；手術後的傷口感染佔 3.2%、出血佔 0.51%、咽皮瘻管 0.64%、癒合不良 2.68%、乳糜瘻管則為 1.01%，這些病人經過住院期間的傷口照護或是藥物治療，甚至手術再介入後，都能獲得明顯的改善。而化學治療後，最常見的副作用，則為噁心及食慾不振，另外

免疫力降低合併白血球低下及續發性感染也不少見，其餘少見的併發症如電解質失衡、急性腎衰竭、及聽力損害，也有少數案例報告，因此在化學治療前，與病人詳細的溝通及告知可能的併發症是必要的，而產生併發症後的醫療照顧，也應列為癌症病人治療的重點之一。

(八) 死亡原因分析

cancer progression	204 人次
tumor bleeding with shock	67 人次
Sepsis	27 人次
aspiration pneumonia	26 人次



統計本院民國 94 年至 99 年口腔癌(含口咽癌、下咽癌) 病人因癌症死亡的數據可知，最主要的原因還是腫瘤本身的末期發展(63%)，如呼吸道阻塞、疾病惡病質、多重器官衰竭...等，其次依序是腫瘤大出血(20%)、敗血症(9%)、以及吸入性肺炎(8%)。

核心測量指標

口腔癌核心測量指標提報表							
醫院	高雄榮民總醫院						
期間	2008年 ~ 2010年						
指標類型	指標名稱	指標定義	目標值	2007-2008	2008-2009	2009-2010	總計
治療(1)	口腔癌手術後病理記錄原發腫瘤手術邊界(margin status)之百分比	註(1)	>80%	113/117 (96.6%)	167/170 (98.2%)	134/139 (96.4%)	414/426 (97.2%)
治療(2)	口腔癌原發腫瘤手術的病人，有描述淋巴血管(LVI)是否侵犯之百分比	註(2)	>80%	111/117 (94.9%)	162/170 (95.3%)	132/139 (94.9%)	405/426 (95.1%)
治療(3)	手術後6週內開始放射治療之百分比	註(3)	>80%	40/49 (81.6%)	64/79 (81.0%)	61/70 (87.1%)	165/198 (83.3%)
治療(4)	手術後30天內的死亡百分比	註(4)	<10%	1/117 (0.9%)	1/170 (0.6%)	1/139 (0.7%)	3/426 (0.7%)

註(1)：分子：原發腫瘤切除的病人，有紀錄原發腫瘤手術邊界(margin status)的病人數。

分母：原發腫瘤切除的口腔癌病人數。

註(2)：分子：口腔癌有原發腫瘤手術的病人，有描述淋巴血管(LVI)是否侵犯之人數

分母：口腔癌原發腫瘤手術的病人數。

註(3)：分子：手術後接受放射線治療之病人，6週內開始放射治療之人數。

分母：手術後接受放射線治療之人數。

註(4)：分子：施行口腔癌手術後30天內死亡人數。

分母：口腔癌手術人數

討論

根據統計，口腔癌（包含口咽癌、下咽癌）的發生率依然有逐年上升趨勢，尤其南部地區生活型態吃檳榔民眾眾多，更是佔口腔癌病人之大宗，本院身為南部公立醫學中心之一，已有多年治療口腔癌之經驗，以上統計自 94 年至 99 年口腔癌病人分布及相關治療與各項指數。

口腔癌（包含口咽癌、下咽癌）的治療會依腫瘤的部位、大小、侵犯的範圍、疾病的期別、患者的年齡、一般健康狀況和其他因素而定，治療方式一般分為手術治療、放射線治療及化學治療為主。初期口腔癌(第一期及第二期)患者治療以手術為主，晚期(第三期及第四期)口腔癌患者治療以手術為主要治療，輔助以放射線及化學治療，若是末期(已有遠處轉移或是腫瘤無法藉由手術切除)口腔癌患者，則以放射線及化學治療為主。

本院 94-99 年度口腔癌（包含口咽癌、下咽癌）診療的特性，發現時大於半數都是晚期(第三期及第四期)之病人為主，這些晚期患者雖然給予積極的治療，但存活率也相對較早期治療者差；目前本院積極推行口腔篩檢活動（包括行動口腔篩檢站及病房單位篩檢），希望藉由口腔黏膜篩檢，可以提高早期發現口腔癌的比例，存活率也會上升，也更能加深一般民眾對於口腔癌的重視。

口腔癌治療（包含口咽癌、下咽癌）需要一組專業團隊共同合作。包括耳鼻喉外科醫師、口腔外科醫師、放射腫瘤科醫師、整形外科醫師、腫瘤內科、營養師、社工師及語言治療師、精神科醫師、個案管理師及護理人員等，經由各單位專業人員的整合，希望給予病患全人之照護及完善的治療計畫。關於口腔癌的治療，由於治療功能缺損及預後副作用極大，目前仍然需要相關專科繼續努力合作，提高病患的生活品質及存活率，發展更好的治療方式。

鼻 咽 癌 診 療 團 隊



張國平醫師、郭紀榮醫師、林麗瓊個管師

共同製作 101 年 05 月

鼻咽癌診療團隊

團隊召集人姓名：張國平醫師（專科或次專科別：耳鼻喉科）

個管師：林麗瓊護理師

核心成員
耳鼻喉科：朱繡棟主任、張國平主任
放射腫瘤科：張慶雄主任
血液腫瘤科：林世哲醫師
病理部：陳家榮醫師
放射線部：賴炳宏醫師
營養室：施水鳳營養師
非核心成員
牙科部：陳泓志醫師
護理部：林麗瓊個管師

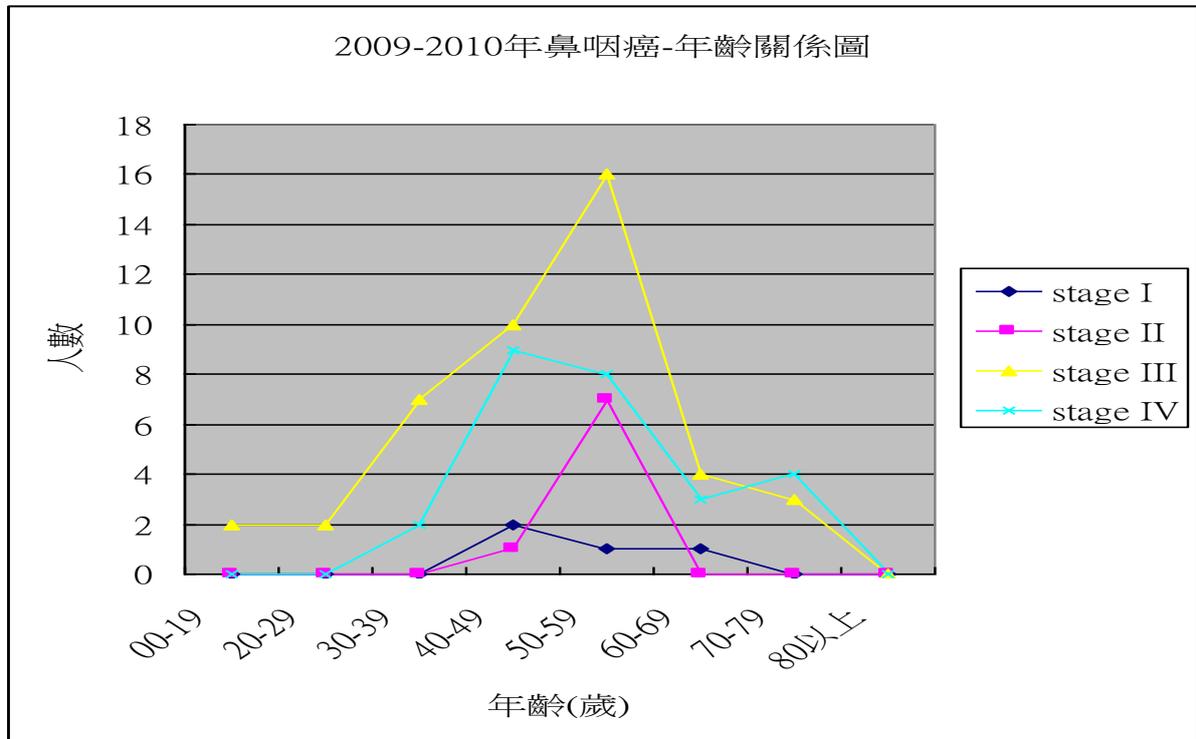
簡介：

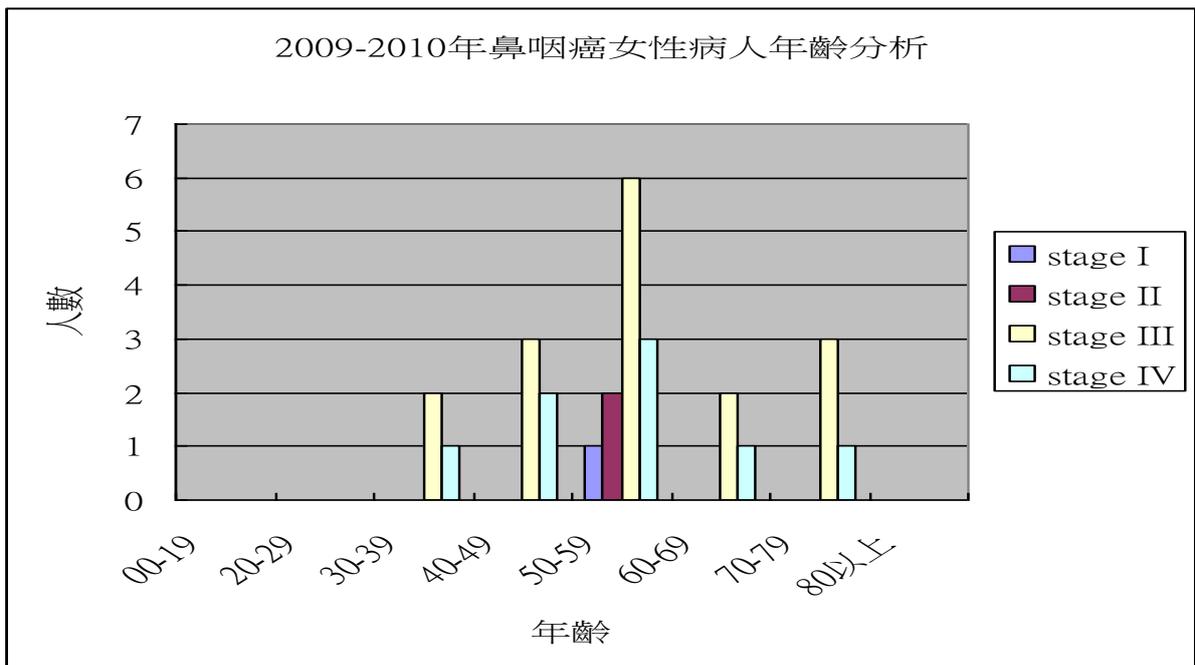
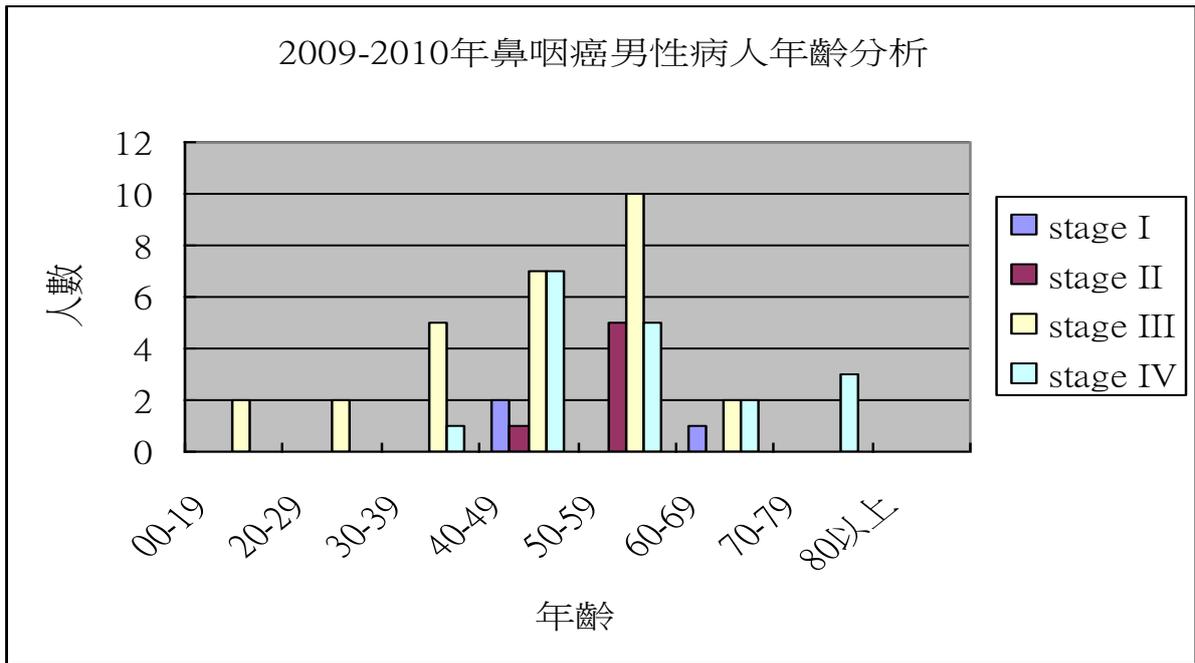
根據世界衛生組織的報告，散居世界五大洲之華人罹患鼻咽癌的比率，在男性每十萬人口 6-33 名，女性每十萬人口 2-14 名。廣東人越多的地方，比率越高，男女之比大約為 3 比 1。依衛生署於 2010 年公佈的資料，統計 2007 年台灣全國每十萬人口有 6.88 名鼻咽癌，總共有 1579 名鼻咽癌，其中男性 1167 名，每十萬人口有 10.05 名，佔十大癌症發生率的第十位，女性有 412 名，每十萬人口有 3.63 名，佔十大癌症發生率的第十七位。鼻咽癌團隊隸屬於本院癌症中心，乃整合各個相關專科，對鼻咽癌進行全人之診斷及治療，以團隊合作的方式結合各科部的專業及資源，為病人提供適當及積極的預防與診治。

2009-2010 年鼻咽癌醫療統計摘要

(一) 2009-2010 年鼻咽癌-年齡、性別關係圖(各分不同期別)

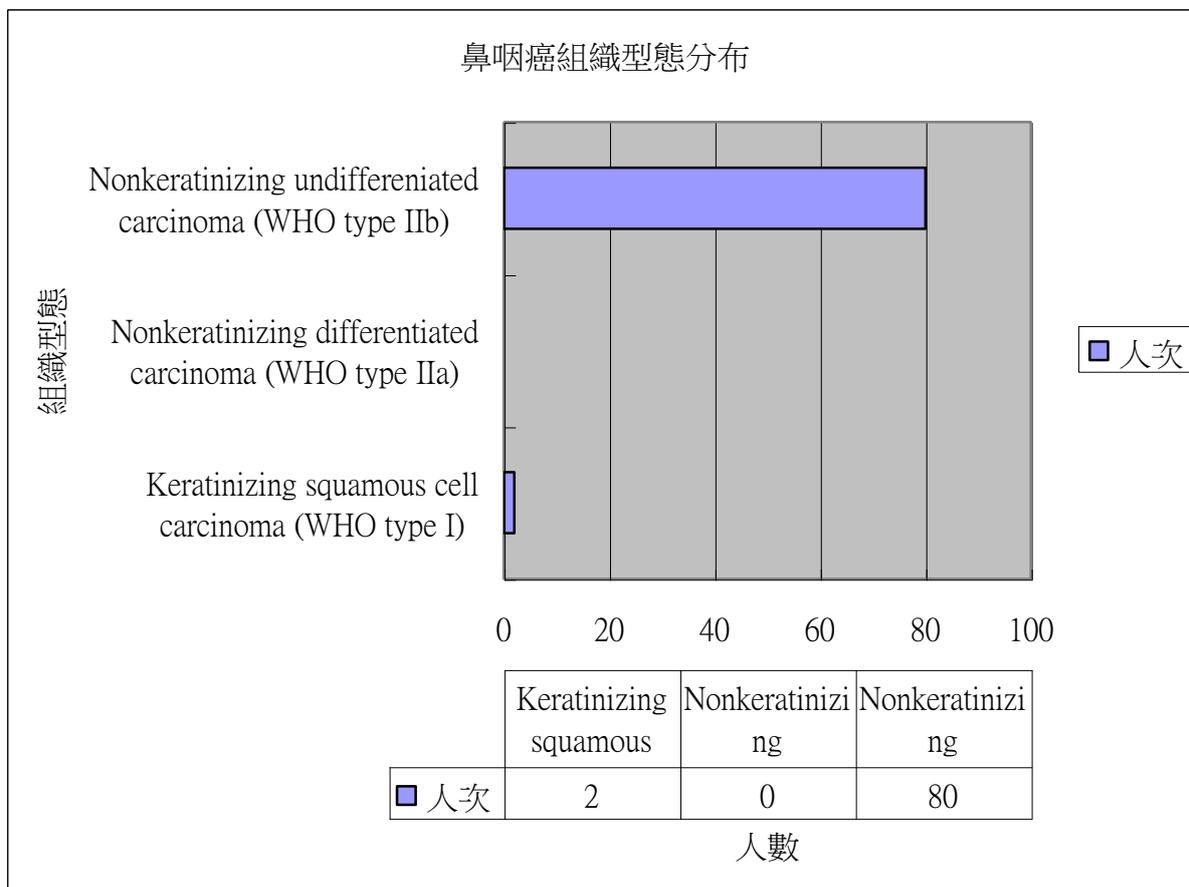
年齡	00-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80 以上		總計	總計
	性別	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男性		
期別	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	性	男性	女性
1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	3	1	
2	0	0	0	0	0	0	1	0	5	2	0	0	0	0	0	6	2	
3	2	0	2	0	5	2	7	3	10	6	2	2	0	3	0	28	16	
4	0	0	0	0	1	1	7	2	5	3	2	1	3	1	0	18	8	
總計	2	0	2	0	6	3	17	5	20	12	5	3	3	4	0	55	27	





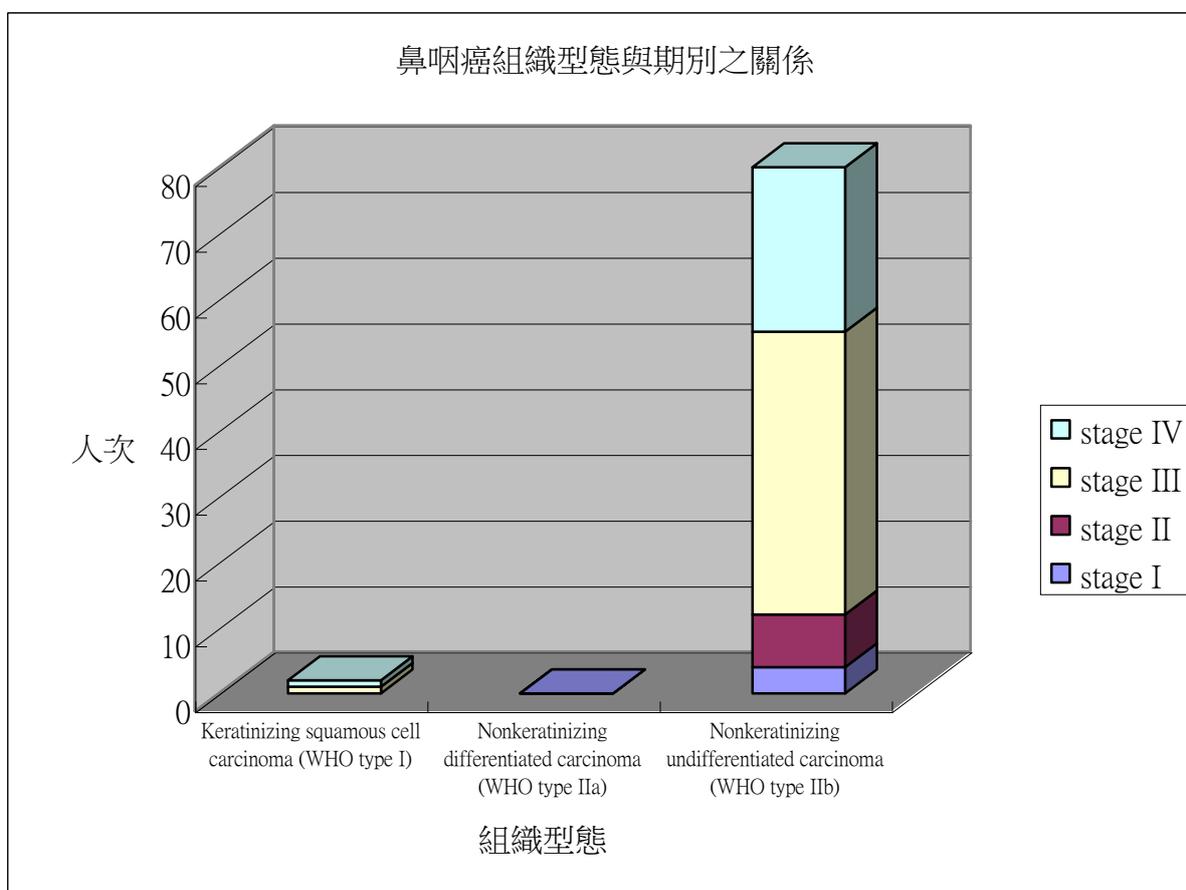
根據行政院衛生署 98 年的統計，鼻咽癌排名第 15 大癌症死因，退居男性癌症死因第十一名(97 年為第九名)，全年 674 人死於鼻咽癌，目前全台每年約有 1100 人新診斷有鼻咽癌。依照本院鼻咽癌病人分析男女比率約為 10:7，主要發生年齡為 40 到 60 歲之間，由於鼻咽癌好發於男性壯年期，易對社會、經濟、勞力、家庭造成重大衝擊。

(二) 鼻咽癌組織型態分佈



依照本院鼻咽癌病人分析，鼻咽癌的組織型態分佈以 nonkeratinizing undifferentiated carcinoma 為主，約占 97.6%，其次為 keratinizing squamous cell carcinoma 2.4%。

(三) 鼻咽癌組織型態與期別之關係



本團隊統計分析 2009-2010 年本院鼻咽癌 nonkeratinizing undifferentiated carcinoma 病人，發現以第三期(53.7%)最多，其次依序為第四期(31.7%)、第二期(9.8%)及第一期(4.9%)。晚期患者佔半數以上(第三、四期共佔 85.4%)，由於鼻咽癌早期症狀不明顯，易被病患忽視，因此 30%-40% 病人以頸部腫塊為初發症狀，造成就醫時約有七成以上病患已有單側或雙側頸部淋巴轉移。

(四) 鼻咽癌不同期別與治療方式分析

Principles of Radiation Therapy

Stage I	Definitive radiotherapy
Stage II	CCRT (RT) ± Neoadjuvant / Adjuvant chemotherapy
Stage III	CCRT (RT) ± Neoadjuvant / Adjuvant chemotherapy
Stage IV	CCRT (RT) ± Neoadjuvant / Adjuvant chemotherapy

Definitive radiotherapy to nasopharynx , 70 Gy and elective radiotherapy to neck

CCRT (concurrent chemoradiotherapy):
Radiotherapy to primary and gross nodal disease (≥ 70 Gy) and uninvolved nodal stations (≥ 50 Gy)
Chemotherapy: cisplatin, 100mg/m² on days 1, 22, 43 or cisplatin, 30-40mg/m² every week
Neck dissection is indicated when neck residual tumor after treatment is noted.

Definitive radiotherapy

Primary and gross adenopathy: ≥ 70 Gy (2.0 Gy / fraction)

Neck: uninvolved nodal stations: 56-63 Gy (1.6-1.8 Gy / fraction)

Technique: IMRT (intensity modulated radiotherapy)

Principles of Chemotherapy

Neoadjuvant chemotherapy

Cisplatin 20mg/m² + 5-FU 1000 mg/m² x 5 days; repeat every 4 weeks x 2-3 courses

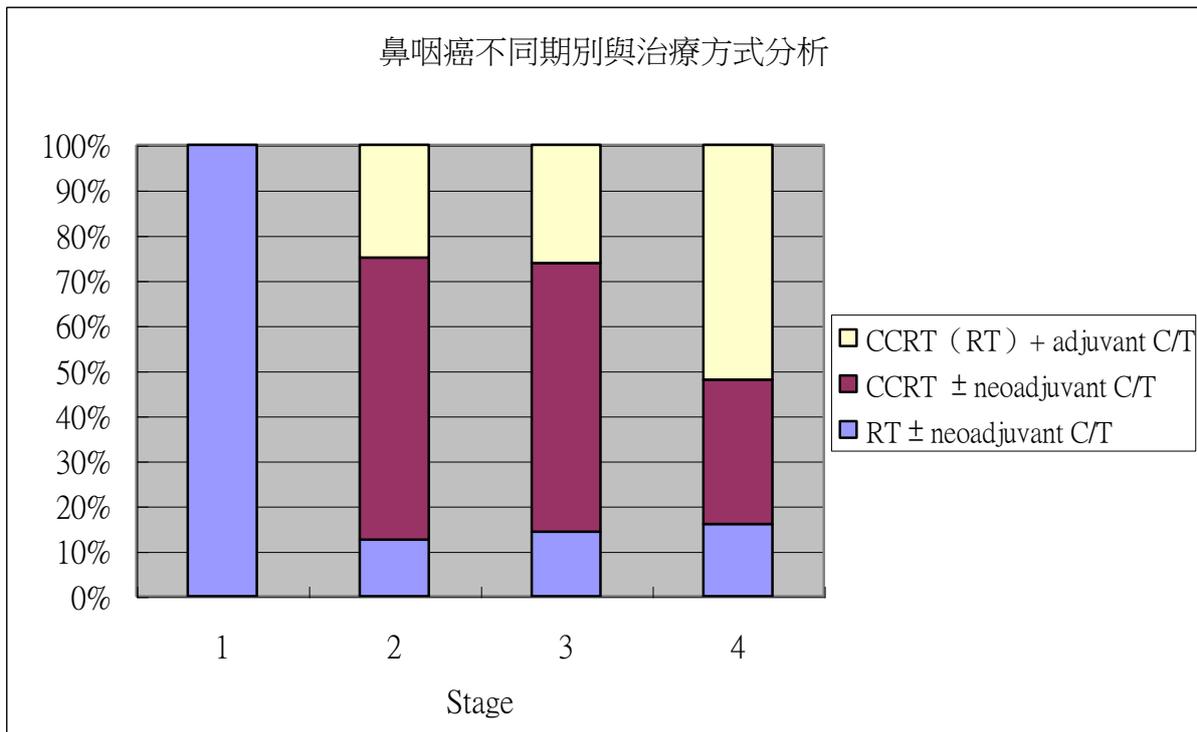
CCRT (concurrent chemoradiotherapy)

Cisplatin 100mg/m² on days 1, 22, 43 or Cisplatin 30-40mg/m² every week

Adjuvant chemotherapy

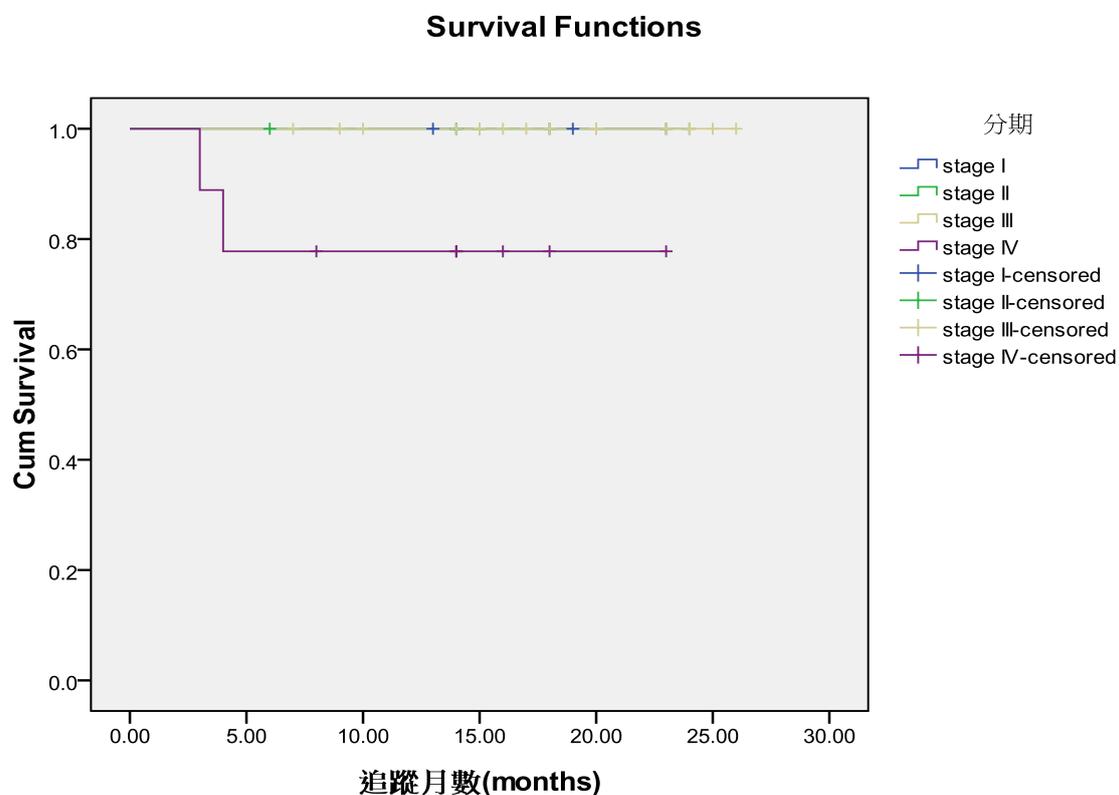
Cisplatin 20mg/m² + 5-FU 1000 mg/m² x 5 days; repeat every 4 weeks x 3 courses

期別 治療方式與次序	1	2	3	4	總計
RT ± Neoadjuvant C/T	4	1	6	4	15
CCRT ± Neoadjuvant C/T	0	5	25	8	38
CCRT (RT) + adjuvant C/T	0	2	11	13	26



鼻咽癌是屬於對放射敏感的腫瘤，體外放線治療是目前被公認為治療早期鼻咽癌的有效方式；但如果鼻咽癌已經進入晚期或者是經過治療後又再復發，則可能需要配合化學治療及外科手術。鼻咽癌治療專業團隊與病患及家屬共同針對病情與檢查結果，進行分析與討論後，再決定採取最適宜的治療方式。一般而言，第一期患者以治癒性放射線治療為主；第二期以上患者則依照影像檢查、年紀等因素，可以考慮同步放射化學治療；晚期患者(第三、四期)接受同步放射化學治療後，再進行臨床腫瘤評估，如有必要需加作輔助性化學治療。

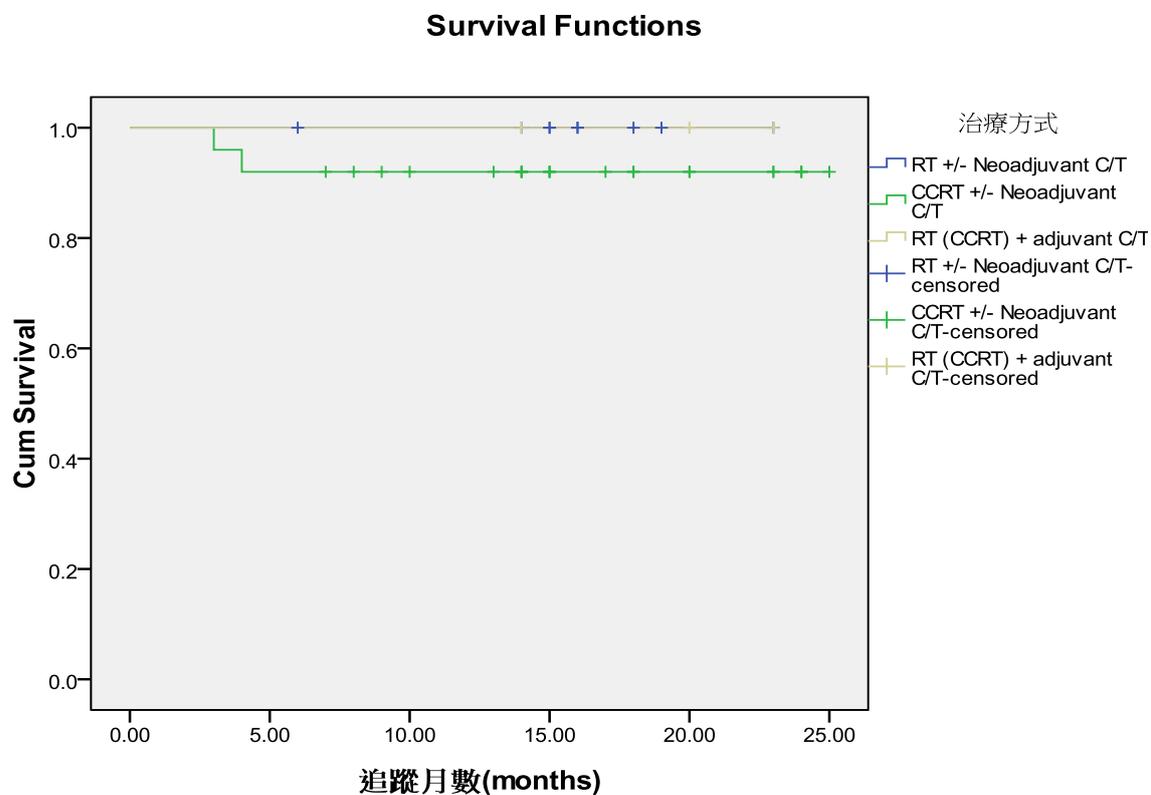
(五) 不同分期與整體存活率之關係



分析本院 2009-2010 年鼻咽癌病患的統計數據，發現鼻咽癌病人之存活率與癌症分期有一定的關聯性，早期發現早期治療對病人的存活有其重要關鍵性；惟追蹤時間尚短，無法看出第一、二、三期病患間明顯的差異性。

一般而言，早期（第一、二期）病患接受治療後，五年存活率可達 80% 以上；晚期（第三、四期）或復發的病患，五年存活率有 30~50% 以上。

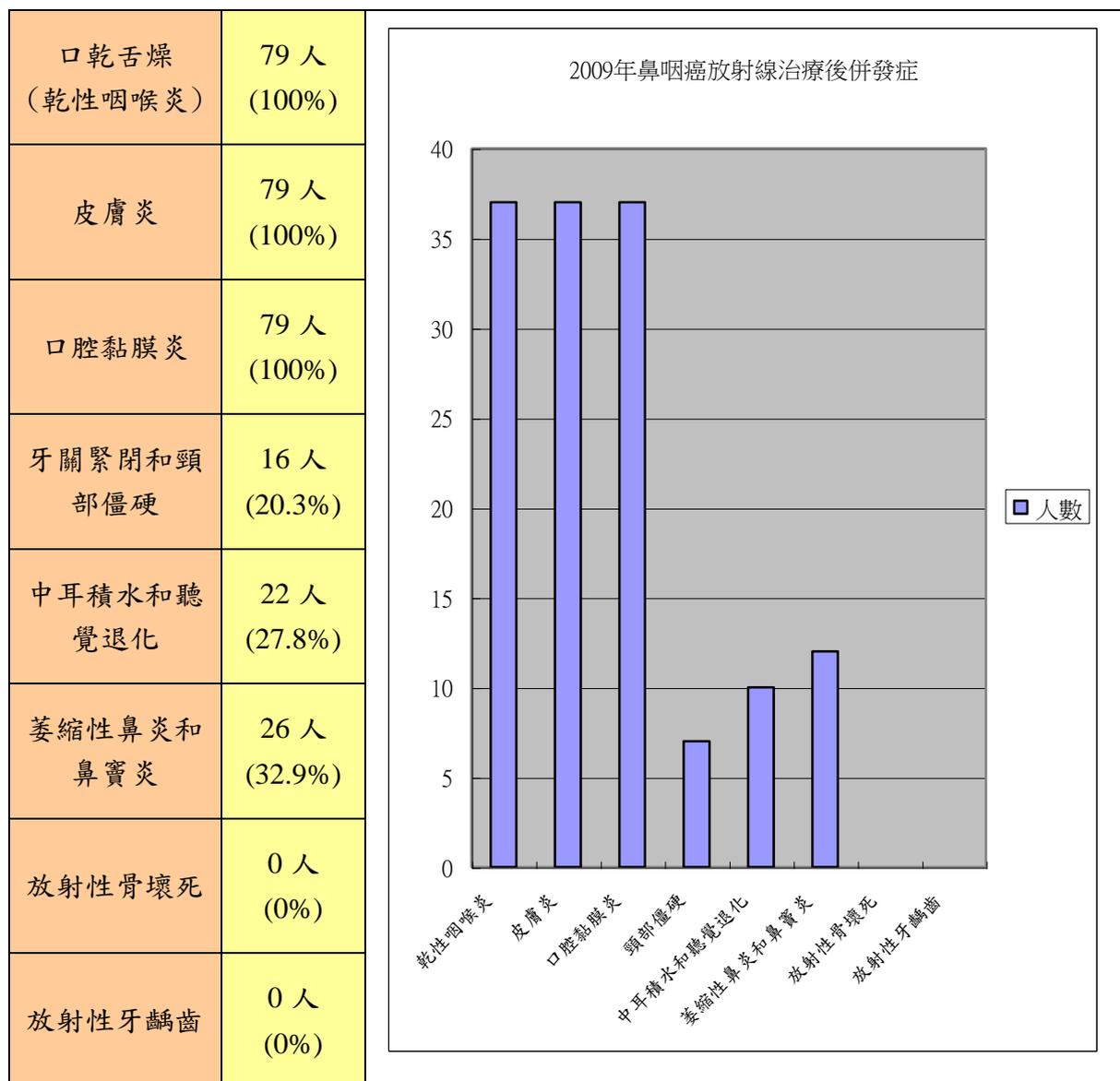
(六) 不同治療方式與疾病存活率的關係



鼻咽癌病患的治療選擇，包括放射線治療、同步放射化學治療或合併輔助性化學治療。由於治癒性放射線治療多使用於早期患者，所以相較合併化學治療的晚期患者，具有較好的存活率；惟病患個案數尚少，需有更多治療案例方能看出顯著的差異性。

(七) 所有接受治療病人之併發症及副作用分析

(1)放射線共 79 人，產生併發症者 79 人。



(2)化學治療共 69 人次，產生併發症者 35 人次。

Leukopenia	11 人次
Neutropenic fever	2 人次
Nausea with poor intake	20 人次
Hyponatremia	2 人次

分析本院 2009-2010 年鼻咽癌病患治療後的統計數據，接受放射線治療後，大部分病患都會產生一些早期併發症，例如：口乾舌燥（100%）、皮膚炎（100%）、口腔黏膜炎（100%）等，只是依據病患照射劑量及範圍不同，嚴重度會有程度上的差異，一般而言，早期併發症在放射線治療結束後約 1-2 個月，症狀會逐漸恢復，至於晚期併發症，則是在治療完成後數月至數年才發生，例如：牙關關節緊閉和肩頸部僵硬（20.3%）、聽覺退化（27.8%）等，這些症狀並非每個病患都會發生，可是一旦發生，就不容易再恢復。

接受化學治療病患，常會有噁心嘔吐及食慾不振等副作用，嚴重者甚至造成免疫力降低合併白血球低下的副作用，少數病患則會發生發燒感染、電解質不平衡等併發症。

（八）死亡原因分析

2009-2010 年鼻咽癌病患死亡分析（死亡人數 5 人）

cancer progression	3
tumor bleeding with shock	2
sepsis	0
aspiration pneumonia	0

根據本院 2009-2010 年鼻咽癌病患死亡的統計，鼻咽癌患者中有 5 人死亡，死亡原因分別是癌症末期進展和腫瘤大出血；惟死亡人數不多，尚無法做統計分析。

討論

鼻咽癌很少發生於歐美人，即使亞洲的日本、韓國一樣很少見，但在大陸東南沿海各省及台灣卻非常普遍。好發年齡在 40-50 歲壯年期，男女比例約為 3 比 1；鼻咽癌發生原因乃屬多重因素構成，常見原因如：家族遺傳因子、EB 病毒感染、環境因素等；鼻咽癌常見症狀可約略分成：頸部腫塊、單側聽力障礙或閉塞感、痰中帶血或鼻涕含血、頭痛、臉部麻痺或視力模糊等，因早期症狀不明顯，容易造成病患日常生活的忽略或是臨床醫師的誤診；統計本院 2009-2010 年鼻咽癌患者，至本院就醫診療時，多為晚期（第三、四期），影響病患治療預後，因此必須建立臨床醫師對於鼻咽癌症狀的警覺性。

鼻咽癌治療主要依賴放射線治療，第一期患者以放射線治療為主，第二、三、四期鼻咽癌患者可能需要合併放射化學治療，若是末期患者(已有遠處轉移)，則以化學治療為主，輔助以放射線治療。一般而言，早期（第一、二期）患者五年存活率可高達 80% 以上，晚期（第三、四期）患者也有 30-50% 以上。統計本院 2009-2010 年鼻咽癌患者，本院接受完整治療後，多數能夠得到治癒性控制，病患也可以恢復正常生活工作，治療成效相當不錯。

本院於 2009 年成立鼻咽癌團隊，整合耳鼻喉科、放射腫瘤科、放射影像科、病理科、血液腫瘤科、牙科、營養師、護理師、復健師等，提供鼻咽癌患者完整的治療計劃及追蹤計劃，改善治療期間之副作用，以提升病患生活品質及治療預後。鼻咽癌團隊將會長時間繼續追蹤患者病況，收集更多樣本資料，期能了解本院鼻咽癌患者不同分期、治療成效與存活率之差異性。

乳 癌 診 療 團 隊



張宏泰主任、王炳惠主任、陳慧蘭個管師、乳癌診療團隊

共同製作 101 年 5 月

乳癌診療團隊

團隊召集人姓名：張宏泰醫師（一般外科、乳房專科）

個管師：陳慧蘭護理師

核心成員
一般外科：張宏泰主任、劉絮穎主任、王炳惠主任、陳玉佳醫師
放射線部：潘慧本醫師、周春平醫師
放射腫瘤科：張慶雄主任、陳建勳醫師
血液腫瘤科：余明生醫師
病理部：廖嘉賓醫師
護理部：陳慧蘭個案管理師、乳癌病房護理同仁
非核心成員
身心科：江允志醫師
核醫科：彭南靖主任、胡璿醫師
中醫部：吳景崇主任
家醫部：潘湘如醫師、陳芝瑜醫師
社工室：陳紅米社工師
營養室：林慧如營養師

簡介：

乳癌一直是本院婦女癌症人數最多的族群，以 2009 年為例，在本院接受首次完成治療的新病人已達 322 人。從 1990 年開院第一年病例僅個位數至 2010 年每年突破 300 名新病例，在本院完成治療的病人總數累積已超過 3540 名。本院乳癌多專科團隊定期舉辦乳癌新個案以及特殊病例臨床研討會，於每 5 週五上午 07：40～08：30 舉行，包含個案討論與學術研討會。

為便利乳癌個案多科就診之需要及更隱密、便利的看診環境於 2010 年 11 月開始實施整合門診作業，凡經醫師評估（或個案管理師建議）個案有多科就診的需要，並經個案同意後，可依據病人不同的需求進行多科醫師同時與病患面對面的整合門診。2011 年 11 月更積極回應總統馬英九提出的「友善女性單一窗口服務」計劃，成立高雄首座婦女就診的「乳房健康中心」，本中心設在放射線部內，有獨立完整空間，裡面有三個診間，為讓病患有合宜空間與醫護會談說明，也設有溫馨會談室，而乳癌志工團體則在診間設櫃檯，供病友諮詢支持。



2011 年 11 月乳房健康中心開幕儀式

本院乳癌的治療過去 20 年有長足的進步，從 1990 年開院至 2010 年，病人五年存活率為 81.1%，自 2004-2010 年配合國健局癌登資料統計可以看見本院治療乳癌病人的五年存活率提升至 83%。

進步的原因包括各種最新乳癌影像學早期偵測、詳細標準化的病理檢驗、精細的乳癌切除和重建手術、先進放射線治療的搭配，以及引進國外各種抗癌化學和標靶藥物的搭配應用。尤其追求本院乳癌治療水準齊一也是重要因素，乳癌治療經多專科團隊共同合作，制訂各項標準治療指引並進行持續品質指標嚴格稽核。

為了服務乳癌病友，提供醫學知識，使病友對疾病和治療有正確的認識，我們也成立了「高雄市蓮馨關懷協會」，經由病友相互討論及經驗分享、強化彼此正向學習情緒，以發揮自助人助的力量。

