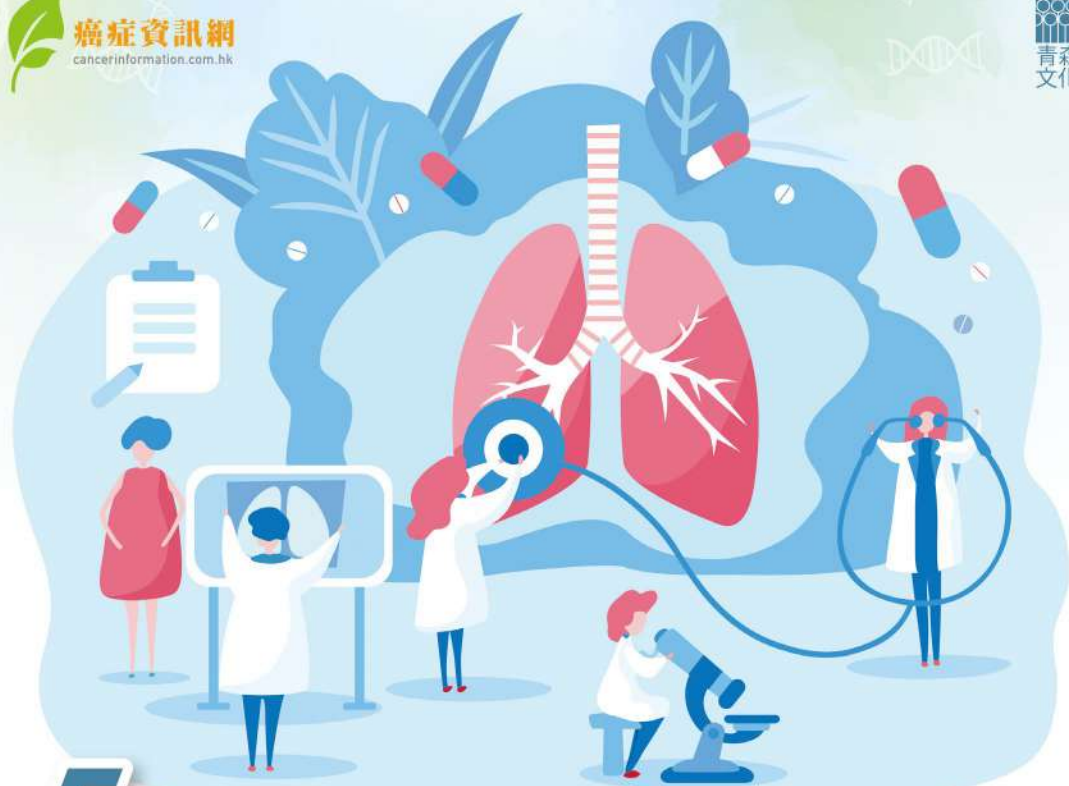




癌症資訊網

cancerinformation.com.hk

青森文化



50篇進階肺癌治療

實戰攻略

臨床腫瘤科專科

李宇聰醫生

著

透過 50 篇取材自真實病例、臨床經驗及心得的分享，讓讀者緊貼肺癌的最新診斷與治療發展，並為肺癌患者提供深度實戰建議。

莫樹錦教授、何重文副教授強力推介

C / o / n / t / e / n / t / s

目 錄

推薦序 (一) 莫樹錦教授 | 006

推薦序 (二) 何重文副教授 | 007

自 序 | 008

Chapter 1：認識肺癌 —— 風險因素、症狀與分類

肺癌的風險因素、症狀與分類 | 014

進階實戰攻略分享

- 我從不吸煙，卻患上鱗狀肺癌！ | 017
- 病理報告顯示我患的是大細胞肺癌，怎麼辦？ | 019
- 我的腫瘤屬混合型，既是非小細胞肺癌，亦是神經內分泌癌，該如何處理？ | 020
- 我患上胸腺癌 (Thymic Carcinoma)，該如何處理？ | 023

Chapter 2：肺癌分期 —— TNM 的定義與特徵

TNM 系統與肺癌分期 | 028

Chapter 3：肺癌診斷 —— 檢查、篩查與臨床研究

肺癌的診斷 | 034

進階實戰攻略分享

- 健康人士有甚麼肺癌篩查方法？ | 038
- 用甚麼方法抽取腫瘤組織最為理想？ | 040
- 切合現實環境，最恰當的基因檢測步驟是如何？ | 042
- 正電子掃描影像顯示我的肺部有兩顆腫瘤，是分別為兩個原發性肺癌還是發生擴散？該如何處理？ | 044

