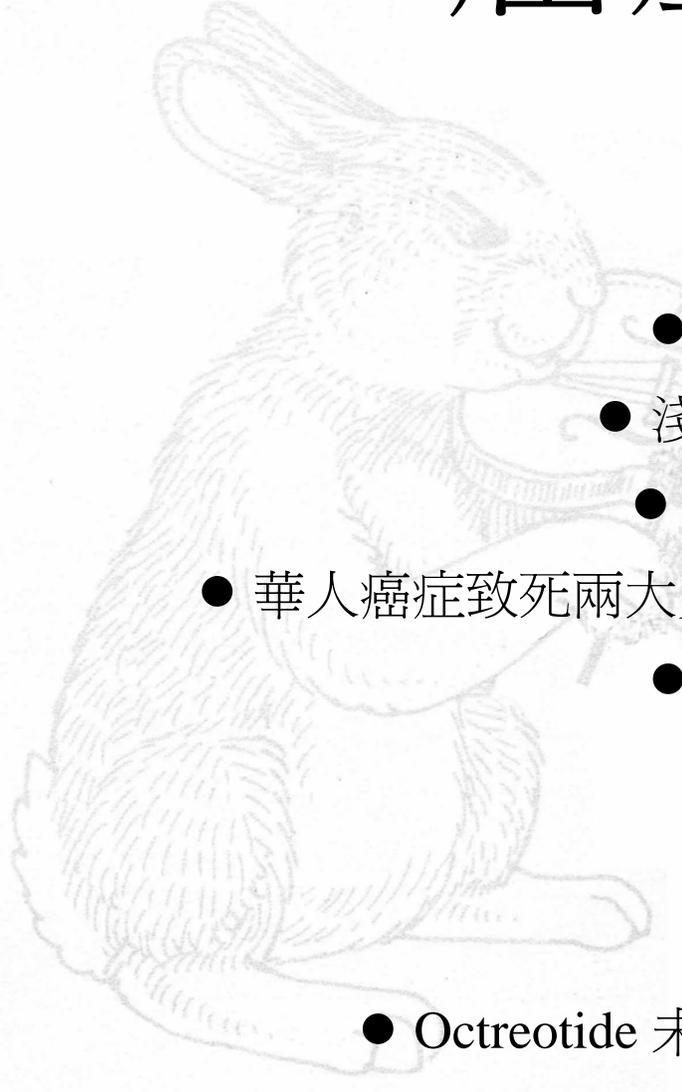


癌症論談

- 
- 認識肝病
 - 從肝功能檢查看肝病
 - 淺談肝炎的預防與治療
 - 肝癌-病人與家屬須知
 - 華人癌症致死兩大兇手-肝癌與 B 型肝炎
 - 肝癌之非手術性治療
 - 渴鹿陽燄
 - 人生無常
 - 肝病病人怎麼吃
 - Octreotide 未來肝癌治療之新藥物
 - 肝炎肝癌辭彙對照

癌症論談

癌症漫談 *Cancer Information*

認識肝病.....	1
從肝功能檢查看肝病 / 李文君 整理.....	5
淺談肝炎的預防與治療 / 潘思憶.....	9
肝癌-病人與家屬須知 / 閻雲 整理.....	14
華人癌症致死兩大兇手 -肝癌與B型肝炎的關係簡介 / 臧大同.....	20
肝癌之非手術性治療 / 陳立宗	23