2011 年更積極配合護理部參與國家品質標章護理照護服務類/護理特色專科組的競賽榮獲國家品質標章獎。



高雄市蓮馨關懷協會成立大會



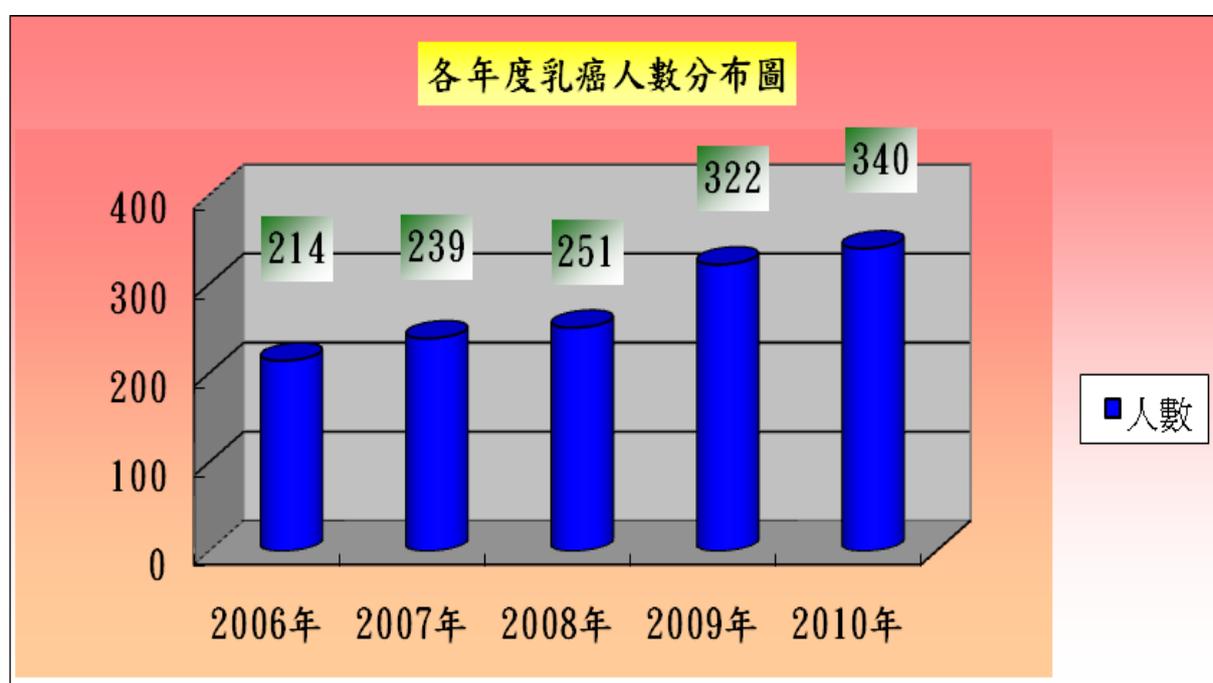
2011 年參與國家品質認證



2006-2010 年乳癌醫療統計摘要

(一) 2006-2010 乳癌年度新收案病患基本資料與治療方式

近五年來病人數目更快速增加(圖一)，除全國乳癌發生率逐年增加原因外，也是因為本院乳癌團隊診治陣容的不斷加強和品質的大幅提高。高水準的醫療服務迭獲南部民眾青睞，更有中北部民眾慕名南來求治，國外人士轉介來本院手術也不乏其人。



(圖一)

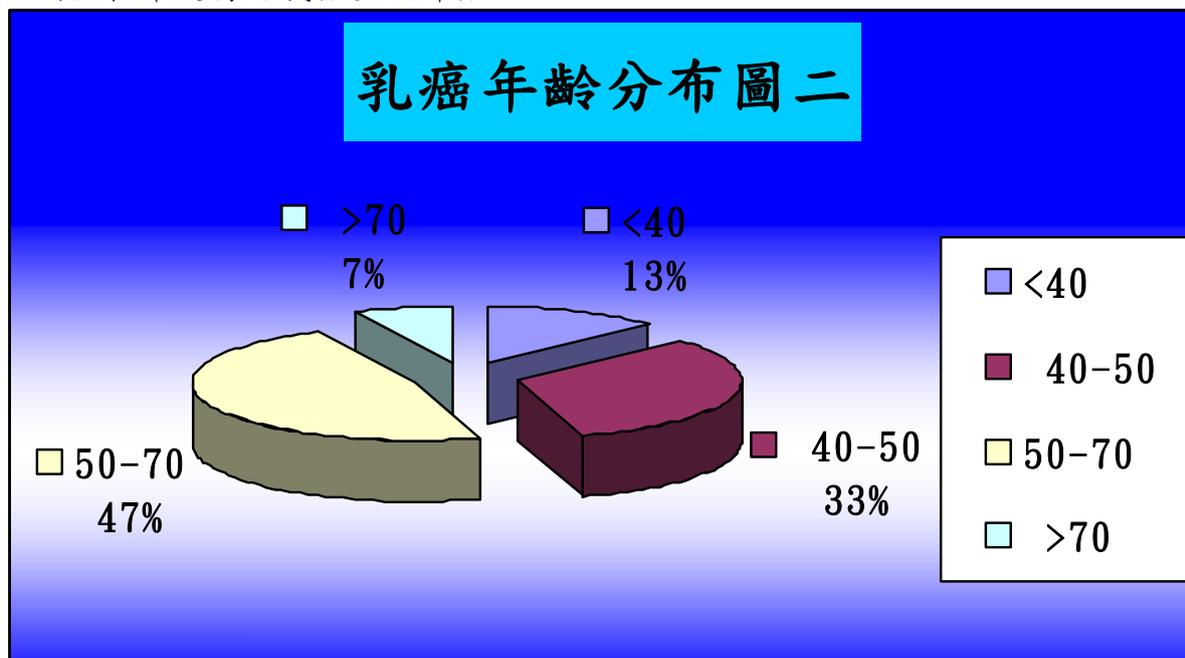
自 2006 年一月至 2010 年十二月共計 1452 例初次診斷乳癌並在本院接受手術治療之患者予以收案(表一)。

表一：1452 例乳癌病患之基本資料及治療方式

	病例數	百分比(%)
性別 男/女	5 / 1447	0.3 / 99.7
年齡 (歲) <40 / 40-50 / 50-70 / >70	187 / 472 / 687 / 106	12.9 / 32.5 / 47.3 / 7.3
組織分級 分化良好/分化中度/分化不良/不詳	134/623/509/186	9.2/42.9/35.1/12.8
組織型態 DCIS/IDC/ILC/Others	171/1135/20/9/36/81	11.8/78.2/1.4/0.6/2.5/5.6
腫瘤大小(cm) <2 / 2-5 / >5	83/138/1231	5.7/9.5/84.8
淋巴侵犯數目 0/1-3/3-9/>9	789/274/143/246	54.3/18.9/9.8/16.9
TNM 分期 0/I/IIa/IIb/III/IV	176/368/549/271/83	12.2/25.4/37.9/18.7/5.7
手術治療方式 Biopsy/BCS/ MRM/合併重建	117/323/557/171/284	8.1/22.2/38.4/11.8/19.6
化學治療 有/無	1077/375	74.2/25.8
放射線治療 有/無	665/787	45.8/54.2
賀爾蒙治療 有/無	1044/408	71.9/28.1

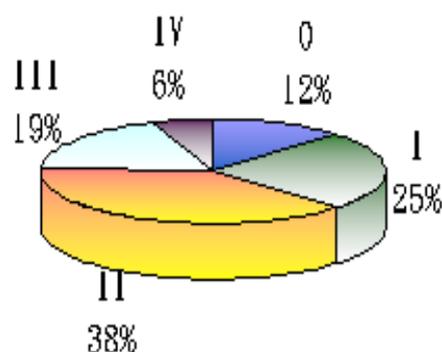
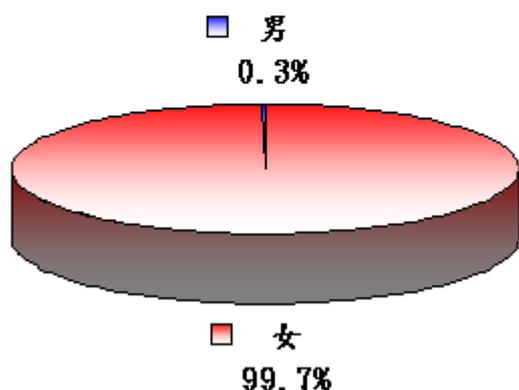
(二) 初次診斷乳癌患者-年齡、性別、期別等相關分佈

圖二呈現 1452 例乳癌病患之基本資料及治療方式，乳癌病人雖是女性為主，亦包括 5 名男性。1452 例中，女性 1447 例(99.7%)，平均年齡 52.3 歲 (20 至 92 歲)；另外男性 5 例(0.3%)，平均年齡高達 79.4 歲(61 至 92 歲)，女性平均年齡遠較男性低。由圖三可看見依年齡層不同期別男女性人數詳細的分布，一般會認為乳癌只發生在女性身上，但乳癌不是女性的專利，男性也有可能得乳癌，其實男性也有百分之一的乳癌罹患率。男性乳癌的病患第一次來求診時比女性乳癌病患要來的晚期，可能是因為男性不被認為會罹患乳癌，同時也不如女性較常進行自我檢查及篩檢。



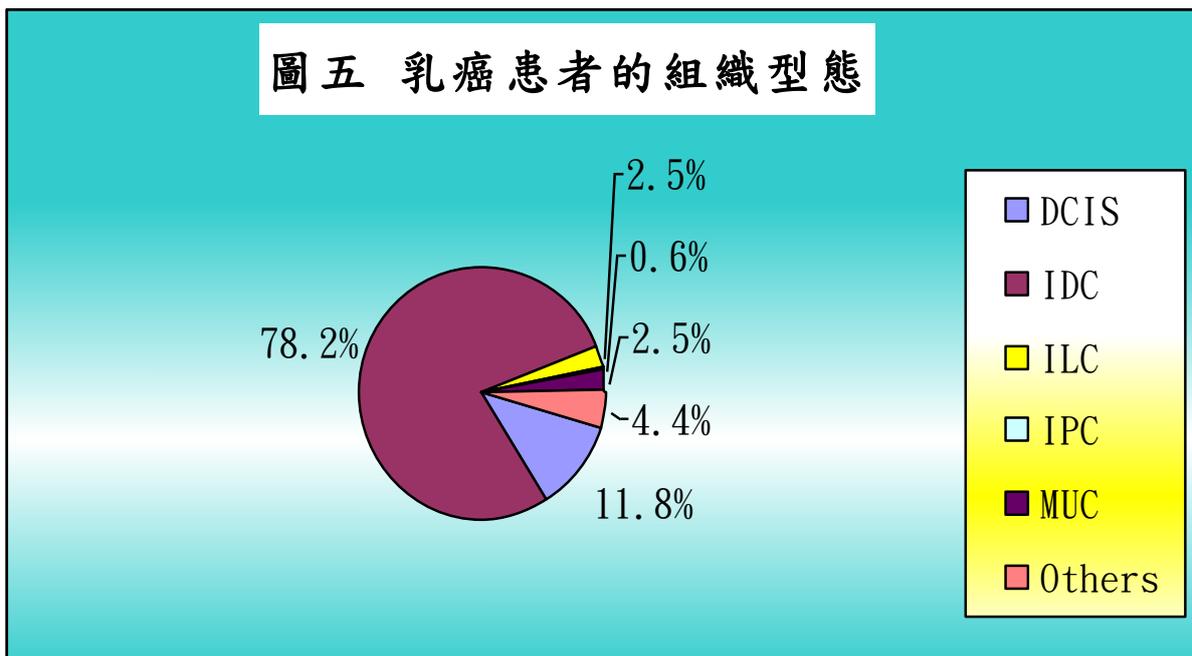
乳癌性別分布圖三

圖四 乳癌期別分布圖



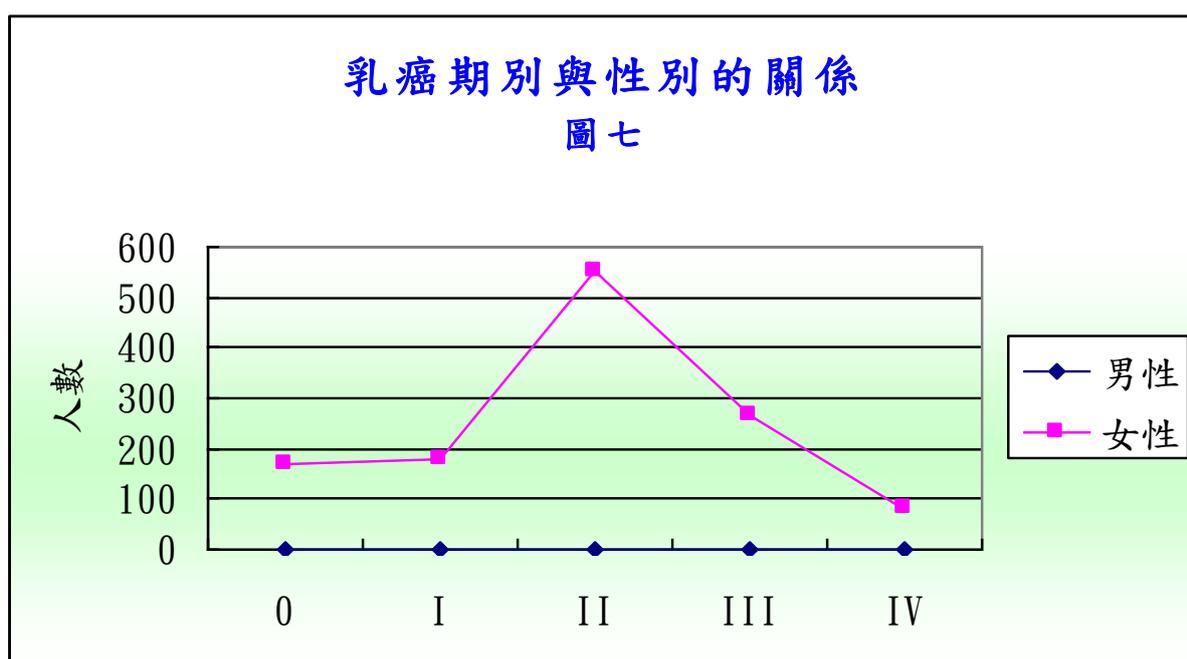
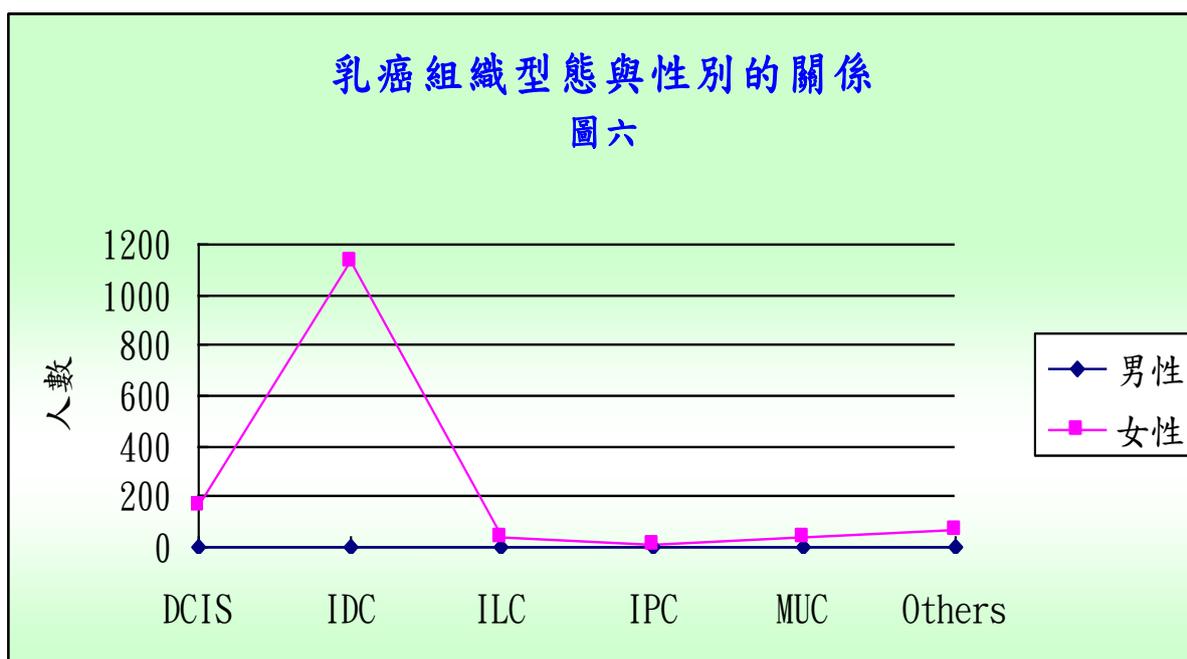
(三) 乳癌患者-組織型態及期別分佈

由於乳癌是由乳房之乳腺管細胞或乳小葉細胞經不正常分裂後，繁殖形成的惡性腫瘤，故依照癌細胞的侵襲性可分為原位癌(In situ carcinoma)與侵襲癌(Invasive carcinoma)兩大類。述癌細胞仍侷限於其原發部位內，並未突破基底層而擴散至附近的乳腺管(duct)或乳小葉(lobule)，則稱為原位癌，若癌細胞突破基底層擴散出去，侵犯附近週邊的組織，這種情形稱為侵襲或浸潤則稱為侵襲癌。原發部位為乳腺管，最為常見(1135名)稱為侵襲性乳管癌，侵襲癌中占78.2%。依AJCC分期，若組織病理診斷為原位癌(Tis)，則在病理分期上為第零期(Stage 0)；若有遠端器官轉移(M1)則不論腫瘤大小於腋下淋巴結轉移情形，病理分期均為第四期(Stage IV)。



(四) 乳癌患者-組織型態、性別、期別之關係

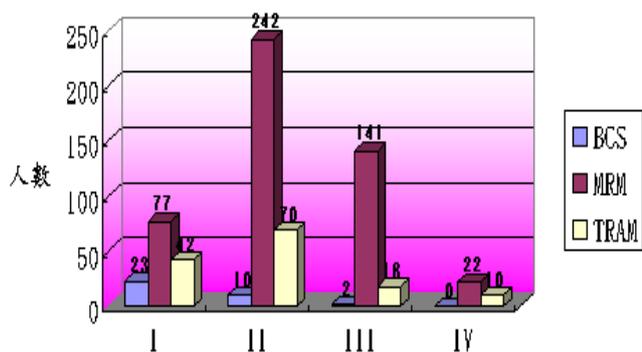
浸潤性腺管癌(infiltrating ductal carcinoma)是乳癌最常見的組織型態占78.2%(1135名)，由圖六可以看出乳癌以女性居多，性別並沒有很大的差異，但本院這五例男性年紀偏大卻仍多早期(2位0期，1位1期，1位2期，1位4期)，看來男生罹患乳癌的可能已受重視(圖六~圖七)。



(五) 不同期別與治療方式分析

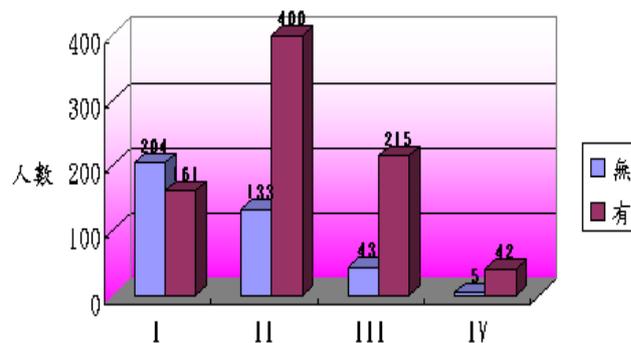
乳癌的治療包括外科手術治療、輔助化學藥物治療、放射線治療、荷爾蒙治療，而最重要的治療方法為透過外科手術將腫瘤與腋下淋巴結的部份切除以進行處理。目前可使用的手術包含改良型乳房根除手術、乳房保留手術、單純性全乳房切除手術、部份乳房組織切除術、腋下淋巴結廓清術、前哨淋巴結摘除術等。但外科手術進行腫瘤切除之後，患者體內可能仍存在觀察不到顯微轉移情況，因此有可能導致復發或轉移的情況。因此術後需利用放射線治療、輔助性化學治療及荷爾蒙治療來進行預防（圖八~圖十）。

不同期別與手術分析



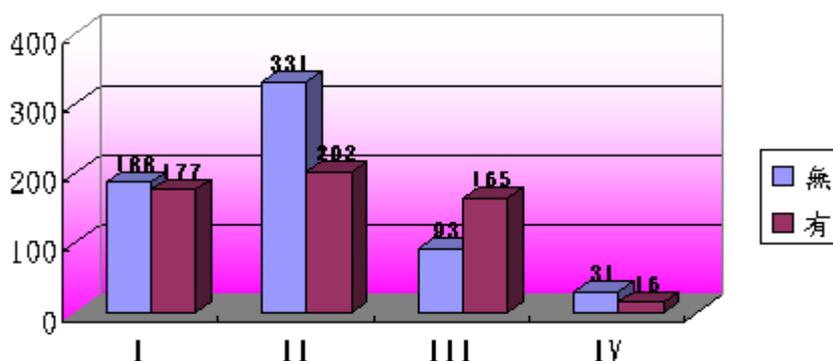
(圖八)

不同期別與化學治療的分析



(圖九)

不同期別與放射線治療分析



(圖十)

(六) 不同分期與整體存活率之關係

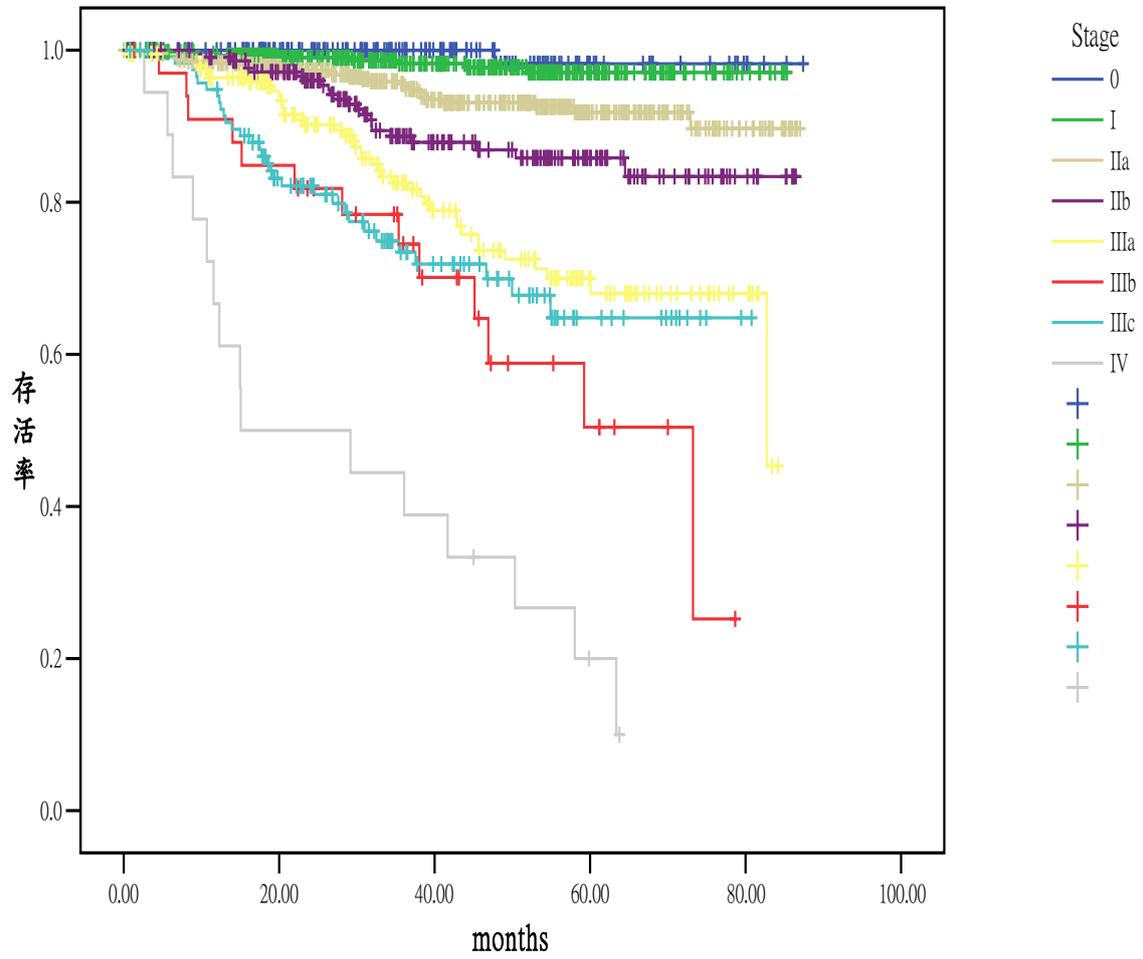
最近幾年來，從知名藝人罹患乳癌事件曝光後，越來越多的女性意識到乳癌的可怕。然而在這些新聞的背後，多數民眾只是一味地懼怕乳癌，實際上並不了解乳癌這種疾病的真相。

早期乳癌在接受適當的治療後，病情通常可獲得控制甚至治癒。根據統計，乳癌的第 1 期存活率可達九成以上，而第 0 期乳癌的存活率甚至接近百分之百(見圖十一)，乳癌整體存活率分析可見早期乳癌治療成果明顯較第三、四期乳癌佳，早期檢查可發現早期乳癌，不耽誤治療而且早期發現乳癌的患者較有機會能保留乳房，無須整個切除，這些都是定期接受乳癌篩檢的好處，本院因此引進 3D 數位斷層合成乳房 X 光攝影(3D digital breast tomosynthesis, DBT)減輕患者對於篩檢疼痛的擔憂，以期能廣泛推廣使民眾接受早期篩檢早期診斷與治療。



3D 數位斷層合成乳房 X 光攝影(3D digital breast tomosynthesis, DBT)

乳癌各期別存活分析

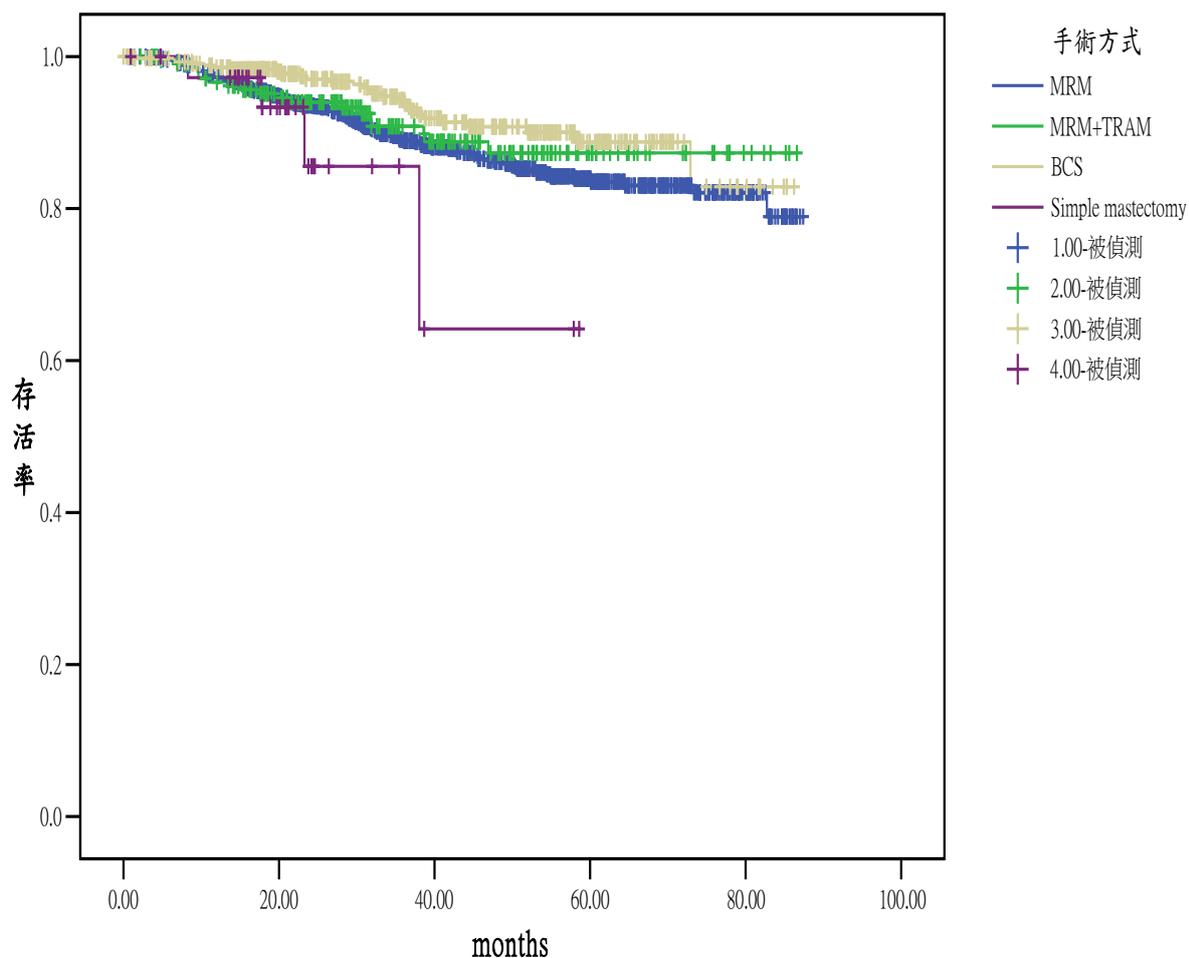


$p < 0.0001$

(圖十一)

(七) 不同治療方式在不同分期治療反應與存活率的關係

乳癌各種手術相關存活分析

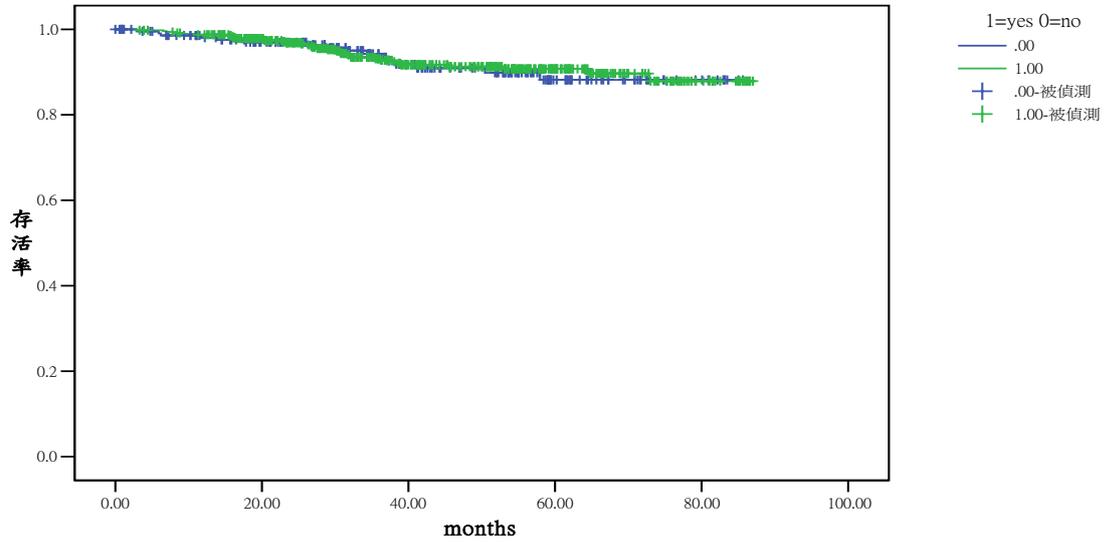


$p < 0.0001$

(圖十二)

國內每年約有近五萬名乳癌患者，過去因擔心乳癌轉移，常要求乳房切除。由圖十二可以看出進行乳房全切除及淋巴摘除手術的病患與進行乳房保留手術病患的整體存活率並無差異，因此本院目前積極推廣條件許可的病患進行乳房保留手術。

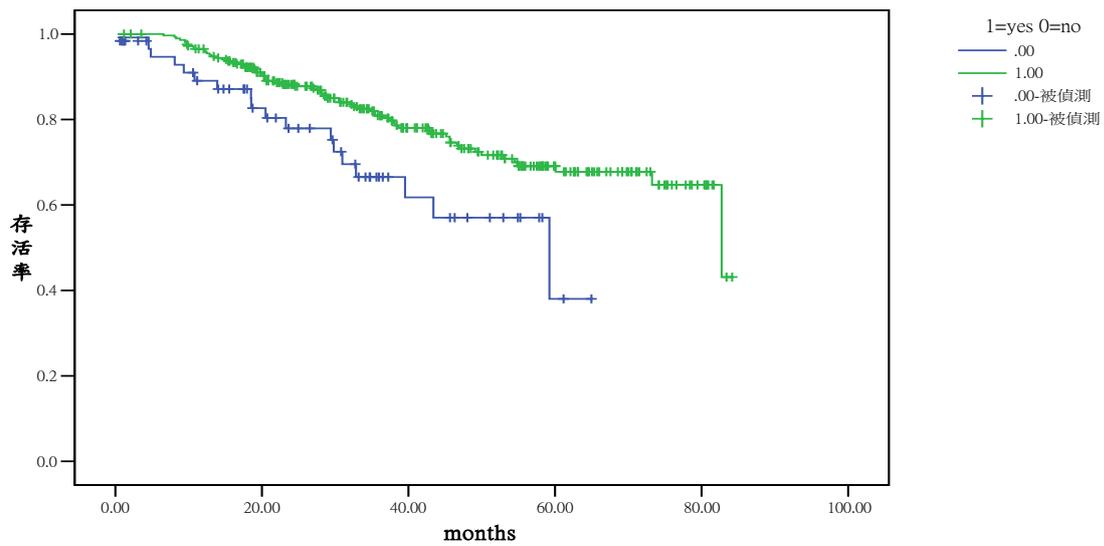
第二期乳癌患者接受化學治療存活分析



$p = 0.8017$

(圖十三)

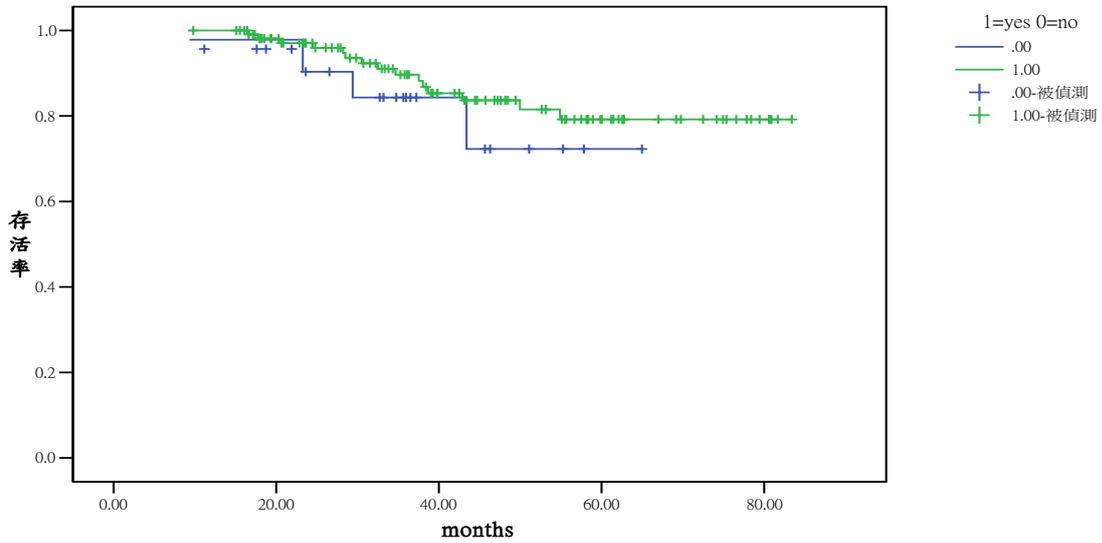
第三期乳癌患者接受化學治療存活分析



$p = 0.0120$

(圖十四)

第三期乳癌ER陽性患者接受化學治療存活分析

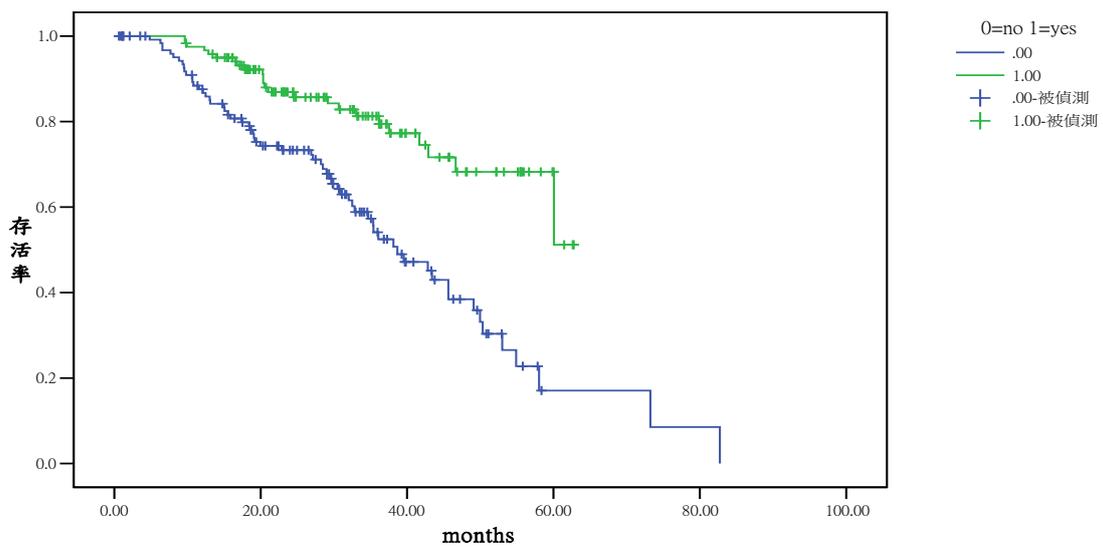


$p = 0.3763$

(圖十五)

化學治療對早期乳癌患者之整體存活率效果較不明顯，但對於第三期患者確實可以延長存活，主要還是對動情受體陰性患者助益較大。

陽性淋巴結數目3個以上乳癌患者接受放射治療存活分析



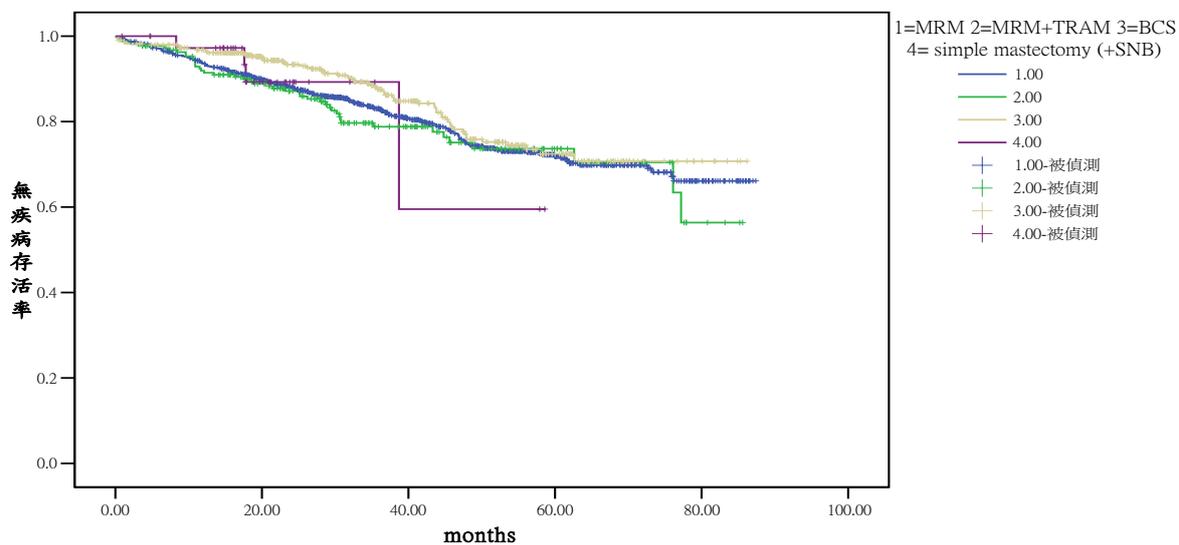
$p < 0.0001$

(圖十六)

乳癌患者轉移到腋下淋巴結 >3 顆如果再加做放射線治療的進行，可以由(圖十六)看出整體存活率確實有上升情形，本團隊因此制定乳癌診療指引並且依據指引進行患者的治療計畫。

(八) 不同分期與不同治療方式與無腫瘤存活率(tumor free)的關係

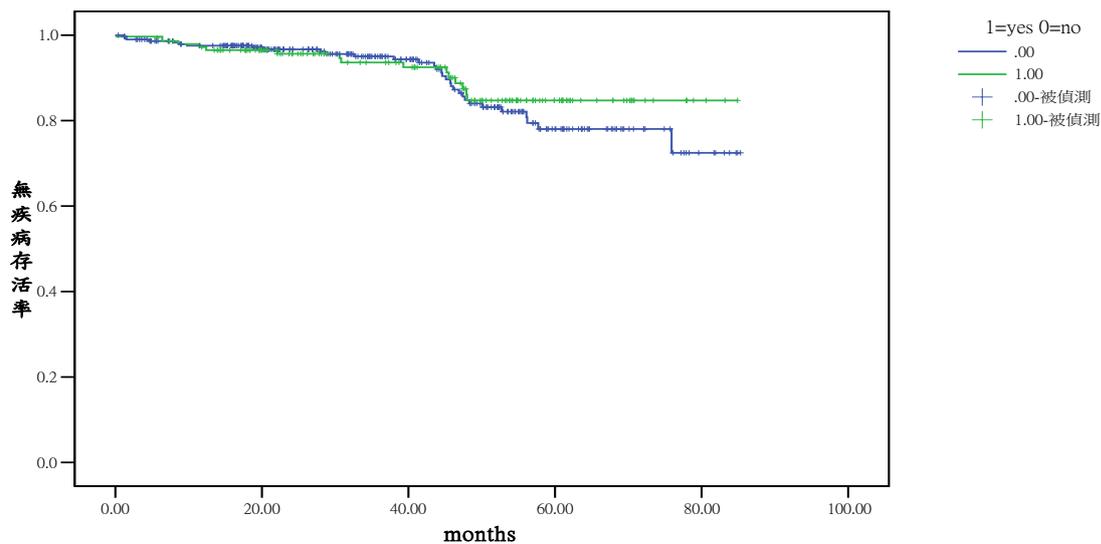
2004-2010年乳癌病患各種手術相關無疾病存活率



$p = 0.3245$

(圖十七)

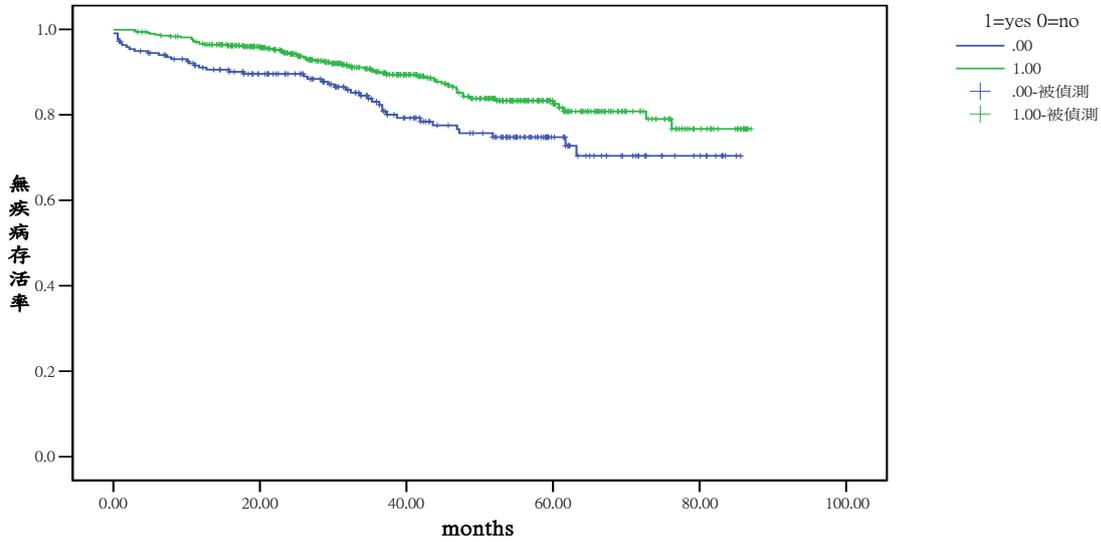
2004-2010年第一期乳癌病患接受化學治療相關無疾病存活率



$p = 0.4880$

(圖十八)

2004-2010第二期乳癌病患接受化學治療相關無疾病存活率



$p = 0.0067$

(圖十九)

依據(圖十七)的分析乳癌手術的方式與疾病復發無關係，第一期患者對有無接受輔助性化學治療，從五年無疾病存活率看來並未達統計上有意義的差別，但從(圖十八)可看到有追蹤時間越長，化學治療的效果越明顯的趨勢。第二期的病患如果沒有進行輔助性化學治療5年無疾病存活為74.76%，有進行輔助性化學治療5年無疾病存活為82.53%，因此輔助性化學治療的進行確實可以減少腫瘤的復發(圖十九)。