- 醫生建議我參加臨床研究，請問這是甚麼？ | 046
- 如何判斷一項臨床研究是否值得參加？ | 048
- 在私營醫機構有臨床研究要參加嗎？和政府醫院或大學醫院的臨床研究有甚麼不同？ | 050
- 現時本港有哪些關於肺癌的臨床研究值得參加？ | 052

Chapter 4：肺癌治療 —— 外科手術、放射治療、化學治療、標靶治療和免疫治療

治療目的與治療方案的考慮 | 058

進階實戰攻略分享

- 我患的是第 I 期肺癌，為甚麼手術後醫生仍建議我接受化療？ | 060
- 電腦掃描影像顯示我的肺癌沒有擴散，我可以直接開始治療嗎？ | 062
- 我患的是第 III 期肺腺癌，正準備進行同步放化療，請問有甚麼需要注意？ | 064
- 我的肺癌擴散了，如何儘早開始治療？ | 066
- 請問第 III 期的肺癌最佳的治療方法是甚麼？ | 068
- 我的肺癌已出現肝轉移，有特別治療方法加強對腫瘤的控制嗎？ | 070

外科手術 (Surgery) | 072

進階實戰攻略分享

- 免疫治療改寫了肺癌治療的歷史，那麼 IIIA 期肺癌還需要做外科手術嗎？ | 073

放射治療 (Radiotherapy) | 075

進階實戰攻略分享

- 我剛確診為第 I 期肺癌，我應該接受手術還是放射治療？ | 076
- 我的肺癌擴散至腦部，應該做手術、全腦放療，還是局部放療？ | 079
- 曾經接受過放射治療的位置，可以再次承受放射治療嗎？ | 081
- 新興的質子放射治療 (Proton Therapy) 對肺癌有幫助嗎？ | 084

化學治療 (Chemotherapy) | 086

進階實戰攻略分享

- 我應該用順鉑 (Cisplatin) 還是卡鉑 (Carboplatin) ? | 088
- 我應該接受 4 個療程還是 6 個療程的雙化療 ? | 090
- 如何減少化療的副作用 ? | 092
- 肺癌最新類型的治療藥物——「抗體藥物複合體」為何被稱為「點對點」的化療藥 ? | 094

標靶治療 (Targeted Therapy) | 096

進階實戰攻略分享

- 醫生說我的腫瘤沒有基因突變，標靶藥不管用，怎麼辦 ? | 099
- EGFR 標靶藥出現抗藥後，化療是唯一出路嗎 ? | 101
- 服用第一代和第二代 EGFR 類的標靶藥出現抗藥性時，沒有發現 T790M 抗藥性機制，可以嘗試用第三代標靶藥 Osimertinib 嗎 ? | 103
- 我有 ALK 基因突變型肺腺癌，現在有抗藥性的情況出現，請問該如何處理 ? | 105
- 我有 HER2 (ErbB2) 基因突變型肺腺癌，請問該如何處理 ? | 107
- 我有 ROS1 基因突變型肺腺癌，請問該如何處理 ? | 109
- 我有 BRAF 基因突變的肺腺癌，請問如何處理 ? | 111
- 組織活檢的病理化驗結果證實我的肺癌腫瘤帶有 EGFR 基因突變，照理可使用標靶藥，但醫生說腫瘤突變是 Exon 20，故不適合使用標靶藥。這到底是怎麼回事 ? | 113
- 我正在服用口服標靶藥，可以和其他治療方案，例如化療或免疫治療聯合使用嗎 ? | 115
- 聽病友說他從藥廠得到免費的標靶藥，是真的嗎 ? | 117
- 如何減少標靶藥的副作用 ? | 119

