

精確醫療中食道癌治療的新趨勢

食道癌在最近二十年來於臺灣男性族群盛行的比率有明顯增加的趨勢，現在已經躍昇為男性十大癌症死因的主要疾病之一。

食道癌的治療目前還是以手術為主，由於手術包含了頸部、胸腔與腹部等部位，因此病患在術後往往需要較長的復原時間。但是拜最新科技的發展之賜，食道癌不論在診斷或是治療上面最近幾年來有明顯的改變。藉由正子掃描、電腦斷層掃描與內視鏡超音波檢查可以將腫瘤精確的定位且準確分期。這種精確的定位與準確的分期不但有助早期患者的篩選，也為患者手術前提供更精確的分期診斷，作為可靠的治療依據。

食道癌在早期只要沒侵犯至下黏膜層，一般而言很少有淋巴腺與遠端器官的轉移，這類幸運的患者可在內視鏡下使用各種治療方式來達到腫瘤移除的目的。目前內視鏡治療的方式包括：下黏膜切除、射頻燒灼與光動力治療，若腫瘤為小範圍病灶，則可單純使用內視鏡電刀進行下黏膜切除；若是早期大範圍的腫瘤使用黏膜切除時，部分患者會有食道狹窄的情況發生，因此可以使用射頻燒灼或者是光動力治療。這些結合光電新科技的內視鏡治療，各有不同的適應症，如果是大範圍的扁平病灶，可以使用射頻燒灼；如果是大範圍而且是表面不規則的病灶，則可以使用內視鏡光動力治療。光動力的治療方式為：先為患者注入一種光致敏劑，在一段時間以後此藥劑會停留在腫瘤細胞內，而正常的細胞內則無此種藥劑存在，在這種情況底下照射一種特殊的光波，可以讓腫瘤細胞吸收光波後讓組織壞死，正常的細胞卻不會受到傷害，如此就可以精確的局部治療腫瘤而不會影響到正常的細胞。以上所提這些不同內視鏡的治療選擇在歐美或日本地區已經變成早期食道癌的一種標準治療。

若病患沒有那麼幸運，其腫瘤已超過下黏膜層，手術這時就變成必要的選擇，手術可以達到清除病灶與可能轉移的淋巴腺。如果是腫瘤已經侵犯出肌肉層，或者是已經有淋巴腺轉移的跡象，則建議患者手術前還要加上同步放射與化學治療，透過這種多重治療方式可以有效降低患者在治療後的復發。而手術本身目前可以用微創的治療方式：結合胸腔鏡與腹腔鏡，使病患在比較微小的傷口下，得到同樣的治療效果。這種微創方式目前又慢慢演進為單孔微創：病患在胸腹部間開一個 3-4 公分的微小傷口就可以完全得到腫瘤清除與淋巴腺摘除的目的。

侵犯至下黏膜層的食道癌很容易有淋巴腺的轉移，因此淋巴腺的清除在手術治療上非常的重要。若淋巴腺的轉移比較多且明顯，需要進行廣泛性的徹底清除，此時傳統的微創方式容易有不易施行的死角。此時可使用達文西機器手臂來幫助淋巴腺的摘除，透過達文西放大的立體鏡與靈活的手術器械操作，可以達到跟

傳統開胸、開腹手術同樣的效果。

在這些微創手術與內視鏡治療的發展之下，病患在治療後可以得到比以往更迅速的恢復。在內視鏡的移除治療之下，病患 3、4 天後就可以恢復正常的飲食，術後也不會有吞嚥方面的困擾。而微創手術病患也可以縮短其術後恢復期，大部分都不需使用呼吸器的輔助，在術後第 3、第 4 天就可以下床行走，從事正常、緩和的活動。而在此多重治療方式的輔助之下，病患在治療後的長期存活近年來也有明顯改善。像光動力治療在臺大醫院的經驗，五年存活可以到 80% 以上，跟手術治療達到幾乎相同的效果。而接受手術的患者在近年來的統計，整體治療的成績也比以往更進步。根據筆者超過三百例全胸腔、腹腔鏡微創手術的病例經驗顯示：食道癌微創手術在近年來不只在術後併發症有改善，如：吻合與肺部併發症，出現的比率只有傳統手術的三分之一以下，而其整體存活近年來也有長足的進步，在最近七年來手術後患者的五年存活可以接近 50%。

食道癌雖然是一項困難治療的疾病，但在醫療技術的進步之下，患者不論是在術後恢復與長期存活都可以得到明顯而長足的進步。儘管如此，這類患者很多都是與環境毒物的暴露，特別是抽菸、喝酒、嚼檳榔有關，在疾病預防的觀點來看，預防遠比治療來得重要。我們在預防上花一些小工夫，避免生活的壞習慣，就可以讓我們減少罹患癌症的陰影，過一個健康的生活，以後的繁瑣治療就可能免除，我們也可以過一個安心無憂的生活。

外科部胸腔外科主任 李章銘