(九) 所有接受治療病人之併發症及副作用分析(表二)

治療方式	病例數
手術治療方式	1300
全切除(MRM)	693
出血	4
蜂窩組織炎	4
感染	4
淋巴水腫	42
部分切除(BCS)	342
麻痛感	4
感染	4
合併自體組織重建(LD flap or TRAM)	229
出血	2
皮瓣部份壞死	1
腹部緊繃感	4
化學藥物治療	1077
完全掉髮	838
骨髓抑制	227
腸胃道症狀	290
手足症候群	38
過敏	46
發炎感染	38
水腫	42
失眠	55
心血管症狀	13
關節痠痛	5
放射線治療	665
皮膚刺痛感	4
皮膚磨損或壞死	8
皮膚乾裂	34
喘	4
食慾差	8
賀爾蒙治療	1044
熱潮紅	13
血壓上升	4
會陰分泌物增加	13

(十) 死亡原因分析一

癌症目前高居國人十大死因之首，讓人聞癌色變，乳癌更是婦女最多的癌症，根據衛生署的統計，台灣目前婦女罹患乳癌的盛行率是每十萬分之二十五至四十人，亦即大約每年每四千位婦女中就有一人被診斷出罹患乳癌。平均每年大概有二千五百名婦女被診斷出乳癌，大約有一千五百名婦女死於乳癌，好發年齡約在 40 到 50 歲之間，趨於年輕化，另統計上台灣乳癌病患每十一人即有一人年紀小於 40 歲。

乳癌在女性死亡原因裡面高居第四位，因此如何提高乳癌的整體存活率，是一個我們必須注意的話題，乳癌死亡的主要原因是遠處器官的轉移，遠處轉移部位多見於骨頭、肺臟、肝臟和腦部。死亡原因也源於這些器官的失能或衰竭。本院 2006 至 2010 年 1452 位乳癌病人因乳癌疾病死亡者共 117 名，其死亡原因如下表三：

因癌症死亡	死亡人數	比例(%)
肺衰竭	13	0.9%
中樞神經衰竭	2	0.1%
多重器官衰竭	71	4.9%
肝衰竭	5	0.3%
敗血症	7	0.5%
非因癌症死亡	19	1.3%

核心測量指標

乳癌核心測量指標提報表						
醫院	高雄榮民總醫院					
期間	2008 年 ~ 2010 年					
指標類型	測量指標	分子分母定義	目標	2008	2009	2010
診斷性 (1)	50 歲以上手術前三個月內有兩側乳房攝影的百分比或乳房超音波	分子：手術前三個月內實施乳房攝影或乳房超音波檢查任一種之病人數（含外院檢查） 分母：乳房手術病人總數	>90%	215/228 (94.2%)	205/227 (90.3%)	N/A
治療前 (1)	45 歲以上(含)乳癌婦女施行手術前 3 個月內有雙側乳房 X 光攝影的比率。	分子：分母人數中，施行手術前 3 個月內有雙側乳房 X 光攝影的人數。 分母：45 歲以上(含)乳癌婦女人數。	>80%	N/A	N/A	214/262 (81.7%)
治療前 (2)	乳癌病人在手術進行前曾經細胞學或組織學診斷的比率。	分子：分母人數中，乳癌病人在手術進行至少前一天曾經細胞學或組織學診斷的人數。（排除：同一天病人） 分母：經過手術治療的乳癌病人。（排除轉移性乳癌病人）	>95%	NA	NA	319/326 (97.9%)
治療 (2)	零期乳癌病患手術時清除腋下淋巴結數 10 顆以上的百分比	分子：零期乳癌病患手術時清除腋下淋巴結數 10 顆以上之病患 分母：零期乳癌病患手術病人總數	<10%	2/22 (9%)	8/44 (18.1%)	6/51 (11.8%)
治療	第一期乳癌病患接受乳	分子：第一期乳癌病患接受乳房保留性	>30%	21/41 (51.2%)	24/25 (44.4%)	42/91 (46.2%)

(3)	房保留性手術的百分比	手術之病患個數 分母：第一期乳癌手術病人總數				
治療 2B	乳癌第 II 期執行乳房保留手術的比率。	分子：分母人數中，執行乳房保留手術的人數 分母：乳癌第 II 期人數。	<20%	NA	NA	32/128 (25.0%)
治療 (4)	乳癌病患在手術後病理檢查報告有記錄原發腫瘤大小的百分比	分子：乳癌病患在手術後病理檢查報告有記錄原發腫瘤大小之個數 分母：乳房手術病人總數	>85%	210/228 (92.1%)	293/293 (100%)	290/290 (100%)
治療 (5)	侵犯性乳癌病患在手術時清除並病理檢查 10 顆以上腋下淋巴結的百分比	分子：侵犯性乳癌病患接受改良型根除性乳房切除術、根除性乳房切除術、乳房保留手術合併清除腋下淋巴結後，病理檢查腋下淋巴結 10 個或以上病人數 分母：侵犯性乳癌病患接受改良型根除性乳房切除術、根除性乳房切除術、乳房保留手術合併清除腋下淋巴結後，病理檢查腋下淋巴結病人數 排除：接受 sentinel node biopsy、手術前做化學/放術線治療、或轉移性乳癌病人除外	>80%	75/91 (82.4%)	158/207 (76.3%)	171/213 (80.3%)
治療 (6)	侵犯性乳癌病患在手術後病理檢驗	分子：侵犯性乳癌病患在手術後病理檢驗有荷爾蒙接受體	>85%	212/218 (97.2%)	207/207 (100%)	280/281 (99.6%)

	有荷爾蒙接受體報告的百分比	報告之個案數 分母：侵犯性乳癌病患手術病人總數				
治療 (6)	病理分期為侵犯性乳癌，有 PR 接受體報告的比率。	分子：分母人數中，有 PR 接受體報告的人數。 分母：在病理分期為侵犯性乳癌的女性乳癌病人其診斷性或切除後的組織切片檢查報告的病人數。	>99%	NA	NA	280/281 (99.6%)
治療 (7)	病理分期為侵犯性乳癌，有 Her2 接受體報告的比率。	分子：分母人數中，有 Her2 接受體報告的人數。 分母：在病理分期為侵犯性乳癌的女性乳癌病人其診斷性或切除後的組織切片檢查報告的病人數。	>99%	NA	NA	280/281 (99.6%)
治療 (7)	侵犯性乳癌病患在乳房保留性手術後接受放射線治療的百分比	分子：侵犯性乳癌病患在乳房保留性手術後接受放射線治療之個案 分母：侵犯性乳癌病患在乳房保留性手術後之病人總數	>90%	35/38 (92.4%)	46/55 (83%)	96/109 (88.1%)
治療 (8)	停經前乳癌合併腋下淋巴結轉移病患中接受輔助性化學治療的百分比	分子：停經前乳癌合併腋下淋巴結轉移病患中接受輔助性化學治療之病患數 分母：停經前乳癌病人總數	>80%	33/36 (91.6%)	60/71 (84.5%)	63/66 (95.5%)
存活 1A	乳癌第 I 期的病人，第 1 年整體存活率。	分子：分母人數中，1 年後仍存活人數。 分母：乳癌第 I 期的病人數。	無	NA	NA	91/91 (100%)

存活 2A	乳癌第 II 期的病人，第 1 年整體存活率。	分子：分母人數中，1 年後仍存活人數。 分母：乳癌第 II 期的病人數。	無	NA	NA	172/178 (99.2%)
存活 3A	乳癌第 III 期的病人，第 1 年整體存活率。	分子：分母人數中，1 年後仍存活人數。 分母：乳癌第 III 期的病人數。	無	NA	NA	49/49 (100%)
存活 4A	乳癌第 IV 期的病人，第 1 年整體存活率。	分子：分母人數中，1 年後仍存活人數。 分母：乳癌第 IV 期的病人數。	無	NA	NA	11/13 (84.6%)

備註：

1. 涉及手術處置、病理報告資訊之核心測量指標，其指標中所指之分期，除非個別指標特有所指，否則一般乃係指病理分期。
2. 治療-1、治療-2 期別是指病理分期。
3. 轉移性乳癌指乳癌細胞轉移至其它器官:如肺、骨、肝..等。

討論：台灣每年近 8,000 名新增的乳癌病患，2006 年以來本院治療病患數有逐漸增加的趨勢，而年輕患者(50 歲以下)達 46%，這些女性同胞在維持家庭及社會的穩定，佔有極重要的角色，因此國民健康局很重視乳癌的防治，但是我們也看到晚期(第三，四期)的病患仍居高不下(佔 25%)，因而大大影響了防治的成果，因此國健局也不斷強調乳癌篩檢，期望能發現早期病患，以達早期治療的目標。早期乳癌的存活率在醫學進步下越來越高，第一期五年存活率高達 97%，第二期也有超過 90%。

乳癌治療對於早期乳癌是以外科手術為主，若乳癌腫瘤侵犯範圍不大，可使用乳房保留手術及術後放射治療，如此不但可保留病人的乳房，維持乳房外觀及手臂功能，其治療效果和傳統的乳房根除手術相比相近。其餘需要以乳房根除手術來切除整個乳房及腫瘤的病患，亦可以各種乳房重建手術來重建乳房，維持外觀，維持病人自信心，用身上其他部位的組織重新來做一個乳房，由於是病患身上的組織，所以不會有排斥的問題，也不會有義乳的併發症，這個手術不但重建新的乳房，還可以修整乳癌切除造成胸部的疤痕。本院多年來已成熟進行多例乳房切除同時以腹直肌皮瓣重建乳房從 2004 年到 2010 年共 217 例，存活率分析發現與乳房根除術患者比較並無差異。

乳癌手術中傳統上需移除同側腋下淋巴結，常造成淋巴循環變差，有時因此會導致患側上肢的腫脹。腋下淋巴腺的清除手術方面，已成功利用藍色染料及同位素來定位乳癌前哨淋巴結，前哨淋巴結偵測的廣範應用已可大幅減少淋巴水腫。

積極的癌症治療還包括化學，放射，及抗癌賀爾蒙治療，是提昇乳癌治療成果的主要武器，另外約有五分之一乳癌患者腫瘤屬於「第二型類表皮生長因子陽性」(簡稱 HER-2 陽性)，此類患者疾病惡化速度快、復發率高、治療反應率差。對於 HER-2 陽性患者有明顯療效的標靶療法藥物賀癌平，在全球各項大型臨床試驗證實賀癌平於 HER-2 乳癌能降低患者的復發率及提升整體存活率。本院治療成果分析，也證實這些輔助治療對患者的無疾病存活率及整體存活率有提升的效果。

但是在積極治療乳癌的同時，正常健康的細胞與組織同時也會受到影響，因而產生副作用。但這些副作用種類及嚴重度會因人而異，甚至會隨著療程而有所不同。化學治療所引起的副作用主要是取決於所接受化學治療的藥物種類，而且各副作用的嚴重性也會因人而異。一般而言，化學藥物也會使生長較快的正常細胞受到損害，這些細胞包括了：骨髓造血細胞、頭髮的毛細胞、及消化道內膜的細胞。由於止吐藥物和增強造血機能藥物長足進步，化學藥物的副作用已可降至極低。

放射線照射於治療中也會有發紅、乾燥、敏感及發癢的現象。在治療後期皮膚甚至會變得潮濕，且容易脫屑的情形，嚴重時甚至造成局部的皮膚受損。只要預防方式良好，一般而言；放射線對皮膚的造成的影響是暫時性的，當治療結束後皮膚的不適反應即會逐漸恢復。

結語：

近年來，乳癌的治療確實有十足的進步，使乳癌的死亡率有明顯的下降。本院乳癌多專科團隊制定完整的治療指引齊一水準，已得到良好的治療效果不管是乳癌的篩檢、診斷、手術治療、手術重建或是乳癌的輔助性治療，都已達水準，爾後將進行更多臨床和基礎實驗計劃使本院乳癌治療成果達到世界一流成績。

大腸直腸癌診療團隊



王瑞和主任、許詔文醫師

共同製作 101 年 5 月

大腸直腸癌診療團隊

團隊召集人姓名：王瑞和醫師（專科或次專科別：大腸直腸外科）

個管師：蔡孝宜護理師

核心成員
大腸直腸外科：王瑞和主任、金台明主任、張敏琪醫師、許詔文醫師
放射腫瘤科：梁頌文醫師
病理部：簡竹君醫師
放射線部：楊宗龍醫師
血液腫瘤科：林世哲醫師
非核心成員
大腸直腸外科：李元魁醫師、朱峻廷醫師、吳志謙醫師
護理部：蔡明真護理師、楊茹惠護理師、黃敬玲護理師
營養室：陳美吟營養師

簡介：多專科團隊會議時間為每週一次

每月週五上午 8:00-9:00

簡介：

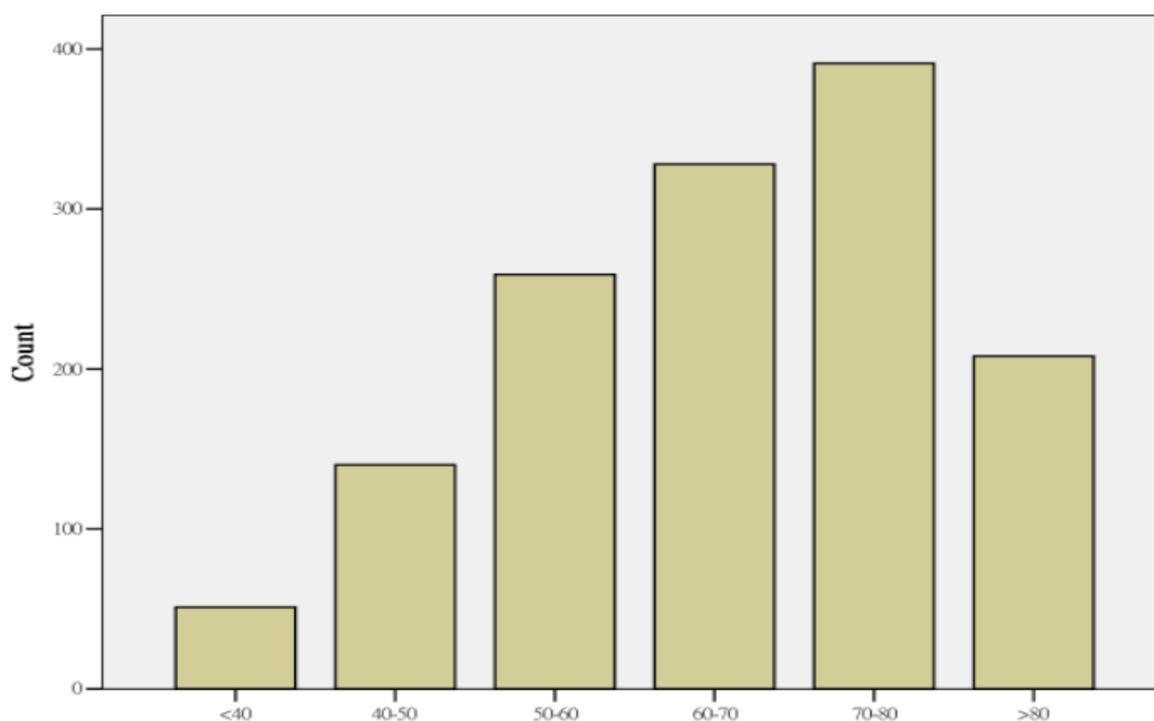
大腸直腸癌是國人所有癌症發生率的第一位及死亡率的第三位，民國 97 年的新個案有 11,004 人，其發生率是每十萬人口 47.77；而民國 96 年因大腸直腸癌死亡的人數是 4688 人，其死亡率是每十萬人口 20.43，差不多有一半的病人會發生轉移因而死亡。但相對於肝、肺癌，大腸直腸癌的預後較佳，第一期及第二期大腸直腸癌的五年存活率相當高，而且大腸直腸癌的臨床前期很長，如果能早期發現早期治療，則降低大腸直腸癌的發生率及死亡率是不難達成的。本醫療團隊即是結合各方面專業人員，集思廣益，共同配合，給予民眾及病患最好的教育及治療，以提升醫療品質並達到最佳的醫療效果。

2006-2010 年大腸直腸癌醫療統計摘要

(一) 2006-2010 大腸直腸癌年度新收案

2006-2010 年度-大腸直腸惡性腫瘤新診斷個案數：總共 1377 人(2006 年：249 人，2007 年：298 人，2008 年：230 人，2009 年：307 人，2010 年：293 人)

(二) 2006-2010 年大腸直腸癌一年齡、性別關係圖



								Total
		<40	40-50	50-60	60-70	70-80	>80	
年度 95	Count	6	34	41	60	77	31	249
	% with in 年度	2.4%	13.7%	16.5%	24.1%	30.9%	12.4%	100.0%
	% within 0,1,2,3,4,5,6	11.8%	24.3%	15.8%	18.3%	19.7%	14.9%	18.1%
	% of Total	.4%	2.5%	3.0%	4.4%	5.6%	2.3%	18.1%
96	Count	12	26	56	71	82	51	298
	% with in 年度	4.0%	8.7%	18.8%	23.8%	27.5%	17.1%	100.0%
	% within 0,1,2,3,4,5,6	23.5%	18.6%	21.6%	21.6%	21.0%	24.5%	21.6%
	% of Total	.9%	1.9%	4.1%	5.2%	6.0%	3.7%	21.6%
97	Count	6	21	53	47	65	38	230
	% with in 年度	2.6%	9.1%	23.0%	20.4%	28.3%	16.5%	100.0%
	% within 0,1,2,3,4,5,6	11.8%	15.0%	20.5%	14.3%	16.6%	18.3%	16.7%
	% of Total	.4%	1.5%	3.8%	3.4%	4.7%	2.8%	16.7%
98	Count	16	27	50	77	86	51	307
	% with in 年度	5.2%	8.8%	16.3%	25.1%	28.0%	16.6%	100.0%
	% within 0,1,2,3,4,5,6	31.4%	19.3%	19.3%	23.5%	22.0%	24.5%	22.3%
	% of Total	1.2%	2.0%	3.6%	5.6%	6.2%	3.7%	22.3%
99	Count	11	32	59	73	81	37	293
	% with in 年度	3.8%	10.9%	20.1%	24.9%	27.6%	12.6%	100.0%
	% within 0,1,2,3,4,5,6	21.6%	22.9%	22.8%	22.3%	20.7%	17.8%	21.3%
	% of Total	.8%	2.3%	4.3%	5.3%	5.9%	2.7%	21.3%
Total	Count	51	140	259	328	391	208	1377
	% with in 年度	3.7%	10.2%	18.8%	23.8%	28.4%	15.1%	100.0%
	% within 0,1,2,3,4,5,6	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	3.7%	10.2%	18.8%	23.8%	28.4%	15.1%	100.0%

衛生署資料比較

2006~2010 年度大腸直腸惡性腫瘤之平均年齡為 66.4 歲（13 歲~94 歲），從 50 歲開始，罹癌人數顯著增加，於 70-79 歲之年齡層達於高峰，所有的癌症病患中，50 歲以上的佔 86.1%。

年度 * 性別 Crosstabulation

			性別		Total
			male	female	
年度 95	Count		161	88	249
	% with in 年度		64.7%	35.3%	100.0%
	% with in 性別		18.3%	17.8%	18.1%
	% of Total		11.7%	6.4%	18.1%
96	Count		191	107	298
	% with in 年度		64.1%	35.9%	100.0%
	% with in 性別		21.7%	21.6%	21.6%
	% of Total		13.9%	7.8%	21.6%
97	Count		145	85	230
	% with in 年度		63.0%	37.0%	100.0%
	% with in 性別		16.4%	17.2%	16.7%
	% of Total		10.5%	6.2%	16.7%
98	Count		207	100	307
	% with in 年度		67.4%	32.6%	100.0%
	% with in 性別		23.5%	20.2%	22.3%
	% of Total		15.0%	7.3%	22.3%
99	Count		178	115	293
	% with in 年度		60.8%	39.2%	100.0%
	% with in 性別		20.2%	23.2%	21.3%
	% of Total		12.9%	8.4%	21.3%
Total	Count		882	495	1377
	% with in 年度		64.1%	35.9%	100.0%
	% with in 性別		100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		64.1%	35.9%	100.0%

大腸直腸癌向來以男性居多，近幾年來雖漸有改變，但男性仍明顯超過女性。本院男女比例為 1.86，較國民健康局公佈之 1.4 為高，這是因為本院為榮民醫院，年齡愈長的榮民選擇在本院就醫的愈多。此乃本院獨有之特性。

(三) 大腸直腸癌組織型態分析

分化

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid well differentiated	31	2.3	2.3	2.3
moderate differentiated	1060	77.0	77.0	79.2
poorly differentiated	173	12.6	12.6	91.8
undifferentiated	4	.3	.3	92.1
unknown	109	7.9	7.9	100.0
Total	1377	100.0	100.0	

組織類型

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid adenocarcinoma	1205	87.5	87.5	87.5
carcinoid	5	.4	.4	87.9
mucinous adenocarcinoma	81	5.9	5.9	93.8
signet-ring cell carcinoma	11	.8	.8	94.6
GIST	3	.2	.2	94.8
6	1	.1	.1	94.8
squamous cell carcinoma	2	.1	.1	95.0
missing	31	2.3	2.3	97.2
carcinoma	3	.2	.2	97.5
benign tumor	34	2.5	2.5	99.9
polyp	1	.1	.1	100.0
Total	1377	100.0	100.0	

大腸直腸惡性腫瘤之細胞型態以腺癌(adenocarcinoma)佔絕大多數。分化程度以 moderately differentiated 最多。

(四) 大腸直腸癌年度、期別之關係

年度 * 分期 Crosstabulation

年度		分期						Total
		Tis	I	II	III	IV	unknown	
95	Count	3	42	69	64	53	18	249
	% within 年度	1.2%	16.9%	27.7%	25.7%	21.3%	7.2%	100.0%
	% within 分期	100.0%	19.7%	19.6%	15.4%	15.1%	52.9%	18.2%
	% of Total	.2%	3.1%	5.0%	4.7%	3.9%	1.3%	18.2%
96	Count	0	39	83	94	74	4	298
	% within 年度	.0%	13.3%	28.2%	32.0%	25.2%	1.4%	100.0%
	% within 分期	.0%	18.3%	23.6%	22.7%	21.0%	11.8%	21.5%
	% of Total	.0%	2.8%	6.1%	6.9%	5.4%	.3%	21.5%
97	Count	0	32	59	72	58	7	230
	% within 年度	.0%	14.0%	25.9%	31.6%	25.4%	3.1%	100.0%
	% within 分期	.0%	15.0%	16.8%	17.3%	16.5%	20.6%	16.7%
	% of Total	.0%	2.3%	4.3%	5.3%	4.2%	.5%	16.7%
98	Count	0	41	76	97	88	4	307
	% within 年度	.0%	13.4%	24.8%	31.7%	28.8%	1.3%	100.0%
	% within 分期	.0%	19.2%	21.6%	23.4%	25.0%	11.8%	22.4%
	% of Total	.0%	3.0%	5.6%	7.1%	6.4%	.3%	22.4%
99	Count	0	59	65	88	79	1	293
	% within 年度	.0%	20.2%	22.3%	30.1%	27.1%	.3%	100.0%
	% within 分期	.0%	27.7%	18.5%	21.2%	22.4%	2.9%	21.3%
	% of Total	.0%	4.3%	4.7%	6.4%	5.8%	.1%	21.3%
Total	Count	3	213	352	415	352	34	1377
	% within 年度	.2%	15.6%	25.7%	30.3%	25.7%	2.5%	100.0%
	% within 分期	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	.2%	15.6%	25.7%	30.3%	25.7%	2.5%	100.0%

整體來看，未轉移（分期 0、I、II）與轉移（分期 III、IV）的比例為 1:1.3，第 III 期所佔比率最高(30%)，第 IV 期佔 25.7%，從 95 年至 99 年皆呈現相同趨勢，顯示大腸直腸癌篩檢的推動與宣導仍應加強。

(五) 大腸直腸癌不同期別與治療方式分析

手術 * 分期 Crosstabulation

		分期						Total	
		Tis	I	II	III	IV	unknown		
手術	no	Count	0	14	30	39	146	31	260
		% within 手術	.0%	5.4%	11.5%	15.0%	56.2%	11.9%	100.0%
		% within 分期	.0%	6.6%	8.5%	9.4%	41.5%	91.2%	19.0%
		% of Total	.0%	1.0%	2.2%	2.8%	10.7%	2.3%	19.0%
	yes	Count	3	199	322	376	206	3	1117
		% within 手術	.3%	17.9%	29.0%	33.9%	18.6%	.3%	100.0%
		% within 分期	100.0%	93.4%	91.5%	90.6%	58.5%	8.8%	81.0%
		% of Total	.2%	14.5%	23.5%	27.5%	15.0%	.2%	81.0%
	Total	Count	3	213	352	415	352	34	1377
% within 手術		.2%	15.6%	25.7%	30.3%	25.7%	2.5%	100.0%	
% within 分期		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		.2%	15.6%	25.7%	30.3%	25.7%	2.5%	100.0%	

第 I、II、III 期的大腸直腸癌約有 91.5% 的病人接受手術切除，部份第 IV 期病人因轉移嚴重或體能狀況欠佳約有 58.5% 病人接受手術切除腫瘤。

化療 * 分期 Crosstabulation

		分期						Total	
		Tis	I	II	III	IV	unknown		
化療	no	Count	3	205	268	100	146	30	760
		% within 化療	.4%	27.3%	35.6%	13.3%	19.4%	4.0%	100.0%
		% within 分期	100.0%	96.2%	76.1%	24.1%	41.5%	88.2%	54.9%
		% of Total	.2%	15.0%	19.6%	7.3%	10.7%	2.2%	54.9%
	yes	Count	0	8	84	315	206	4	617
		% within 化療	.0%	1.3%	13.6%	51.1%	33.4%	.6%	100.0%
		% within 分期	.0%	3.8%	23.9%	75.9%	58.5%	11.8%	45.1%
		% of Total	.0%	.6%	6.1%	23.0%	15.0%	.3%	45.1%
	Total	Count	3	213	352	415	352	34	1377
% within 化療		.2%	15.6%	25.7%	30.3%	25.7%	2.5%	100.0%	
% within 分期		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		.2%	15.6%	25.7%	30.3%	25.7%	2.5%	100.0%	

第 II 期的大腸直腸癌 23.9% 的病人接受化療，第 III 期的大腸直腸癌 75.9% 人接受化療，第 IV 期病人因轉移嚴重影響肝功能或體能狀況欠佳，約有 58.5% 接受化療。

年度 * 直腸癌 放療與期別 交叉表

放療 * 年度 Crosstabulation

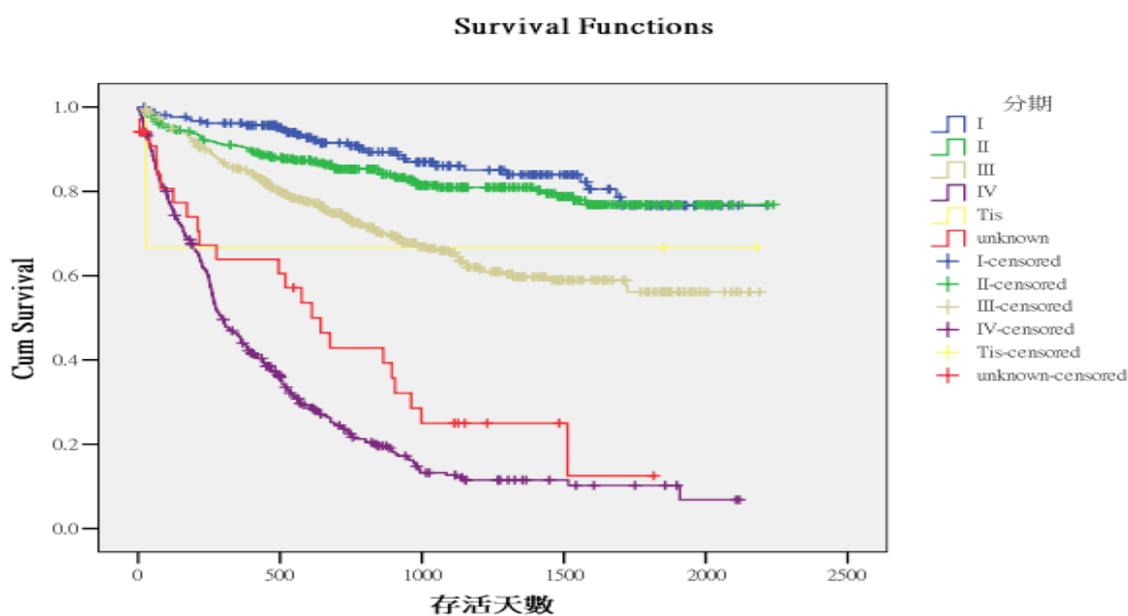
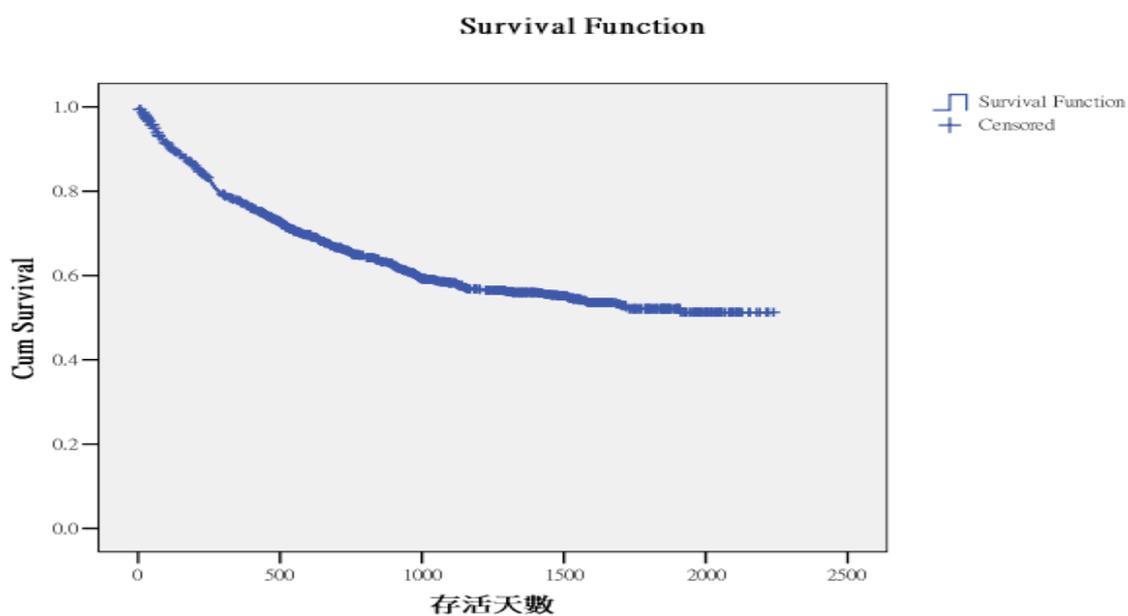
			年度					Total
			95	96	97	98	99	
放療	no	Count	81	101	63	59	59	363
		% within 放療	22.3%	27.8%	17.4%	16.3%	16.3%	100.0%
		% within 年度	91.0%	82.1%	76.8%	60.8%	73.8%	77.1%
		% of Total	17.2%	21.4%	13.4%	12.5%	12.5%	77.1%
	yes	Count	8	22	19	38	21	108
		% within 放療	7.4%	20.4%	17.6%	35.2%	19.4%	100.0%
		% within 年度	9.0%	17.9%	23.2%	39.2%	26.3%	22.9%
		% of Total	1.7%	4.7%	4.0%	8.1%	4.5%	22.9%
Total	Count	89	123	82	97	80	471	
	% within 放療	18.9%	26.1%	17.4%	20.6%	17.0%	100.0%	
	% within 年度	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	18.9%	26.1%	17.4%	20.6%	17.0%	100.0%	

放療 * 分期 Crosstabulation

			分期						Total
			Tis	I	II	III	IV	unknown	
放療	no	Count	2	90	86	105	62	13	358
		% within 放療	.6%	25.1%	24.0%	29.3%	17.3%	3.6%	100.0%
		% within 分期	100.0%	91.8%	76.1%	65.6%	79.5%	92.9%	77.0%
		% of Total	.4%	19.4%	18.5%	22.6%	13.3%	2.8%	77.0%
	yes	Count	0	8	27	55	16	1	107
		% within 放療	.0%	7.5%	25.2%	51.4%	15.0%	.9%	100.0%
		% within 分期	.0%	8.2%	23.9%	34.4%	20.5%	7.1%	23.0%
		% of Total	.0%	1.7%	5.8%	11.8%	3.4%	.2%	23.0%
Total	Count	2	98	113	160	78	14	465	
	% within 放療	.4%	21.1%	24.3%	34.4%	16.8%	3.0%	100.0%	
	% within 分期	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.4%	21.1%	24.3%	34.4%	16.8%	3.0%	100.0%	

直腸癌接受放射線治療以第III期最多有 51.4%，第II期有 25.2%，直腸癌治療目前因術前同步化學治療加上放射線治療蔚為趨勢，本院從 95 年至 99 年接受放射線治療比例亦呈增加之趨勢。

(六) 大腸直腸癌不同分期與整體存活率之關係



Overall Comparisons

	Chi-Square	df	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	600.920	5	.000

Test of equality of survival distributions for the different levels of 分期.

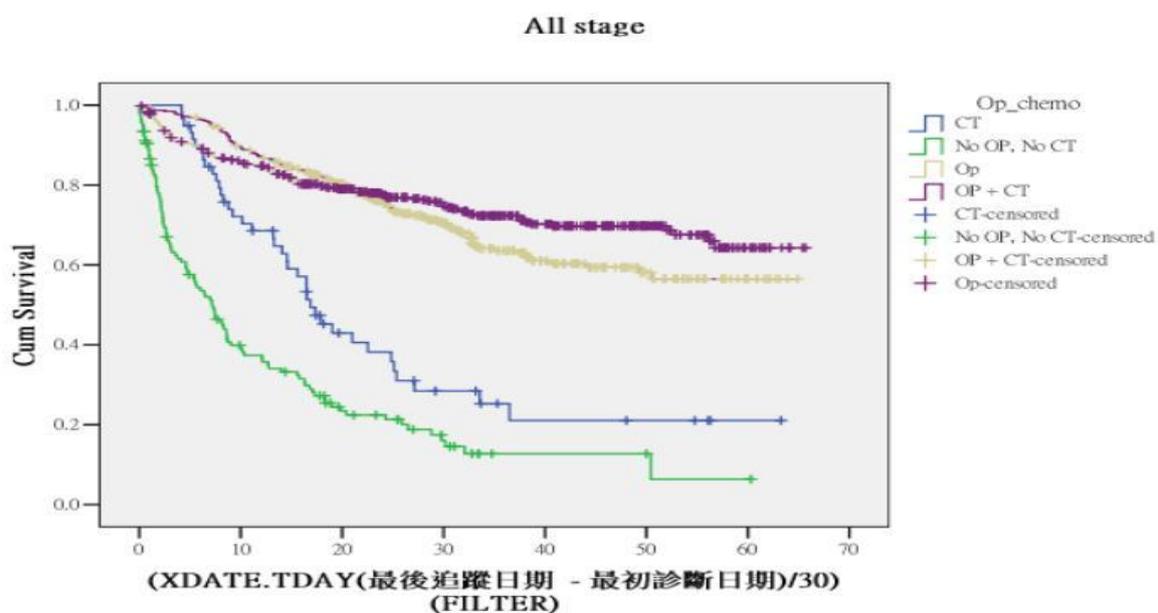
本院大腸直腸癌五年存活率約 55%，第 I 期、第 II 期、第 III 期及第 IV 期 50 月之存活率分別為 90%、85%、60% 及 18%。

根據國民健康局 93-97 年資料顯示，台灣大腸直腸癌整體存活率為 56%，第 I 期、第 II 期、第 III 期、第 IV 期五年存活率分別為 81%、72%、57% 及 12%，本院之治療成績亦達一般水準。

(七) 不同治療方式與疾病存活率的關係

治療方式

Op_chemo	Total N
No OP 或 No CT	136
Op	475
CT	59
OP + CT	388
Overall	1058



整體而言，曾接受手術與化學治療者可達最佳存活率；只接受手術者次之；只接受化學治療者再次之；而未曾接受手術與化學治療者則預後最差。

(八) 大腸直腸癌接受治療病人之併發症及副作用分析 外科部資料!!

併發症	2006 N=197	2007 N=257	2008 N=183	2009 N=222	2010 N=319	總計 N=1377
CVA	1	0	0	0	0	1
respiratory failure	0	0	0	0	0	0
ARDS	1	0	0	0	0	1
pneumothorax	1	0	0	0	0	1
deep vein thrombosis	0	0	0	0	0	0
wound infection	13	14	11	17	4	59
wound disruption	0	4	2	1	2	9
urinary retention	0	2	0	0	0	2
urinary tract infection	0	2	0	0	0	2
anastomosis bleeding	0	0	0	0	2	2
anastomosis leakage	3	4	4	3	5	19
intestinal obstruction	3	4	2	1	2	12
ureteral injury	0	3	1	0	0	4
Fistula formation	3	2	2	1	2	8
others	10	5	3	7	1	21
總計	32	38	23	29	18	140

手術的併發症以與傷口有關的感染、裂開，與腸吻合有關的滲漏、出血，與泌尿道有關的感染、尿滯留、輸尿管損傷，與腸道有關的腸阻塞、腸痙攣等佔大多數，這與一般之腹腔腸道手術差距不大。而其總併發症的比率約 10.1% 亦是在合理範圍。

副作用 化療種類	白血球 降低	口腔 黏膜炎	掉髮	腹瀉	嘔吐	手足 徵候群	感覺神 經異常	總計 (人次)
化療+標靶 (N=78)	15	11	33	18	34	0	21	132
Folfox+Folfiri (N=19)	7	4	17	7	15	0	11	61
Folfiri (N=56)	15	9	46	22	39	0	0	131
Folfox (N=58)	3	1	25	3	26	0	40	98
5-FU (N=78)	0	0	22	0	24	0	0	46
口服 UFUR (N=50)	0	2	0	2	3	0	0	7
口服 Xeloda (N=68)	2	2	0	2	3	32	5	46
總計 (N=407)	42	29	143	54	144	32	77	

本院化學治療主要是以靜脈注射 5-FU + Leucovorin(針對 Stage III 及高危險 Stage II 為主)、FOLFOX(5-FU + Leucovorin + Oxaliplatin，針對部分 Stage III 及 Stage IV)、及 FOLFIRI(5-FU + Leucovorin + Irinotecan，針對 Stage IV)為主，並有少數標靶治療藥物的 Avastin® 或 Erbitux®。口服化療在門診給予 UFUR+Leucovorin 或 Xeloda®。常見的副作用如上表：嘔吐約 35.4% 佔第一位，其次是掉髮約 35.1%，周圍感覺神經異常約 18.9% 佔第三位，腹瀉、白血球低下、手足徵候群分居四、五、六位，分別佔 13.3%、10.3%、及 7.9%。值得注意的是口服 Xeloda® 的病患中有近半數(47.1%)會有程度不等的手足徵候群。

(九) 死亡原因分析：

死亡原因 * 年度 Crosstabulation

			年度					Total
			95	96	97	98	99	
死亡原因	alive	Count	139	155	138	181	225	838
		% with in 死亡原因	16.6%	18.5%	16.5%	21.6%	26.8%	100.0%
		% with in 年度	55.8%	52.0%	60.0%	59.0%	76.8%	60.9%
		% of Total	10.1%	11.3%	10.0%	13.1%	16.3%	60.9%
	死於癌症	Count	81	114	73	109	48	425
		% with in 死亡原因	19.1%	26.8%	17.2%	25.6%	11.3%	100.0%
		% with in 年度	32.5%	38.3%	31.7%	35.5%	16.4%	30.9%
		% of Total	5.9%	8.3%	5.3%	7.9%	3.5%	30.9%
	unknown cause	Count	22	15	12	3	19	71
		% with in 死亡原因	31.0%	21.1%	16.9%	4.2%	26.8%	100.0%
		% with in 年度	8.8%	5.0%	5.2%	1.0%	6.5%	5.2%
		% of Total	1.6%	1.1%	.9%	.2%	1.4%	5.2%
非死於癌症	Count	7	14	7	14	1	43	
	% with in 死亡原因	16.3%	32.6%	16.3%	32.6%	2.3%	100.0%	
	% with in 年度	2.8%	4.7%	3.0%	4.6%	.3%	3.1%	
	% of Total	.5%	1.0%	.5%	1.0%	.1%	3.1%	
Total	Count	249	298	230	307	293	1377	
	% with in 死亡原因	18.1%	21.6%	16.7%	22.3%	21.3%	100.0%	
	% with in 年度	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	18.1%	21.6%	16.7%	22.3%	21.3%	100.0%	

整體而言，因為藥物治療與手術方式之進步，本院治療病患存活比率逐年增加(55.8%→76.8%)。

核心測量指標

大腸直腸癌核心測量指標提報表						
醫院	高雄榮民總醫院					
期間	2008 年 ~ 2010 年					
項目	指標名稱	指標定義	閾值	2008 年	2009 年	2010 年
治療前 (1)	病人手術前在病歷上有至少接受包括「胸部 X 光」及「腹部超音波或 CTscan 或 MRI」的百分比	分子：大腸直腸癌病人手術前在病歷上有臨床分期的紀錄者證明至少接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CTscan 或 MRI」的病人數 (相關檢查不限於本院，外院檢查亦可)。 分母：大腸直腸癌病人數	≥90	157/157 100%	235/235 100%	312/312 100%
治療 (1)	接受大腸直腸癌切除術之病人，於術前或術後六個月內，於病歷上記載曾接受全大腸檢查的百分比	分子：接受大腸直腸癌切除術之病人，至少於術前 6 個月或術後 6 個月內，在病歷上記載曾接受全大腸檢查 (大腸鏡檢或直腸鏡檢加加下消化道鋇劑攝影) 之人數。(相關檢查不限於本院，外院檢查亦可) 分母：接受大腸直腸癌切除術之病人數	≥90	157/157 100%	235/235 100%	221/227 100%

治療 (2)	Malignant polyp 若有 A. 未被完全切除, B. 切除外緣之癌細胞呈陽性, C. 癌細胞已侵犯淋巴或靜脈組織, D. 病理顯示為第三級或屬分化不全之癌細胞之一, 於病理 6 週內接受廣泛性切除術之百分比	分子: malignant polyp 病人, 病理報告有下列 A.B.C.D. 之一記錄之病人, 於病理報告後 6 週內接受廣泛性切除術 (wide surgical resection) 之病人數。 分母: malignant polyp 病人, 病理報告有下列 A.B.C.D. 之一記錄之病人數	≥90	4/4 100%	3/3 100%	4/4 100%
治療 (3)	被診斷為大腸癌病理期別 1-3 期且尚未轉移的病人, 必須在病理診斷後六個禮拜內提供治癒性切除的百分比	分子: 確定病理診斷為第一期到第三期大腸癌病人, 在診斷後六個禮拜內 (到該醫院的日期來計算) 提供根治性切除 (curative resection) 的病人數。 分母: 確定診斷為病理診斷為第一期到第三期大腸癌病人數 (排除轉院的病人)。(診斷的定義: 切片得到病理報告那天, 如果沒有法得到 tissue proof 的話, 就要看臨床和 image 檢查有	≥90	110/119 92.4%	157/157 100%	N/A

		conclusion 的那 天算起。)				
治療 (3A)	被診斷為大腸癌病理期別I-III期且尚未轉移的病人(排除轉院的病人),在病理診斷後六個星期內(至該醫院就醫之日起算)提供治癒性切除(curative resection)的比率。		≥90	N/A	N/A	91/96 94.8%
治療 (3B)	被診斷為大腸癌病理期別I-III期且尚未轉移的病人(納入轉院的病人),在病理診斷後六個星期內(至該醫院就醫之日起算)提供治癒性切除(curative resection)的比率。		≥90	N/A	N/A	124/134 92.5%
治療 (4)	大腸直腸癌1-3期且有手術病人,在組織病理報告中載明手術邊界及淋巴	分子:大腸直腸癌1~3期有治癒性切除(curative resection)手術病人,在組織病理報告中載明	≥90	110/119 92.4%	157/157 100%	185/185 100%