免疫治療 (Immunotherapy) | 121

進階實戰攻略分享

- 免疫治療藥物種類繁多，應該如何選擇 ? | 123
- 如何增強免疫治療的功效 ? | 126
- 如何減少免疫治療的副作用 ? | 129
- 腫瘤的 PD-L1 蛋白表達水平有 50% 以上，我應該單用免疫治療還是結合化療使用 ? | 131
- 我腫瘤的 PD-L1 蛋白表達是零，免疫治療對我有有效嗎 ? | 134
- 化療抗藥後，最好的治療是下一線化療，還是免疫治療 ? | 136
- 免疫治療對已經出現腦轉移的肺癌患者有用嗎 ? | 138
- 免疫治療對鱗狀細胞肺癌有效嗎 ? | 141
- 有自身免疫系統疾病 (例如紅斑狼瘡) 的患者就不適合接受免疫治療嗎 ? | 144
- 免疫治療價錢昂貴，有方法可以既省錢又保持功效嗎 ? | 146

Chapter 5 : 小細胞肺癌及其治療

認識小細胞肺癌 | 152

進階實戰攻略分享

- 我有小細胞肺癌，完成化療後，沒有做腦部掃描，為甚麼醫生便安排我進行全腦放射治療 ? | 153
- 我有小細胞肺癌，免疫治療對我有有效嗎 ? | 155

附錄關鍵概念 | 158

癌症資訊網慈善基金介紹 | 160

癌症資訊網介紹 | 162

推薦 序

莫樹錦 教授

香港中文大學醫學院腫瘤學系系主任
臨床腫瘤科專科醫生



愛好美食者不需要成為廚師，愛好美酒者也不需要成為釀酒師，而愛好美服者當然也不需要成為時裝設計師。但若想嚐到最佳美食、美酒、美服，就算不能成為專家，也要在專業知識上有根本了解，甚至要成為「半個專家」。

肺癌患者當然也不需要成為肺癌專家才能得到最佳治療。肺癌治療日新月異，發展迅速，大量資訊很容易令患者目眩。要得到最合適的治療有兩種選擇：一是完全信靠醫生，他或她說什麼便全數接受並跟隨；另一便是來個肺癌速成班，以至有能力和信心跟醫生有商有量，甚至討價還價。今時今日，後者居多，但大部分患者只能從互聯網上亂打亂撞，資訊準確與否便要視乎運氣。

李醫生為有志成為「半個專家」的肺癌患者預備這本看似專業醫學教科書的《50篇進階肺癌治療實戰攻略》，書中內容井井有條，五十篇文章深入淺出，以簡單易明的手法讓讀者全面了解治療肺癌的方法。雖以「攻略」為名，有些像那些旅遊指南，實際上並沒有任何商業意味，作者以持平的態度介紹不同的治療方法，按科學說話，無半點偏頗。

患者毋須再在互聯網上亂闖，有《50篇進階肺癌治療實戰攻略》一書在手，頃刻間便成了「半個專家」。

推薦 序

何重文 副教授

香港大學內科學系臨床副教授
呼吸系統科專科醫生



肺癌不但是本港十大常見癌症，更是本港過去幾十年來死亡率最高的癌症。昔日，鑑於可用的診斷和治療選擇有限，在二十年前為公眾撰寫一本有關肺癌的書籍可能相對簡單。近年，醫療科學發展一日千里，各種臨床研究如火如荼地進行，肺癌的治療選擇推陳出新，使這項任務變得讓人戰戰兢兢。在十九世紀末到二十世紀初，肺癌的唯一藥物治療選擇是細胞毒性化學治療。在過去的十年裡，我們見證著標靶治療的發展，包括更多潛在的標靶和新一代的標靶療法。而在最近的五年，肺癌免疫療法的臨床開發正處於領先地位。最近的研究結果顯示，即使晚期肺癌，患者的整體預後有顯著改善，主要歸因於肺癌治療方法的進步。

在這本書中，李醫生巧妙地採用了在現實生活中的方式，重點研究與肺癌診斷和治療相關的最常見和最新的臨床問題。這五十個臨床珍貴小錦囊將為公眾，尤其是肺癌患者及其親屬提供實用的知識，並起著指引的作用。



家父在我就讀醫科三年級的時候，出現了頸部腫塊、單側聽覺變差和臉部麻痺等徵狀。起初，他到普通科門診求醫，醫生為他抽血進行EBV病毒抗體檢測，結果呈陰性，於是診斷家父並沒有患上鼻咽癌。雖然我當時仍是個醫科學生，但也知道這些徵狀與鼻咽癌相當吻合，於是請在大學任教的一位臨床腫瘤科專科醫生為家父診治，最終確診為局部晚期的鼻咽癌，而家父的病例也被用來作教學用途。