抗癌路 *My Story*

人生無常/鐘雲美.....	29
---------------	----

資訊專欄 *Special Editorial*

肝病病人怎麼吃/陳碧惠，劉秀英.....	30
Octreotide 未來肝癌治療之新藥物/閻雲.....	33
肝炎肝癌辭彙對照/閻雲，潘思憶.....	34

認識肝病

中華民國肝病防治學術基金會



肝病的症狀

大部份的肝病都沒有症狀。肝病可以說是一個隱形殺手，因為大部份的肝病都沒有症狀出現。

肝病可能的症狀，如前言所列。萬一若有症狀，請儘速就醫，以明瞭自己是否得了肝病。

肝功能的判讀

肝功能正常與否，須由醫師綜合全部檢查結果做判斷。GOT(AST)及 GPT(ALT)，一般人常稱之為肝功能指標。事實上，它們是肝細胞內的酵素，當肝細胞變質壞死時，釋放出來至血液中，因而可以在血中偵測到其數值的增加。

不過須注意的是，GOT、GPT 的高低，與疾病的嚴重程度並不一定相干。在肝炎的自然病程中，GOT、GPT 常會有高低起伏的波動，有時甚至會降到正常範圍以內。所以抽血檢查 GOT、GPT 正常，並不等於沒有肝病，也不等於是肝炎已經痊癒了。此時還須輔助其他指標及超音波檢查，才能做出最正確的判斷。

- * B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎抗體陽性者肝功能可能正常。
- * 肝硬化病人可以肝功能正常。
- * 在肝癌早期，肝功能也可能正常。

病毒性肝炎

有幾種病毒可以引起肝炎，其中主要變化在肝臟的有五種：即 A、B、C、D、E 型肝炎病毒。

其中 B、C、D 型肝炎病毒會導致慢性肝炎、肝硬化，B 型及 C 型會引起肝癌。但 A、E 型肝炎則一般不會有慢性變化。

A 型肝炎

A 型肝炎主要是經由汙染的食物、飲水等由口傳染，其潛伏期約 20 天左右。預防 A 型肝炎，要注意飲食衛生。若前往疫區，可注射 A 型肝炎疫苗。

B 型肝炎帶原者

B 型肝炎表面抗原(HBsAg)為陽性者，就是 B 型肝炎帶原者。

在台灣地區每五人之中就有一個(即百分之十五-二十)在血液中有 B 型肝炎表面抗原存在，也就是 B 型肝炎帶原者，因此全台灣目前至少有三百萬以上同胞為帶原者。

這些 B 型肝炎帶原者不僅會傳染 B 型肝炎給別人，可怕的是病毒會潛伏在肝細胞，內可能引起慢性肝炎再轉為肝硬化，最後變成肝癌。

在歐美地區，B 型肝炎帶原率相當低，不到千分

之一！

B 型肝炎帶原率之高，是台灣地區肝病猖獗的主要原因。

B 型肝炎抗原與其抗體

抗原就是指外或內在的會引起生產體產生抗體的病原體或物質，而抗體就是指因抗原的入侵，人體所製造出來用來對付抗原的東西，是一種免疫球蛋白。比方來說，抗原就是敵軍，而抗體就是我方守衛軍。

B 型肝炎病毒共有三種抗原，即表面抗原是病毒的外套，核心抗原是病毒的核心，e 抗原是病毒的製造物。

人體對抗此三種抗原會產生相對的三種抗體即表面抗體、核心抗體及 e 抗體。

除了核心抗原外，其餘的抗原及抗體都可在血液中出現，也是醫師們常用以檢驗 B 型肝炎感染的方法。

B 型肝炎的抗體雖然有三種，但只有表面抗體具有保護作用，表面抗體陽性才能算痊癒。

感染 B 型肝炎病毒會產生核心抗體，在感染時會出現，感染過後也會存在。但由於此抗體沒有保護作用，因此核比抗體陽性的病人可能仍是帶原者，也可能已痊癒，這要看表面抗原及表面抗體之情況才能決定。至於 e 抗原陽性者，表示病毒的複製相當活躍，傳染性高。若 e 抗原消失，e 抗體出現，表示病毒的活動性大為減低，傳染性也沒那麼高(不過仍具傳染性)。