	結侵犯情形之比例	手術邊界及淋巴結侵犯情形（包括手術邊界、淋巴結數、淋巴結被侵犯數）之人數。 分母：大腸直腸癌 1~3 期有手術病人數。排除只作 polypectomy 的病人				
治療 (5)	病理期別第 1-3 期大腸直腸癌病人，手術邊界為陰性之百分比	分子：病理期別第 1-3 期大腸直腸癌病人，手術邊界為陰性之病人數。 分母：有申報手術邊界的 1-3 期大腸直腸癌病人數，排除病理報告未提及手術邊界之病例	≥90	110/119 92.4%	157/157 100%	181/185 97.8%
治療 (6)	大腸直腸癌病人接受手術後，病理報告至少呈現 T、N 期別之百分比	分子：大腸直腸癌病人接受手術後，病理報告至少呈現 T、N 期別人數。 分母：大腸直腸癌病人接受手術人數	≥90	144/157 91.7%	157/157 100%	181/185 97.8%
治療 (7)	病理期別第 1-3 期大腸直腸癌手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上百分比	分子：第 1-3 期大腸直腸癌手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上病人數。 分母：第 1-3 期大腸直腸癌手術病人（排除 Polyp 或 wide excision	≥60	57/119 47.9%	109/157 69.4%	61/84 72.6%

		或術前有放射線治療之病人。)				
治療 (8)	病理報告是否有依據 CAP (College of American Pathology) 或類似的 chest list 做 check 的百分比	分子：大腸直腸癌病人，病理報告有依據 CAP (College of American pathology) 或類似的 <u>check list</u> 做 check 之病人數。 分母：大腸直腸癌病人數。	≥90	157/157 100%	235/235 100%	N/A
治療 (9)	大腸癌病理期別第三期病人，術後 6 週內接受化學治療之百分比	分子：病理期別大腸癌第三期病人，手術後 6 週接受化學治療之人數。 分母：病理期別大腸癌第三期有手術病人。(診斷、手術與化療皆為同一醫院，排除未接受化療之病人)。	≥80	44/44 100%	63/75 84%	26/27 96.3%
治療 (10)	第二、三期 (臨床期別為主) 直腸癌病人，6 週內開始治療 (手術或放療或 CCRT) 的百分比	分子：第二、三期直腸癌病人，6 週內開始治療 (手術或放療或 CCRT) 的人數。 分母：第二、三期 (臨床期別為主) 直腸癌病人數。限制：診斷與治療同一醫院病人。	≥90	57/58 98.3%	137/137 100%	37/41 90.2%
治療 (11)	由第二、三期直接做化療及放療	分子：第二、三期直接做化療及放療 (CCRT) 直腸癌	≥90	2/2 100%	16/16 100%	3/4 75%

	(CCRT) 之直腸癌病人，CCRT 算起，16 週內開完刀的百分比	病人，CCRT 算起，16 週內開完刀的病人數。 分母：第二、三期直腸癌病人，直接做化療及放療 CCRT 直腸癌病人數				
追蹤 (1)	第一、二、三期大腸直腸癌病患，在完成所有治療後，在六個月內接受醫師檢查之比率	分子：第一、二、三期大腸直腸癌病患，在完成所有治療後，在六個月內接受醫師檢查之人數。 分母：第一、二、三期大腸直腸癌病人數。	≥90	118/122 96.7%	157/157 100%	209/209 100%
追蹤 (2)	第一、二、三期大腸直腸癌病患，至少在手術後 2 年內與其後每 3 年，接受一次大腸鏡檢或雙對比鋇劑照影之比率	分子：第 I, II, 與 III 期大腸直腸癌病人，至少在手術後 2 年內與其後每 3 年，接受一次大腸鏡檢或雙對比鋇劑照影之人數。 分母：第 I, II, 與 III 期大腸直腸癌病人數。	≥80	110/112 90.2%	144/157 91.7%	N/A
追蹤 (2A)	第 I-III 期大腸癌病人，至少在手術後 2 年內接受一次大腸鏡檢或雙對比鋇劑照影的比率。		≥90	N/A	N/A	F/U
追蹤 (2B)	第 I-III 期大腸癌病人，至少在手術後第		≥90	N/A	N/A	F/U

	一次追蹤大腸鏡檢查之後3年內，接受一次大腸鏡檢或雙對比鉬劑照影的比率。					
追蹤(3)	只經過 polypectomy 治療之惡性息肉病人，在 polypectomy 治療後12個月內接受大腸鏡檢查之比率	分子：只經過 polypectomy 治療之惡性息肉病人，在 polypectomy 治療後12個月內，大腸鏡檢查之病人數。 分母：只經過 polypectomy 治療之惡性息肉病人數。	≥90	0/0	0/0	4/6 66.7%
追蹤(4)	各期別(1~4期)五年整體存活率	分子：各期別(1~4期)大腸直腸癌五年整體存活人數。 分母：各期別(1~4期)大腸直腸癌病人數。		N/A	N/A	N/A
追蹤(5)	各期別(1~3期)直腸癌五年局部復發率	分子：各期別(1~3期)直腸癌五年局部復發人數。 分母：各期別(1~3期)直腸癌病人數。		N/A	N/A	N/A

備註：

*治療(7)：95-98年淋巴結的取得未達目標值，可能是手術醫師的技術，也可能是病理醫師未認真尋找。已針對此問題成立PDCA行動小組檢討改進並於99年已達閾值。

*治療(11)：原維持閾值，但 99 年有 4 位病人有術前 CCRT，其中 1 位因治療副作用較為明顯因而影響接受手術時間。

*追蹤(3)：99 年有 6 位僅接受惡性息肉切除未手術者，其中有 2 位因個人因素未接受醫師建議於 12 個月內再次接受大腸鏡檢，故未達目標值。

結論

- 大腸直腸癌的罹病個案數逐年增加，但晚期(已轉移)個案數的比例近幾年幾乎沒有改變。超過 1/4 的病患診斷確定時已是第 IV 期，顯示病患對大腸直腸癌的警覺性仍不足，衛教有待加強。
- 第一期大腸直腸癌案例由百分之十幾進步到 20%，應該是因大腸直腸癌篩檢逐漸顯現成效。
- 十年前第 IV 期的病患絕大部分在一年內死亡；因第二線化療及標靶藥物的出現，病患的存活期有顯著的進步。
- 針對直腸癌的手術前 CCRT，或某些第 IV 期病患的新輔助治療應再加強，以謀病患最大的福利。
- 多元化及朝向個人化的治療計畫是目前大腸直腸癌的原則與趨勢。
- 近年來多專科團隊治療在治療大腸直腸癌上已形成趨勢，本團隊運作已行之有年，目前運作成效不錯，未來希望能邀請肝膽外科及胸腔外科專家加入，期望在第四期患者治療能有更好的成果。

胃 癌 診 療 團 隊



劉絮穎主任、周楠華醫師

共同製作 101 年 05 月

胃癌診療團隊

團隊召集人姓名：劉絮穎主任（專科或次專科別：一般外科）

個管師：李文英護理師

核心成員
一般外科：劉絮穎主任、周楠華醫師
胃腸科：許秉毅主任、蔡峰偉醫師
放射腫瘤科：梁頌文醫師
放射線部：黃哲勳主任
病理檢驗部：簡竹君醫師
非核心成員
血液腫瘤科：余明生主任
胸腔外科：湯恩魁醫師
放射腫瘤科：梁頌文醫師
護理部：李文英個管師
營養室：石雯營養師

簡介：多專科團隊會議時間為每週一次

每月 2、4 週星期五下午 3:30-5:00

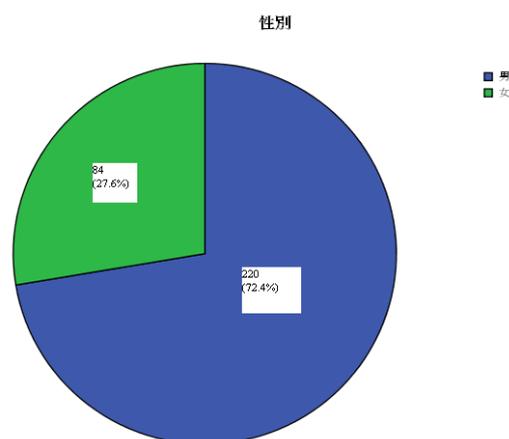
簡介：

根據行政院衛生署 20 年來的統計，癌症已超過腦血管疾病，居十大死亡原因的第一位；其中胃癌依國健局統計發生率居第五位。本院 2008 年成立胃癌醫療團隊，設召集人一人，核心成員與非核心成員各若干名，主要由一般外科、腸胃內科、放射線部、病理部及放射腫瘤科多位主治醫師所組成；每週開會一次，必要時得召開臨時會。主要工作內容為制定胃癌醫療品質計畫與指標；建立本院胃癌病患資料庫；推動胃癌病患治療前多專科討論；定期舉行病例討論與工作檢討；發展提升胃癌患者生活品質的相關醫療事務；舉辦胃癌醫療相關之教育課程與討論會；依年度計畫向腫瘤中心提報成果統計；每年修訂胃癌治療指引等。

2008-2010 年胃癌醫療統計摘要

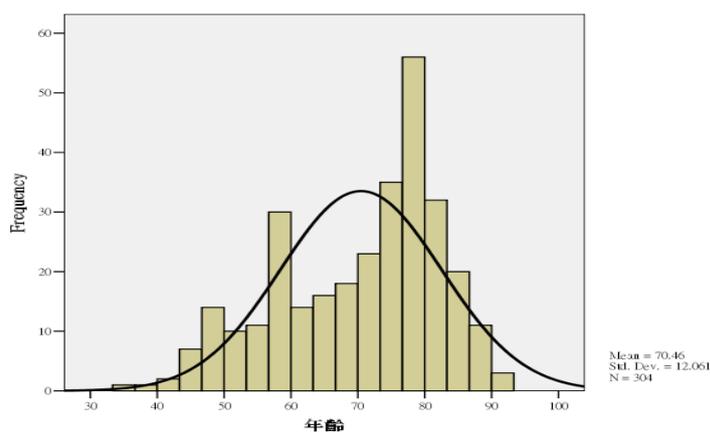
(一)2008-2010 胃腺癌年度新收案病患基本資料與治療方式

自民國九十七年一月至九十八年十二月共計 304 例初次診斷胃腺癌 (Adenocarcinoma)且未接受過治療之患者予收案。



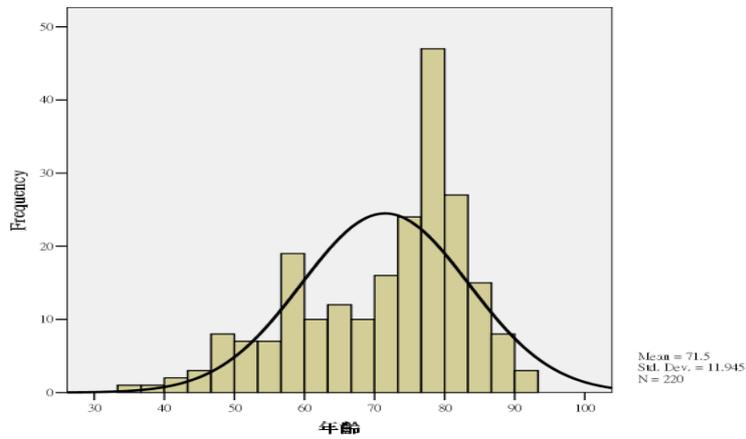
圖一：性別比例

男女性別比為 2.6(220/84)，一般胃癌之男女比率約 2.0，可能本院是榮民醫院，男性偏多。



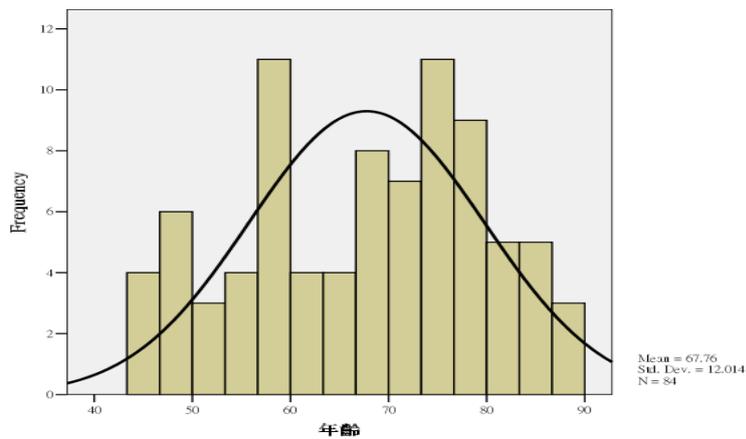
圖二：年齡分佈

年齡分佈自 34 歲到 91 歲，平均 70 歲；好發年齡 70-80 歲，比一般報告好發年齡在 50-70 歲高一些。



圖二(1)：男性年齡分佈

男性年齡分佈自 34 歲到 91 歲，平均 72 歲，最高峰在近 80 歲。



圖二(2)：女性年齡分佈

女性年齡分佈自 45 歲到 88 歲，平均 68 歲，兩個高峰一在近 60 歲另一在近 75 歲。

可以發現男性和女性年齡分佈是不一樣的，性別在胃癌的角色，目前仍不清楚，但是個有趣的題目。

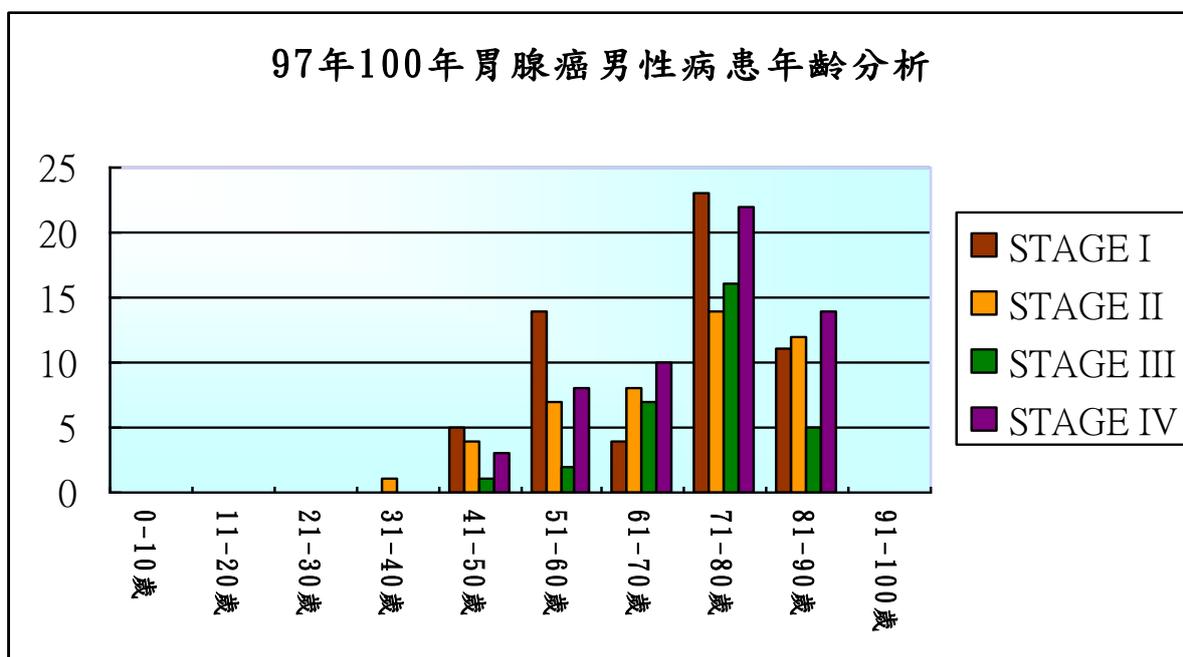
表一：治療方式人數分佈表

治療方式	人數
手術	187 (61.5%)
手術併輔助化療	42 (13.8%)
手術併輔助放療	1 (0.3%)
手術併輔助化療及放療	2 (0.7%)
保守治療	69 (22.7%)
其它	3 (1.0%)
TOTAL	304 (100%)

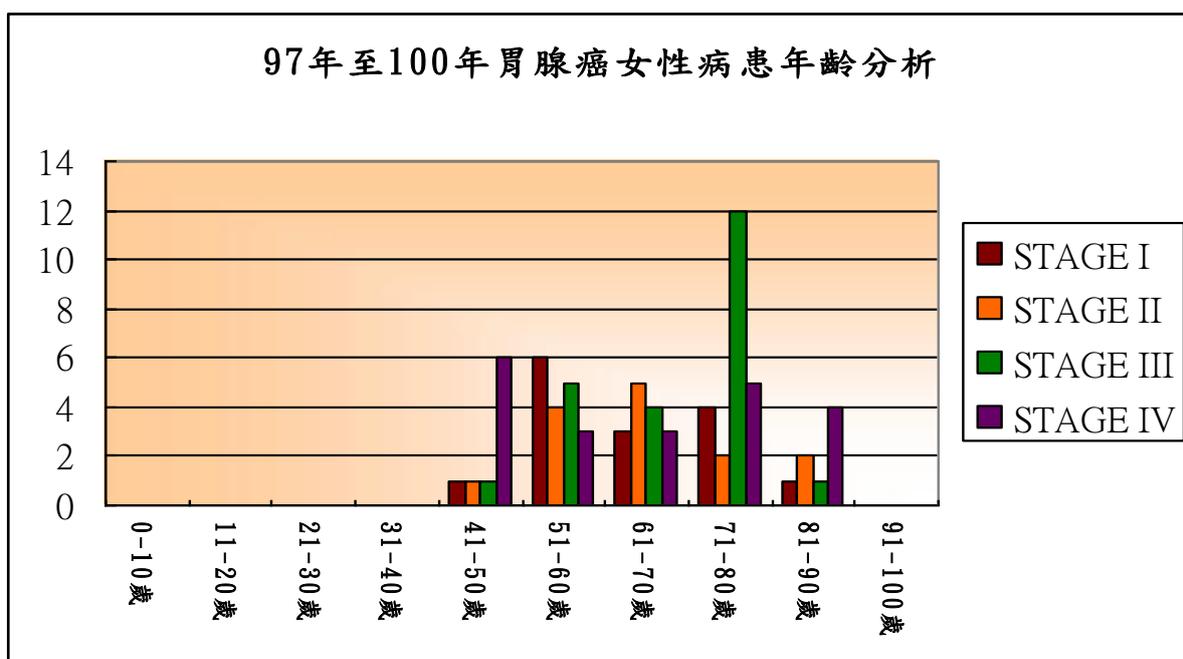
表二：手術治療方式人數分佈表

手術治療方式	人數
根治性手術	183 (79.6%)
姑息性手術	28 (12.2%)
小腸造糞	14 (6.1%)
腸改道	2 (0.9%)
其他	3 (1.1%)
TOTAL	230 (100%)

(二)年齡、性別、期別之關係(各分不同期別)



男性病患中，年齡和期別看不出有一定的關係，最好發的 71-80 歲年齡層中，stage I 最多，stageIV次之，但四個期別個數差異不大。



年紀輕的女性晚期胃癌的比率比年紀大的高，可能年紀輕的女性對胃癌的

警覺性比較低。

比較男女在期別的分佈圖，可以發現在 71-80 歲的好發族群，男性晚期患者比率大於女性患者。但在 51-60 歲的族群女性晚期患者比率大於男性患者。我們可以合理的解讀 71-80 歲女性的警覺性高於男性，反之 51-60 歲的女性警覺性低於男性。

(三)組織型態分佈

(3-1.1)世界衛生組織分類(WHO classification)，有效樣本數 206:

組織型態	人數	百分比 (%)
Tubular	141	68.4
Signet ring cell	58	28.2
Mucinous	2	1
Papillary	1	0.5
Mixed Tubular and Papillary	1	0.5
Mixed Tubular and Mucinous	1	0.5
Adenosquamous	1	0.5
Smallcell carcinoma	1	0.5

胃部腺癌(adenocarcinoma)以 tubular adenocarcinoma 佔大多數，比率為 68.4%，其次為 signet ring cell 28.2%，其他形態的比率很低。

(3-1.2)世界衛生組織分類(WHO classification)，有效樣本數 251

組織型態	人數	百分比 (%)
Well differentiated	11	4.4
Moderately differentiated	86	34.3
Poorly differentiated	151	60.2
其他	3	1.2

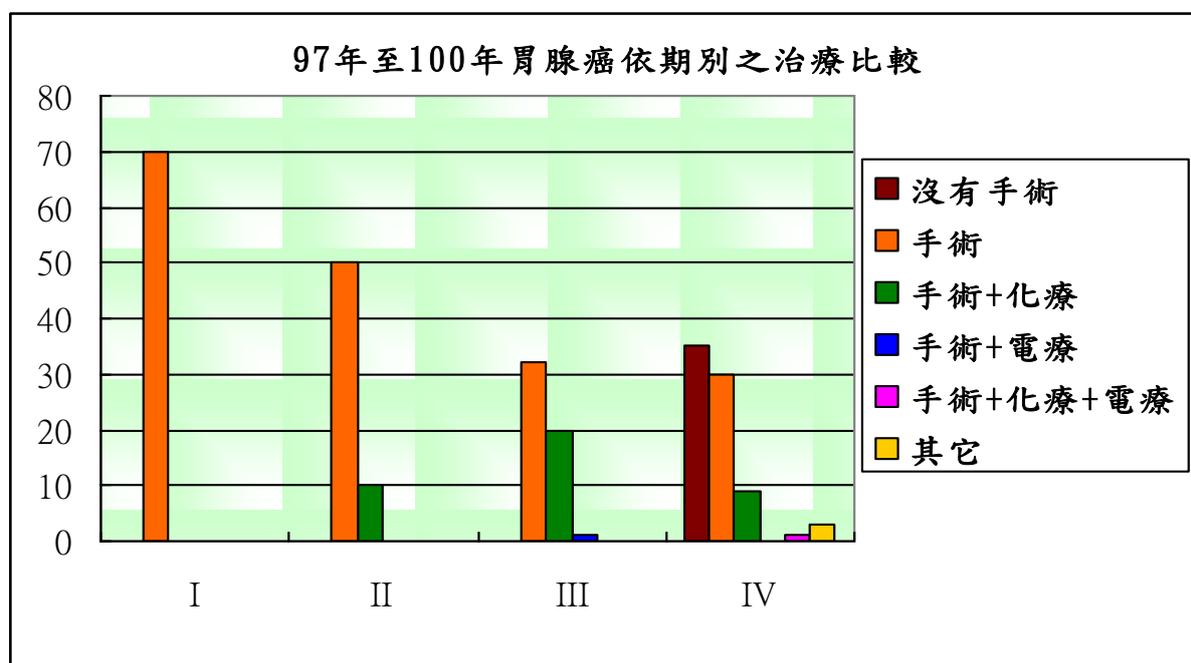
Poorly differentiated 最多有 151 例，占 60.2%；Moderately differentiated 次之有 86 例，占 34.3%；Well differentiated 只有 11 例，占 4.4%。

(3.2)Lauren's 分類，有效樣本數 188

組織型態	人數	百分比 (%)
Intestinal	133	70.7
Diffuse	52	27.7
Mixed	1	0.5
Indeterminate	2	1.1

Intestinal type 最多有 133 例，占 70.7%；diffuse type 次之有 52 例，占 27.7%；Mixed type 最少只有 1 例，占 0.5%。一般醫學報告 intestinal typ 約佔 53%，diffuse type 約佔 33%，本院與之不儘相同。

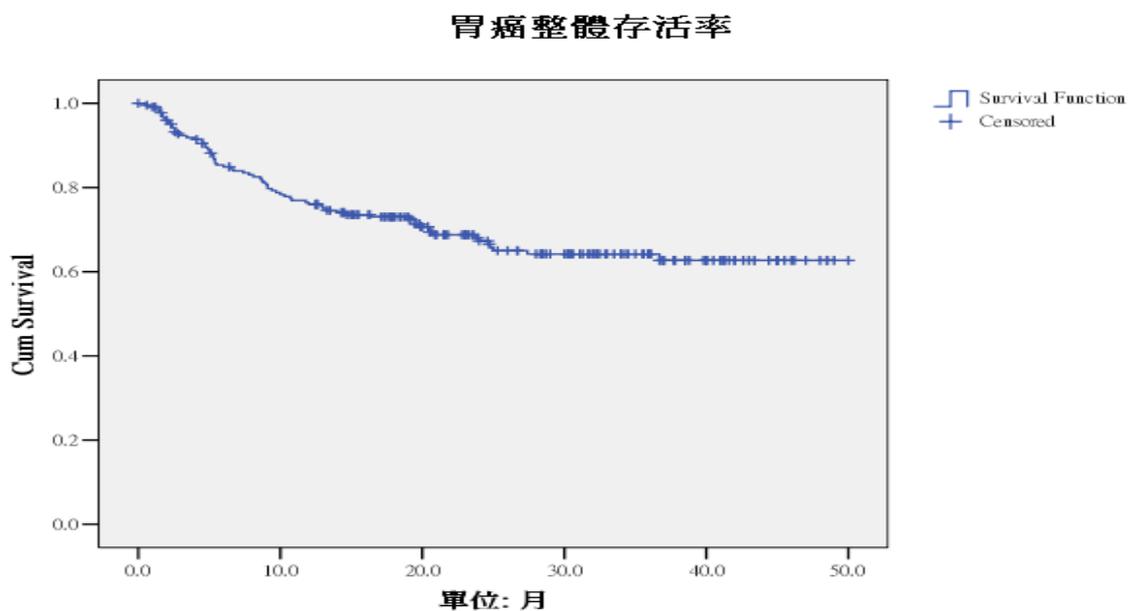
(四)不同期別與治療方式之分析



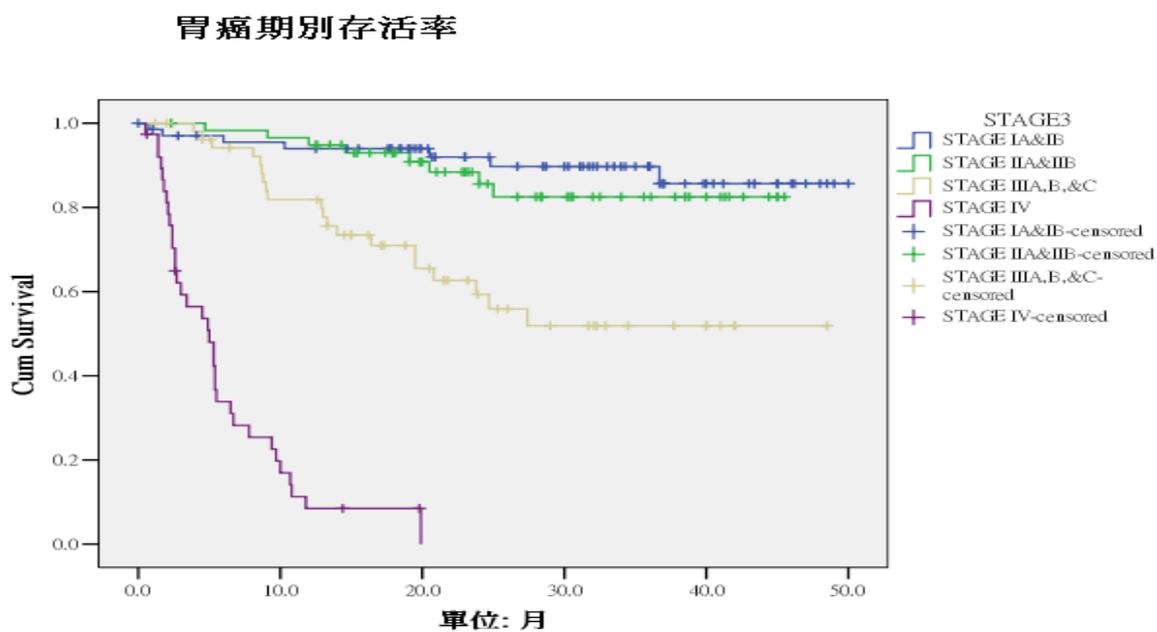
基本上，除了 Stage IV 每一分期均以手術為主，化療為輔。第四期的患者無論醫生、病患、家屬，對治療的態度都比較保守，除非有出血或阻塞，不然不建議手術，雖然化療對胃腺癌的治療效果不令人滿意，仍有些病患家屬會選擇化療。

(五)不同期別與整體存活率之關係

Adenocarcinoma Overall Survival



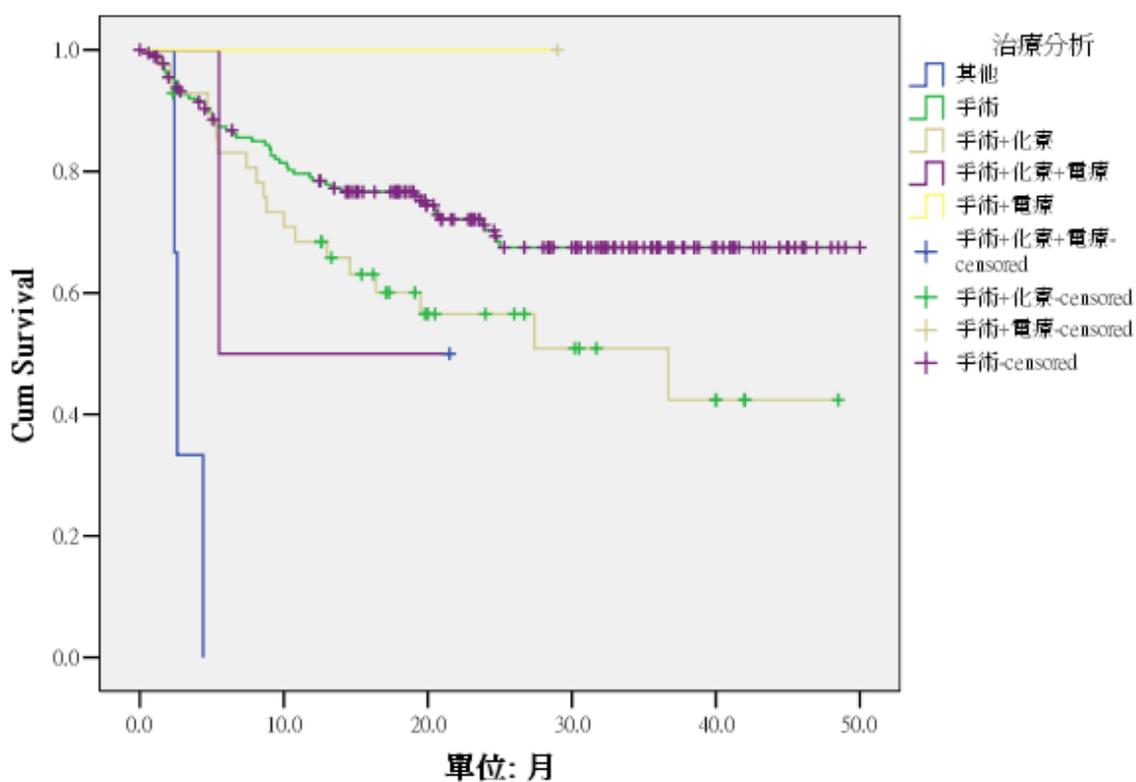
Stage specific overall survival



很明顯地，期別是決定預後最重要的因素，愈早期預後愈好；所以要提高治療成績，最重要是如何早期發現早期治療。

(六)不同治療方式與疾病存活率的關係

治療方式與存活率



此圖表僅作為治療情況的陳述，不能據此比較治療方式的優劣；到目前為止，胃癌的治療仍以外科為主，化學治療及放射治療，僅作為手術後輔助性療法。

(七)所有接受治療病人之併發症及副作用分析

併發症	2008-2009
Wound infection	9
Leakage(duodenal stump / anastomosis)	7
Lymph leakage	4
Anastomosis stenosis	4
Intestinal obstruction	3
Pancreatitis	2
Intra-abdominal abscess	2
Heart attack	2
Pneumonia	2
A-loop swelling & stricture	1
Anastomosis bleeding	1
Pancreatic leakage	1
Cystic stump leakage	1
Spleen laceration	1
Others	3
總計	43

併發症	2010
Wound infection	1
Wd inf. And IAA	1
Delayed gastric empty	1
Gastric atonia	1
Sepsis	1
Lymph leak	2
Aspiration pneumonia & duodenal stump leak	1
Sudden death	1
Pancreatic juice leak	1
Aspiration pneumonia	1
Anastomosis leakage	1
Wd disruption and pul. embolism	1
Acute acalculous cholecystitis	1
Wd inf. & pneumonia	1
Gastric outlet obstruction (anastomosis swelling)	1
Pneumonia	1
AMI, wd disruption, & duodenal stump leakage	1
Wd disruption	1
Gastric remnant stasis & IAA	1

83 人手術中 20 人發生 27 個併發症，發生率 24.1%；傷口發炎最常見有 5 例；其次是肺炎有 4 例；滲漏(包括十二指腸斷端及胃空腸吻合處滲漏)，有 3 例。

(八)死亡原因分析：

迄 101 年 5 月底統計結束，304 例中 117 例存活，死亡有 114 例，失聯有 73 例。

114 例死亡原因分析如下：

死亡原因	病例數
手術死亡	$5(97)+8(98)+9(99)=22$
Gastric Cancer Progression	72
其他非 Gastric Cancer-related	20

核心測量指標

胃癌核心測量指標提報表						
醫院	高雄榮民總醫院					
期間	2010 年 1-12 月					
指標類型	測量指標	分子分母定義	分子	分母	結果 (%)	目標值 (%)
診斷 (1)	病人於治療前，有明確病理學診斷的百分比。	分子：胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人於接受治療前，曾經以細胞學或組織學診斷的病人數。 分母：有接受治療的胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人數。	92	92	100%	100%
診斷 (2)	胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人在接受治療 (手術、化療、放射線治療) 前，有接受影像學診斷，包括胸部 (X 光或電腦斷層掃描) 及腹部 (針對早期癌電腦斷層掃描、MRI 或超音波) 判定胃及食道賁門 (EC junction) 癌臨床期別 (Clinical TNM staging) 並於病歷記錄的百分比。	分子：胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人在接受治療 (手術、化療、放射線治療) 前，有接受影像學診斷，包括胸部 (X 光或電腦斷層掃描) 及腹部 (針對早期癌電腦斷層掃描、MRI 或超音波) 判定胃及食道賁門 (EC junction) 癌臨床期別 (Clinical TNM staging) 並於病歷記錄的病人數。 分母：有接受治療的胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人數。	92	92	100%	90%
診斷 (3)	接受胃黏膜切除術 (mucosectomy) 或黏膜下剝離	分子：接受胃黏膜切除術 (mucosectomy) 或黏膜下剝離術 (endoscopic	0	1	0%	50%

	術 (endoscopic submucosa dissection, ESD) 前曾接受內視鏡超音波 (endoscopic ultrasound, EUS) 檢查的百分比。	submucosa dissection, ESD) 的胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人，手術前曾經以內視鏡超音波 (endoscopic ultrasound, EUS) 檢查的病人數。 分母：接受胃黏膜切除術 (mucosectomy) 或黏膜下剝離術 (endoscopic submucosa dissection, ESD) 的胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人數。				
治療 (1)	臨床分期為第 I~ III B 期之胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人，在經內視鏡及病理切片確診後 6 個星期內接受手術 (含內視鏡切除術) 的百分比。 * 在同一家醫院接受診斷與治療的病人。	分子：臨床分期為第 I~ III B 期之胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人，在經內視鏡及病理切片確診後 6 個星期內接受手術 (含內視鏡切除術) 的病人數。 分母：臨床分期為第 I~ III B 期之胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人數。	46	52	88.5%	50%
治療 (2)	臨床分期為第 I~ III B 期之胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人接受手術切除 (含內視鏡切除術) 後，巨觀下完全切除且	分子：臨床分期為第 I~ III B 期之胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人接受手術切除 (含內視鏡切除術) 後，巨觀下完全切除且顯微鏡下手術邊界為陰性的病人數。	41	48	85.4%	70%

	顯微鏡下手術 邊界為陰性的 百分比。	分母：臨床分期為第 I~ III B 期之胃及食道賁 門 (EC junction) 癌 病人接受手術切除 (含內視鏡切除術) 的病人數。				
治療 (3)	臨床或病理分期 為 M1 的胃及 食道賁門 (EC junction) 癌病 患，接受化學治 療的百分比。	分子：臨床或病理分期為 M1 的胃及食道賁門 (EC junction) 癌接 受化學治療的病人 數。 分母：臨床或病理分期為 M1 的胃及食道賁門 (EC junction) 癌病 人數。	6	27	22.2%	10%
治療 (4)	接受根治性切 除手術 (D2 dissection) 之胃 及食道賁門 (EC junction) 癌病 人，淋巴結病理 檢查 15 顆以上 之百分比。	分子：接受根治性切除手術 (D2 dissection) 之 胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人淋 巴結病理檢查 15 顆以上之病人數。 分母：接受根治性切除手術 (D2 dissection) 之 胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人。	36	47	76.6%	70%
追蹤 (1)	接受胃切除手 術的病患於術 後 30 天內死亡 的百分比。	分子：接受胃切除手術後 30 天內死亡的胃及 食道賁門 (EC junction) 癌病人數。 分母：接受胃切除手術的胃 及食道賁門 (EC junction) 癌病人數。	2	68	2.9%	<3%
追蹤 (2)	巨觀下觀察完 全切除 (R0/R1 resection) 的胃 及食道賁門 (EC junction) 癌病 人，在切除後的	分子：巨觀下觀察完全切除 (R0/R1 resection) 的胃及食道賁門 (EC junction) 癌病 人，在切除後後的 6 個月內接受醫師複	54	57	94.7%	90%

	6 個月內接受醫師複查的百分比。	查的人數。 分母：巨觀下觀察完全切除（R0/R1 resection）的胃及食道賁門（EC junction）癌病人數。				
追蹤 (3)	接受胃切除術之胃及食道賁門（EC junction）癌病人，手術後 1 年內曾接受胃鏡檢查的百分比。	分子：接受胃切除術之胃及食道賁門（EC junction）癌病人，手術後 1 年內曾接受胃鏡檢查的人數。 分母：接受胃切除術之胃及食道賁門（EC junction）癌病人。	31	68	45.6%	70%
追蹤 (4)	接受 R0 手術的胃及食道賁門（EC junction）癌病人，手術後 1 年內曾接受胸部 X 光、腹部超音波（或電腦斷層掃描）的百分比。	分子：接受 R0 手術的胃及食道賁門（EC junction）癌病人，手術後 1 年內曾接受胸部 X 光、腹部超音波（或電腦斷層掃描）之病人數。 分母：接受 R0 手術的胃及食道賁門（EC junction）癌病人。	46	53	86.8%	80%
存活 1A	接受巨觀下完全切除且顯微鏡下邊界為陰性（R0 手術）之各病理期別胃及食道賁門（EC junction）癌病人，術後第 1 年之整體存活比率。	分子：分母人數中，1 年後仍存活人數。 分母：接受巨觀下完全切除且顯微鏡下邊界為陰性（R0 手術）之各病理期別胃及食道賁門（EC junction）癌病人。	43	53	81.1%	未訂
存活 1B	接受巨觀下完全切除且顯微鏡下邊界為陰性（R0 手術）之	分子：分母人數中，3 年後仍存活人數。 分母：接受巨觀下完全切除且顯微鏡下邊界為	NA	NA	NA	NA

	各病理期別胃及食道賁門(EC junction) 癌病人，術後第3年之整體存活比率。	陰性 (R0 手術) 之各病理期別胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人。				
存活 1C	接受巨觀下完全切除且顯微鏡下邊界為陰性 (R0 手術) 之各病理期別胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人，術後第5年之整體存活比率。	分子：分母人數中，5年後仍存活人數。 分母：接受巨觀下完全切除且顯微鏡下邊界為陰性 (R0 手術) 之各病理期別胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人。	NA	NA	NA	NA
存活 2	復發、轉移或局部晚期無法完全手術切除的胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人，於化學治療開始後第1年的整體存活比率。 * 儘考慮整個療程與追蹤都在同院的病人	分子：復發、轉移或局部晚期無法完全手術切除的胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人，於化學治療開始後第1年仍存活的病人數。 分母：復發、轉移或局部晚期無法完全手術切除的胃及食道賁門 (EC junction) 癌病人，曾接受化學治療之病人數。	2	6	33.3%	未訂

結論

隨著經濟的發展，生活習慣的改變，近年來胃癌的發生率有下降的趨勢，但仍是十分常見的癌症，根據行政院衛生署的統計，胃癌居臺灣男性十大癌症死因的第四位、女性胃癌居第六位，男性胃癌病人的罹患率為女性的兩倍。由於胃癌病人沒有特定的臨床症狀，因此大部分病人被診斷出來時，已是晚期胃癌了。根據醫學統計，胃癌細胞形成到臨床出現症狀其間，約長達 20 個月；而從有臨床症狀，到就醫做出正確的診斷，多半延誤 6-8 個月的時間；這段期間，若能提高警覺，儘早得到正確的診斷，多半會有很好的預後。胃腺癌侵犯之深度與淋巴腺轉移的機會與病人的預後關係密切。決定胃癌預後的主要因子是期別，能夠早期發現儘早手術，才能獲得最好的治療效果，但國人早期胃癌的比率仍屬偏低，以致治療效果不盡理想，這有賴媒體宣傳，讓社會大眾有此認知，定期胃鏡檢查，才有可能早期發現早期治療。

近年各種治療方法雖均有長足的進步，但是胃癌的最基本療法，仍是將原發病灶完全切除；因之，在可切除之情況下，必須優先考慮手術治療。此外，對於胃癌患者所引起的腫瘤潰爛、出血、腸胃道阻塞，都有賴手術治療來解決；因此，胃癌的治療仍以外科為主。

胃癌對化學療法呈中度反應，有學者主張手術後輔助性化學治療，其目的在於延遲或減少手術後腫瘤的復發，但其成效尚待評估。

胃腺癌對放射線呈中等敏感，通常作為手術或是化療的輔助療法。對於高復發率的胃癌病患，手術後輔助性的放射治療併用化學治療對於局部復發率的降低及存活期的延長可能有所幫助。若癌細胞擴散至脊髓、骨骼、腦或其它部位造成症狀時，放射治療亦能減輕症狀。

癌症的第一次治療非常重要，胃癌的發現時機和首次手術大致已決定病人的預後。國內經過多年的努力，存活率已有顯著的進步；根據統計，五年存活率，第一期約為 95%，第二期約為 70%，第三期約為 45%，第四期約為 6.5%；

可見早期診斷，早期治療，仍是提高胃癌存活率的最有效方法。特別是胃癌仍是國內高罹患率的癌症，若有胃部不適的症狀，應該勇於接受胃內視鏡的檢查。

最後感謝一般外科李姿瑩小姐的諸多協

食 道 癌 診 療 團 隊

管毅剛主任、許玲莉個管師

共同製作 101 年 05 月

食道癌診療團隊

團隊召集人姓名：管毅剛醫師（專科或次專科別：胸腔外科）

個管師：許玲莉護理師

核心成員
胸腔外科：管毅剛主任、湯恩魁醫師
胃腸內科：陳海雄醫師
放射腫瘤科：胡渝昌醫師
放射線部：黃逸倫醫師
病理部：謝品本醫師
非核心成員
護理部：楊秀月副護理長、吳思樺專科護理師、高雅鈴專科護理師 陳敏慈專科護理師
社工室：詹雅惠社工師
營養室：林慧如營養師

簡介：

根據行政院衛生署 5 月 25 日公布 2011 年十大死因中，癌症仍為國人死亡排行第一位，惡性腫瘤已連續 30 年蟬聯國人十大死因榜首，去年全年共有 4 萬 2559 人死於癌症，女性死於惡性腫瘤人數為 1 萬 5514 人占 36%，男性則有 2 萬 7045 人占 64%，男性死於癌症的人數足足比女性多了 1 萬 1531 人，幾乎有女性的兩倍之多，而且女性平均壽命 82.7 歲，男性 76 歲，女性比男性長壽了快七歲，創下歷史紀錄；而食道癌在全國主要癌症死亡原因排名第九位，為男性主要癌症死亡原因第六位，也是近十多年快速增加的癌症之一。近年來食道癌治療方式結合多種療法以提高病患存活率，本院為提升醫療品質，給予病患全方位治療，加強不同科醫師溝通，食道癌醫療團隊定期召開團隊會議討論病患個別化治療方針，包括直接手術，結合術前化療放射線治療、再加以手術治療，及手術後是否輔以術後化放療，替病患擬定最適合之治療計劃。

食道癌醫療團隊設召集人一人，核心成員由胸腔外科醫師、放射腫瘤科、病理部、放射線部所組成，另有非核心成員包含營養室、社工室、護理部之五五病房、及腫瘤個案管理師等。本團隊固定每兩週集會一次，會議內容主要為食道癌病患治療的多專科團隊討論，其他工作項目則包含修訂食道癌治療指引、制定食道癌醫療品質計畫與指標、建立本院食道癌病患資料庫及提報年度治療成果等。