儘管我當時是個醫科學生，但我跟普羅大眾無異，以為癌症是「無得醫」的絕症，所以當家父確診鼻咽癌的時候，我擔心得哭了。後來我才發現，原來醫治癌症的方法有很多，除了外科手術，還有放射治療、化療和標靶治療等等。以鼻咽癌為例，大部分個案都可以利用放射治療和化療來治癒，而且成功機會相當高。這令我有一個想法：其他癌症是否也一樣，手術不是必然和唯一根治癌症的方法？腫瘤科的發展潛力是無限的，發展空間將必更廣，步伐將必更快。

時間印證了我的想法，往後數年之間，放射治療技術愈來愈精準和高選擇性，化療和標靶藥物發展迅速，不同的配套與日俱增，愈來愈多方法可以幫助癌症患者。話雖如此，癌症治療仍然有很大的進步空間。家父曾經患癌，使我對癌症患者及其家屬更富同理心，這些都是驅使我選擇臨床腫瘤科作為未來路向的主因。

其後，我在伊利沙伯醫院接受為期六年的臨床腫瘤科專科訓練。在我踏進腫瘤科第五個年頭之際，有醫治肺癌的資深醫生離職，我有幸接手處理臨床研究，高峰期獨自處理二十項研究之多，其中九成都是與肺癌相關的研究。臨床研究讓我眼界大開，一種藥物能降低患者的死亡風險多少百分比、能延長患者壽命多少個月等等，全部都有數據支持。作為醫者，如何游刃有餘地在科研數據與實際情況之間取得平衡，讓患者在保持生活質素的大前提下延長壽命，確是一門藝術。

儘管臨床研究能夠幫助患者，但在有限的資源下，臨床研究從來不是公立醫院的優先考慮，甚至整個公營醫療體系都不鼓勵臨床研究的進行，以致研究的數目愈來愈少，收取的患者也愈來愈少。

另一方面，公立醫院的各種守則和用藥指引亦為醫生帶來不少限制，舉例說，某種藥物的第三期臨床研究數據已經非常成熟，美國食品藥物管理局（FDA）已經核准使用，藥物亦已經在香港註冊。唯公立醫院的醫生亦可能在醫管局用藥指引的限制之下，未能處方給合適的患者。醫生知道明明有藥可以幫助患者，卻受制於刻板的指引，變成「得藥無所用」，這對有心幫助患者的醫生而言，是非常痛苦的一回事。而這種愛莫能助的無力感，正是促使我轉投私營市場的原因。

花了大約一年時間，經過深思熟慮和周詳計劃，我改投私營市場，運用可行的方法繼續幫助更多癌症患者：

- 1. 臨床研究：**成立我的個人診所的宗旨，就是推廣及進行更多臨床研究。在有系統的推廣下，所收到患者數目較多，而部分參與研究的患者更是來自公立醫院，既可幫到患者，也可減輕公營醫療機構的人手和資源壓力。舉例說，假設一種標靶藥物費用為每月五萬港元，加上需定期進行影像掃描，每位患者每年的醫療支出可高達一百萬。若臨床研究收取八名患者，即總共八百萬元——這筆款項無須由醫管局或者香港納稅人負擔，而是由跨國藥廠支付。
- 2. 恩恤計劃（Compassionate Program）：**某些藥物在外國已經通用，但香港市場仍未可用。公立醫院或受部門指引限制，不能向藥廠申請取得該藥物。私營機構則有其自由度，為合適的患者向藥廠申請免費用藥，這不但能幫助患者取得有機會延長其壽命的藥物，更能為患者省下一筆藥物費用，無後顧之憂地接受治療。

行醫的初衷，就是痼疾在抱，解病者身心之苦。是次出版此書，正是希望時刻提醒自己以至同業不忘初衷。此書之所以命名為《50篇進階肺癌治療實戰攻略》，是因為有關肺癌的基本資訊在各媒體已經泛濫，隨意在互聯網搜尋一下都可以輕易得到，但具深度的文章卻非常匱乏，而台灣和內地的文章又未必切合香港人的需要。