母子傳染(又稱垂直傳染)是指帶原的母親，在生產前後將 B 型肝炎傳染給新生兒。B 型肝炎帶原者母親如為 e 抗原陽性，則新生兒百分之八十五均會成爲帶原者。

在台灣，慢性肝炎、肝硬化及肝癌的主要原因，

乃是新生兒時期由母子傳染而感染 B 型肝炎病毒所致。因此途徑而得到 B 型肝炎者，很容易在日後變成慢性肝炎、肝硬化或肝癌。

水平傳染是指帶有病毒的血液或體液，進入有傷口的皮膚，或黏膜而傳染。輸血、打針、血液透析，針灸、穿耳洞、刺青、共用牙刷、共用刮鬚刀，都可能是 B 型肝炎的水平傳染途徑。

年紀越小感染 B 型肝炎病毒越容易變成帶原者。小孩感染 B 型肝炎大都不會發病，即使發病也很輕微，但變成慢性帶原者的比例很高，到了青年期才開始有肝炎的發作，但在肝炎發作時也不一定有症狀。

青春期後才感染 B 型肝炎病毒，大部份會痊癒，不易變成慢性帶原者。

B 型肝炎的預防

* 防止母子傳染

爲了防止母子傳染，則需推展 B 型肝炎疫苗，所有新生兒一律須受 B 型肝炎疫苗注射。

* 防止水平傳染

避免輸血、打針、血液透析、針灸、穿耳洞、刺青、用牙刷、共用刮鬚刀。

若尚未感染過 B 型肝炎病毒，則需注射 B 型肝炎疫苗。

得到 B 型肝炎很多人並沒有症狀，即使有症狀也不明顯！共有抽血才知道肝功能異常，發炎厲害時才引起倦怠、食慾不振、噁心等症狀，更厲害者才會出現黃疸等明顯症狀。因此很多帶原者並不知道自己已感染 B 型肝炎，更不知自己應該長期追蹤。

C 型肝炎

C 型肝炎的傳染途徑與 B 型肝炎差不多，主要由輸血、體液傳染而來。感染了 C 型肝炎病毒，有一半

以上的機會會變慢性肝炎，其中有一部份人會轉成肝硬化，最後變成肝癌。這些可怕的後遺症與 B 型肝炎很類似。

避免 C 型肝炎感染的方法與 B 型肝炎類似，應避免不必要的打針、輸血、避免共用牙刷、共用刮鬍刀等！不過母子傳染的角色，不像 B 型肝炎那麼重要。

D 型肝炎

D 型肝炎病毒是個缺陷性病毒，須要 B 型肝炎病毒的幫助才具有傳染力，因此它只會感染 B 型肝炎病毒帶原。

其主要的傳染途徑是性交，尤其是嫖妓。毒癮患者間主要是因針頭不潔而感染。

由於 D 型肝炎病毒只會感染 B 型肝炎的感染，就可有效預防 D 型肝炎的感染。

慢性肝炎的治療

慢性肝炎的病人應注意正常生活作息，並攝取均衡之飲食。在藥物治療方法中，以干擾素的效果較好，其他還有幾種藥物目前已在試驗之中。至於要如何治療，應由醫師綜合判斷後，選擇最佳的治療方式。自己隨便服用“偏方”“密方”很可能使肝病加重。每年都有病友未經醫師指示自行服藥而致死的案例。

肝硬化

肝硬化就是肝臟變硬。肝細胞壞死的地方太多，無法修復，引起纖維組織(俗稱的結疤)之增生導致肝臟結構之不正常。嚴重者，其表面有如苦瓜。肝硬化之結果導致肝血流不暢通，肝機能失常。肝硬化需要到厲害時，才會有症狀。