2008-2010 年食道癌醫療統計摘要

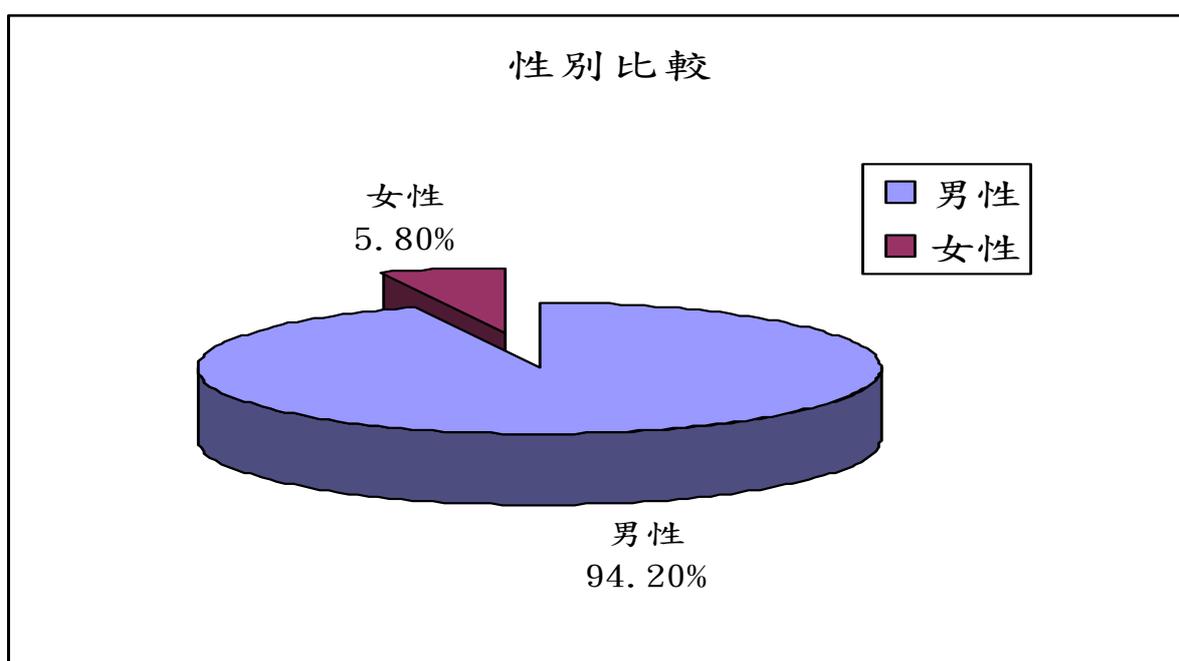
(一) 2008 - 2010 食道癌年度新收案

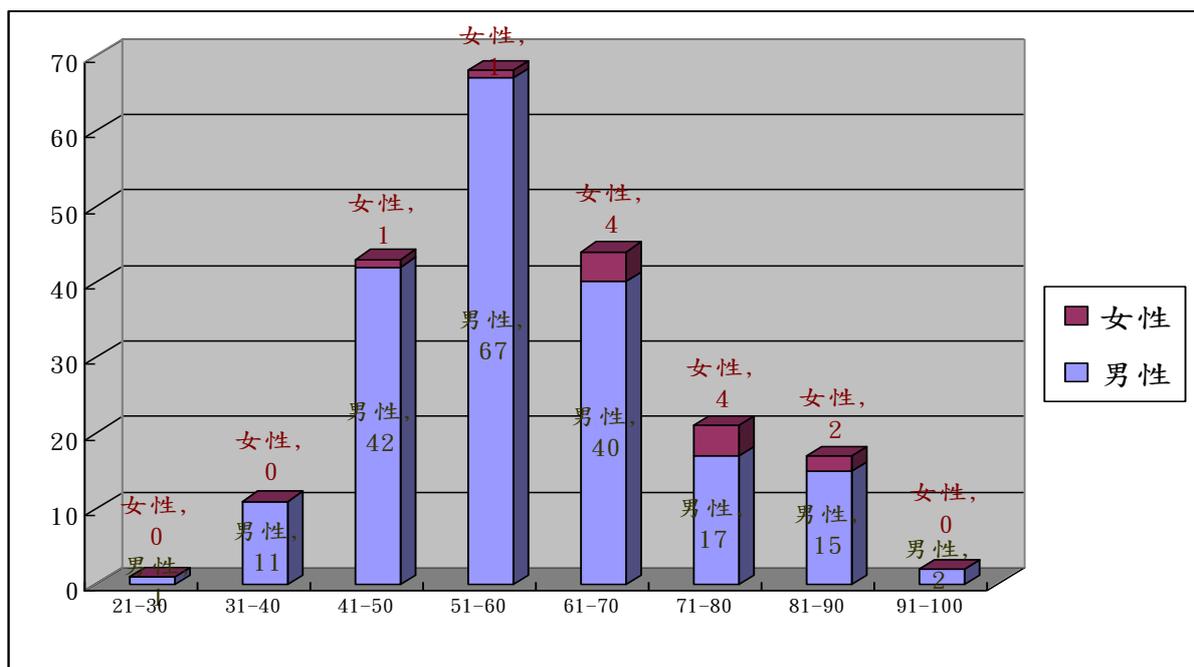
2008-2010 年高雄榮民總醫院食道癌新病患共 207 人

(二) 初次診斷食道癌患者-年齡、性別等相關分佈

食道癌病患大多為男性佔 94.2%(195/207)，女性佔 5.8%(12/207)，年齡分布以 20 至 100 歲為主，21 至 30 歲佔 0.48%(1/207)，31 至 40 歲佔 5.31%(11/207)，41 至 50 歲佔 20.77%(43/207)，51 至 60 歲佔 32.85%(68/207)，61 至 70 歲佔 21.26%(44/207)，71 至 80 歲佔 10.14%(21/207)，81 至 90 歲佔 8.21%(17/207)，91 至 100 歲佔 0.97%(2/207)。

年齡	21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71-80		81-90		91-100		總計	
性別	男 性	女 性																
人數	1	0	11	0	42	1	67	1	40	4	17	4	15	2	2	0	195	12
總計	1		11		43		68		44		21		17		2		207	

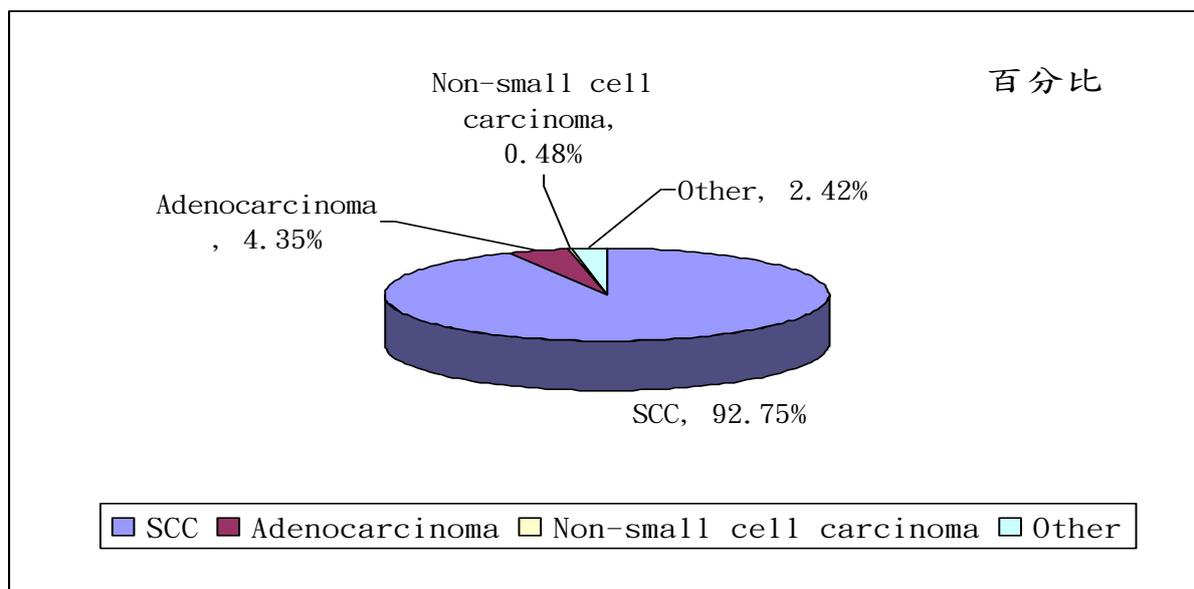




(三) 食道癌組織型態分析

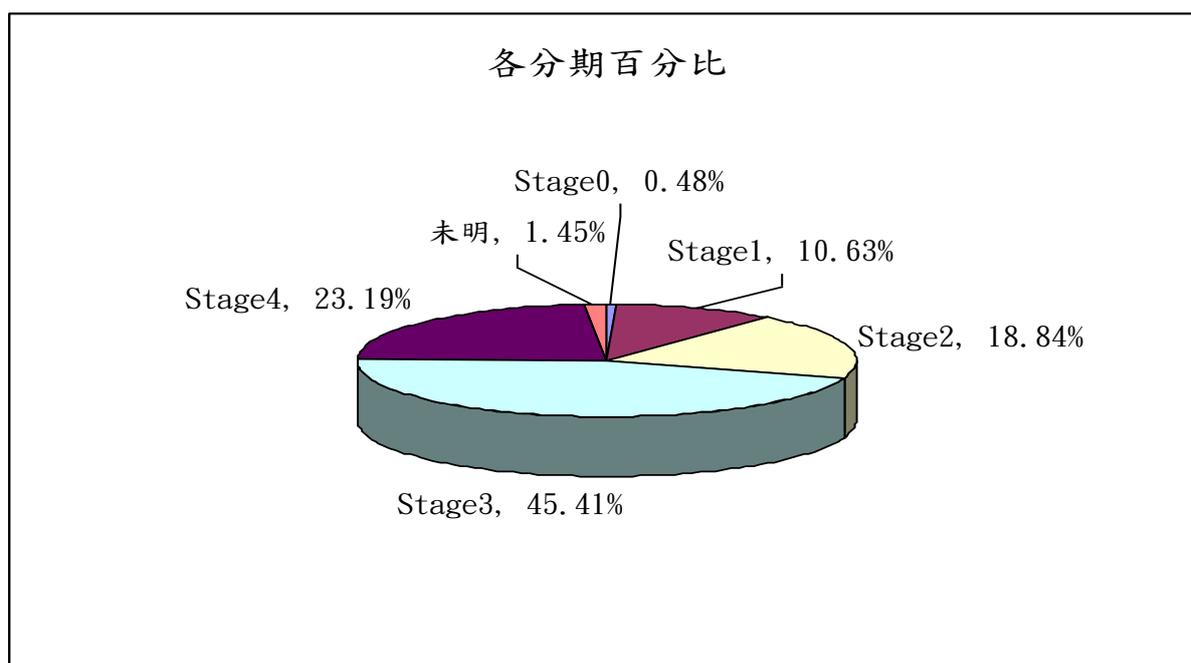
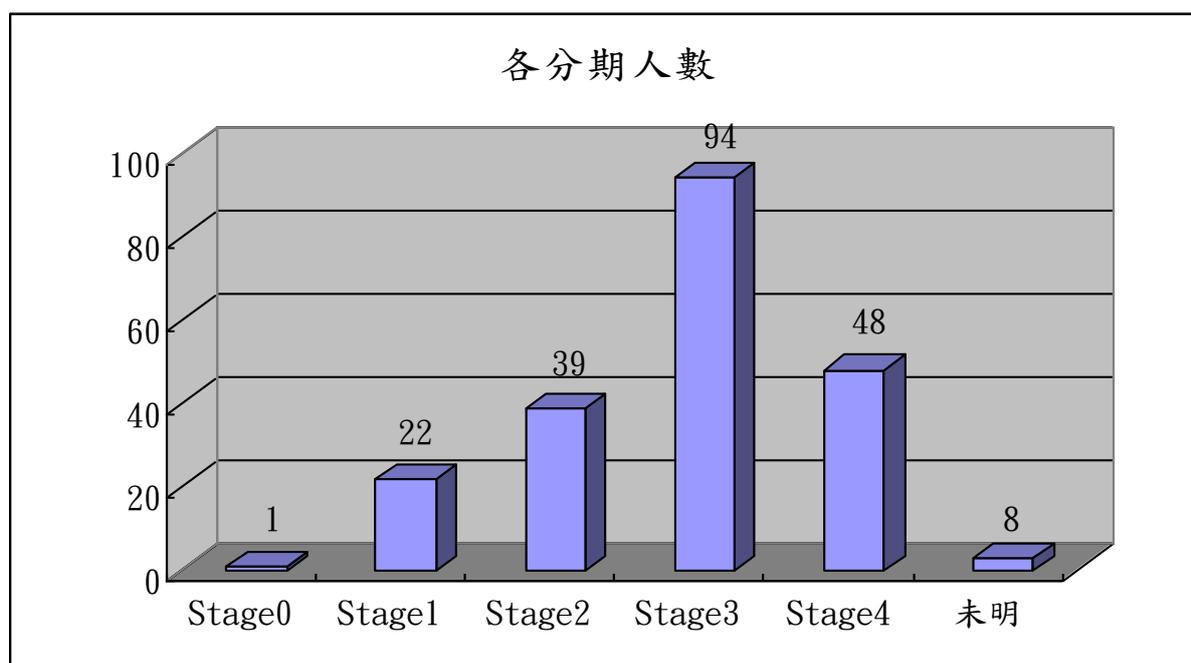
鱗狀上皮細胞癌占食道癌病理組織形態之 92.75% (192/207)，而腺癌佔 4.35%(9/207)，非小細胞癌佔 0.48%(1/207)，其他組織型態佔 2.42%(5/207)。

病理組織型態	Squamous cell carcinoma(SCC)	Adenocarcinoma	Non-small cell carcinoma	Other
病人數	192	9	1	5



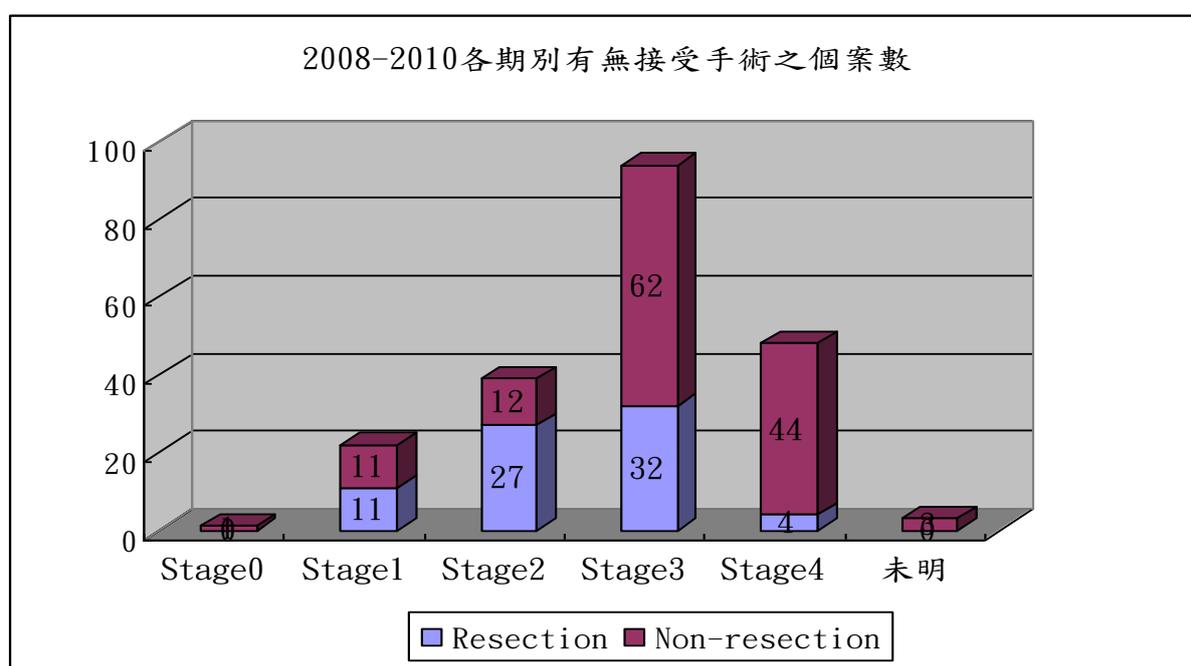
(四) 食道癌患者-期別分析

食道癌分期，病患於初次診斷時最多為第三期佔 45.41%(94/207)，其次為第四期 23.19%(48/207)，第二期 18.84%(39/207)，第一期 10.63%(22/207)，未明 1.45%(3/207)，零期 0.48%(1/207)。食道癌診斷時分期大部分偏向較晚期。



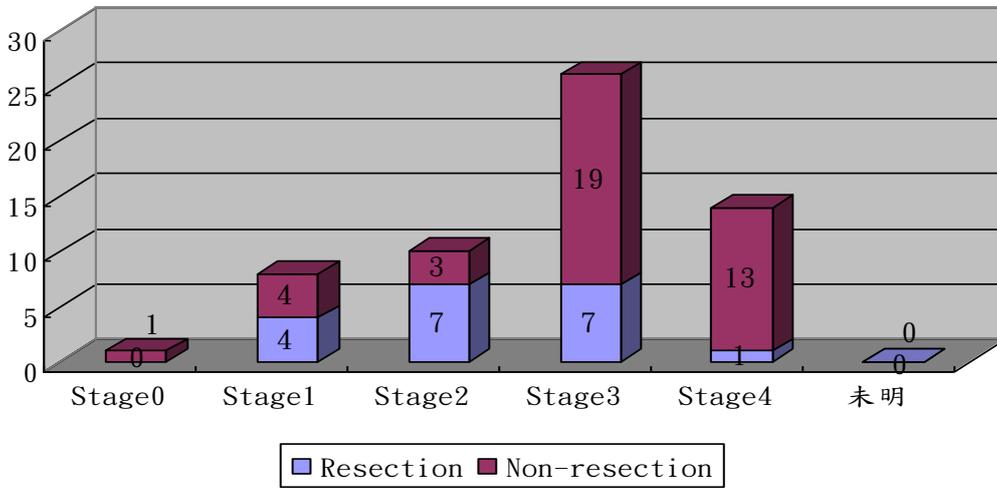
(五) 食道癌不同期別與治療方式分析

2008-2010 年共有 74 人接受手術切除治療，依據期別與治療方式分析，第一期接受手術比率 50%(11/22)，第二期 69.23%(27/39)，第三期 34.04%(32/94)，第四期 8.33%(4/48)。第一、二期病患接受手術切除率為主，根據治療準則手術治療為較佳治療方法，但部分病患仍選擇以非手術治療。

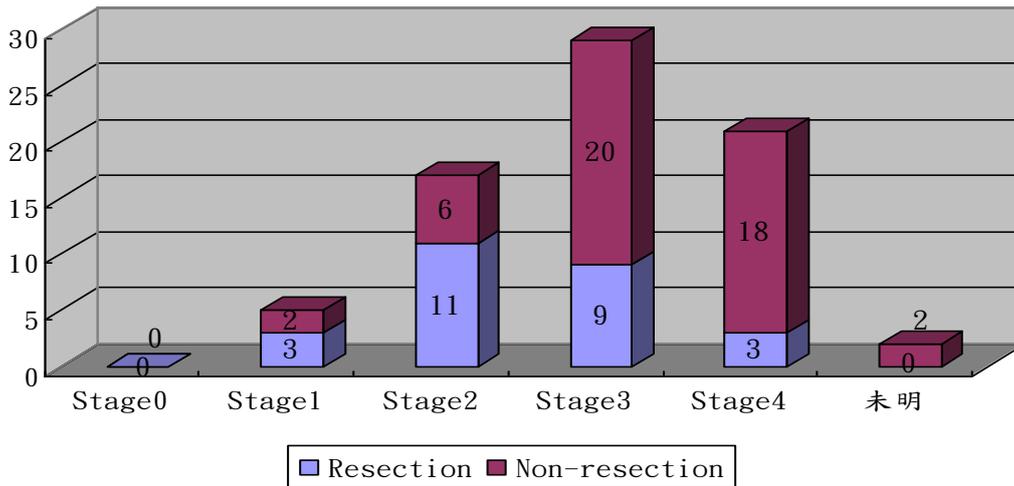


食道癌分期	0	I	II	III	IV	未明
Resection(人)	0	11 人	27 人	32 人	4 人	0
Non-resection(人)	1	11 人	12 人	62 人	44 人	3

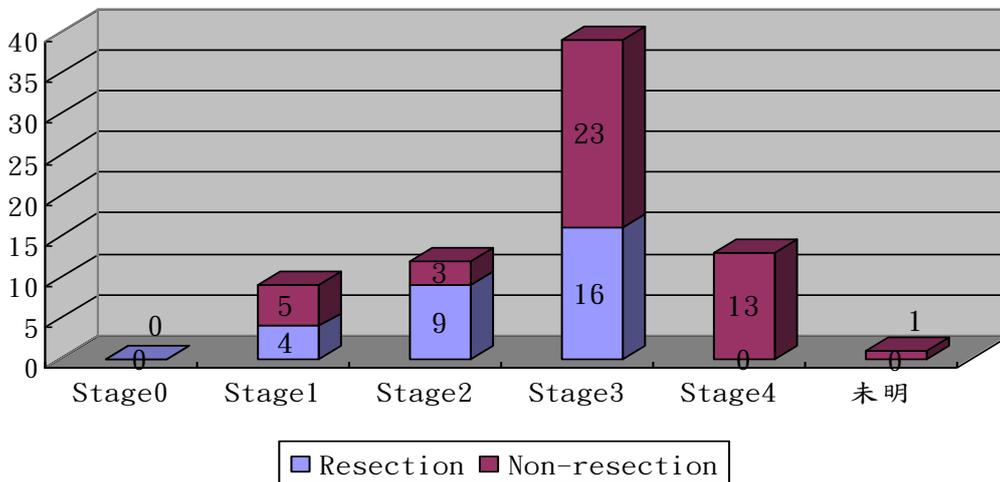
2008年各期別有無接受手術之個案數



2009年各期別有無接受手術之個案數



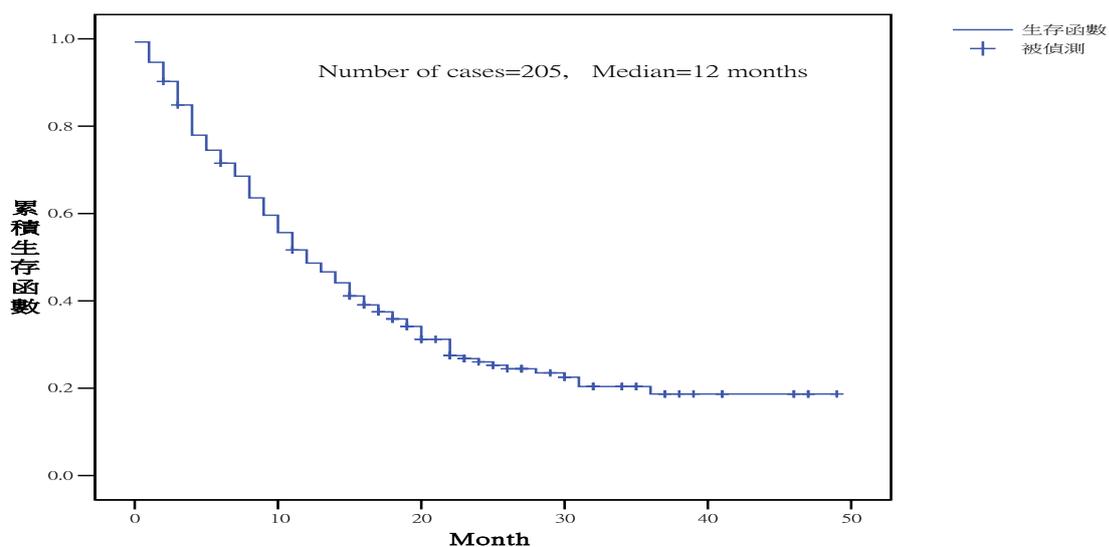
2010年各期別有無接受手術之個案數



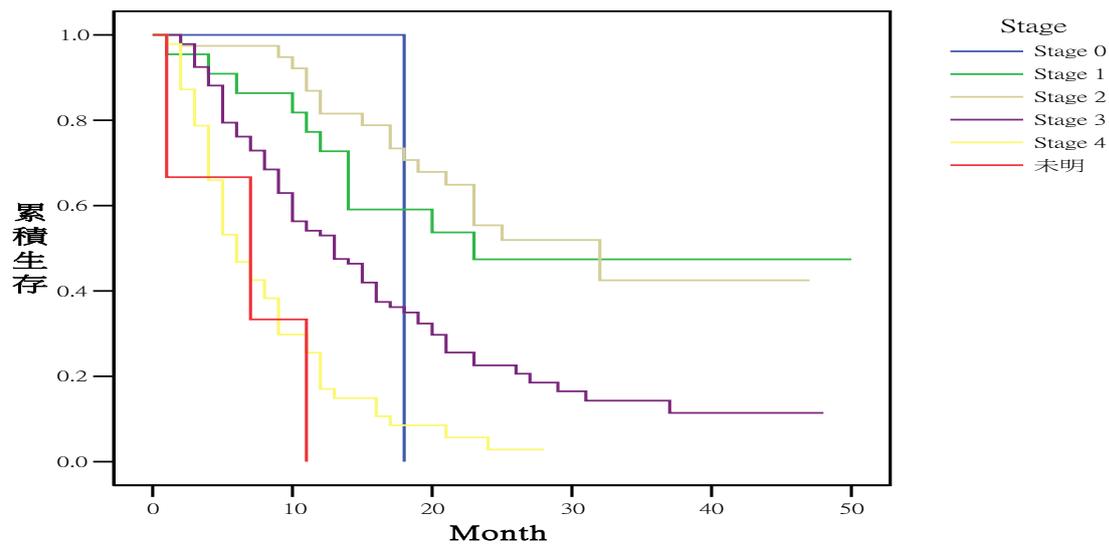
(六) 不同期別與整體存活率之關係

排除術後三十日內死亡之病患 2 人，共 205 人

生存函數



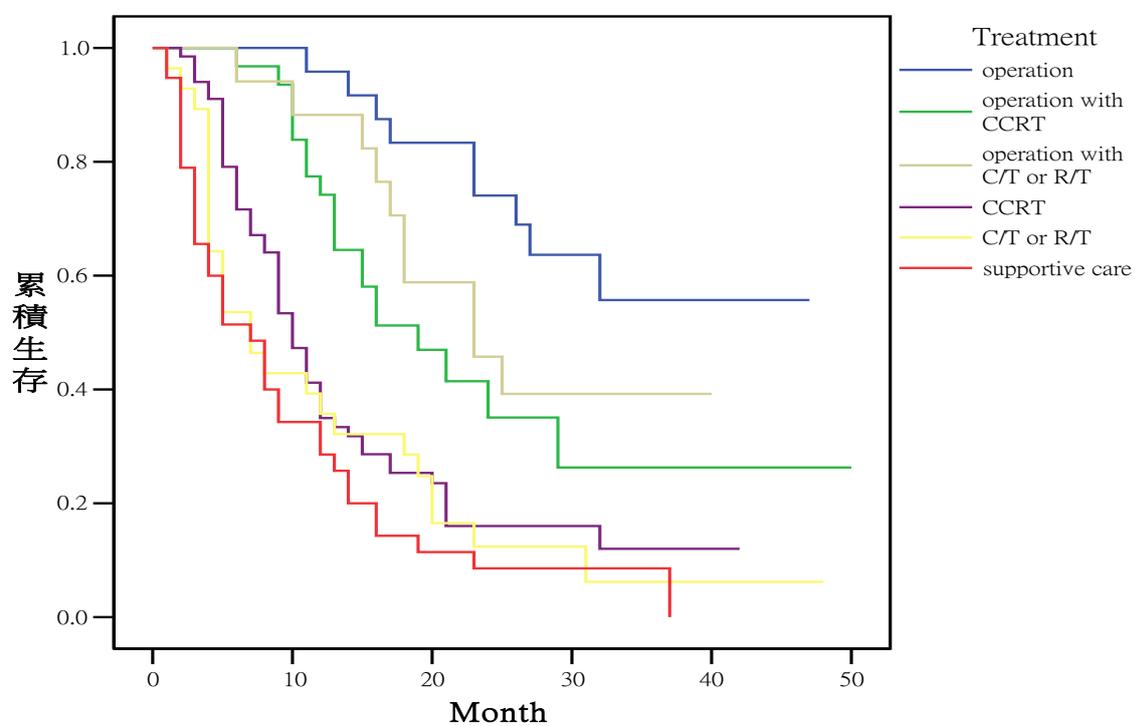
生存函數



(七) 不同治療方式與疾病存活率的關係

排除術後三十日內死亡之病患 2 人，共 205 人。比較 operation、operation with CCRT、operation with C/T or R/T、CCRT、C/T or R/T、supportive care 六種不同治療方法之 survival。

生存函數



(八) 所有接受治療病人之併發症及副作用分析

74 位食道癌病人開刀治療(esophagectomy and reconstruction)，其中 14 位有合併症發生，術後併發症發生率為 18.92%，其中 anastomosis leakage 發生率佔合併症的 35.71%。

併發症	2008-2010
Postoperative hepatic failure	1
wound infection	1
Pneumonia	1
anastomosis leakage	5
Acute urine retention	1
Post-OP ileus	1
Subcutaneous emphysema	2
Bacteremia	1
gout attack	1
總計	14

(九) 食道癌死亡原因分析

追蹤期間 154 人死亡，最後死亡原因，包含手術立即之併發症。

死亡原因	病人數
Cachexia	7
Sepsis (septic shock)	6
Sepsis with respiratory failure	6
Respiratory failure	20
Respiratory failure with renal failure	1
Respiratory failure with pneumonia	4
Heart failure	2
Renal failure	2
Hepatic failure	0
CVA (central failure)	0
Multiple organ failure	4
Pneumonia	19
Tumor bleeding	10
Hypovolemic shock	2
Hypoxic	1
Liver meta	7
Bone meta	4
Brain meta	1
Lung meta	7
Distal meta	3
Multiple meta	9
Ca	2
loss follow-up (死亡原因不明)	36
Other	1
總計	154

核心測量指標

食道癌核心測量指標提報表			
醫院	高雄榮民總醫院		
期間	2010年1月~12月		
指標類型	測量指標	分子分母定義	2010 (%)
診斷 (1)	病人於治療前，有明確細胞學或組織學診斷的百分比。	分子：治療前，有明確細胞學或組織學診斷之病人數。 分母：食道癌病人數	76/76 (100%)
診斷 (2)	食道癌病人在接受治療(手術、化療、放射線治療)前，曾接受正子電腦斷層掃描(PET CT)、胸部電腦斷層掃描(Chest CT)或核磁共振造影(magnetic resonance imaging, MRI)檢查判定食道癌臨床期別(Clinical TNM staging)，並於病歷記錄的百分比。	分子：食道癌病人接受治療(手術、化療、放射線治療)前，曾接受正子電腦斷層掃描(PET CT)、胸部電腦斷層掃描(Chest CT)或核磁共振造影(magnetic resonance imaging, MRI)檢查判定食道癌臨床期別(Clinical TNM staging)，並於病歷記錄的病人數。 分母：食道癌病人數	74/76 (97.37%)
診斷 (3)	診斷報告判定腫瘤位於頸部，上段或/及中段胸部(cervix, upper and/or middle thorax)之食道癌病人，手術前接受支氣管鏡(bronchoscopy)檢查的百分比。	分子：腫瘤位於頸部，上段或/及中段胸部(cervix, upper and/or middle thorax)之食道癌病人，手術前接受支氣管鏡(bronchoscopy)檢查的病人數。 分母：腫瘤位於頸部，上段或/及中段胸部(cervix, upper and/or middle thorax)之食道癌病人。	0/50 (0%)
診斷 (4)	接受食道粘膜切除術(mucosectomy)或黏膜下剝離術(endoscopic	分子：接受食道粘膜切除術(mucosectomy)或黏膜下剝離術(endoscopic	N/A

	submucosa dissection, ESD) 前曾接受內視鏡超音波 (endoscopic ultrasound, EUS) 檢查的百分比。	submucosa dissection, ESD) 的食道癌病人，手術前曾經以內視鏡超音波 (endoscopic ultrasound, EUS) 檢查的病人數。 分母：接受食道粘膜切除 (mucosectomy) 或黏膜下剝離術 (endoscopic submucosa dissection, ESD) 的食道癌病人。	
治療 (1)	接受積極性(手術或同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT)) 治療前照會營養小組成員的百分比。	分子：接受積極性(手術或同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT)) 治療前接受營養小組成員照會的食道癌病人數。 分母：接受積極性(手術或同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT)) 治療之食道癌病人數。	68/68 (100%)
治療 (2)	食道癌病患經臨床分期診斷判定為可進行手術切除 (resectable) 未接受誘導式 (induction, neo-adjuvant) 化療或同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT) 直接接受手術的百分比。	分子：經臨床分期診斷判定為可進行手術切除 (resectable) 未接受誘導式化療或同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT) 直接接受手術治療的食道癌病人數。 分母：經臨床分期診斷判定為可進行手術切除 (resectable) 的食道癌病人數。	20/22 (90.91%)
治療 (3)	臨床分期診斷為可進行手術切除 (resectable) 的食道癌病患，然而接受第一線同步化放療 (concurrent	分子：經臨床分期判定為可進行手術切除 (resectable)，接受第一線同步化放療 (concurrent	2/22 (9.09%)

	chemo-radiotherapy, CCRT) 治療的百分比。	chemo-radiotherapy, CCRT) 的食道癌病人數。 分母：經臨床分期判定為可進行手術切除 (resectable) 的食道癌病人數。	
治療 (4)	臨床分期診斷可進行手術切除 (resectable) 的食道癌病患，接受第一線同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT) 治療後再接受手術的百分比。	分子：經臨床分期判定為可進行手術切除 (resectable)，先接受第一線同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT) 治療後再接受手術治療的食道癌病人數。 分母：經臨床分期判定為可進行手術切除 (resectable) 的食道癌病人數。	0/22 (0%)
治療 (5)	臨床分期診斷可進行手術切除 (resectable) 的頸部食道癌病患，直接接受第一線同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT) 治療的百分比。	分子：經臨床分期判定可進行手術切除 (resectable) 的頸部食道癌病患，接受第一線同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT) 治療的食道癌病人數。 分母：經臨床分期判定可進行手術切除 (resectable) 的頸部食道癌病人數。	0/0 (0%)
治療 (6)	臨床判定為可進行手術切除 (resectable) 之食道癌，手術切除標本兩側切除端有顯微殘餘 (micro-residual) 癌細胞 (R1 切除) 或有巨觀殘餘癌細胞 (R2 切除) 之病人接受手術後同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT)	分子：臨床判定為可進行手術切除 (resectable) 之食道癌，手術切除標本兩側切除端有顯微殘餘 (micro-residual) 癌細胞 (R1 切除) 或有巨觀殘餘癌細胞 (R2 切除) 的病人於手術治療後再接受輔助性 (adjuvant) 同步化放	0/0 (0%)

	的百分比。	療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT)的病人數。 分母：臨床判定為可進行手術切除 (resectable) 之食道癌，手術切除標本兩側切除端有顯微殘餘 (micro-residual) 癌細胞 (R1 切除) 或有巨觀殘餘癌細胞 (R2 切除) 的病人數。	
治療 (7)	臨床分期診斷為無法進行手術切除 (unresectable) 的食道癌病患，接受第一線同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT) 治療的百分比。	分子：經臨床分期判定為無法進行手術切除 (unresectable) 的食道癌病人，接受第一線同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT) 治療的病人數。 分母：經臨床分期判定為無法進行手術切除 (unresectable) 的食道癌病人數。	31/54 (57.41%)
治療 (8)	臨床分期診斷為無法進行手術切除 (unresectable) 的食道癌病患，接受第一線同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT) 治療後接受食道切除的百分比。	分子：經臨床分期判定為無法進行手術切除 (unresectable) 的食道癌病人，接受第一線同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT) 治療後再接受食道切除治療的病人數。 分母：經臨床分期判定為無法進行手術切除 (unresectable) 的食道癌病人數。	8/54 (14.81%)
治療 (9)	臨床分期診斷為轉移 (M1) 性食道癌病患，接受姑息性 (palliative) 化學治療、同步化放療 (concurrent	分子：經臨床分期判定為轉移性食道癌病人，接受姑息性 (palliative) 化療、同步化放療 (concurrent	13/16 (81.25%)

	chemo-radiotherapy, CCRT) 或僅接受放射線治療的百分比。	chemo-radiotherapy, CCRT) 或僅接受放射線治療的病人數。 分母：經臨床分期判定為轉移性食道癌之病人數。	
治療 (10)	臨床判定為可進行手術切除(resectable)之食道癌，手術切除標本切除端無殘餘癌細胞(R0 切除)的百分比。	分子：臨床判定為可進行手術切除(resectable)之食道癌病人，手術切除標本切除端無殘餘癌細胞(R0 切除)的病人數。 分母：臨床判定為可進行手術切除(resectable)之食道癌且接受手術切除(不論是否接受誘導式同步化放療 (induction concurrent chemo-radiotherapy, CCRT))之病人數。	20/20 (100%)
治療 (11)	臨床判定為可進行手術切除(resectable)之食道癌未接受誘導式同步化放療(induction concurrent chemo-radiotherapy, CCRT) 即進行手術切除，手術切除標本淋巴結病理檢查 15 顆以上之百分比。	分子：臨床判定為可進行手術切除(resectable)之食道癌未接受誘導式同步化放療 (induction concurrent chemo-radiotherapy, CCRT) 即進行手術切除，手術切除標本淋巴結病理檢查報告 15 顆以上的病人數。 分母：臨床判定為可進行手術切除(resectable)之食道癌且接受手術切除(未接受誘導式同步化放療 (induction concurrent chemo-radiotherapy, CCRT))之病人數。	16/20 (80%)
治療 (12)	臨床判定為可進行手術切除(resectable)之食道癌接受同步化放療(concurrent	分子：臨床判定為可進行手術切除(resectable)之食道癌接受同步化放療	8/8 (100%)

	chemo-radiotherapy, CCRT) 後再手術切除，手術切除標本淋巴結病理檢查 5 顆以上之百分比。	(concurrent chemo-radiotherapy, CCRT) 後再手術切除，手術切除標本淋巴結病理檢查 5 顆以上的病人數。 分母：臨床判定為可進行手術切除 (resectable) 之食道癌且接受手術切除(接受同步化放療 (concurrent chemo-radiotherapy, CCRT))，之病人數。	
追蹤 (1)	接受食道切除手術的病患於術後 30 天內死亡的百分比。	分子：施行食道切除手術手術後 30 天內死亡的病人數。 分母：進行食道切除手術的食道癌病人數。	1/28 (3.57%)
追蹤 (2)	接受治癒性手術治療所有病理期別及各病理期別之食道癌病人，術後 1 年局部復發率。	分子：接受治癒性手術治療所有病理期別及各病理期別的食道癌病人，在手術治療後 1 年有局部復發的病人數。 分母：接受治癒性手術治療所有病理期別及各病理期別的食道癌病人數。	8/28 (28.57%)
追蹤 (3A)	所有病理期別及各病理期別之接受治癒性手術治療食道癌病人，術後 1 年發生遠處轉移比率。	分子：分母人數中，1 年有遠處轉移的病人數。 分母：所有病理期別及各病理期別之接受治癒性手術治療的食道癌病人數。	4/28 (14.29%)
追蹤 (3B)	所有病理期別及各病理期別之接受治癒性手術治療食道癌病人，術後 3 年發生遠處轉移比率。	分子：分母人數中，3 年有遠處轉移的病人數。 分母：所有病理期別及各病理期別之接受治癒性手術治療的食道癌病人數。	
追蹤 (3C)	所有病理期別及各病理期別之接受治癒性手術治療食道癌病人，術後 5 年發	分子：分母人數中，5 年有遠處轉移的病人數。 分母：所有病理期別及各病理	

	生遠處轉移比率。	期別之接受治癒性手術 治療的食道癌病人數。	
--	----------	--------------------------	--

結論：

2008-2010 年高雄榮民總醫院食道癌新診斷病人共 207 人。大多為男性，年齡分布以 20 至 100 歲為主。鱗狀上皮細胞癌 squamous cell carcinoma 占食道癌病理組織形態之 92.75%。食道癌初次診斷往往分期偏向較晚期，病患於初次診斷時最多為第三期佔 45.41%，其次為第四期 23.19%。共 74 人接受手術切除治療，整體存活率分析，存活平均數為 14.34 個月，存活中位數為 11.57 個月。

總結，食道癌與其他惡性腫瘤相比，屬於預後較差的疾病。早期以手術切除有根治的可能性，但病患有症狀而求醫時，往往診斷時已屬晚期。近年來結合手術、放射線治療、化學治療，積極治療以提高病人存活率，並持續減低手術併發症及死亡率是本團隊未來努力的方向。

膀胱癌診療團隊



團隊召集人余家政主任與膀胱癌診療團隊共同製作

共同製作 101 年 5 月

膀胱癌診療團隊

團隊召集人姓名：余家政醫師（泌尿外科）

個管師：楊梓敏護理師

核心成員
放射線部：李尚潔醫師
病理部：王志生主任
血液腫瘤科：余明生主任
放射腫瘤科：張國禎醫師
泌尿外科：余家政主任
非核心成員
泌尿外科：吳東霖主任、簡邦平醫師、蔡政諭醫師、林仁泰醫師 陳盈伸醫師
病理部：莊豪文醫師
W81 病房：段奇維護理長、楊梓敏個管師
營養室：石娉雯營養師

簡介

根據行政院衛生署 2007 年統計，十大死因首位仍為癌症（27.3%），惡性腫瘤已連續 26 年蟬聯十大死因之首，而台灣男性十大好發癌症中，膀胱癌高居第八位，在男女分別佔所有癌症死因的第 12 位。因而本院繼肺癌、肝癌、乳癌、大腸直腸癌、子宮頸癌及口腔癌多專科醫療團隊成立後，為提升癌症病患照護品質，於 98 年 1 月成立膀胱癌診療團隊。

為提升本院膀胱癌醫療品質，膀胱癌醫療團隊設召集人一人（原為吳東霖主任，99 年 7 月起由余家政主任接任），核心成員由泌尿外科、放射腫瘤科、病理部、放射線部及血液腫瘤科主治醫師所組成，另有非核心成員包含八一病房護理長、泌尿科專科護理師、營養師、社工師、個案管理師、安寧病房護理師及專任研究助理等。本團隊固定每個月集會兩次(每個月的第二、四個禮拜五上午 08:00-09:00)，會議內容主要為膀胱癌病患治療的多專科團隊討論，其他工作項目則包含修訂膀胱癌治療指引、制定膀胱癌醫療品質計畫與指標、建立本院膀胱癌病患資料庫及提報年度治療成果等。

膀胱癌的盛行率在南台灣一直是偏高的，且膀胱癌的發生率,遠比膀胱癌的死亡率高出許多，因為早期發現的膀胱癌是能完全以手術或輔以化學或放射治療治癒的。本團隊任務在依循國內外主要治療指引提供病人最妥善之全方位照顧，並蒐集本土資料，以期對治療指引有所修正，並推動戒煙，減少復發，已達到預防勝於治療之目的。

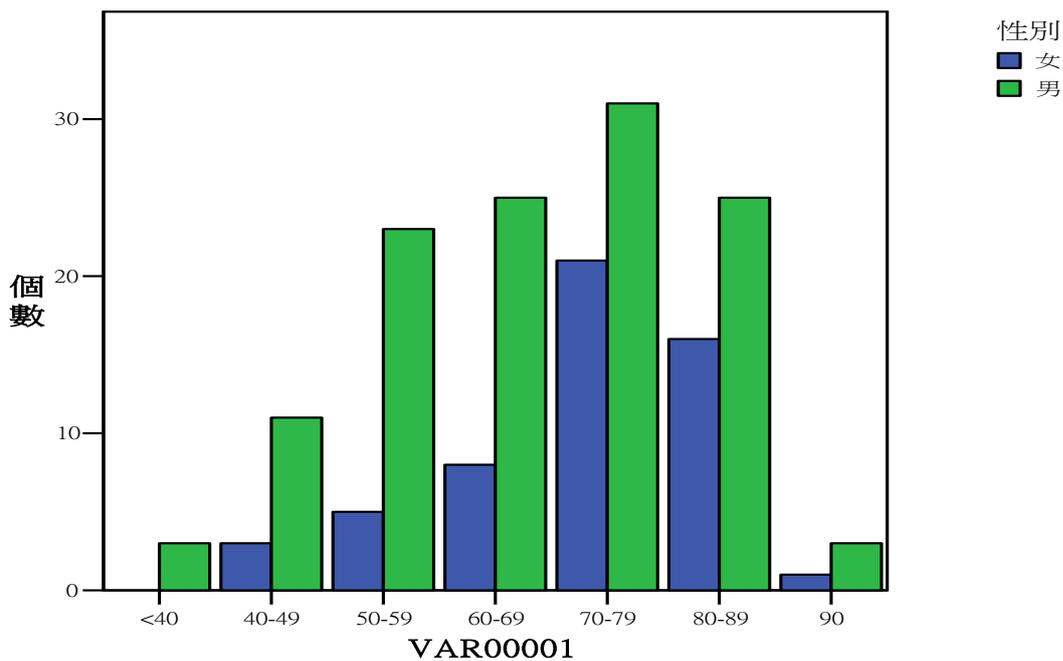
2008-2010 年膀胱癌醫療統計摘要

(一)膀胱癌年度新收案

2008-2010 本院新診斷膀胱癌共計 175 例，男與女之比為 121:54。

(二)膀胱癌一年齡、性別關係圖

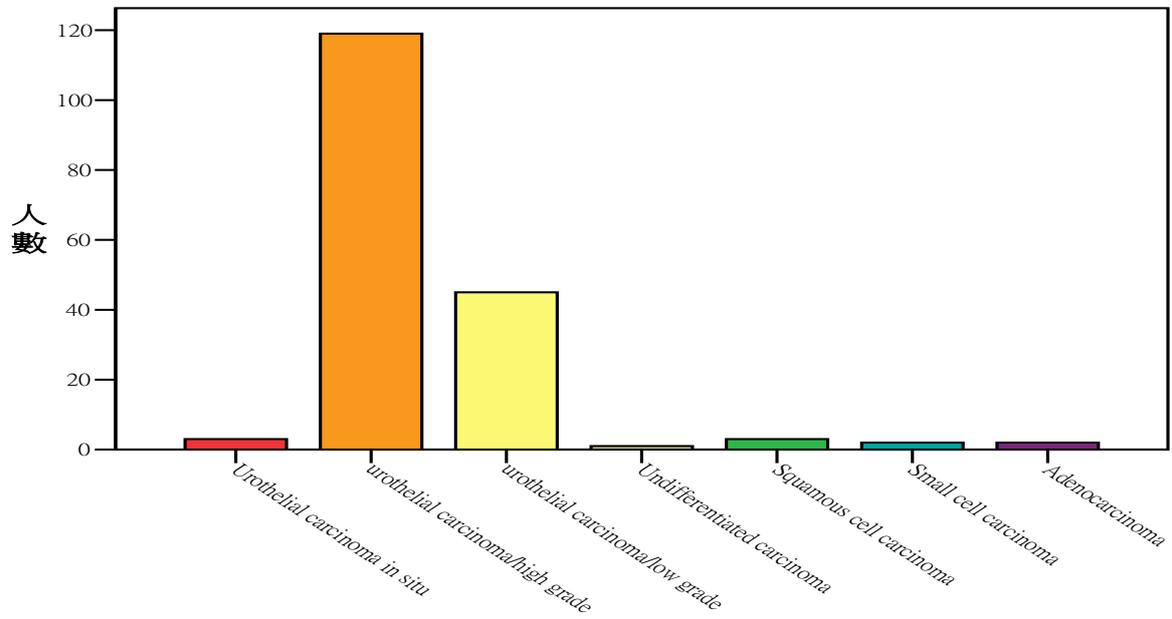
不論男女，好發年齡層介於 60~90 歲，尤其以 70~79 歲居多，男性多於女性，這可能和本院以服務榮民、榮眷特性有關。