此書的每一篇章，都是我根據肺癌治療的一些特定或特殊情況落筆，深深希望能實質地幫助患者作出醫學決定。即使部分讀者並非由我診治，仍冀望書中所敘能對他們有所提醒，並與其主診醫生討論，最終在肺癌治療上得到相關的益處。

Chapter
第 1 章

認 / 識 / 肺 / 癌

風險因素、症狀與分類



肺癌的風險因素、症狀與分類

◎ 概說

肺癌乃主要源於肺部氣管、支氣管或肺泡的癌症。根據香港癌症資料統計中心數據顯示，肺癌在本港十大常見癌症中排行第二，更是死亡率最高的癌症。2018年，肺癌的發病個案共5252宗，死亡個案達3853宗；男性患者比女性患者為多，比例約3：2。

◎ 原發性肺癌與繼發性肺癌

原發性肺癌（Primary Lung Cancer）始於肺部。癌細胞的特點是具擴散能力。

當原發於身體另一部位的癌症轉移到肺部，這便稱為繼發性肺癌（Secondary Lung Cancer）。舉例說，當大腸癌的癌細胞轉移到肺部，我們稱之為轉移性大腸癌而不是肺癌，治療方法乃根據癌細胞原發部位而定。

◎ 風險因素

吸煙乃肺癌的主要風險因素。吸煙者患上肺癌的風險較非吸煙者高10至30倍。有研究指出，大約90%的肺癌與吸煙有關，而大概每10名吸煙者當中，便有1人患上肺癌。經常吸二手煙的人士，患上肺癌的風險也較其他人高25%。戒煙可顯著降低患上肺癌的風險。戒煙10年，患上肺癌的風險可由10至30倍大幅降至2倍。

話雖如此，統計資料顯示約10%至15%肺癌患者從未吸煙，當中女性較男性多，這類肺癌或與特有的基因突變有關。

其他風險因素包括：

- 年齡增長
- 空氣污染
- 胸腔曾接觸放射線
- 長期吸入某些化學或放射物質，如石棉、氡氣、焦油和煤煙

◎ 症狀

1. 常見肺癌患者的症狀

- 持續性咳嗽
- 咳血或痰中帶血
- 呼吸急促
- 胸部不適
- 肺部反覆出現感染
- 食慾不振
- 原因不明的體重下降
- 聲音嘶啞
- 吞嚥困難
- 疲勞

部分早期肺癌患者可能全無症狀，僅在例行身體檢查發現。

2. 肺癌轉移至身體其他部位

當癌細胞轉移至身體其他部位時，患者可能會出現與轉移部位相應的症狀：

01 我從不吸煙，卻患上鱗狀肺癌！

肺癌的病理診斷，以初步在顯微鏡下觀察所得的形態作分類。癌細胞細小的便稱為小細胞肺癌（SCLC），否則便一概稱為非小細胞肺癌（NSCLC）。非小細胞肺癌會再根據其形態，以及某些蛋白染色的結果分類為鱗狀肺癌或腺狀肺癌。準確的分類對擬定治療方案及成效，有根本上的差別。如果醫生匆匆地將你判斷為非小細胞肺癌，而沒有作初步的蛋白分析，及嘗試要求病理學家在腫瘤上染上腺狀肺癌獨有的 TTF-1 蛋白或鱗狀肺癌獨有的 p40 或 p63 蛋白，那麼他便有失職之嫌。

小細胞肺癌或鱗狀肺癌基本上只會在吸煙者身上出現。如果你是非吸煙者，卻被診斷為鱗狀肺癌，有幾個可能性：

第一，你的組織活檢可能只抽取了腫瘤極小的一部分，你的腫瘤可能同時帶有鱗狀及腺狀肺癌；

第二，你的腫瘤可能分化程度比較差，令病理學家難以分辨腫瘤類別，甚至將腺狀肺癌誤判為鱗狀肺癌；

第三，國際標準要求腫瘤有 10% 或以上的肺腺癌成分，才可以界定為腺狀肺癌及鱗狀肺癌的混合型肺癌，即使百分比未達標的混合型肺癌同樣可以有肺腺癌的特徵；

第四，亞洲人獨有的原因——你可能有原發性肺淋巴上皮樣癌（Lymphoepithelioma Like Carcinoma, LELC），而它的治療方法與其他肺癌截然不同。

