

卵巢癌雖然不是最常見的婦科腫瘤，但是比例上卻是造成最多死亡的婦科癌症，主要的原因是因為不容易早期診斷，因此有四分之三的病人在診斷時已經是第三或第四期了；也就是晚期的卵巢癌。傳統上，晚期卵巢癌的治療準則為減癌手術 (debulking surgery) 加上六次以紫衫醇為主的化學治療 (Taxol-based chemotherapy)，雖然多數的病人 (70%) 能得到臨床助益，但是再復發的機率也超過百分之五十。於是許多婦癌專家認為可以把卵巢癌視為一種慢性病 (chronic disease)，就像高血壓、糖尿病一樣，病人可能會與疾病共處，進而達到和平共存的理念，且也需要不斷靠第二線或第三線的化學藥來控制疾病。然而，面對卵巢癌的處理，對臨床醫師而言，是一項挑戰。

2006 年一月，美國國家癌症中心做了一項聲明，其內容如下：晚期卵巢癌患者在接受有效手術治療後，建議同時接受靜脈與腹腔灌注的化學治療。原因是約翰霍普金斯醫學院 Armstrong 教授在 2006 年的一月於新英格蘭雜誌上發表了振奮人心的前瞻性論文，其內容是說明對於晚期卵巢癌的患者，同時接受靜脈及腹腔化學治療的平均存活時間 (65.6 月) 比接受僅靜脈給予化學治療的平均存活時間 (49.7 月) 為長。Armstrong 教授也一再強調腹腔化學治療並不是一個新的治療方案，而且也一直未被列入卵巢癌的標準治療方案。此文獻的結果提供我們在治療卵巢癌患者的時候多一個選擇的方案。

早在 1996 年 (Albert) 與 2001 年 (Markman) 就分別提出晚期卵巢癌患者在接受有效手術治療後，由靜脈與腹腔同時給予化學藥物治療的效果比僅靜脈給予化學藥物治療有較長的存活時間，這個結論在 2006 年一月再度獲得 (Armstrong) 證實。另外，也有許多文獻探討腹腔內化學治療在卵巢癌病患鞏固性化療所扮演的角色，雖然目前沒有令人振奮的結果，但是臨床前瞻性的研究仍在持續進行中。

多數學者對腹腔內化學治療方案有許多不同的看法及意見，例如：一、腹腔內化療藥物投予管道的置入，需要經過手術訓練的婦癌專科醫師才會執行，較靜脈給予藥物困難。二、腹腔內化學治療比較會引起腹痛的副作用，以致於無法進行給藥。三、腹腔內化療藥物投予管道常因感染或是管道阻塞等副作用，以致於無法進行給藥。四、欠缺腹腔給藥時的臨床指引，諸如：何時置放投藥管道 (IP Port)、是否於減癌手術時同時置放投藥管道 (IP Port)、減癌手術時合併有腸道切除手術時是否可以進行置放投藥管道 (IP Port)、投藥管道 (IP Port) 的材質考量、如何選擇藥物、藥物的劑量等。

卵巢癌的擴散途徑是以腹腔內蔓延 (peritoneal seeding) 為主。理論上，腹腔內化學治療應該是令人期待的治療方案，但是還須要審評估：藥物進入腹腔內能否平均散佈，藥物浸潤腫瘤的深度是否令人滿意，副作用的程度如何，病人的接受度，方便性，生活品質等的考量，對於一個專業的婦癌專科醫師均需全盤為病人考量再考量。

雖然有許多問題未解決，但是以 Armstrong 教授在 2006 年的一月發表的論文來說，只有 42% 的病人接受了完整六個療程的腹腔內化學治療，而它的效果就比完成六次靜脈化學治療的病人得到較長 (49.7 月 vs. 65.6 月) 的存活時間。試問，若是所有腹腔化療的病人都能接受六次療程，那它所達到的存活率就更驚人了。因此對於置放給藥管道的標準化更須受到重視，因為唯有通暢無阻的給藥管道才是成功完成六次化療的基本原則。

腹腔化學治療不是新產品，但是必須重新修正、重新思考它的方向，如何將這些臨床有效的文獻運用在病患身上才是最重要的。Armstrong 教授打開了一扇窗，我們必須伸頭進去才能將窗子裡的東西看清楚，我們期待這個方案為卵巢癌患者開啓一扇希望之窗。