(三)膀胱癌組織型態分析

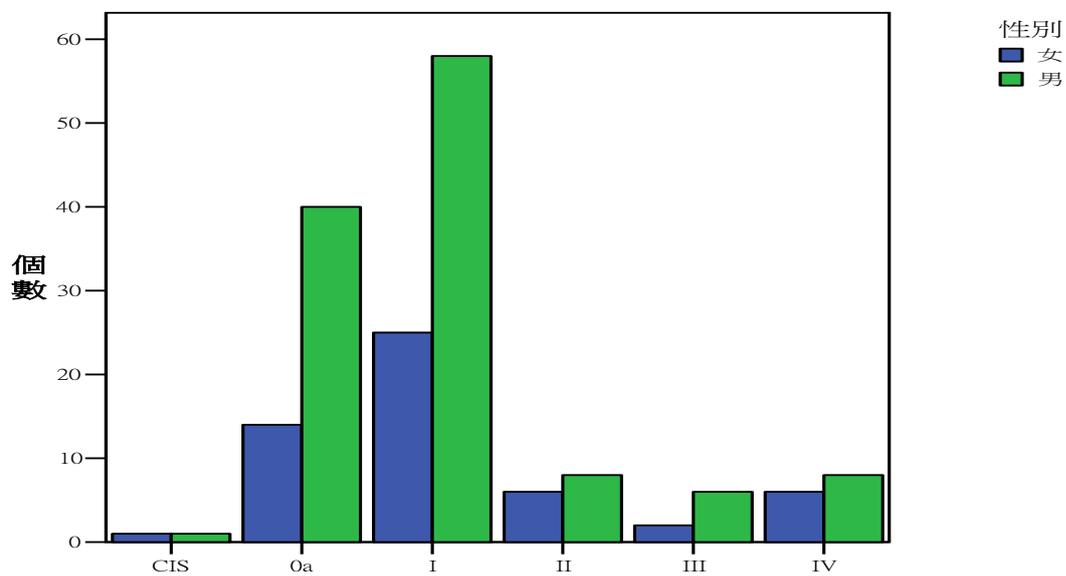
絕大部分部為尿路上皮細胞癌(urothelial carcinoma)，low grade tumor 45 位，high grade tumor 120 位，Undifferentiated carcinoma 1 位、Squamous cell carcinoma 3 位、Small cell carcinoma 2 位、Adenocarcinoma 2 位，carcinoma in situ

(CIS)有 3 位。



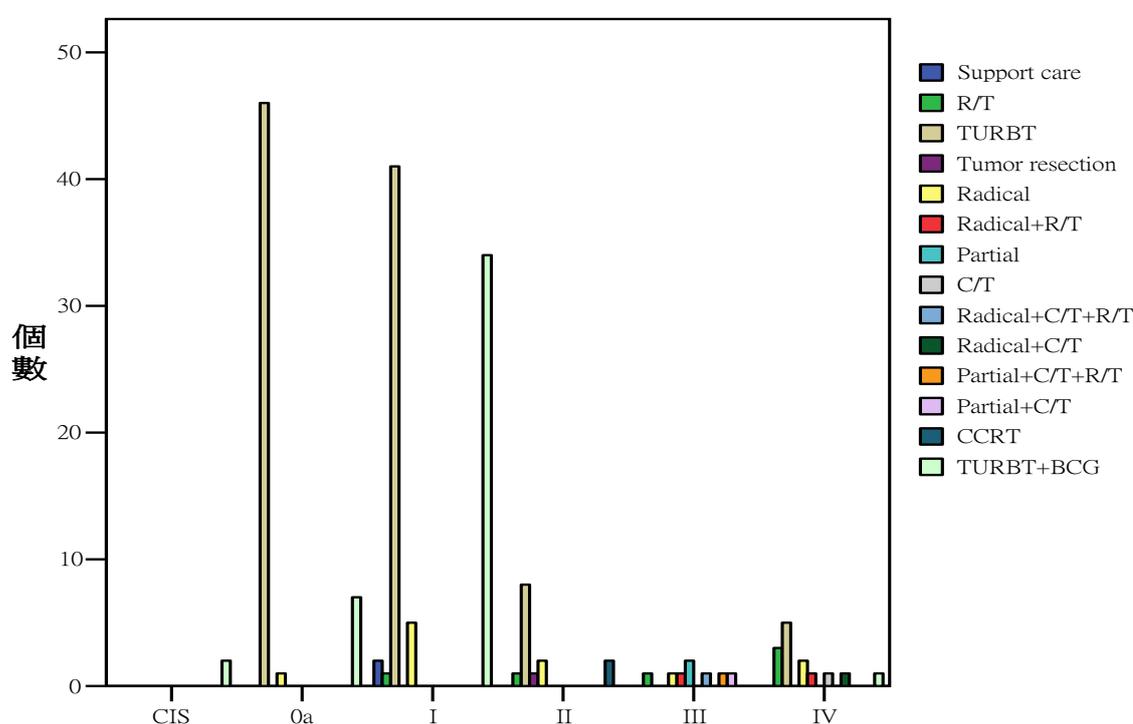
(四)膀胱癌性別、期別之關係

男女性皆都以表淺性病灶 (superficial disease, Ta, T1) 為主，男性病患較多。



(五)膀胱癌不同期別與治療方式分析

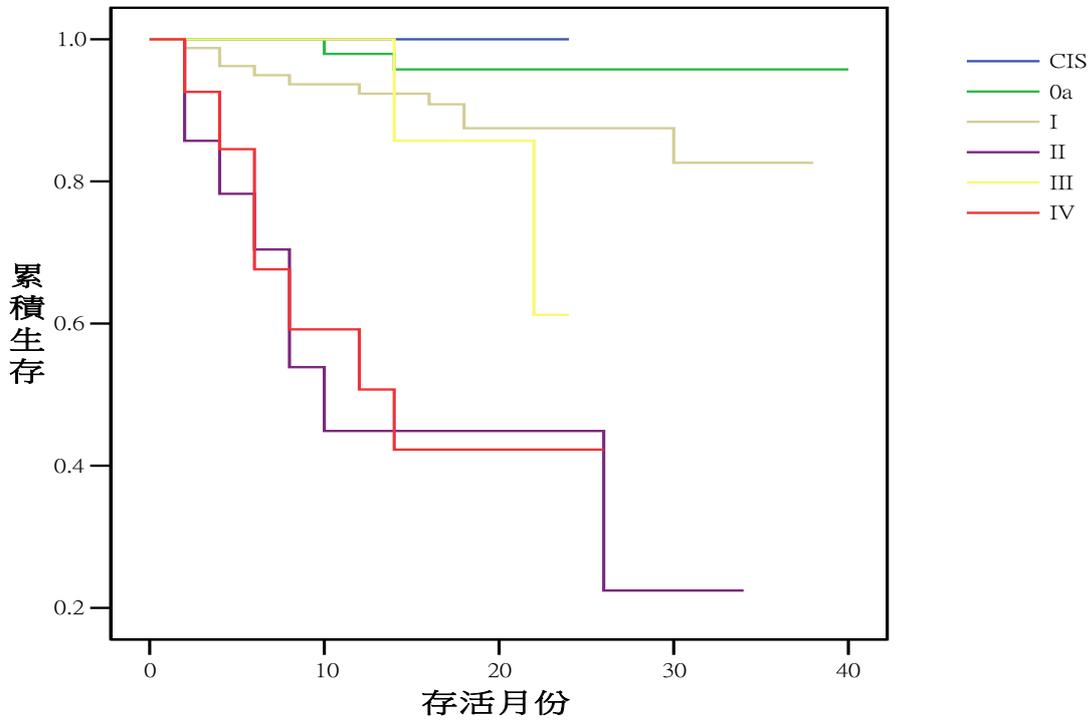
表淺膀胱癌(CIS, Ta, T1)，以 TUR-BT 為主，輔以術後膀胱內 BCG 或化學藥劑灌注療法；當病理報告顯示為肌肉侵犯型癌症時，則考慮膀胱根除及尿路改道手術、膀胱部分切除術、或放射線治療合併全身性化學治療。



(六)膀胱癌膀胱根除術後不同分期與整體存活率之關係

本院 2009-2010 年共施行 20 例膀胱根除術，病理期別為 T1:5 例(25%),T2:3 例(15%), T3:7 例(35%), T4:5 例(25%),N+:3 例(15%)。其整體存活率如下圖，各期別之 3 年和 5 年存活率分別為：T1:79.5%, 69.8%, T2:77.8%, 69.8%, T3:58.3%, 44%, T4:36.6%, 21.8%, TxN+: 48.7, 44.2%。

生存函數



(七)慢性腎衰竭與膀胱癌

根據本院對 2705 位慢性腎衰竭病患(定義為 serum creatinine > 2.5gm/dl persistently with bilateral small contracted kidneys) 的研究顯示，慢性腎衰竭病患得到癌症的機率為 9% (遠高於一般族群)，其罹患癌症的病患中洗腎或不洗腎的病患約各佔一半，癌症當中又以泌尿系統癌症所佔比例最高 (34%)，泌尿系統癌症中，則以泌尿上皮癌最多(分別是：膀胱泌尿上皮癌 40.5%，腎盂或輸尿管泌尿上皮癌 39.3%，腎細胞癌 11.9%，攝護腺癌 7.1%，及膀胱腺癌 1.1%)，而這些癌症的特性及癌細胞分化情形，與一般族群並無太大差別。因此，本團隊與腎臟科團隊密切合作，以期早期篩檢出罹癌患者，早期治療，效果較好。

(八)腎臟移植與膀胱癌

根據本院對 108 位腎移植接受者的回溯性研究，其中 8.3% 罹患癌症，癌症病患中，三分之二為泌尿上皮癌患者(膀胱及上泌尿道各占一半)。台中榮總、林口長庚、高雄長庚醫院也有類似的報導，均顯示腎臟(器官)移植是罹癌的高危險群，在台灣，可能因中草藥的使用，以泌尿上皮癌的病患居多。臨床症狀表現以血尿(巨觀或顯微性)或無症狀的腎水腫為主。女性病患較多。透過與腎臟科治療團隊的合作，對腎移植病患定期施行尿液及超音波檢查，早期發現癌症，並於根除，成效良好。

核心測量指標

膀胱癌核心測量指標提報表					
醫院	高雄榮民總醫院				
期間	2010年1月~12月				
指標類型	測量指標	分子	分母	2010 (%)	目標值 (%)
診斷(1)	完成臨床期別	69	69	100	100
診斷(2)	膀胱癌之經尿道腫瘤切除術(transurethral resection of bladder tumor, TURBT)標本有描述並看到固有肌肉層(muscularis propria)。	33	62	53.2	75
診斷(3)	完成病理期別。	9	9	100	100
診斷(4)	病理報告中有描述分化程度。	69	69	100	100
治療(1)	第二、三期(T2-T4aN0M0)之膀胱癌病人，接受放療或膀胱切除手術。	6	7	85.7	70
治療(2)	接受膀胱根治性手術(radical cystectomy)的膀胱癌病人中，病理報告有呈現骨盆腔左右之淋巴結。	5	8	62.5	80
治療(3)	病理期別 \geq T3的病人接受全身性化學治療。	4	5	80	50
追蹤(1)	接受膀胱根治性手術(radical cystectomy)之肌肉侵犯性膀胱癌病人(T2,T3)，治療後有局部復發的情況。	—	—	—	—
追蹤(2)	接受放射線治療之肌肉侵犯性膀胱癌病人(T2,T3)，治療後有局部復發的情況。	—	—	—	—
追蹤(3)	非肌肉侵犯性膀胱癌病人合併有原位癌成分，接受卡介苗(Bacillus Calmette-Guérin, BCG)灌注。	6	6	100	80

註：追蹤(1)、(2) 為五年資料暫無統計結果

結論

本院膀胱癌新診斷病例不多且以表淺性膀胱癌患者居多，本院對於 multifoci tumors, high grade tumors, CIS lesions, low grade/T1 tumors，TUR 之後皆施以預防性膀胱內 BCG 或化學藥物灌注，結果良好，腫瘤復發率僅有 4.76%。第一、二期膀胱癌根除性手術後 5 年存活率達 70%，亦符合國內水準。對於慢性腎衰竭或腎移植病患，定期尿液及超音波篩檢，可早期發現癌症，早期治療，提升存活率。目前少數病患選擇手術前先行化學治療 (neoadjuvant)，或放射化學並行治療 (CCRT, concurrent chemo-radiotherapy) 以保留膀胱，療效仍在追蹤評估當中，日後再提出報告。團隊將繼續努力，給予病患最好之照護，並持續推動戒菸，達到預防醫學的目的。

攝護腺癌診療團隊



團隊召集人余家政主任與攝護腺癌診療團隊共同製作

共同製作 101 年 5 月

攝護腺癌診療團隊

團隊召集人姓名：余家政醫師（泌尿外科）

個管師：楊梓敏護理師

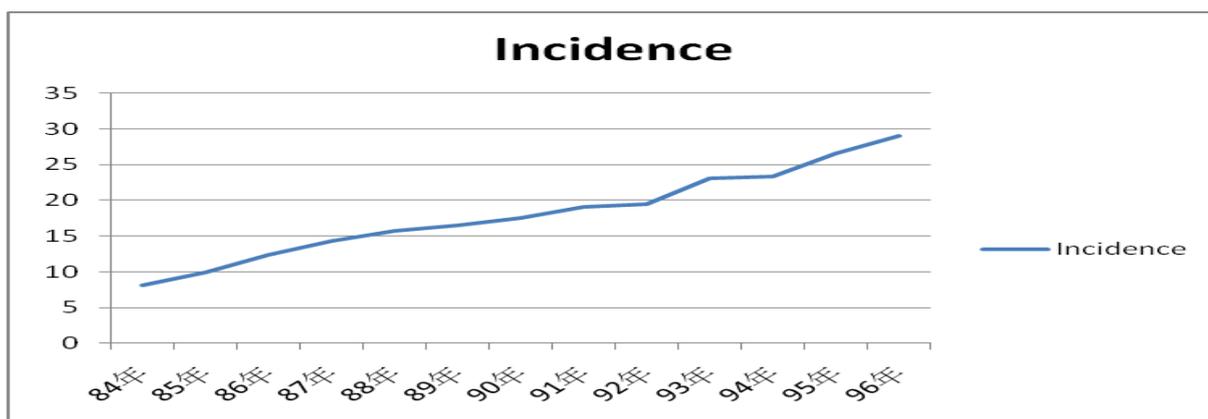
核心成員
放射線部：李尚潔醫師
病理部：王志生主任
血液腫瘤科：余明生主任
放射腫瘤科：張國禎醫師
泌尿外科：余家政主任
非核心成員
泌尿外科：吳東霖主任、簡邦平醫師、蔡政諭醫師、林仁泰醫師 陳盈伸醫師
W81 病房：段奇維護理長、楊梓敏個管師
營養室：石娉雯營養師

簡介

根據行政院衛生署統計，癌症為台灣地區十大死因之首。長久以來攝護腺癌一直是歐美國家男性癌病發生率及死亡率的前兩名，在台灣或許是飲食、生活習慣日漸西化，攝護腺癌的發生率一直是在上升的趨勢，在男性癌症的發生率從民國 84 年的第七名，排名上升到民國 96 年的第五名，發生率也從每十萬人中 8.0 人升高到每十萬人中 29 人，成長將近四倍。

台灣攝護腺癌的統計資料：

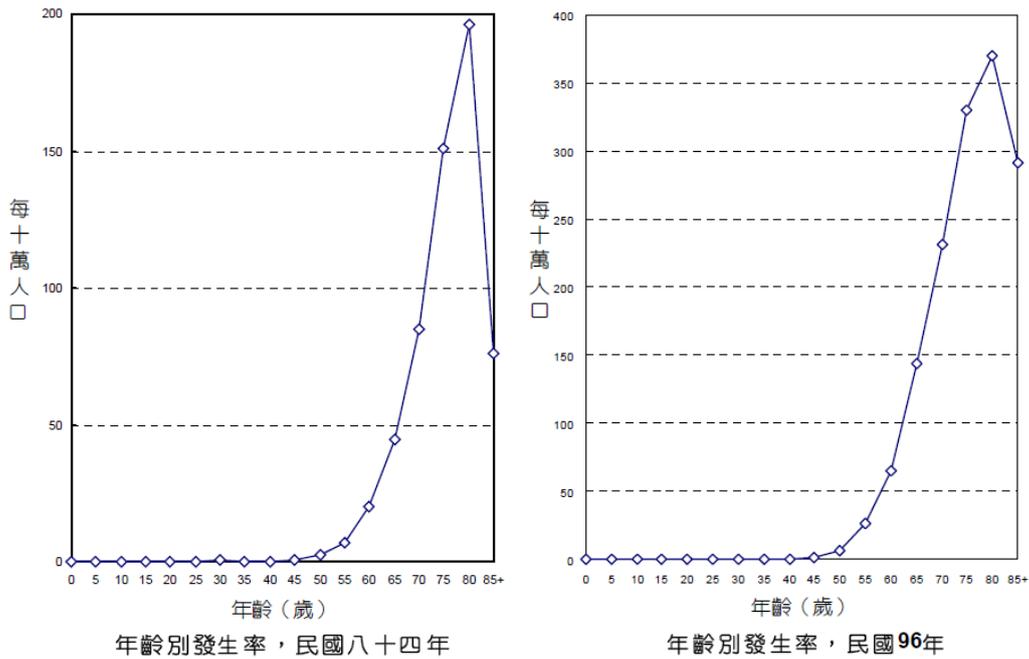
圖一及圖二:台灣地區從民國 84 年至 96 年攝護腺癌發生率及死亡統計資料
(取自衛生署國民健康局資料，單位為每十萬男性人口)



圖一

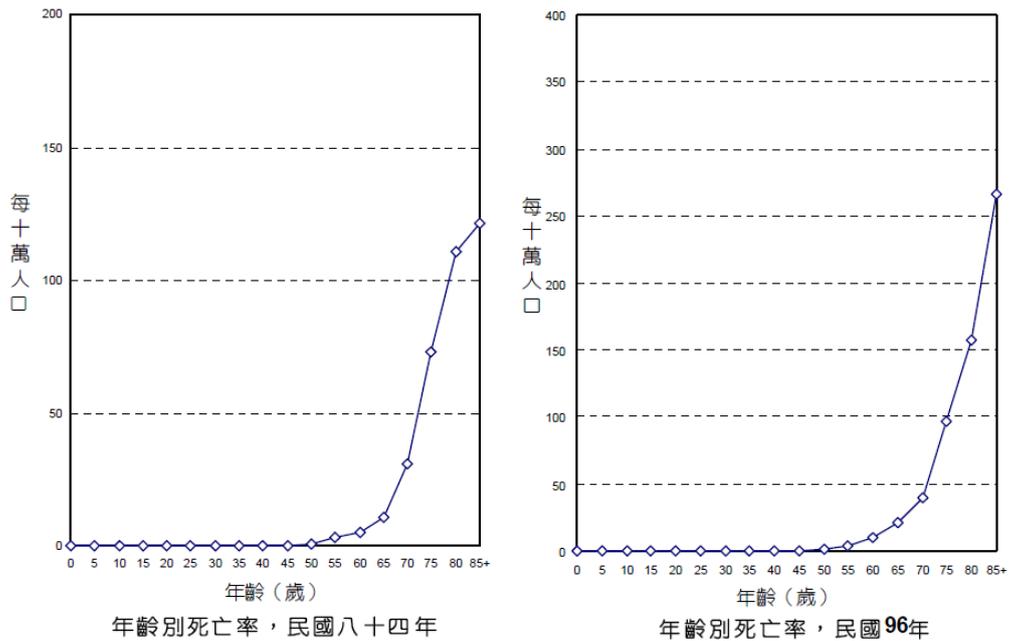


圖二



圖三：民國 84 年和 96 年攝護腺癌年齡別發生率

從圖三可以看出攝護腺癌的發生率年齡層分布並沒有因時代變遷而改變，還是以 75 歲~80 歲間為最高峰，兩者圖形極為相似，只是高度變高，代表在各年齡層的發生率同樣有增加的情形。



圖四：民國 84 年和 96 年攝護腺癌年齡別死亡率

圖四是攝護腺年齡別死亡率。我們並沒有全國性的攝護腺癌病人存活統計資料，但可以參考國健局公布的攝護腺癌發生及死亡的中位數年齡來看，民國84年時攝護腺癌發生的中位數年齡為73歲、死亡中位數年齡為76歲；民國96年的攝護腺發生中位數年齡為75歲、死亡中位數年齡為79歲，以乎過去十二年間兩者差距不大。但仔細注意圖四的資料中，民國96年攝護腺癌發生率約略是84年的4倍前提下，資料中80歲以前的死亡率約150人(每十萬男性人口)，民國84年的數字是110人左右(每十萬男性人口)，增幅並不如癌病發生率；但85歲時的死亡率卻由84年的120人左右大幅升到270人，換言之，攝護腺癌死亡病人中80到85歲的比例大幅增加，這代表了我國的攝護腺癌醫療成績是大幅延長了病人的存活。

攝護腺癌醫療團隊簡介

本院為提升癌症治療醫療品質，在2004年10月成立癌症治療中心及癌症多專科醫療團隊，初期包括了肺癌、肝癌、乳癌、大腸癌、子宮頸癌及口腔癌，從98年起增加攝護腺癌的項目。事實上相對於肺癌、胰臟癌等進展快速並致命，攝護腺癌的癌病進展大多緩慢，因此攝護腺癌的治療除了考量一般的癌症存活率外，病人治療後的生活品質更顯的重要。

攝護腺癌醫療團隊設召集人一人，核心成員與非核心成員各若干名，主要由泌尿外科，放射線部、病理部及放射腫瘤科多位主治醫師所組成。每兩週開會一次，必要時得召開臨時會。主要工作內容為制定攝護腺癌醫療品質計畫與指標、建立本院攝護腺癌病患資料庫、推動攝護腺癌病患治療多專科討論、定期舉行病例討論與工作檢討、發展提升攝護腺癌患者生活品質的相關醫療事務、依年度計畫向腫瘤中心提報成果統計；每年修訂攝護腺癌治療指引等。

攝護腺癌醫療團隊組織章程

- (一)致力發展以攝護腺癌病人為中心的醫療模式，整合團隊力量提供攝護腺癌病患全人、全程、全家、全時的醫療團隊照護與服務，以增進患者生活品質。
- (二)協調各部科整合本院攝護腺癌病人之診斷、治療、追蹤與預防等作業，期望能給予攝護腺癌病人正確的分期，提供及時、適切、先進的治療，並減少與治療相關的併發症及後遺症。
- (三)整合各科部的力量及資源，推動提升本院攝護腺癌病人醫療品質之事務，並定期評值成效。冀望在提升攝護腺癌病人醫療品質之餘，有機會做到提高攝護腺癌患者的存活率和早期診斷的目標。

2008-2010 年攝護腺癌醫療統計摘要

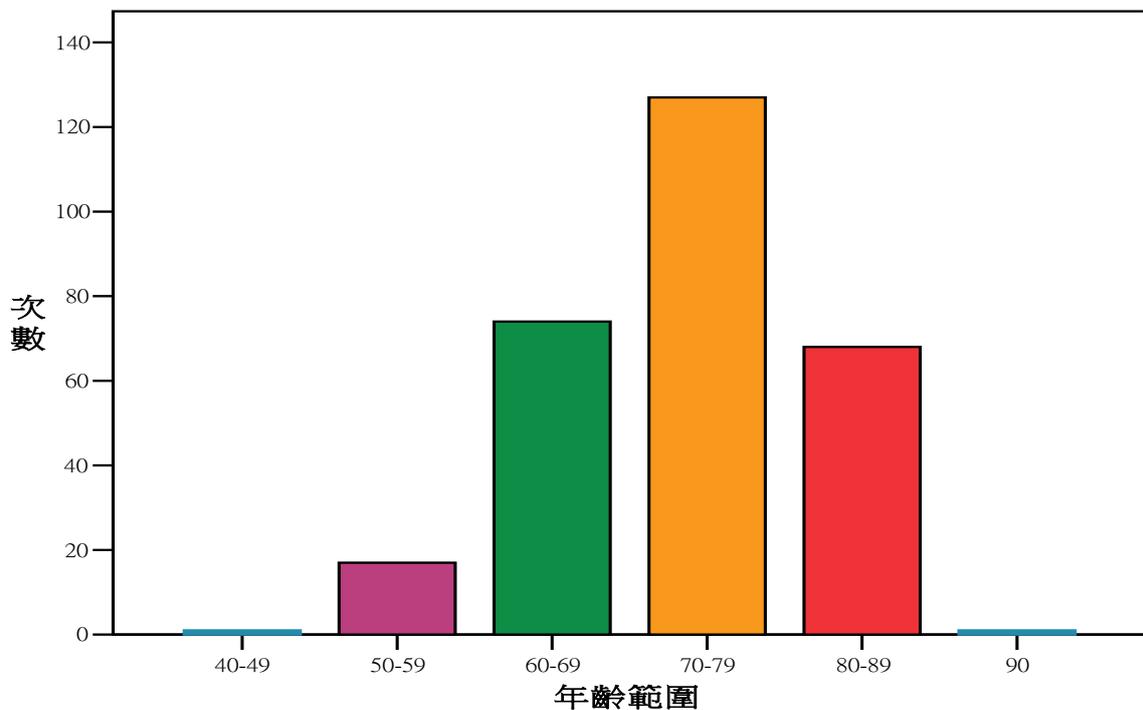
(一) 2008-2010 年攝護腺癌年度新收案

攝護腺癌的診斷多數經由門診醫師主動為求診病患篩檢血清 PSA 時發現血清 PSA 過高時再經經肛門切片檢查診斷，另有部份病患為解尿困難接受經尿道刮除攝護腺手術，送檢攝護腺組織中發現癌病，再有少數病患為轉移性病灶引發症狀，經它科醫師進行轉移性病灶切片檢查診斷。

2008-2010 年本院攝護腺癌新發生病例共計 288 例，100% 為腺癌 (adenocarcinoma)，其年齡、期別之累計統計表如下。

(二) 2008-2010 攝護腺癌一年齡分布圖

絕大多數患者年齡超過 60 歲，以 70~79 歲為最高峰。

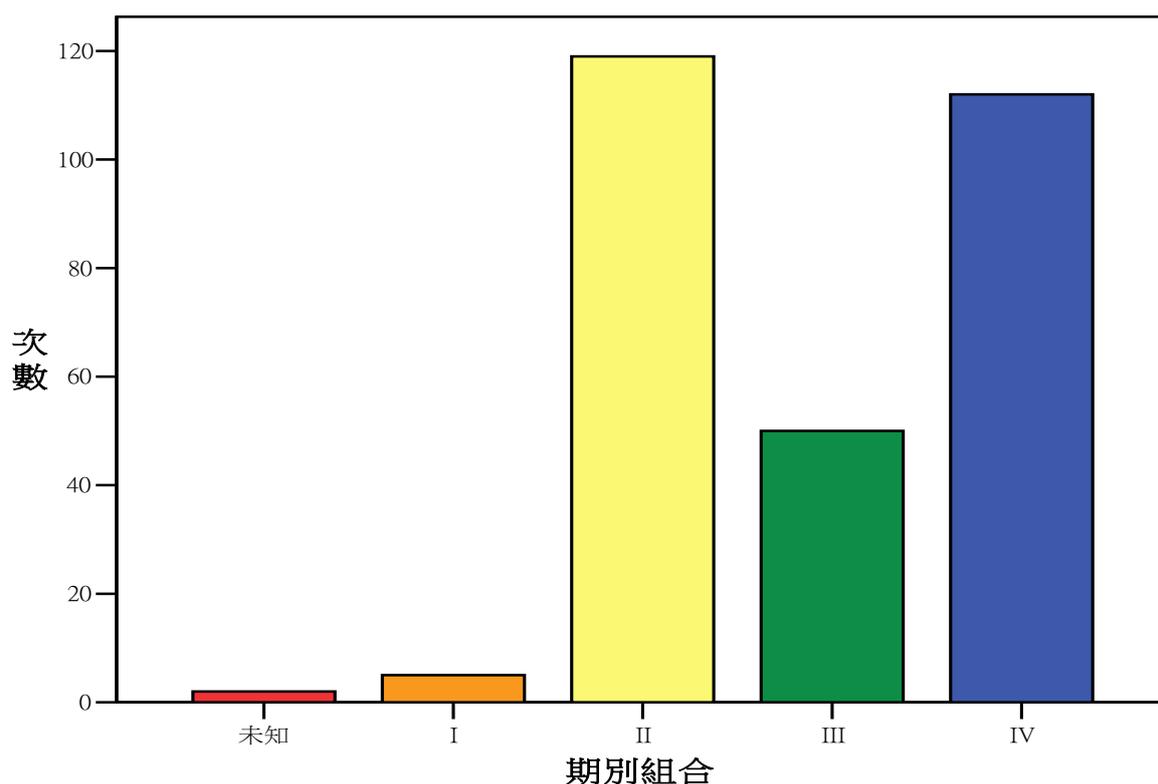


圖五：橫軸為年齡，縱軸為發生個案數

(三) 2008-2010 年年攝護腺癌期別分布圖

在本院初診斷為攝護腺癌的病人會進一步安排影像學檢查(包含核磁共振造影、電腦斷層或是骨骼掃描)，確認臨床分期，部分局限性期別病患接受攝護腺根除手術，這類病患的期別根據為病理報告。

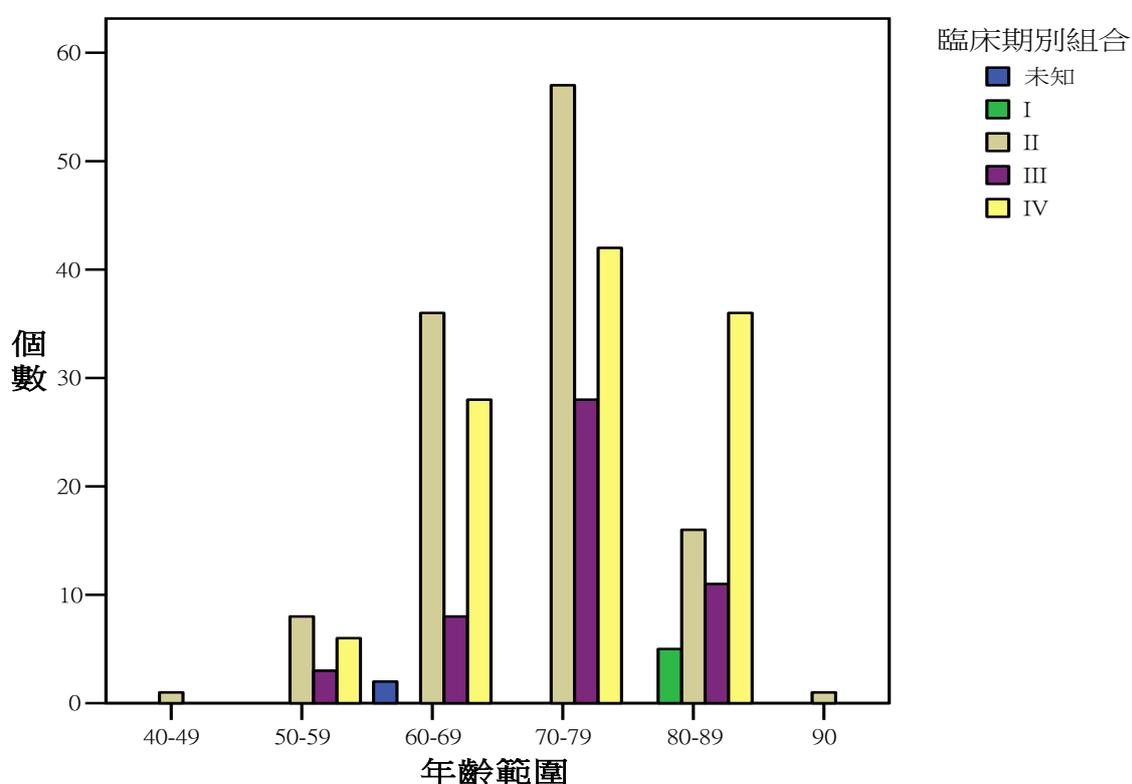
本院 2008-2010 年初診斷攝護腺癌病患中，5% 患者診斷後未接受進一步腫瘤期別判斷，僅 42% 患者為局限性疾病，16% 有局部侵犯，37% 有淋巴腺或骨骼轉移。



圖六：橫軸為 AUA 期別，縱軸為發生個案數

(四) 2008-2010 攝護腺癌-年齡-期別關係圖

從下圖(圖七)中觀察似乎在 70 歲以上的年齡層腫瘤期別 IV 的比例開始高於腫瘤期別 III，在 80 歲以上的年齡層更是超過期別 II 和 III 的總和，但這樣的觀察並沒有達到統計上有意義的差異。



圖七：不同年齡層初診斷攝護腺癌的期別分布

橫軸為年齡層，縱軸為發生個案數，不同期別個案以不同顏色柱狀圖表示

(五) 2008-2010 年攝護腺癌不同期別與治療方式分析

攝護腺癌攝護腺癌的治療方式依 NCCN 的治療指引，由於攝護腺癌的病程緩慢，必須先考量病人可能存活的時間長短是否超過 5 年，假使病人年齡已經超過 85 歲，預期存活時間不超過 5 年，不論腫瘤期別都應視腫瘤造成症狀存在才給予治療，而此時治療方式為緩解型治療(絕大多數會包含男性荷爾蒙阻斷治療)，這就是攝護腺癌的 watchful waiting 處治方式。

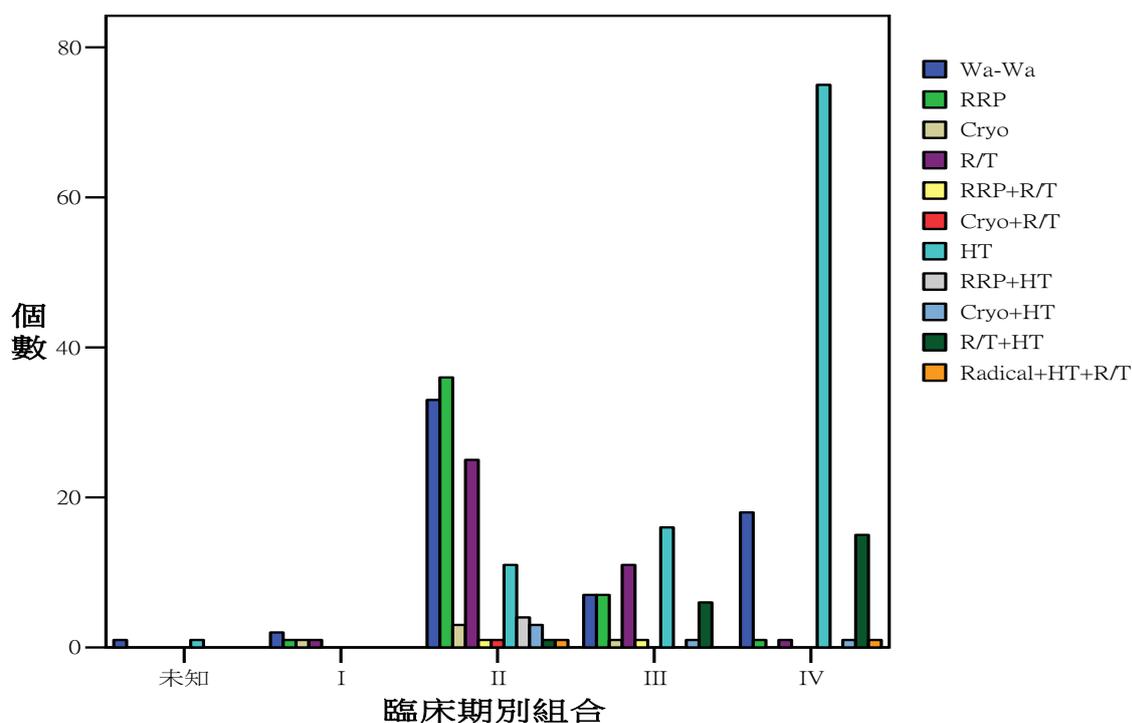
假使病人存活期間可能超過 5 年時，治癒性療法(包括攝護腺根除手術或是放射性治療)就應列入考慮，同時再考量攝護腺癌的預期病情進展速度、以及病人是否同時有其他器官疾病，通盤考量後給予適當的治療建議。以 T1a 的病人(意外於經尿道攝護腺刮除手術中發現癌細胞，但比例不超過 5%)，有長期追蹤報告顯示，攝護腺癌病程平均在 18 年左右才會有惡化，考量所有治癒性療法存在的副作用如尿失禁、性功能障礙等等，這類的病人就不適合一開始給以治療性療法，比較適合的作法是主動性追蹤(Active Surveillance)，定期追蹤攝護腺癌的病程，在確定病程有惡化跡象時立即予以治癒性治療。的治療方式依 NCCN 的治療指引，由於攝護腺癌的病程緩慢，必須先考量病人可能存活的時間長短是否超過 5 年，假使病人年齡已經超過 85 歲，預期存活時間不超過 5 年，不論腫瘤期別都應視腫瘤造成症狀存在才給予治療，而此時治療方式為緩解型治療(絕大多數會包含男性荷爾蒙阻斷治療)，這就是攝護腺癌的 watchful waiting 處治方式。

假使病人存活期間可能超過 5 年時，治癒性療法(包括攝護腺根除手術或是放射性治療)就應列入考慮，同時再考量攝護腺癌的預期病情進展速度、以及病人是否同時有其他器官疾病，通盤考量後給予適當的治療建議。以 T1a 的病人(意外於經尿道攝護腺刮除手術中發現癌細胞，但比例不超過 5%)，有長期追蹤報告顯示，攝護腺癌病程平均在 18 年左右才會有惡化，考量所有治癒性療法存在的副作用如尿失禁、性功能障礙等等，這類的病人就不適合一開始給以治療性

療法，比較適合的作法是主動性追蹤(Active Surveillance)，定期追蹤攝護腺癌
 病程，在確定病程有惡化跡象時立即予以治癒性治療。

有些臨床訊息是可以幫助判斷攝護腺癌病的進展速度的，包括血清 PSA、
 病理切片中癌細胞的比例、癌細胞的惡性度(Gleason score)以及腫瘤的臨床期
 別，這有助於病患和醫師選擇適當的治療方式。原則上治癒性療法包含攝護腺
 根除手術以及放射性治療，而輔助性療法包含放射性療法以及男性荷爾蒙阻斷
 療法，我們也會統計接受不同治療後病人的癌病控制情形、以及發生併發症及
 副作用的情形。

除了上述傳統的療法外，我們順應世界的趨勢，也提供低侵入性的療法如
 冷凍治療。在本院，Stage I 病患以 watch and wait (Wa-wa)為主，Stage II 以 radical
 prostatectomy (RRP)為主，Stage IV 以 hormonal therapy (HT)為主。(RT=
 radiotherapy, cryo= cryotherapy)



(六) 攝護腺根除術後不同分期與整體存活率之關係

本院 2009-2010 共執行 54 例攝護腺根除術，病理期別分佈分別為：pT1:2 例(3.7%)，pT2:28 例(51.8%)，pT3:19 例(35.2%)，pT4:5 例(9.2%)，N1:6 例(11.1%)。

其整體存活率如下圖，各期別之 5 年、10 年和 15 年存活率分別為：

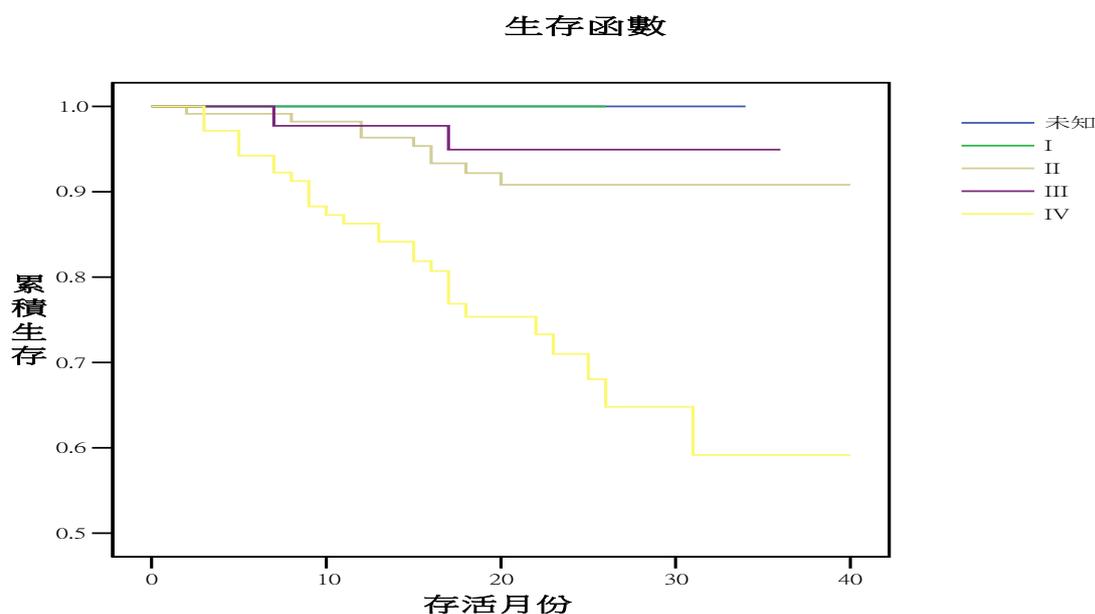
pT1:94.4% ， 85.9% ， 73.6%

pT2:94% ， 78.9% ， 71.9%

pT3:86.8% ， 70% ， 53.1%

pT4:66.7% ， 0% ， 0%

pTxN1:60.4% ， 31.5% ， 0%



(七) 攝護腺癌接受治療病人之併發症及副作用分析

2008 共施行 20 例攝護腺根除術，無直腸損傷之案例；全部患者均無顯著尿失禁，但性功能仍未恢復。接受賀爾蒙治療之患者約 20%有面部潮紅、盜汗現象。放射治療患者無嚴重血尿或血便。