肺癌轉移位置與相應的潛在症狀

轉移位置	患者會出現潛在症狀
腦轉移	頭痛、暈眩、癲癇、噁心嘔吐、肢體乏力
骨轉移	骨痛和病理性骨折
骨髓侵犯	血球數目減少
肝轉移	肝功能不全、膽道阻塞引起的黃疸及腹痛
脊髓壓迫	脊髓壓迫症候群，如背痛、下肢乏力

◎ 分類

肺癌主要分為「非小細胞肺癌」和「小細胞肺癌」兩大類，治療方法各異。

非小細胞肺癌（Non-small Cell Lung Cancer, NSCLC）

非小細胞肺癌佔所有肺癌個案約 85%，一般再細分為以下三類：

- **腺癌（Adenocarcinoma）**：最常見，病變多起始於氣管內壁分泌黏液的細胞。
- **鱗狀細胞癌（Squamous Cell Carcinoma）**：通常發生於氣管內壁，多見於吸煙者。
- **大細胞癌（Large Cell Carcinoma）**：因細胞形態較大和圓而命名。

小細胞肺癌（Small Cell Lung Cancer, SCLC）

小細胞肺癌佔所有肺癌個案約 15%，這類肺癌的生長和擴散速度較快，多由吸煙引起。



注意：準確的分類對擬訂合適的治療方案至為關鍵。

02 病理報告顯示我患的是大細胞肺癌，怎麼辦？

肺癌可分小細胞及非小細胞，起初只是單單根據顯微鏡下細胞的大小作分類，其中的非小細胞肺癌會根據形態及蛋白的顯示情況再分類為「腺癌」及「鱗癌」兩種，對於那些無法分類為腺癌或鱗癌的腫瘤，便就會被歸類為大細胞肺癌。

以往，約 10% 至 15% 的肺癌病例被界定為大細胞肺癌。然而，隨著病理檢測的發展，配合恰當的蛋白染色，例如至少用一個腺狀癌獨有的 TTF-1 蛋白和一個鱗狀癌獨有的 p63 或 p40 蛋白作染色，已經可以將這個不確定的大細胞癌診斷機率減至 5%。成功把非小細胞肺癌分類為腺癌或鱗癌，這做法有指點迷津、決定下一步所需的檢測及治療方案的作用。腫瘤科醫生及病理學家，只有在所有檢測都無法將腫瘤分為腺癌或鱗癌後，才會無奈地接受大細胞癌這個分類。

由於肺腺癌帶有的基因突變種類繁多，一旦發現，往往為指引治療方向的明燈，例如選取合適的標靶藥。即使沒有可用標靶藥的基因突變，肺腺癌所選用的化療藥，都相比鱗狀肺癌所選用的副作用更少，施藥過程亦更輕鬆。因此，我們往往會對大細胞肺癌採用肺腺癌的基因檢測流程，亦選用肺腺癌所用的藥物，努力發掘可用的標靶藥及儘量減少與治療相關的副作用。

如果一名患者於治療期間被分別界定為大細胞肺癌及肺腺癌，他可能一直以來都只存在一種癌，只是腫瘤在不同階段，其分化程度不同；或因沒有恰當地使用相關蛋白作染色分類等因素，而被劃分為兩種不同名稱的腫瘤而已。

總括而言，如果你被診斷為大細胞肺癌，應該努力擺脫這個不明確的分類；同時諮詢醫生，一起合力解謎，明朗化你的治療道路。

由於被界定為肺腺癌與否，會大大影響醫生為你作腫瘤基因檢測的取向。如果你是非吸煙者，請不要甘於鱗狀肺癌這個診斷結果，反而應該努力爭取作最基本的肺腺癌基因檢測，甚至作一個大範圍的全面腫瘤基因檢測。在 2012 年的一項研究發現，16 名非吸煙者並帶有 EGFR 或 KRAS 基因突變的鱗狀肺癌患者，最終發現腫瘤全部都是誤判為鱗狀肺癌的，實際上大部分都是混合型肺癌，餘下的則是分化程度較差的肺腺癌。這進一步反映，幾乎所有被診斷為鱗狀肺癌的非吸煙者，都應該為他們的腫瘤進行肺腺癌普遍會做的常規性基因檢測。

參考資料：

Rekhtman et al. Clin Cancer Res. 2012.



