



養和杏林手記

2015年8月7日

《肺癌攻略 篩查診斷篇》



| 撰文：林冰醫生

養和醫院呼吸系統科中心主任

文章刊於 2015 年 8 月 7 日《信報財經新聞》健康生活版《杏林手記》專欄

翻閱香港癌症資料中心的數據，看到肺癌還是和過去 20 年一樣，高踞香港癌症死亡率的榜首。20 年間科技的進展，新藥物的發明，為何仍不能減少肺癌的死亡率？是我們（呼吸科醫生、腫瘤科醫生）不夠強，還是敵人過於狡猾？不禁想起國父的名言「革命尚未成功」。

張先生不煙不酒，身體一向壯健，每周打兩次網球。一個月前，他打完球後覺得左邊胸口有少許疼痛，以為拉傷肌肉，一照 X 光，卻發現有少量肺積水。入院抽肺水，化驗發現有癌細胞。由於肺水中有癌細胞，故這已屬第 4 期肺癌。張先生的案例並非鮮有，在香港每年 4 千多宗肺癌新症中，約有八成診斷時已是第 3 期或第 4 期。這並不是因為肺癌生長速度快，而是因為早期的肺癌並沒有任何病徵。到了有病徵的時候，肺癌就已發展了至少 5 年。假如肺癌能在早期（第 1 或 2 期）時就能診斷到，然後做根治性的手術治療，肺癌病患者的存活率應該能有所提升。

5 年才有病狀

要在沒有病徵的時候把肺癌找出來，就需要做篩查，一種病要符合篩查的話，需要有以下條件：第一，從開始篩查、發展，到最後階段中，有沒有一段時間可以及時把病找出來，從而提升病患者存活率？第二，有沒有高危人群，令篩查更有經濟效益，效果立竿見影？第三，有沒有靈敏的診斷方法可以把病找出來？假如以 X 光檢測作為診斷方法，則不夠靈敏了，因為 X 光檢測只能檢測到直徑平均 3 厘米的腫瘤。

儘管肺癌是全球的頭號癌症殺手，但從最初病變開始到有症狀最少要 5 年時間，有足夠時間幫助早期患者。吸煙是已知的最大引致肺癌的風險，吸煙者比不吸煙者的風險高 15 至 20 倍，是為高危人群。由此可見，肺癌符合首兩項條件，是應該做篩查的病，但是又有沒有足夠靈敏的篩查方法呢？

我們的肺部就像一棵大樹，樹幹、樹枝分別是氣管和支氣管，樹葉則是肺泡。肺癌又叫支氣管肺癌，發生於支氣管及細支氣管內的黏膜中。就像皮膚細胞一樣，氣管內新的細胞會代替舊的細胞，舊的細胞會隨着分泌物（痰）離開氣管。理論上化驗痰有沒有癌細胞可以是一種簡單的篩查方法。的確有研究證實分析痰細胞能找出中央型肺癌（在大氣管內的肺癌），但對外周型肺癌則不夠靈敏，所不能用作大量篩查。

痰細胞篩查帶出的另一個問題，是怎樣找出癌細胞的源頭。當痰有癌細胞，通常的做法便是從支氣管中尋找源頭。最早期的肺癌，原位癌，在氣管鏡下並不明顯，即使有經驗的呼吸科醫生，診斷到的機會亦只有約三成。所以當痰的化驗結果顯示有癌細胞，但支氣管鏡下檢查與電腦掃描亦無異常時，往往只能靠定期檢查，期望總有一天能找到源頭。

熒光支氣管鏡

上個世紀九十年代，加拿大卑詩省癌症中心的 Dr Stephen Lam 發明了熒光支氣管鏡，大大提升了在支氣管內找到早期肺癌的機會。在世界各地的研究中，發現熒光支氣管鏡，比普通氣管鏡診斷支氣管內早期肺癌的靈敏度高 2 至 6 倍。普通支氣管鏡是利用光線反射來找出不正常的組織，早期肺癌的體積很細小，往往不能利用此方法找到。熒光支氣管鏡利用了癌症組織和正常組織在特定光波下，產生的熒光差別來提升診斷率。在熒光照射下，正常組織呈現綠色，不正常組織則為紫色或啡色。

但熒光支氣管鏡並不能用來做肺癌的篩查，因為受熒光支氣管鏡尺寸所限，它只能檢查較大的支氣管。再加上支氣管鏡是一個侵入性的檢查，不適宜用作篩查工具。

篩查或增壓力

隨 科技進步，電腦掃描的解像度愈來愈高，細如只有數毫米的結節亦能清楚顯示，那麼可否用來作篩查的工具呢？用電腦掃描做肺癌篩查發現，在高危人群中（55 至 80 歲，仍在吸煙，戒煙未夠 15 年，或累積吸煙 30 包一年，即每天吸煙包數乘以吸煙年期）那組人比沒有篩查的，肺癌死亡率低 20%。但電腦掃描篩查的成效，在其他人群中尚待證實。電腦掃描篩查的問題是：1. 累積輻射，反而會增加癌症風險。2. 靈敏度太高，特異性不足，容易出現「假陽性」的情況。例如 50 歲以上的人做電腦掃描，20-30% 的人肺中會有結節，而其中 99% 都不是肺癌。但既然照到有陰影，自然需要抽組織或定期做電腦掃描來監察陰影的狀況，除了增加了不必要的檢查及費用，亦會增加患者的心理壓力。

綜上所述，除了某些高危人群，暫時未有更好的肺癌篩查方法。故此需要在早期診斷及準確分期手，以減低肺癌死亡率。

| 撰文：林冰醫生

養和醫院呼吸系統科主任主任