核心測量指標

攝護腺癌核心測量指標提報表					
醫院	高雄榮民總醫院				
期間	2010 年 1 月~12 月				
指標類型	測量指標	分子	分母	2010 (%)	目標值 (%)
診斷 (1)	新診斷之攝護腺癌病人診斷前有無做肛診檢查。	68	96	70.8	90
診斷 (2)	新診斷之攝護腺癌病人診斷前有 PSA 值。	96	96	100	90
診斷 (3)	經直腸攝護腺切片檢查的取樣數大於或等於 10 條。	32	69	46.4	80
診斷 (4)	診斷時之病理標本有標明病理切片之格里森分數(Gleason score)。	77	81	95.1	100
診斷 (5)	完成臨床期別。	85	96	88.5	100
治療 (1)	侷限性低風險病人以荷爾蒙作為唯一治療方式。	0	6	0	<10
治療 (2)	臨床期別第三期接受放射線治療時合併使用荷爾蒙治療。	4	9	44.4	60
治療 (3)	攝護腺癌病人接受根治性體外放射線治療，每天劑量介於 1.8-2.2Gy 者，其原發部位劑量不低於 72Gy。	18	18	100	90
治療 (4)	未接受賀爾蒙治療之遠端轉移病人接受原發部位放射線治療。	0	1	0	<10
治療 (5)	根治性攝護腺切除手術後三個月內因手術併發症再入院的人數。	1	12	8.3	<10
追蹤 (1)	接受根治性攝護腺切除手術後病理期別為 T2 的病人數，手術後 6 個月內仍可以偵測到 PSA。	2	9	22.2	<30

結論

攝護腺癌近年來罹患率或被診斷率逐年上升，本團隊任務在推動攝護腺癌篩檢，期望達到早期診斷之目的。另外依循國內外主要治療指引提供病人最妥善之全方位照顧。

本院新診斷患者中侷限性疾病比例仍偏低，此點和全台灣醫院情形近似，此點有賴推行 PSA 篩檢。我們的攝護腺根除術之 10 年、15 年存活率成績亦符合國內醫學中心現況。我們提供的攝護腺癌特別門診對病人來說非常方便，而且病患自動形成一個病友團體，相互扶持、鼓勵。

淋 巴 癌 診 療 團 隊



團隊召集人余明生主任與淋巴瘤診療團隊共同製作

共同製作 101 年 5 月

淋巴癌診療團隊

團隊召集人姓名：林世哲醫師（次專科別：血液腫瘤科）

個管師：楊梓敏護理師

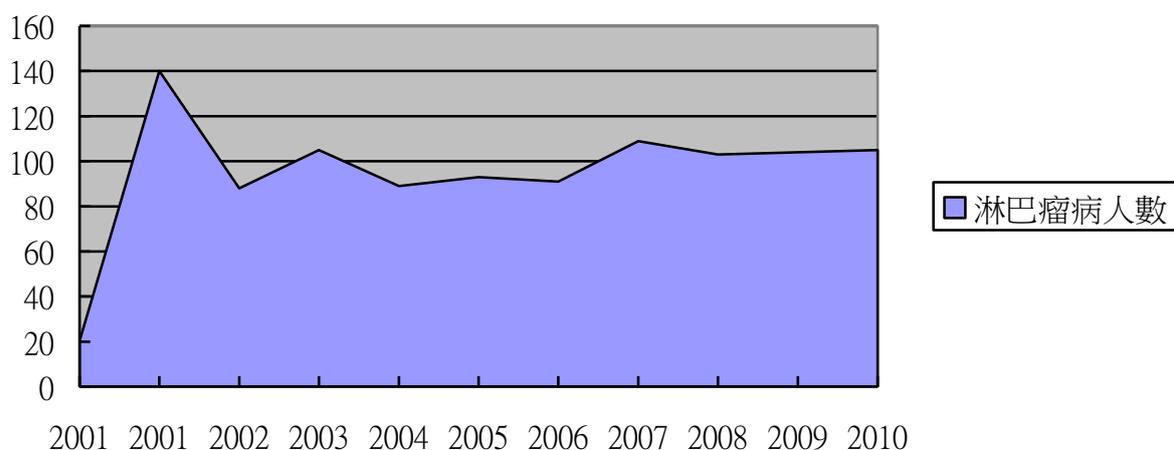
核心成員
放射腫瘤科：陳建勳醫師 病理部：謝品本主任 血液腫瘤科：余明生主任 放射線部：李尚潔醫師
非核心成員
血液腫瘤科：葉昶宏醫師 護理部：楊梓敏個管師、潘郁敏專科護理師、陳秀琪專科護理師 101 癌症病房護理人員 藥劑部：方柔壹藥師 營養室：陳美吟營養師 社工室：李芸樺社工師

簡介

根據行政院衛生署統計，2008 年十大死因中首位為癌症（27.3%），惡性腫瘤連續 27 年高居十大死因之首。近年來因淋巴瘤新診斷個案數的增加，同時非何杰金氏淋巴瘤死亡人數也位居前十大癌症，因而本院繼肺癌、肝癌、乳腺癌、大腸直腸癌、子宮頸癌及口腔癌多專科醫療團隊成立後，秉承優良傳統於 98 年 11 月成立淋巴瘤診療團隊。

為提升本院淋巴瘤醫療品質，淋巴瘤醫療團隊設召集人一人，核心成員由放射腫瘤科、病理部、放射線部及血液腫瘤科主治醫師所組成，另有非核心成員包含血液腫瘤科總醫師、臨床藥師、營養師、個案管理師、血液腫瘤科專科護理師、癌症病房護理人員及專任研究助理等。本團隊固定每兩週集會一次，會議內容主要為淋巴瘤病患治療的多專科團隊討論，其他工作項目則包含修訂淋巴瘤治療指引、制定淋巴瘤醫療品質計畫與指標、建立本院淋巴瘤病患資料庫及提報年度治療成果等。

血液惡性病本身具化學治療及放射線治療高度敏感性，近年來因相關領域蓬勃發展，包含使用正子攝影加強影像診斷的敏感度；病理診斷大量使用分子生物學，如細胞標記、特殊染色、染色體異常篩檢等；治療演進則包含放射線治療精密儀器的引進及造血幹細胞移植技術的提升；藥物方面則研發標靶治療、新機轉化療藥物、微質體化療藥物。此外，積極使用新型止吐藥物、預防性白血球生長激素及抗生素，明顯降低併發症的發生率並且提升病人的生活品質。

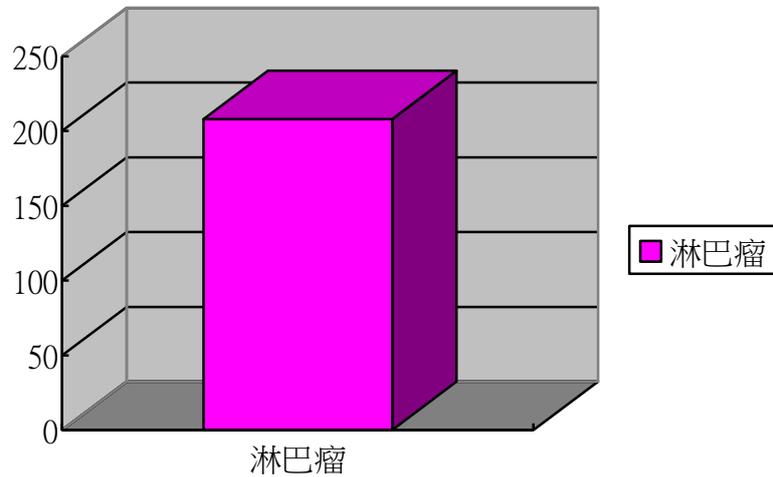


圖一、2001 年至 2010 年淋巴瘤個案數

上圖中呈現數據為 2001 年至 2010 年間，本院住院病人出院診斷 ICD 碼含 200 至 202，其中包括成人與兒童所有疑似淋巴瘤個案及確診病例（圖一）。可以從中發現，淋巴瘤個案數近年緩慢但持續增加，而本團隊的成立期許提升本院血液惡性病患者的治療成績、減低各式併發症的發生、增進病人生活品質及擴大舉辦淋巴瘤及其他血液病相關教育課程與各式研討會。

2008-2010 年攝護腺癌醫療統計摘要

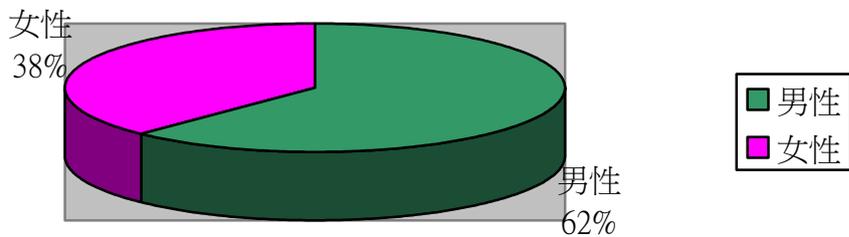
(一) 2008 至 2010 年淋巴瘤團隊年度新收案



圖二、2008 年至 2010 年血液惡性病人個數

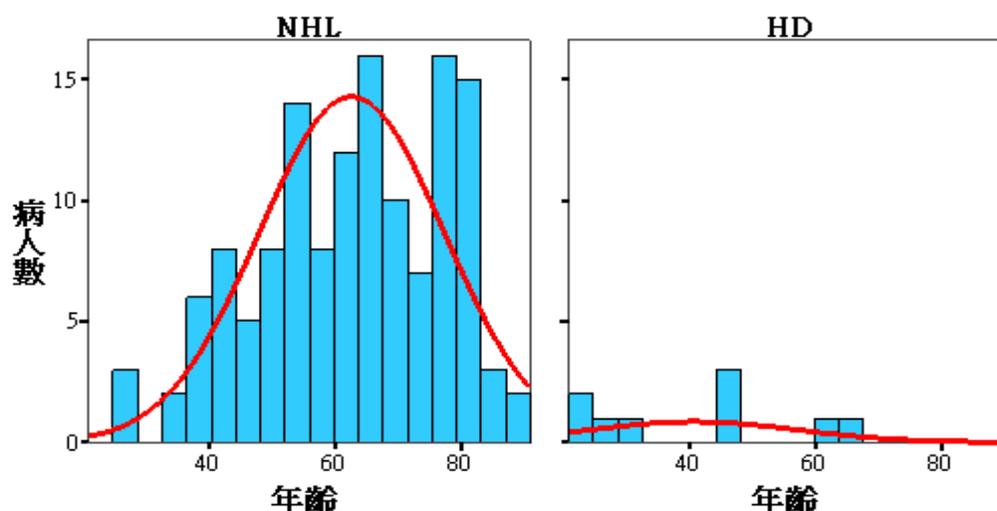
2008 年至 2010 年淋巴瘤團隊新收案約 208 人為淋巴瘤。

(二) 2008 至 2010 年淋巴瘤收案年齡、性別關係圖



圖三、個案性別比例

208 名確診個案中，男性病患佔 62% (123/208 人)，女性病患佔 38% (75/208 人)，因本院為榮民醫院，男性病人數稍多 (圖三)。



圖四、病患組織分類及年齡分佈

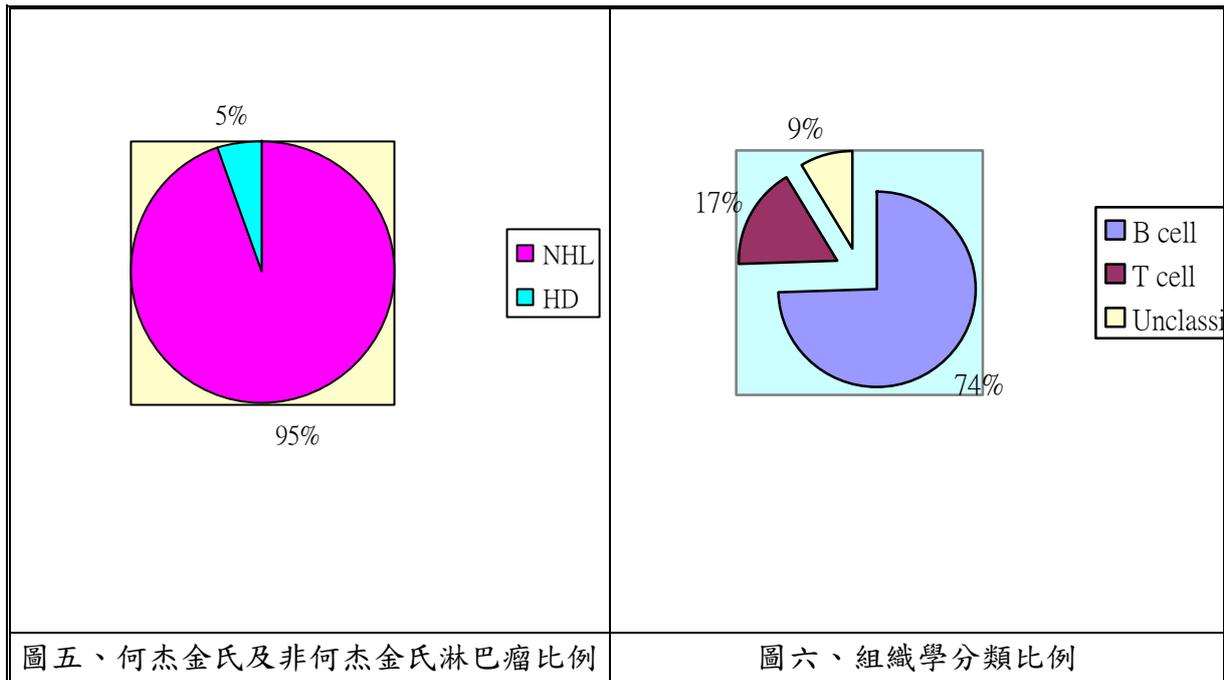
個案診斷平均年齡為 61.24 歲，中位數為 62.5 歲，分布年齡介於 21 至 91 歲，發生高峰群介於 65 至 70 歲間。其中 Hodgkin's disease(HD)因僅收案九人無法顯現兩發生年齡高峰(bimodal distribution)，但其平均年齡為 40.7 歲，中位數為 45.0 歲，分布年齡介於 21 至 65 歲，明顯較 Non-Hodgkin's lymphoma(NHL) 病人族群年輕 (圖四)。

(三) 淋巴瘤分類及分期分佈

淋巴瘤病理組織診斷分類依據 2008 年版 WHO 分類系統，最多之次分類為 diffuse large B cell lymphoma 佔 52.1% (119/197 人)，其次為 follicular lymphoma 佔 10.6% (21/197 人)，再其次為 Hodgkin's disease 佔 7.6% (15/197 人) 及 4.0% 的 peripheral T cell lymphoma (8/197 人)，病歷中無次分類的紀錄 (表一)。

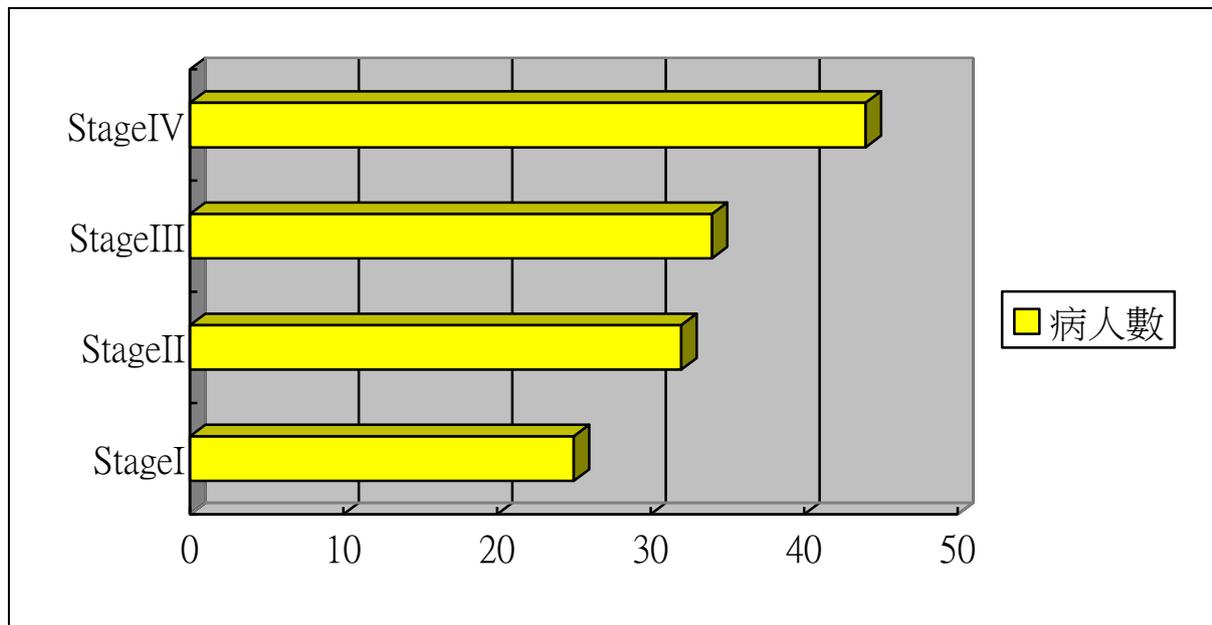
表一：各次分類病人數

次分類	病人數	百分比
Hodgkin's disease (HD)	15	7.6
Non-Hodgkin's lymphoma (NHL)	197	91.6
Diffuse large B cell lymphoma (DLBCL)	119	52.1
Follicular lymphoma	21	10.6
Peripheral T cell lymphoma	15	5.6
Mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma (MALToma)	6	4.2
NK/T cell lymphoma	6	4.2
Mantle cell lymphoma	4	2.8
Marginal zone lymphoma	4	2.8
Angioimmunoblastic T-cell lymphoma	3	2.1
Small lymphocytic lymphoma	3	2.1
Burkitt's lymphoma	2	1.4
Anaplastic large T- cell lymphoma	2	1.4
Lymphosarcoma	1	0.7
Follicle center lymphoma.	1	0.7
Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma	1	0.7
Mycosis fungoides	1	0.7
Primary central nervous system (CNS) lymphoma	1	0.7
B cell lymphoma	1	0.7
Small cell B lymphoma	1	0.7
Enteropathy associated T cell lymphoma	1	0.7
Gray zone lymphoma	1	0.7
Unknown	3	2.1
總和	208	100



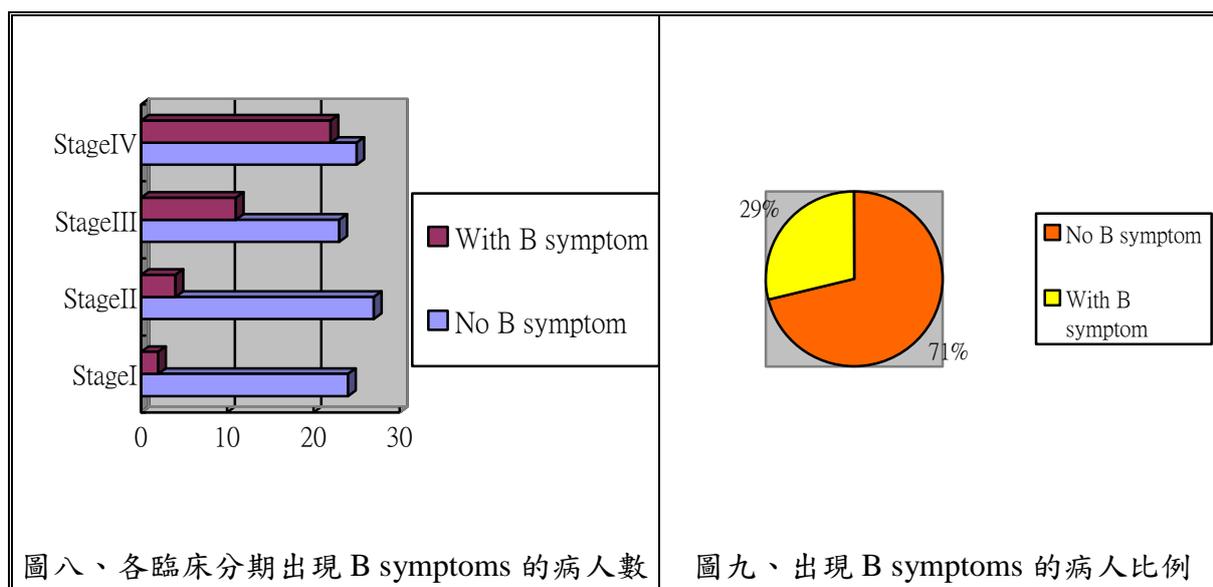
統合分析病理分類，個案中 93.75%（197/208 人）為 Non-Hodgkin's lymphoma，另外 6.25%（11/208 人）為 Hodgkin's disease（圖五）。若以細胞來源分類，74.52%（155/208 人）屬 B cell lymphoma，16.83%（35/208 人）屬 T cell lymphoma，8.7%（18/208 人）無法以 B 或 T 淋巴瘤分類，以 unclassified 表示，共包含 Hodgkin's disease 九人，lymphosarcoma 一人及三人未記載次分類（圖六）。

(四) 淋巴瘤分期分佈



圖七、臨床分期

臨床分期使用 Ann Arbor Staging System，在確診病例中各個分期病人分佈差異性不大，但以第四期病人最多，佔 32.2% (67/208 人) (圖七)。此外，不同性別間的期別分佈情形也無特殊差異。



圖八、各臨床分期出現 B symptoms 的病人數

圖九、出現 B symptoms 的病人比例

病人出現腫瘤熱、不明原因體重減輕 10% 以上或盜汗則定義為 B

symptoms，表示淋巴瘤出現系統性的侵犯，病人預後偏差。追蹤個案中只有 1 人歸屬於 stage IB，隨著臨床分期進展，合併 B symptoms 的病人數明顯增加（圖八），追蹤病人中共有 28.8% 病人（60/208 人）出現 B symptoms（圖九）。

（五）淋巴瘤不同期別與治療方式分析

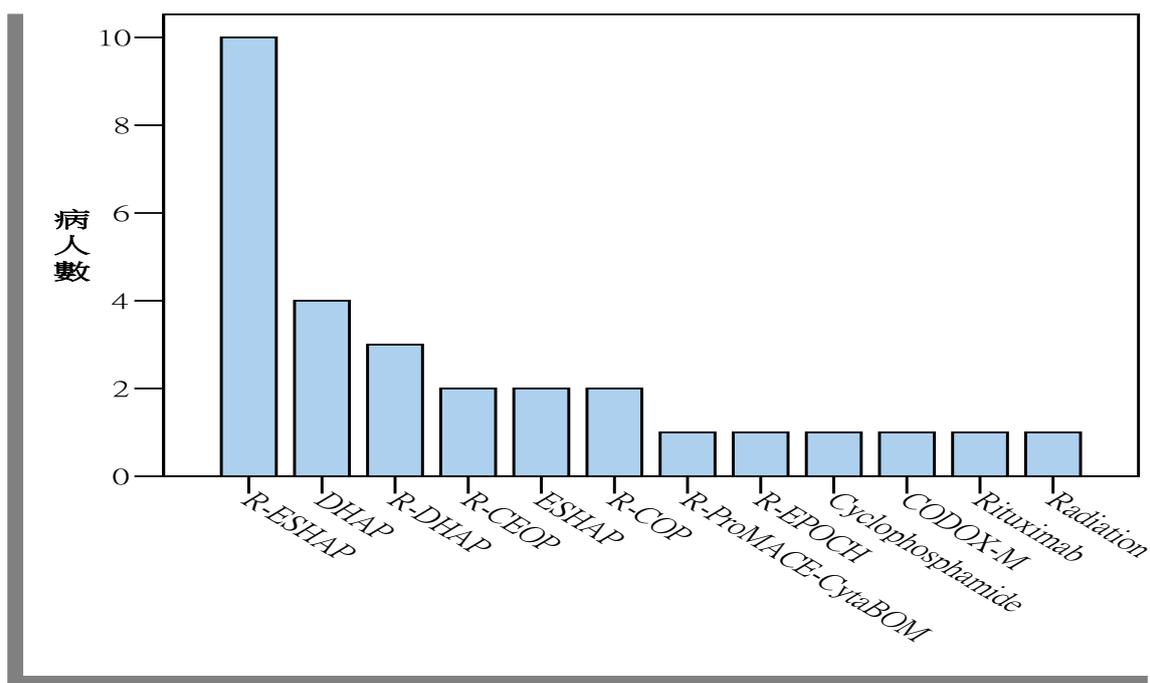
治療原則方面，因淋巴瘤屬血液惡性疾病，本身對化學及放射線治療具高度敏感性，且診斷時基本上視為全身系統性侵犯（即使無影像證據），因而第一線治療常規為化學治療。但在低惡性度淋巴瘤因化療敏感度差且病程進展緩慢，第一線治療則通常為觀察性療法（watch and wait policy），開始治療的時機則必須視有無臨床症狀決定。此外，若病患臨床分期為第一或第二期且不適用化療，可考慮採取治癒性放射線治療。因少數淋巴瘤次分類的發生與感染相關，則須同時考慮是否針對感染病原體治療。而第一線化療處方的選擇，則通常須考量淋巴瘤的組織分類、惡性度、病患的器官功能（如心臟功能、腎功能及肺功能）及處方的常見副作用。

追蹤病人中的 36%（75/144 人）第一線治療選用 R-CEOP 處方，其次為 15.4%（32/208 人）因年紀大、行為能力不佳或器官功能異常不適用化療而選擇支持性療法。再其次為 17.3%（36/208 人）病人使用 CEOP 處方，5.3%（11/208 人）病人為 indolent lymphoma 首選觀察性療法（watch and wait policy）。（表二）

表二：一線治療方式

	化療處方	病人數	百分比
化學治療	R-CEOP	75	36.0
	CEOP	36	17.3
	ABVD	27	12.9
	R-CNOP	3	1.4

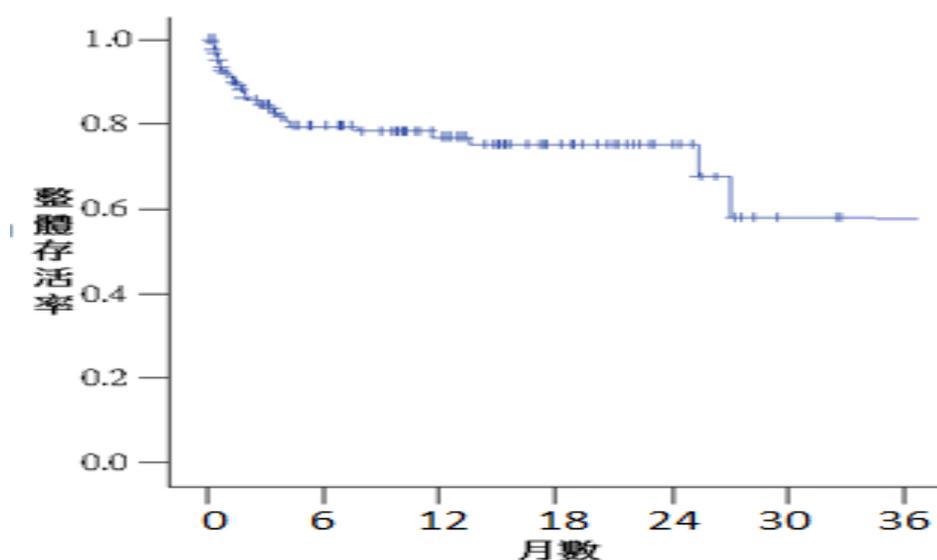
	R-COP	3	1.4
	COP	1	0.5
	DVIP	1	0.5
	Hyper-CVAD	1	0.5
	Chlorambucil	1	0.5
	High dose Methotrexate	1	0.5
	R-OP	1	0.5
	High dose cytarabine	1	0.5
	Etoposide	1	0.5
	Chlorambucil plus prednisone	1	0.5
	Rituximab plus modified Hyper-CVAD	1	0.5
非化學治療	Supportive care	32	15.4
	Watch and wait	11	5.3
	Helicobacter pylori eradication	3	1.4
	手術切除	2	1
	放射線治療	1	0.5
外院治療無相關記載		5	2.4
總和		208	100.0



圖十、第二線治療方式

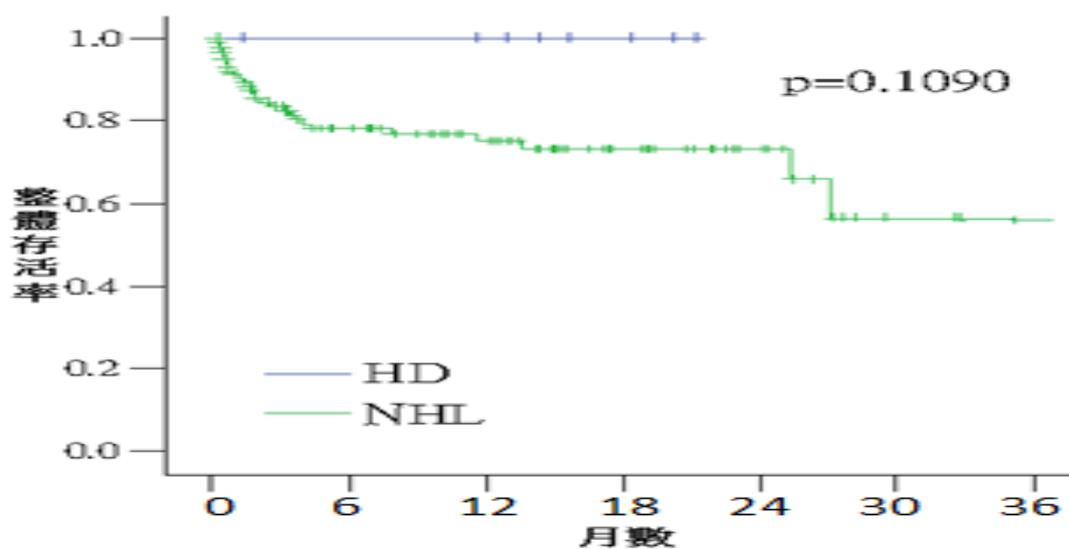
在後線治療方面，29 人接受第二線治療，其中包含 28 人接受化療及 1 人接受緩和性放線射治療，二線化療中以 R-ESHAP 為最常使用處方（圖十）。共 7 人接受第三線化學治療及其中一人已接受第四線化療，常用化療處方如表三所示。

（六）淋巴瘤整體存活率

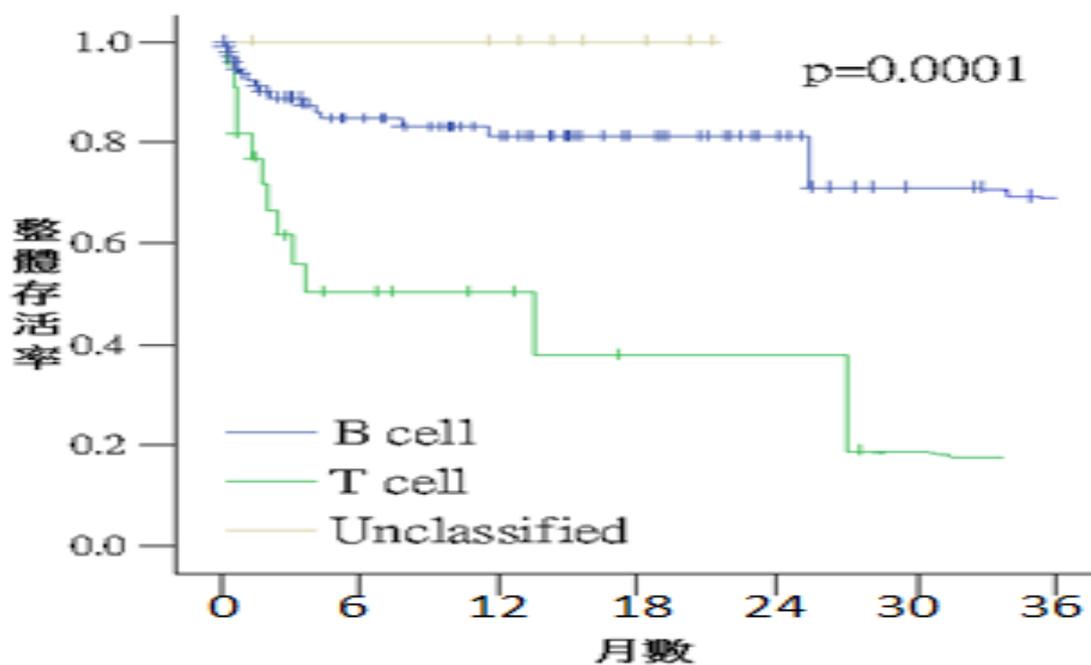


圖十一、病患之整體總存活曲線

個案中 5 人因初診斷日不可考，3 人最初診斷經治療後完全緩解但多年後復發，因影響生存曲線判讀，在此略過。病患追蹤期中位數為 8.17 月（分布區間為 0.13 至 27.3 月），一年及二年整體存活率分別為 74.85% 和 57.74%（圖十一）。



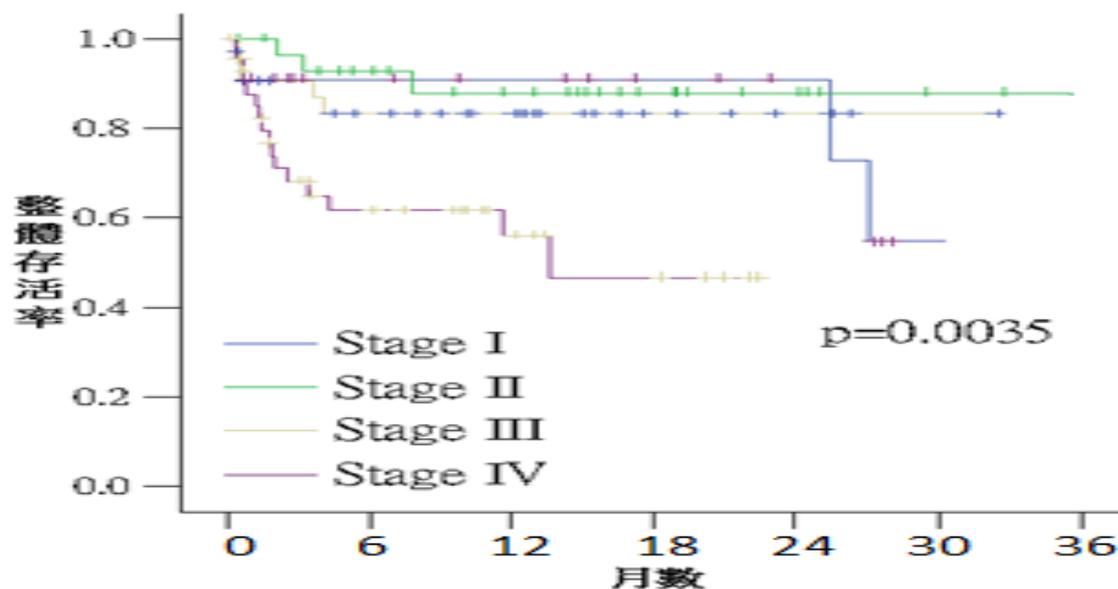
圖十二、何杰金氏及非何杰金氏淋巴瘤病患之總存活曲線



圖十三、不同組織學分類在總存活時間有顯著差別

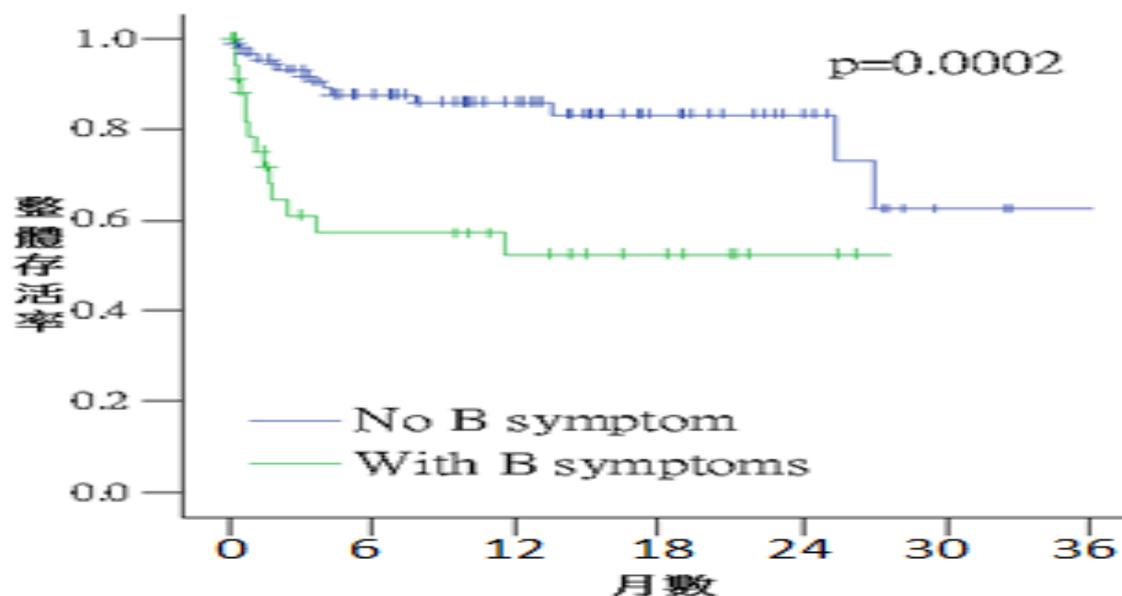
Hodgkin's disease 與 Non-Hodgkin's lymphoma 之 overall survival 未達顯著差異 ($p=0.1090$)，主要因 Hodgkin's disease 病人數過少，但生存曲線明顯偏向 Hodgkin's disease (圖十二)。至於 B cell lymphoma 之 overall survival 較 T cell lymphoma 有意義延長 ($p=0.0001$) (圖十三)。

(七) 淋巴瘤不同分期與整體存活率關係



圖十四、不同分期與總存活時間

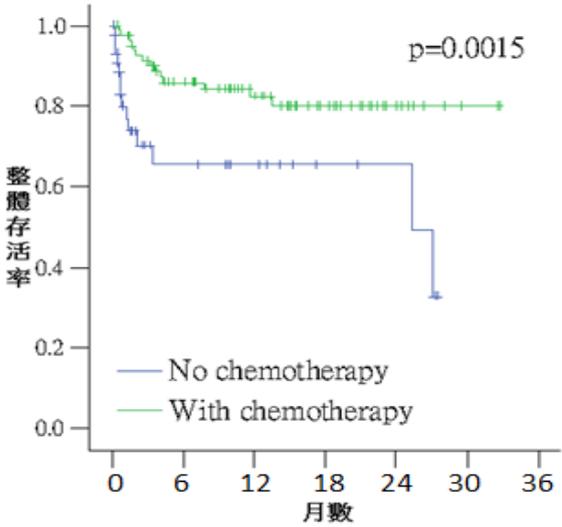
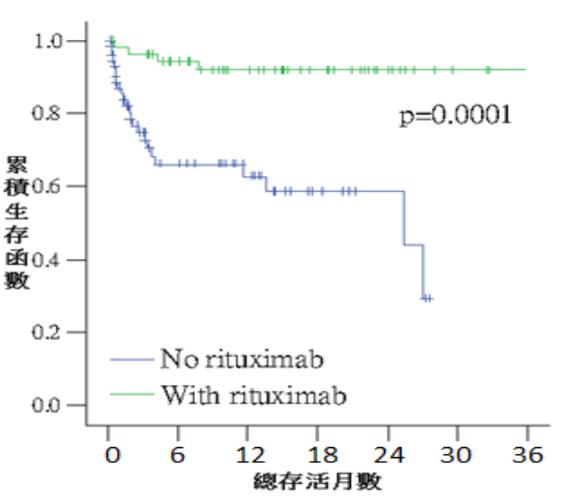
臨床分期與病人存活率明顯相關 ($p=0.035$)，特別是第四期病人與其他分期病人整體存活率統計達有意義差別，與第二、三期相比較統計 p 值分別為 0.0018 及 0.0293，至於其他分期間未達顯著差異 ($p<0.05$) (圖十四)。

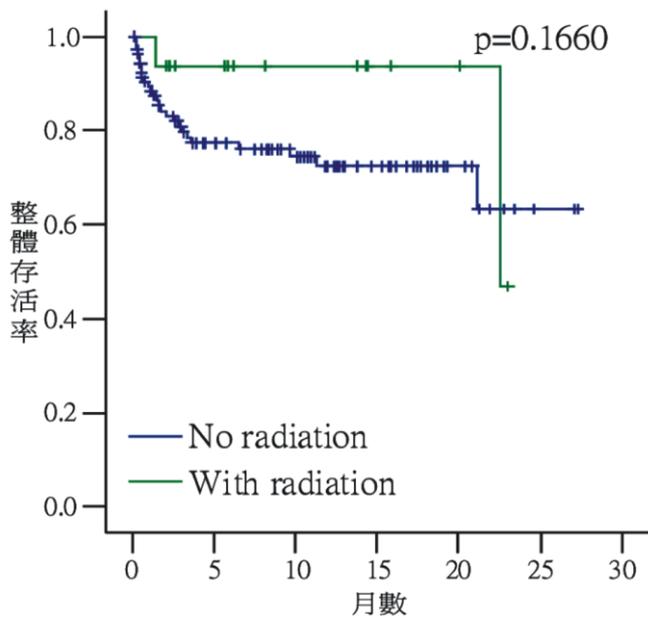


圖十五、B symptoms 有意義影響總存活時間

B symptoms 表示病人存在系統性的淋巴瘤侵犯，無論是分層分析 ($p=0.0000$) 或是整體分析均有意義影響總存活時間 ($p=0.0002$) (圖十五)。

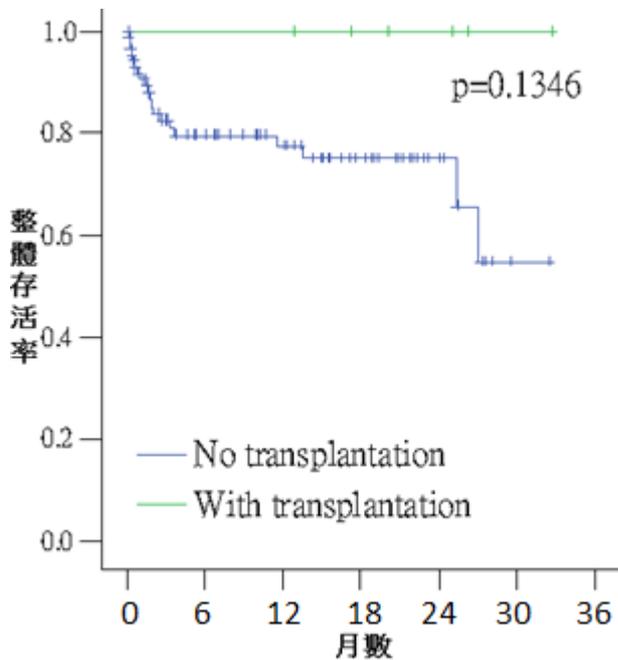
(八) 淋巴瘤不同治療方式與疾病存活率

 <p>圖十六、化學治療明顯影響總存活時間</p>	<p>整體存活率在第一線治療為化學治療病人遠優於未接受化學治療病人 ($p=0.0015$)，其中未接受化療病患包含第一線接受手術、放射線治療、支持性療法觀察治療的 indolent lymphoma 病人 (watch and wait policy) (圖十六)。</p>
 <p>圖十七、標靶治療有意義延長總存活時間</p>	<p>共 59 人第一線使用標靶治療 Rituximab，88% (66/75 人) 為 diffuse large B cell lymphoma，其他則包含 follicular lymphoma (5/57 人)、mantle cell lymphoma (1/57 人)、Gray zone lymphoma (1/57 人) 及 marginal zone lymphoma (1/57 人)。使用 Rituximab 明顯延長病人總存活時間 ($p=0.0001$) (圖十七)。</p>



圖十八、放射線治療對總存活時間的影響

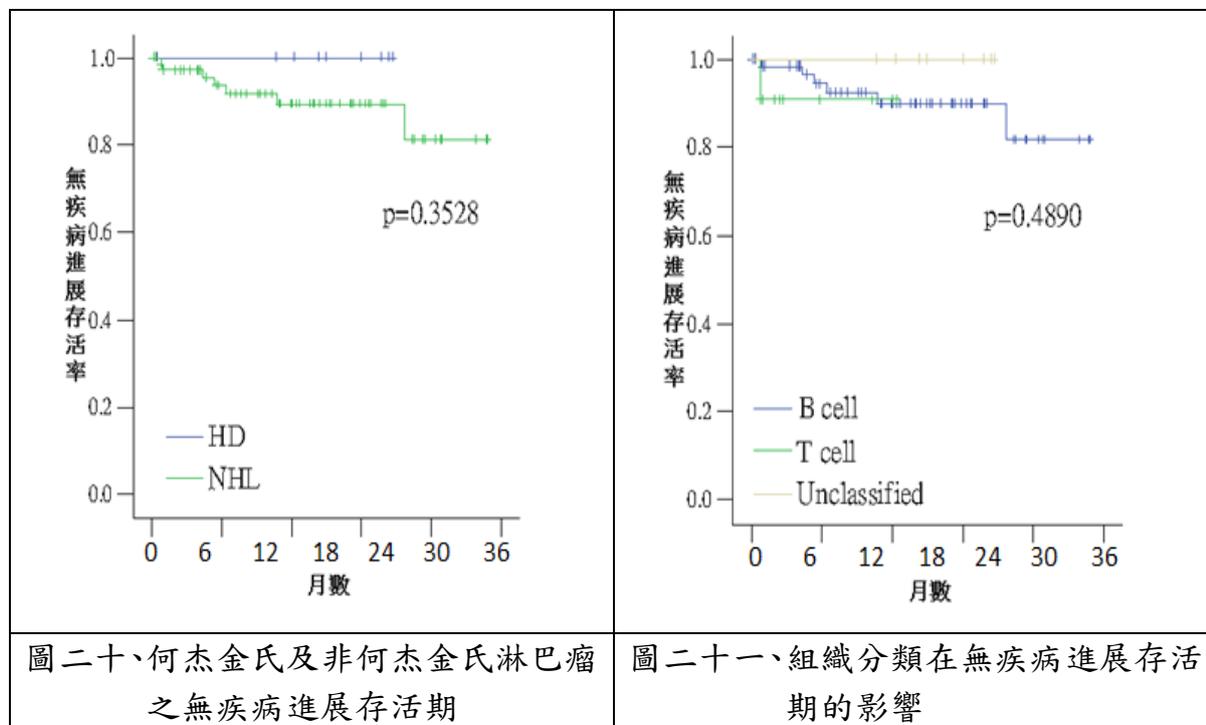
治癒性放射線治療僅限於第一期病灶，對大多數淋巴瘤而言放射線治療扮演輔助化學性治療的角色（involved field radiation）。Radiation 與否的兩條生存曲線在追蹤末期交叉，使統計 p 值低於顯著水準（ $p=0.1660$ ），但曲線略傾向 radiation（圖十八）。