治療目的與治療方案的考慮

早期肺癌治療以根治為目標，晚期肺癌則以控制病情和紓緩症狀為主。

◎ 醫生為患者擬訂治療方案時會考慮以下因素

- 患者的年齡和體能狀態
- 癌細胞的類型和生物特性
- 癌細胞的大小及部位
- 癌細胞的擴散程度（病情分期）

有時候，醫生會建議只用一種治療方法。然而，為了增強療效，將復發機會減至最低，醫生或會建議同步或先後採用不同的治療方法。

◎ 肺癌期數與治療方案

不同期數的肺癌可考慮應用的治療方法

期數	治療方法
第 I 期	IA：外科手術 IB：外科手術 +/- 術後輔助化療 某些個案可接受根治性放射治療
第 II 期	外科手術 + 術後輔助化療 某些個案可接受根治性放射治療
第 III 期	IIIA：外科手術 +/- 術前誘導化療 +/- 術後輔助化療 +/- 放射治療 IIIB：放射治療及化療、標靶治療搭配使用
第 IV 期	<ul style="list-style-type: none"> • 化療 • 標靶治療（只適合經基因測試證實腫瘤具有特定基因突變的個案） • 免疫治療（只適合經免疫生物標記測試證實腫瘤 PD-L1 蛋白屬高水平的個案）

◎ 肺癌的治療方法



外科手術



放射治療
又稱「電療」



化學治療，
又稱「化療」



標靶治療



免疫治療

13 我患的是第 I 期肺癌，為甚麼手術後醫生仍建議我接受化療？

對於已經將腫瘤完全切除的非小細胞肺癌患者而言，輔助性化療在過去廿多年的多項臨床研究中，已被證實可以提高患者的五年存活率 4% 至 15%。根據一項綜合分析 (Meta-analysis)，涉及五項使用鉑類化療藥為骨幹的大型臨床研究，雙化療為患者所帶來的益處，被準確定位在 5.4% 的五年存活率增長幅度。

要得到相關益處，腫瘤必須涉及肺門或縱膈淋巴結轉移，或者腫瘤達到 4 厘米以上。根據 2008 年一項針對第 IB 期（即腫瘤在 3 厘米至 5 厘米之間，沒有淋巴結轉移）的隨機分配臨床研究顯示，接受完全切除手術的患者，術後化療提升存活率的效益只局限於 4 厘米或以上的腫瘤。自此，第 I 期的肺癌接受手術後，除了 4 厘米或以上的腫瘤，否則無須進行化療。最正規的肺癌手術是肺葉切除手術 (Lobectomy)，部分體能狀態未如理想的患者或會以局限性肺切除手術 (Limited Resection) 來處理，例如楔形切除 (Wedge Resection) 或者節段切除 (Segmentectomy)，由於這類患者的復發機會較高，以往即使他們的腫瘤小於 4 厘米，也會習慣性地輔以術後化療。然而，在 2013 年的一項美國癌症登記分析 (SEER) 研究中發現，這些接受局限性肺切除手術的患者使用術後化療並沒有帶來實質的益處。

除化療外，如果腫瘤本身帶有 EGFR 基因突變，在手術後接受為期三年的口服標靶藥 Osimertinib，可大幅度減低復發率。即使在

復發機會較低的第 IB 期肺癌患者當中，復發率也可減低達 50% 之多。不過，詳細數據尚待正式文獻發佈後才能進一步深入討論。

值得注意的是，自 2018 年起，AJCC 肺癌分期標準已經過渡到第八版。以往，介乎 4 厘米至 5 厘米的腫瘤，會被界定為第 IB 期，唯最新版本則將之界定為第 IIA 期。肺癌分期不斷的更新在過渡期間會出現混亂，這是我們必須留意和克服的。本篇題目為「第 I 期肺癌」，要分辨是根據 AJCC 第七版還是最新的第八版才可以更精準地了解醫生建議化療的原因。

參考資料：

- Pignon JP et al. J Clin Oncol. 2008.
- Strauss GM et al. J Clin Oncol 2008.
- RR Veluswamy et al. Ann Am Thorac Soc. 2013.
- Herbst RS et al. Presented in ASCO20 Virtual Scientific Program 2020.