肝硬化的原因

台灣地區肝硬化主要的原因是慢性 B 型肝炎，其次為慢性 C 型肝炎。在美國等先進國家，酗酒及自體免疫是引起肝硬化之主因。

肝硬化的併發症

回流至肝臟的血流因硬化而受阻，只好另尋通路，形成食道靜脈瘤。嚴重時，食道靜脈瘤會破裂導致大量出血，危及生命。肝硬化到末期，肝功能變差，蛋白質之製造減低，體內鈉離子增加，再加上肝門靜脈壓力升高，使得肝微血管之水份容易滲出管外，造成腹水。嚴重肝硬化時，肝的去毒作用喪失，會導致肝昏迷，甚至死亡。

不管是 B 型肝炎或 C 型肝炎引起的肝硬化，每年約有百分之五會產生肝癌。

肝硬化發生肝癌的初期一般並無症狀！所幸目前已經由定期追蹤早期發現早期治療，效果不錯。

肝癌之症狀

肝癌在早期一般都無症狀；因此不要以為沒有症狀就沒有肝癌的存在。

肝癌到末期，可能會有上述症狀。這些症狀，也可能是由肝硬化代償所導致，不一定與肝癌本身直接有關係。不過，不管是由肝癌本身而來，或因肝硬化本身直接有關係。不過，不管是由肝癌本身而來，或因肝硬化代償而來，這些症狀的出現，表示肝癌已到了較嚴重的地步。此時才就醫，可能為時已晚。最好是能早期診斷，以便得到最佳的治療效果。若自己是肝癌的高危險群，更應要小心，定期接受肝癌的篩檢。

肝癌的診斷方法

在肝癌的診斷中以超音波檢查最好。超音波檢查無痛、簡單、迅速，可以將小至一公分的肝癌診斷出來，但需要有經驗的醫師檢查，結果較可靠。

罹患肝癌時，血中的胎兒蛋白不一定會高，例如末期的肝癌有 15% 的胎兒蛋白不會高，而五公分以下之小型肝癌也有三分之一胎兒蛋白正常。因此，胎兒蛋白正常不一定表示沒有肝癌。

只有抽血檢驗胎兒蛋白是不夠的！一定要配合做腹部超音波掃描。

各種診斷肝癌的方法需要合併參考，其中以胎兒蛋白及超音波檢查兩項合併使用最簡單方便，診斷價值也最高。

有時須做電腦斷層掃描及血管攝影以作為參考，尤其要做手術或治療判定時，血管攝影是必要的步驟。

大部份之肝癌多可以藉影像檢查就可判定，但有時需做肝組織或細胞檢查(肝穿刺)才能做最後正確的診斷。腫瘤穿刺並不會對腫瘤的治療有不利的影響，反而可提供病理學上的參考，有助於肝癌的治療。

最高度危險群

由於華人肝病特別多，每一位國人應知道自己是是否為高危險群，高危險群，高危險群指容易發生肝癌的人，其中以肝硬化的病人發生肝癌的機會最大！慢性肝炎或 B 型及 C 型帶原發生癌的年齡多在 40 歲以上。

家族中有 2 人以上得肝癌者，其他家人發生肝癌的機會很大，年齡也較輕，應特別小心！

若你不知自己是否為高危險群，請至醫院接受檢查，檢驗一下 B 型肝炎抗原，C 型肝炎病毒抗體及肝功能。萬一不幸是肝癌的高危險群，則應定期接受肝癌篩檢，每 4-6 個月追蹤胎兒蛋白及腹部超音波。

篩檢須持之以恆，不可間斷。曾有些病友篩檢了兩三年，一直沒事，以為大難不會降臨到自己身上，所以就忽略了繼續追蹤檢查。事隔一兩年，就真的長出肝癌來了，甚至已達不能治療的地步，殊為可惜。

(轉載自肝病防治特刊，中華民國肝病防治學術基金會，肝病結構專欄(O)：23825234)



從「肝功能檢查看肝病」

中華民國肝病防治醫術基金會

李文君 整理



一般人對於自己的健康狀況大都憑感覺來判斷，只有在身體不適時才會上醫院求診。但是這種習慣對肝病而言卻是十分危險的。因為，肝病通常沒有症狀，肝病一旦有了症狀，多半已經是肝硬化或肝癌的刑期，或是肝炎發很厲害了……