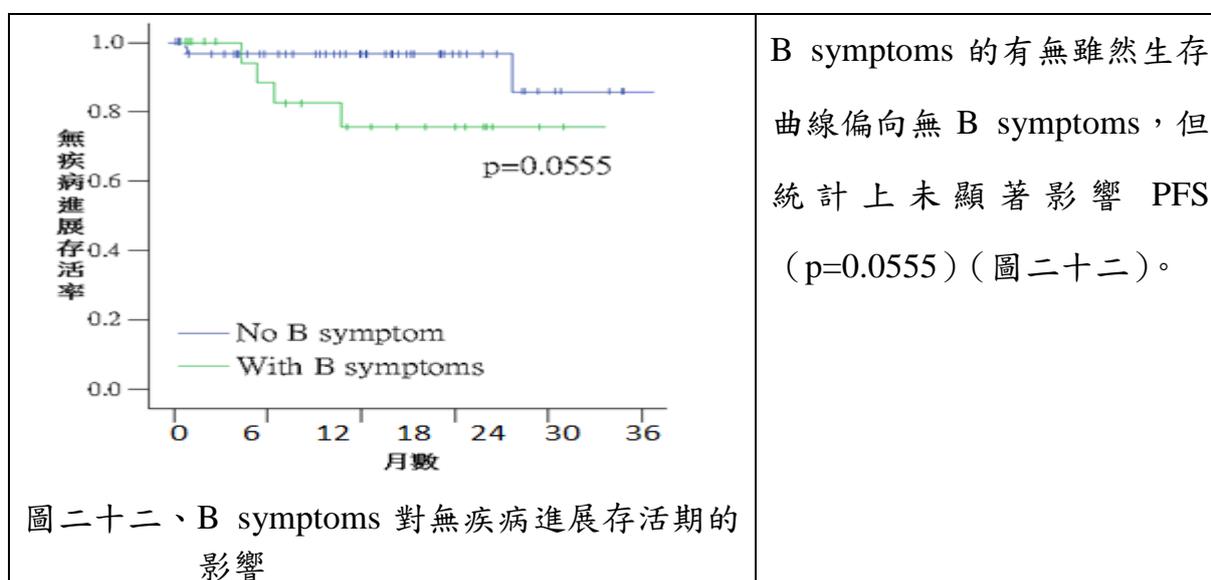
圖十九、幹細胞移植對總存活時間的影響

此外，因接受移植病人數過少，統計結果自體造血幹細胞移植未明顯影響總存活時間（ $p=0.1346$ ），但其生存曲線與未接受移植者有極大差距，目前七位接受自體造血幹細胞移植病患均存活且到達完全緩解（圖十九）。

(九) 淋巴瘤經治療達緩解後的無疾病進展存活期 (progression free survival)

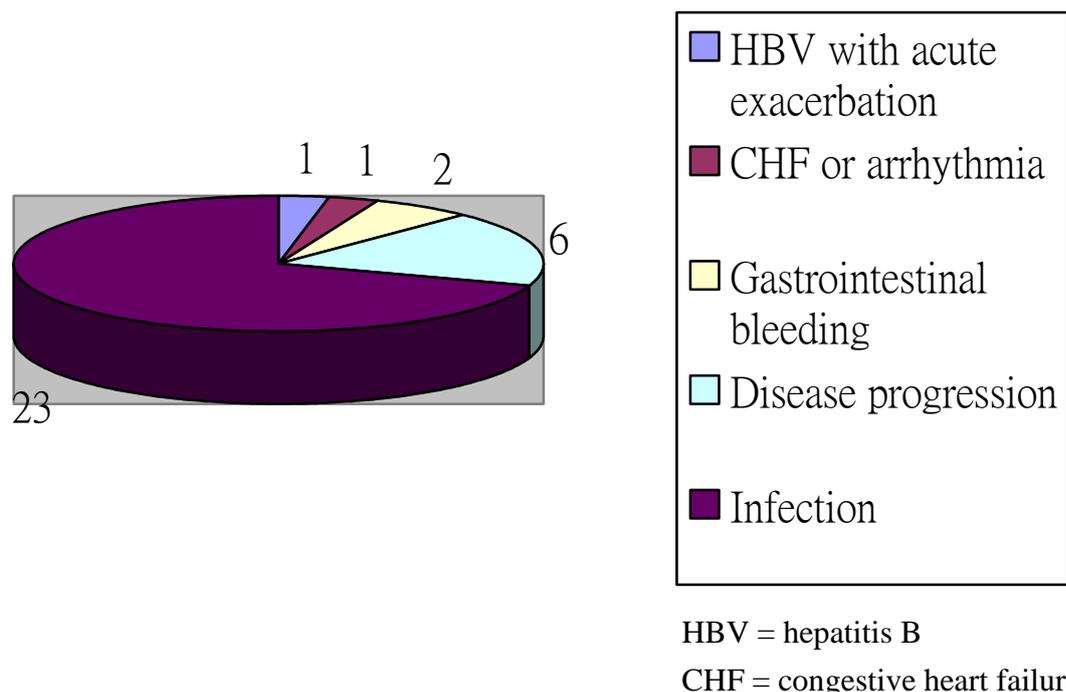


Hodgkin's disease 與 Non-Hodgkin's lymphoma 之無疾病進展存活期未達顯著差異 ($p=0.3528$)，但生存曲線偏向 Hodgkin's disease (圖二十)。至於 B cell lymphoma 之 progression free survival rate 相較於 T cell lymphoma 無明顯差別 ($p=0.4890$) (圖二十一)。



(十) 淋巴瘤治療之併發症及死亡原因分析

治療後共 41 人產生各式併發症需住院治療，最多為 18.05% 病人發生嗜中性白血球低下併發燒（neutropenic fever；30/208 人），其次為疱疹病毒感染復發（4.8% ，10/208 人）及鬱血性心臟衰竭或心率不整（4.8% ，10/208 人次）。



圖二十三、病患死亡原因分析

33 人於追蹤期中死亡，14.6% 病人（23/208 人）死於感染為最主要死亡原因，其次為 3.5% 病人死於淋巴瘤惡化（6/208 人），另外有 2 人死於出血、1 人死於心臟衰竭或心率不整、1 人死於慢性 B 型肝炎急性惡化併肝衰竭（圖二十三）。

結論

2008 年至 2010 年本院新確診淋巴瘤個案共 208 人，個案中 94.75% 屬 Non-Hodgkin's lymphoma，5.25% 為 Hodgkin's disease，其中最多之次分類為 diffuse large B cell lymphoma (60.4%) 及 follicular lymphoma (10.6%)。64.5% 病人第一線治療選用化療，包含最常用 R-CEOP (34%) 及 CEOP 處方 (10.4%)。20.2% 選擇支持性療法及 7.6% 病人因低惡性度淋巴瘤接受觀察性治療 (watch and wait policy)。

經治療後，48.9% 的病人達完全緩解，總反應率為 67.7% (完全緩解率加上部份緩解率)，90.7% 的病人追蹤一年無疾病惡化 (含完全緩解、部份緩解及疾病穩定的病人)，82.46% 追蹤至二年時無惡化證據 (含完全緩解、部份緩解及疾病穩定具臨床治療效益的病人)。同時，一年及二年的整體存活率分別為 74.85% 和 57.74%。第 I、II、III、IV 期的二年整體存活率則分別為 52.11%、88.87%、80.05% 及 49.21%。

治療方面，單獨分析各式治療 (含化學治療、手術、放射線治療、自體造血幹細胞移植及標靶治療 Rituximab) 對總存活時間及無疾病進展存活期的影響，僅有化學治療及標靶治療 Rituximab 的介入明顯提升病人存活率，至於其他治療則受限於病人數及追蹤時間未達顯著標準。在治療相關併發症及死亡原因分析中，嗜中性白血球低下合併發燒及感染位居第一，而可監測預防的化療相關合併症，如鬱血性心臟衰竭及慢性 B 型肝炎急性惡化仍有零星個案發生，甚至導致死亡。

依據 WHO 淋巴瘤分類系統及 NCCN 治療指引，因各個淋巴瘤次分類的基基本特性不同，淋巴瘤的治療應針對不同次分類而個別量身訂做，同時病人預後也有極大差異。舉例來說，在多數存活分析中會將 Hodgkin's disease 及 Non-Hodgkin's lymphoma 作區分；另外，高、中、低惡性度 Non-Hodgkin's lymphoma 的治療原則也存在很大不同，其首選治療分別為：較高劑量的化學治

療(或配合自體造血幹細胞移植)、標準化療 CEOP(或加上標靶治療 Rituximab)及觀察性療法。本年報內容因為受限於追蹤時間及各次分類病人數，無法做細部分類間的比較，因而分析所有淋巴瘤次分類病患所得的統計結果，若是應用在病情解釋則須格外小心。

總結，淋巴瘤對治療具高度敏感性，治療成績佳且多數病人可達到至少部分緩解。因此，若是病患並非以急性合併症表現，而且無年紀大、行為能力不佳及器官異常等化療禁忌，建議治療首選為化學治療。此外，針對 diffuse large B cell lymphoma 的病人，標靶治療 Rituximab 配合一線標準化療可有效提升腫瘤反應率及延長病人存活時間。而在治療成績提升的同時，如何慎選病人進行高劑量化療配合自體造血幹細胞移植以及避免治療相關併發症，如嗜中性白血球低下併發燒、鬱血性心臟衰竭及慢性肝炎急性惡化等，則是本團隊未來努力的方向。

安寧照護診療團隊



陳如意主任與安寧照護診療團隊

共同製作 101 年 5 月

安寧照護診療團隊

團隊召集人姓名：陳如意醫師（家醫科/安寧緩和醫學科）

核心成員
家醫科：陳如意主任、薛光傑醫師、潘湘如主治醫師、陳芝瑜總醫師 張譯仁總醫師、沈葭蔚總醫師、邱文正照師、曾瀚誼共照護理 林妍君共照護理、林璠鸚共照護理
社工室：林約酉社工師、張素玉社工師
營養室：陳美吟營養師
護理部：呂素珍督導長、黃鳳玉副護理長、林素琴行政組長
非核心成員
血液腫瘤科：林世哲醫師、余錦秀護理長
精神科：江允志醫師

簡介

行政院衛生署資料顯示，近 20 年來癌症一直高居台灣死亡原因首位，民國 92 年死於癌症者達 35,201 人，約每 15 分鐘便有一位癌症病人過世。由於高屏地區安寧療護資源嚴重不足，而本院為高屏地區首屈一指的公立醫學中心，且「高質服務、雄心創新、榮耀生命、總歸愛心」為本院四大核心價值，故於民國 86 年開辦安寧居家療護，87 年開辦安寧住院療護，安寧團隊所提供的的優質服務得到病人、家屬與其他癌症診療團隊的肯定。民國 92 至 94 年本院安寧團隊積極承辦國民健康局委託辦理的安寧療護宣導計畫，將安寧照顧的理念與方法宣達給民眾、志工與院內、外的醫療同仁。

根據統計，民國 90 年至 92 年於本院接受治療的癌症病人高達 4,000 人以上，國民健康局資料顯示，民國 91 年癌症病人死亡前三個月曾於本院住院過的人數有 1,430 人，其中有許多人於死亡前未曾接受過專業的安寧緩和醫療照顧。臨床治療發現，癌症末期病人經常面臨各種不同程度的身體煎熬、心理焦慮與靈性不安上，但因各癌症診療團隊的主要目標著重於疾病早期診斷與治癒性醫療，對於末期病人症狀處理經驗與方式不同，故有許多癌症末期病人的痛苦經常無法得到滿意的控制。雖然，本院安寧療護團隊對末期病人的四全照顧模式已獲肯定，但受限於健保局的安寧住院療護給付僅限於安寧病房，而安寧病房的床位卻是有限的，致使許多癌末病人無法即時轉住安寧病房，本身與家屬仍須承受不必要的身、心煎熬。

有鑑於此，民國 94 年起本院安寧團隊持續爭取安寧共同照護計畫的經費補助，推動全院性安寧共同照護計畫之執行，並達成國民健康局預定的收案目標。透過安寧共同照護計畫的補助，民國 95 年至 99 年本院持以專職護理人員為安寧共照核心，維持對全院癌症末期住院病人的安寧共同照護服務，以專業的安寧臨床照顧技能有效減輕不適症狀，提昇生活品質。此外，更期望非安寧病房的醫療同仁也能在共同照護的模式中，體驗並學習實際安寧照顧的技巧與方

法，讓所有癌症診療團隊都能在日常照顧中讓所有癌症病人得到更優良的醫療品質。

（一）實施方法

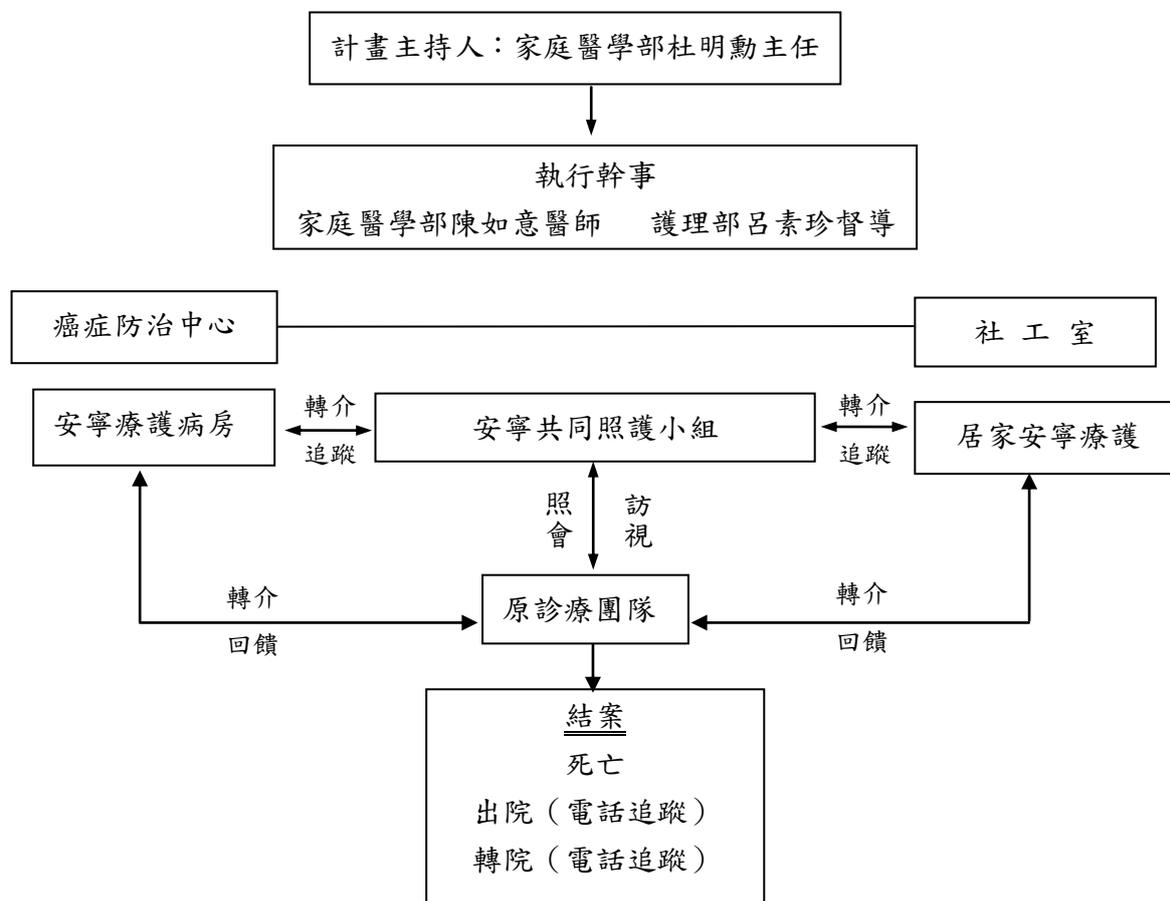
具備完整安寧照顧訓練的醫療團隊，藉由安寧共同照護模式，以專職護理人員為核心擔任病家、各癌症診療團隊與安寧團隊溝通之橋樑，提供預估存活期小於六個月非安寧病房的癌症末期住院病人與各癌症診療團隊別對於相關症狀（如疼痛、呼吸困難、嘔吐、淋巴水腫或臨終照顧等）的治療計畫，與各癌症診療團隊共同照顧病人，並輔導病人、家屬與其他癌症診療團隊對安寧療護有正確認識，使病人與家屬能安心接受安寧療護，提升生活品質，並接受生命有限度的事實，達到生死兩相安的理想。其方法如下：

- 1.當癌末病人入院時，由原診療團隊之醫師或護理人員評估癌末住院病人安寧療護需求，開立「安寧共同照護」照會單知會共同照護團隊前往訪視。
- 2.共同照護團隊接受照會後，對個案及家屬進行整體評估，根據需求完成回覆單，提供收案對象安寧療護計畫，專職護理人員並透過各單位安寧照護連絡員掌握病人狀態做成記錄，定期和原醫療單位共同研商療護方針：
 - ◆ 對於有轉住安寧病房意願的病人，由專職護理人員提供安寧病房資訊，引領病人/家屬體驗安寧緩和醫療實際照護情形，協助完成意願書之簽署、安排床位與協助轉床作業。
 - ◆ 對於無法及時住入安寧病房、不願轉住安寧病房或症狀穩定不須轉住安寧病房的病人，由專職護理人員提供緩和治療建議、照護指導、問題諮詢以及後續追蹤服務。必要時，參與協助安排出院後之安寧居家療護或門診追蹤事宜。
 - ◆ 對於病況不佳之瀕死病人，由專職護理人員指導家屬與原屬醫療單位臨終照顧方法。
 - ◆ 定期與原診療團隊舉行個案研討會，分享照護心得，釐清其對安寧緩和醫療與照護之相關疑慮。

- 3.透過專職護理人員安排癌末病人/家屬、各癌症診療團隊參加安寧病房衛教、溫馨活動或安寧宣導課程，使其對安寧療護有正確認識，並進而增加醫護人員之照護技能。
- 4.安寧共同照護小組透過會診面談、電話與本院 PHS 系統，結合本院既有之安寧照護團隊，24 小時提供本院共同照護體系內之病人、家屬與各癌症診療團隊別各種安寧療護諮詢與建議。
- 5.藉由定期病家及醫護人員服務品質滿意度的監測，落實安寧共同照護患者身、心平安，進而提升服務品質、滿足患者舒適需求，以得到良好身、心照護，改善患者生活品質。

(二) 共同照護團隊組織架構

圖一 共同照護團隊組織架構圖



表一 共同照護團隊組織成員

職務	醫師	共照護理師	靈性關懷人員☆	社工師*	個案管理師*	營養師*	志工*	照連結員**	一般病房安寧共	合計
人力編制 (人數)	7	2	0	1	1	1	48	39		99

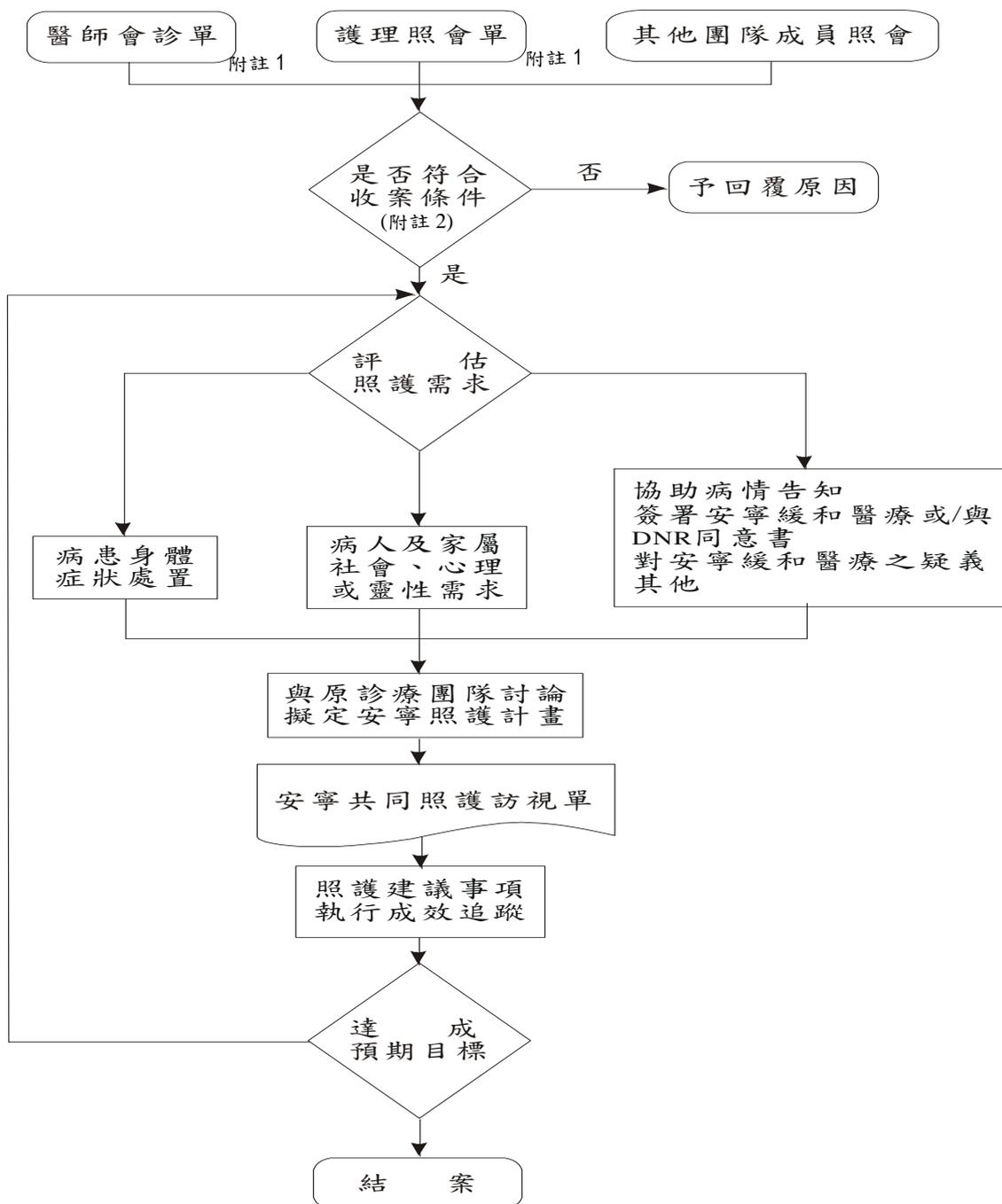
*安寧病房團隊兼任

**共照連結員：任務包括篩選各病房癌症末期病人、擔任病房單位與安寧共照團隊的聯絡窗口、擔任各病房安寧護理技能種子教師。

☆若有個案需協助，必要時請安寧病房靈性關懷師支援。

(三) 照會流程方式

圖二 照會方式流程圖

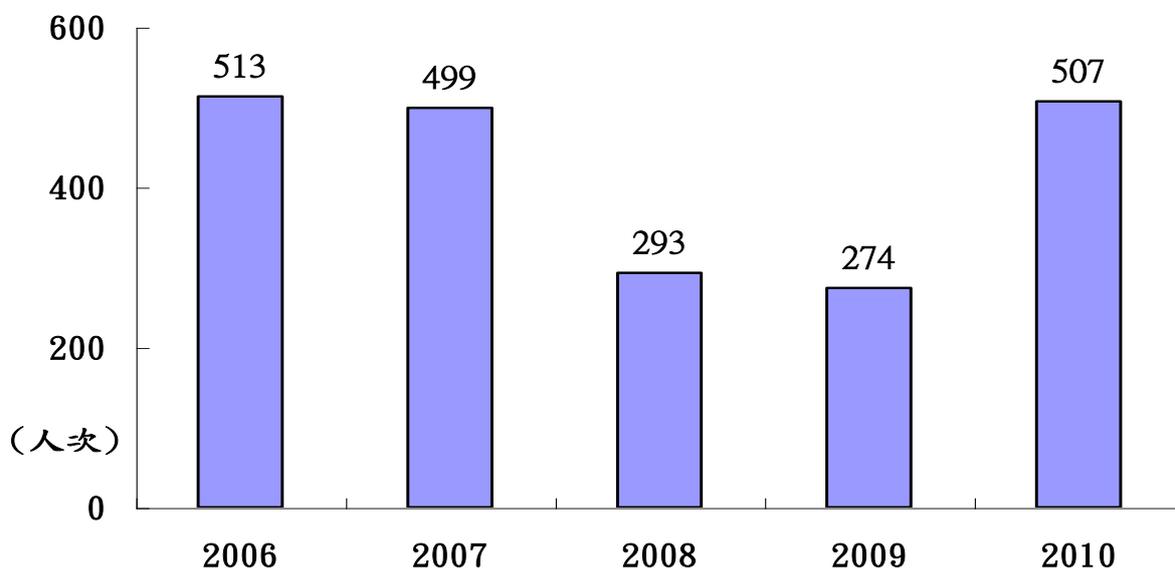


附註 1：已整合於全院性資訊照會系統中。

附註 2：癌症病人轉介至安寧照顧時，若非經相關癌症專科轉介者，應先會診本院相關專科癌症治療醫師評估其抗腫瘤治療。

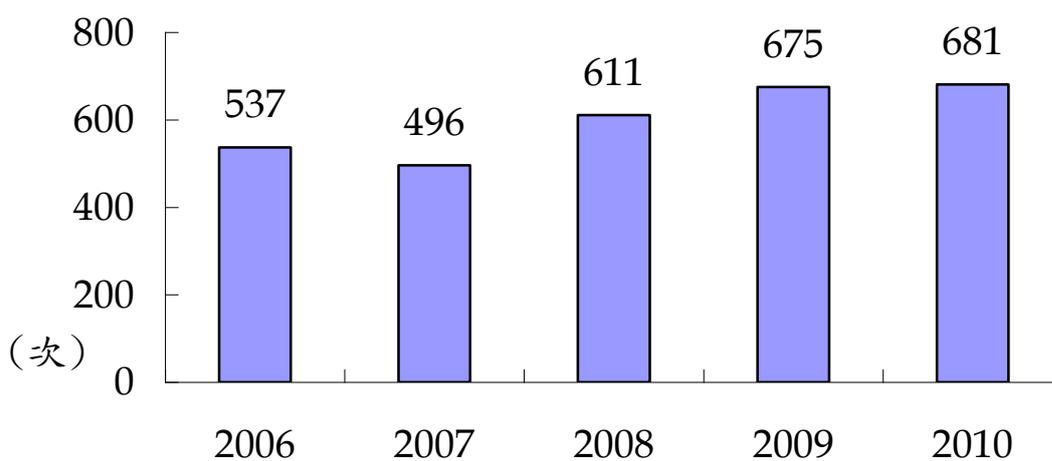
(四) 執行成果

1 安寧共照護理收案人數



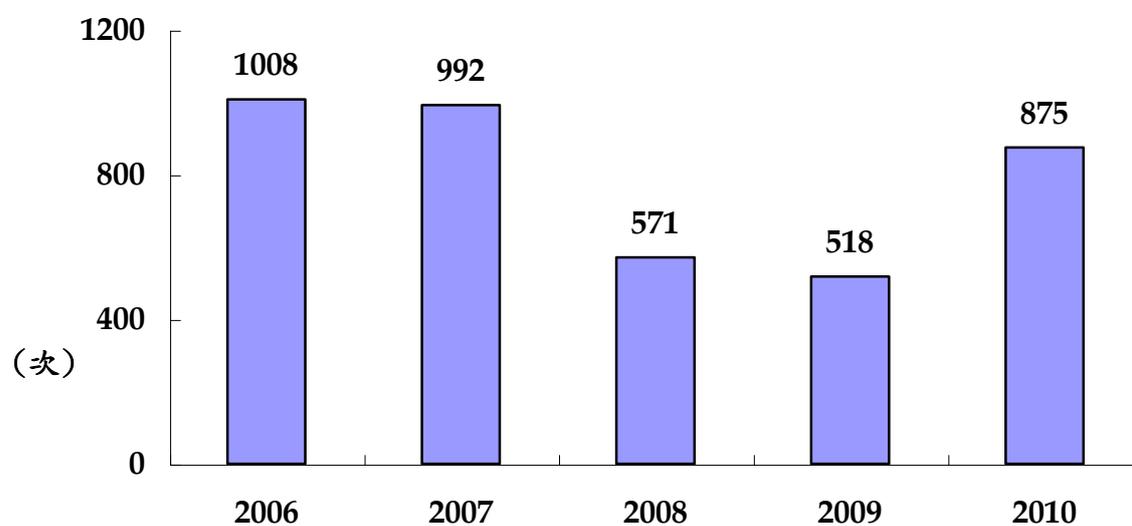
2006 至 2007 年 2 位共照護理師可收案 500 人次左右，2008 至 2009 年僅有 1 共照護理師，收案人次較低，2010 年會恢復為 2 位共照護理師。

2. 醫師訪視次數



2006 至 2010 年的醫師訪視次數逐年增加

3.護理訪視次數



2006-2010 年平均每次收案之個案訪視次數約為 1.92 次。

4.照護項目

照護項目	照護次數	比例(%)
主要症狀之控制	3980	29.11
病患心理社會問題	2231	16.32
家屬心理社會問題	2733	19.99
病患靈性宗教需求	566	4.14
病患家屬靈性宗教需求	585	4.28
協助病情告知	1133	8.29
協助照護模式決策	2446	17.89
總計	13674	100.00

5. 結案原因與比例（以個案數呈現）

原因	年度	百分比
	95-99 年	(%)
1. 問題改善	25	1.59
2. 轉安寧病房	532	33.76
3. 轉安寧居家照護	56	3.55
4. 轉一般居家照護	0	0.00
5. 穩定出院	420	26.64
6. 瀕死出院	247	15.67
7. 死亡	251	15.92
8. 病人拒絕	2	0.13
9. 家屬拒絕	2	0.13
10. 其他	41	2.60
總 計	1576	100%

6. 轉介科別

科別 人數	腸胃科	血液腫瘤科	胸腔內科	一般外科	婦產科	家庭醫學科	大腸直腸外科	胸腔外科	泌尿科	耳鼻喉科	神經內科	整形外科	*其他	總計
	95-99 年	366	256	218	349	159	127	109	133	71	59	29	9	185
百分比	17.7	12.4	10.5	16.9	7.7	6.1	5.3	6.4	3.4	2.9	1.4	0.4	8.9	100

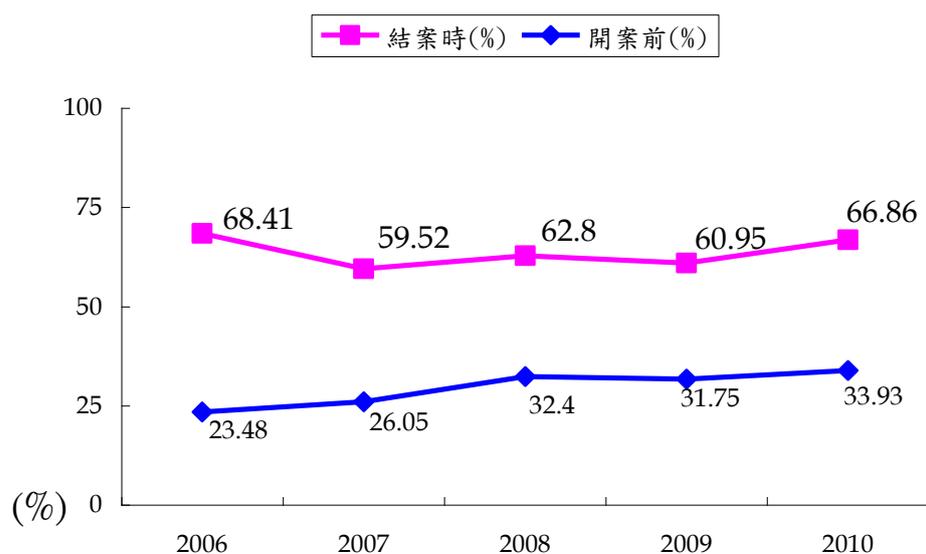
* 其他包括牙科、急診醫學科、一般內科等科別。

7.收案診斷統計

科別 人數	95-99 年	百分比
氣管、支氣管及肺之惡性腫瘤	332	22.62
肝及肝內膽管惡性腫瘤	294	20.03
直腸，直腸乙狀結腸連接部及肛門之惡性腫瘤	126	8.58
胃惡性腫瘤	112	7.63
女性乳房惡性腫瘤	101	6.88
胰惡性腫瘤	92	6.27
結腸惡性腫瘤	87	5.93
食道惡性腫瘤	72	4.90
子宮頸惡性腫瘤	71	4.84
其他*	181	12.33
總數	1,468	100

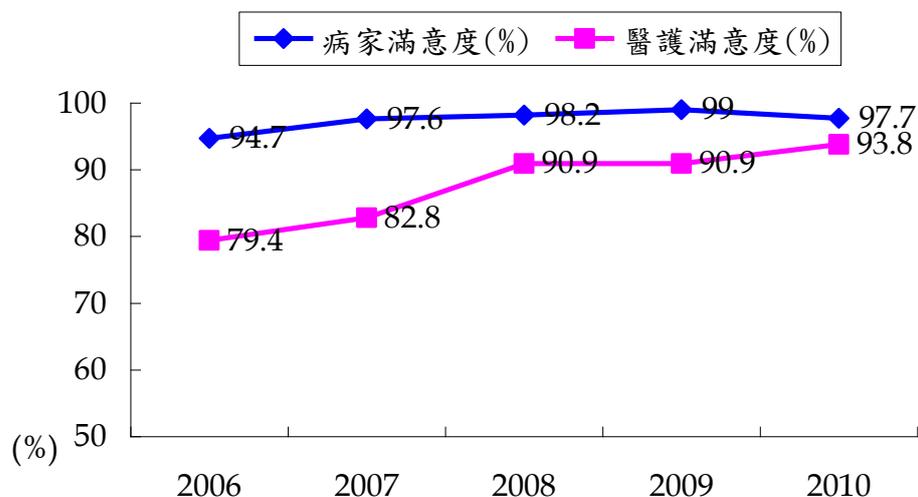
* 其他包括腎臟及其它未明示泌尿器官之惡性腫瘤、舌惡性腫瘤、攝護腺惡性腫瘤…等。

8.DNR 簽署率



在安寧共照介入癌末病人照護後，DNR 簽署比率有一倍的提昇。

9. 病家及醫護人員對於安寧共同照護服務的整體滿意度調查



無論是病家或是原診療團隊醫護人員對安寧共照服務的整體服務，有滿意與非常滿意的回覆率逐年上昇並維持在 90% 以上。

10. 往生或彌留返家之癌症病人未轉介安寧療護之原因分析

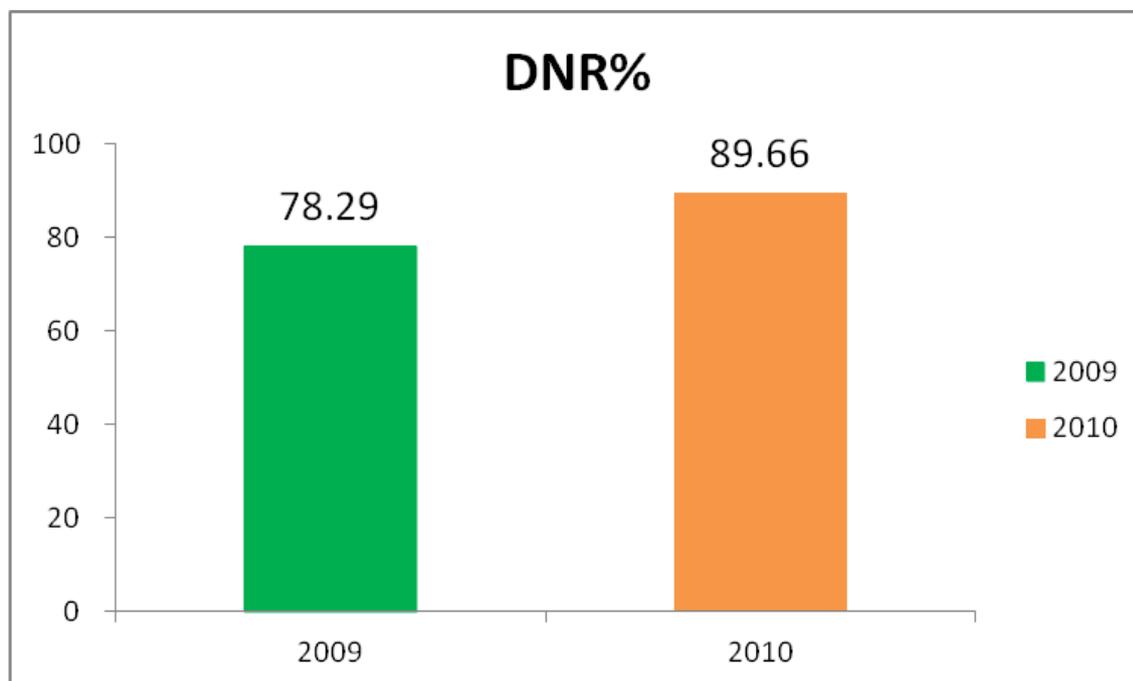
年度	死亡或彌留返家人數	未接受安寧照護之人數	安寧病房住院人數	安寧居家照護人數	安寧會診或共照病人數	接受一項安寧照護比率	接受二項安寧照護比率	接受三項安寧照護比率	安寧療護涵蓋率
2006	750	325	250	47	335	31.33%	23.07%	2.27%	56.67%
2007	811	337	311	43	350	32.92%	22.69%	2.84%	58.45%
2008	834	337	299	59	406	30.94%	25.30%	3.36%	59.59%
2009	806	321	314	48	371	31.59%	25.87%	2.61%	60.07%
2010	890	356	344	59	376	35.51%	21.46%	30.30%	60.00%

註一・涵蓋率定義：病房癌症病人出院狀態為死亡或彌留返家者，曾接受安寧照護(安寧病房、安寧居家或安寧共照)至少一項之比例

註二・安寧共同照護醫師會診或護理照會均納入涵蓋率統計。

2006 年至 2010 年癌症住院往生或彌留返家者曾接受至少一項安寧緩和醫療的比率均能達到國民健康局推廣安寧共同照護後預定的 50% 期望值。

11. 全院癌症住院往生或彌留返家者 DNR 簽署率統計



2009 年癌症住院往生或彌留返家者有 806 人，其中有 DNR 醫囑者有 631 人（78.29%），2010 年癌症住院往生或彌留返家者有 890 人，其中有 DNR 醫囑者有 798 人（89.66%），比率有大幅成長。

12. 2010 年安寧療護宣導教育活動

序號	日期	時數	題目	主講者	地點	參加者	參加人次
1	01.26	1	安寧共同照護介紹	曾瀚誼 共照師	W101 會議室	護理人員	12
2	02.25	1	癌症疼痛的處置	薛光傑 醫師	第二會議室	醫護人員	143
3	03.12	0.5	安寧療護簡介及 參觀安寧病房	曾瀚誼 共照師	W105 病房	樹人醫專 護 生	5
4	03.23	1	癌末症狀與護理	曾瀚誼 共照師	W73 病房	護理人員	14
5	04.09	2	安寧療護與 DNR 註記	陳如意 醫 師	博正 護理之家	護理之家員 工及住民	30

序號	日期	時數	題目	主講者	地點	參加者	參加人次
6	04.10	4	安寧療護工作坊 (癌症疼痛控制)	陳如意醫師 林麗英督導	第二會議室	醫護人員	25
7	05.05	1	預立選擇安寧緩和醫療 意願書和 IC 卡註記	曾瀚誼 共照師	第二會議室	護理人員	170
8	05.14	1	癌症疼痛控制	陳如意醫師	W83 病房	護理人員	7
9	05.20	1	癌末症狀與護理	曾瀚誼 共照師	W72 病房	護理人員	15
10	05.22	3	安寧緩和醫療醫師 培訓工作坊 ¹	安寧緩和醫學 學會講師	第三、四 會議室	癌症診療團 隊主治醫師	24
11	07.02	7	安寧療護研習會	安寧團隊	第二會議室	護理人員	288
12	09.03	1	癌症末期之症狀 處置	吳秉衡醫師	W85 病房	護理人員	12
13	10.14	2	癌症病患 安寧共同照護	陳芝瑜醫師 曾瀚誼護理 師	屏東分院	醫護人員	54
14	10.15	0.5	安寧療護簡介及 參觀安寧病房	曾瀚誼 護理師	W105 病房	樹人醫專 護 生	8
15	11.01	0.5	安寧療護簡介及 參觀安寧病房	曾瀚誼 護理師	W105 病房	護 生	8
16	12.10	1	安寧療護與 DNR	潘湘如醫師	W83 病房	護理人員	8
總人次							823

註 1：課程主題：

- (1) 癌症病情告知技巧與醫病溝通中同理(感)心的運用
- (2) 安寧緩和醫療條例運用時所遇醫療倫理之思辨及末期照護倫理的理論、原則與運用

討論

1. 2006 至 2010 年收案服務量，均能符合預期，且對於住院往生或瀟留返家之癌症病人的安寧療護涵蓋率均能達 50% 以上目標，顯見安寧共照服務對病人生活品質提升的助益，能得到各癌症治療團隊的認同，以病人的生命品質為優先考量，摒除各專業領域的本位主義，適時將癌末病人轉介給安寧團隊，依病人與家屬臨床實際需求考量，安排後續安寧共同照護、轉住安寧病房或是出院後的安寧居家照護訪視，故能達到涵蓋率目標。
2. 在 DNR 簽署比例方面，在共照收案後均能有 1 倍的成長，顯示安寧共照介入能提昇病家對癌末生命限度的接受情形，平靜面對生命終站。為了解全院癌症住院往生或瀟留返家者 DNR 簽署情形，資訊室規劃了 DNR 醫令系統，在病家 DNR 簽署後，由醫師於醫療作業系統開立 DNR 提示醫令，並由 MIS 系統定期統計 DNR 比率。由於 2009 年全院癌症住院往生或瀟留返家者 DNR 簽署率為 78.29%，相較於國外文獻參考值有較低的情形。因此，家庭醫學部、護理部、癌症防治中心與社工室共同發起以「提昇一般病房癌末病人不施行心肺復甦術簽署率」為主題的醫品圈活動，故 2010 年的 DNR 簽署率能有效提昇至 89.66%。
3. 在服務品質部分，對原診療團隊滿意度調查顯示「協助心理社會諮詢與照護」及「協助靈性宗教需求」有滿意以上回覆的比率較其他項目低，故於計畫於明年舉辦理「心理靈性照護」研討會，以增進同仁相關照護技能。
4. 各癌症診療醫師同仁由於忙於臨床工作，較少有機會與安寧團隊討論困難處理的癌末照護議題。今年透過癌症防治中心的安排，首次配合安寧緩和醫學學會辦理醫師工作坊，結合院內安寧團隊及外部專業師資，與各癌症診療團隊醫師對常見「病情告知實務」與「臨床倫理情境探討」

進行交流，過程順利，且獲得良好評值，未來將持續以此模式辦理安寧療護理念宣導。

發行所：高雄榮民總醫院 癌症防治中心

發行人：黃榮慶

總校閱：莫景棠

總編輯：劉文雄

副總編輯：邱小玲、宋米蓁、黃正富

執行編輯：王瑞和 余明生 余家政 紀昭全 張宏泰

張國平 許秉毅 陳如意 管毅剛 劉文雄

劉絮穎 賴瑞生

編輯小組：王炳惠 江柏宏 余憲忠 周楠華 林旻希

邱怡喬 許詔文 郭紀榮

地址：81346 高雄市左營區大中一路 386 號

電話：(07) 3422121 轉 3124、3125

傳真：(07) 3468230

電子信箱：wwwcancer@vghks.gov.tw

版權為癌症防治中心所有，未經同意請勿轉載