癌症資訊網 | 由同路人和照顧者角度出發的互動資訊網站

www.cancerinformation.com.hk

cancer_information

癌症資訊網

癌症資訊網活動花絮



癌症資訊網樂隊

由癌症患者組成，以音樂發放正能量



刊物出版

出版病人分享集及癌症刊物，提供實用資訊



專題講座及展覽

透過抗癌經歷分享及醫生講解，讓大眾對各種癌症有更全面的認識



製作的微電影及資訊短片

多條微電影現於醫院及網上平台播放



工作坊

透過不同藝術及健康工作坊，提供身心支援，讓大家互相連繫



「越跑·越友」慈善賽

籌辦各類大型活動，凝聚癌症同路人，同時喚起公眾人士對癌症之關注

在這個資訊爆棚的年代，我們隨時隨地可以找到許多與癌症相關的資訊，惟當中有多少是真確可信的？有多少是以訛傳訛的？有多少是無中生有的？

本網站以搜羅與癌症相關的最新消息、報導及科研報告為主，並邀請不同界別的專業人士撰寫文章，輔以討論區讓公眾互動交流。透過廣泛的討論讓公眾認清毫無事實根據的所謂「另類治療」是何等的荒謬，同時希望向公眾傳遞重要訊息：信任你的主診醫生，及早接受正規的癌症治療；切勿道聽途說，錯信「另類療法」，延誤治療的黃金時機。

近年，癌症資訊網的服務進一步擴展，開始製作醫療資訊短片和定期舉辦講座，藉此提升公眾對癌症的認知；與各大機構合辦的工作坊，除了支援同路人和照顧者的身心需要，亦將他們凝聚起來，因著彼此支持和鼓勵，能積極面對抗癌路上的種種挑戰。

網站的內容和功能尚有很大的擴展空間，盼望在未來的日子精益求精，繼續從不同層面加強對各同路人的支援。期待你們的寶貴意見！

作者	臨床腫瘤科李宇聰醫生
編輯	Alan Ng, Margaret
稿件統籌	C Kwok
封面設計	VN Chan
內文設計	VN Chan

出版 紅出版（青森文化）

地址	香港灣仔道 133 號卓凌中心 11 樓
出版計劃查詢電話	(852) 2540 7517
電郵	editor@red-publish.com
網址	www.red-publish.com

香港總經銷 香港聯合書刊物流有限公司

台灣總經銷 貿騰發賣股份有限公司

地址	新北市中和區立德街 136 號 6 樓
出版計劃查詢電話	(886) 2-8227-5988
網址	www.namode.com

出版日期	2021 年 3 月
圖書分類	醫藥衛生 / 癌症
ISBN	978-988-8664-95-5
定價	港幣 80 元正 / 新台幣 320 圓正

版權所有，圖文均不准作全部或局部之翻印、仿製或轉載。

Printed in Hong Kong

此書的每一篇章，都是我根據肺癌治療的一些特定或特殊情況落筆，深深希望能實質地幫助患者作出醫學決定。即使部分讀者並非由我診治，仍冀望書中所敘能對他們有所提醒，並與其主診醫生討論，最終在肺癌治療上得到相關的益處。

——李宇聰醫生

臨床腫瘤科專科醫生 | 香港腫瘤學研究學會創會主席

李醫生為有志成為「半個專家」的肺癌患者預備這本看似專業醫學教科書的《50篇進階肺癌治療實戰攻略》，書中內容井井有條，五十篇文章深入淺出，以簡單易明的手法讓讀者全面了解治療肺癌的方法。雖以「攻略」為名，有些像那些旅遊指南，實際上並沒有任何商業意味，作者以持平的態度介紹不同的治療方法，按科學說話，無半點偏頗。

——莫樹錦教授

臨床腫瘤科專科醫生 | 香港中文大學醫學院腫瘤學系系主任

李醫生巧妙地採用了在現實生活中的方式，重點研究與肺癌診斷和治療相關的最常見和最新的臨床問題。這五十個臨床珍貴小錦囊將為公眾，尤其是肺癌患者及其親屬提供實用的知識，並起著指引的作用。

——何重文副教授

呼吸系統科專科醫生 | 香港大學內科學系臨床副教授



ISBN 978-988-8664-95-5



9 789888 664955



專業出版 國際銷售

紅出版文化平台

加入我們：www.red-publish.com

ModE

上架建議：醫藥衛生/癌症

定價：港幣80元正/新台幣320圓正