肝臟裡面幾乎沒有什麼神經，所以就算得了肝病，也不太容易產生任何不舒服的症狀；再加上肝臟的後續力特別強，就算肝臟切除或破壞了四分之三，光憑僅剩的四分之一，就可以維持正常的生理機能。因此，肝臟無疑是人體最沈默也最任勞任怨的器官。

無奈的是，正因為它總是能在任何惡劣的狀況下，無忠職守努力工作，所以它有任何疾病我都不容易察覺。對於這樣難能可貴的終生夥伴，您可曾主動關心過它？您也許不知道，在您的大意忽略之下，您這個寶貝肝，經常暗自忍著病痛，百般鬱卒地唱著「心事誰人知」呢！等到忍無可忍，大聲呼號地發出症狀時，您才大嘆悔不當初，已經來不及挽回了！

● 過五關才算健康

因此，我們要特別提醒大家：平時就要多關心肝臟的健康，養成定期檢查的習慣。問題是：應該作哪些檢查才能知道自己有沒有肝病？而肝功能檢查中的種種醫學名詞又分別代表什麼意義呢？

國人至少必須做下列五項檢查：

1. 肝功能檢查
2. B 型肝炎病毒標記檢查
3. C 型肝炎病毒標記檢查

4. 血清中甲種胎兒蛋白檢查
5. 腹部超波檢查

以上五項檢查都正常才能保證自己的肝臟正常。

雖然以目前健保的規定來說，除非是帶原或是有特殊原因者，否則這檢查都是白費的。然而，為了您的健康，相信這項花是絕對值得的。然而這些檢查又分別代表什麼意義呢？

● 肝功能檢查

肝功能檢查是最常見也是最古老的檢查，卻也是一般人最常誤解的。一般人總以為肝功能正常就表示肝臟健康，沒有肝病、肝硬化或肝癌。這種錯誤的觀念常導至肝病未能及時發現，因而延誤了治療的契機，造成很多原本可以避免的悲劇。因此在我們了解肝功能檢查的同時更應建立正確的觀念：

肝功能檢查結果正常並不能代你的肝臟絕對健康，還需要配合其他的檢查才足夠。

如何檢查肝功能呢？通常是以「驗血」的方法來檢查，就可以知道肝功能情況。但這類的檢查有成千上百種，我們僅就臨床上最常用的下列數種為您說明：

GOT 及 GPT

GOT 及 GPT 是最常用的肝功能檢查，一般人也最耳熟能詳。

什麼是 GOT 及 GPT？

GOT 及 GPT 是肝臟細胞內的兩個酵素。人體的

肝臟細胞內有許多酵素，其中最多就是 GOT 及 GPT。GPT 主要存在於肝臟細胞內，但 GOT 則除了肝臟以外、心臟，骨骼肌也有。由於新陳代謝的關係，正常狀態下，人體的細胞都會不斷地製造及破壞；當肝細胞破壞時，細胞內的 GOT 便會流入血液中，所以正常人的血液中 GOT 會經常保持一定量，如果肝細胞壞死，壞死細胞中 GOT 及 GPT 也都會跑到血液中，血液中的 GOT 及 GPT 的值就會增加。

在心肌梗塞或運動過度時，GOT 雖會上升，但 GPT 不會上升，如果 GPT 也上升，大概表示肝臟有了問題，因為只有肝細胞壞死才會釋出 GPT。

● GOT 及 GPT 的正常值：

正常人的 GOT 及 GPT 大約在 40 單位以下，但會因醫院或檢驗單位不同而有些微差異。

● GOT、GPT 值升高可能有那些原因？

由於台灣是肝炎極普遍的地區，所以，在台灣如果 GOT、GPT 值偏高最可能的原因就是慢性 B 型肝炎、C 型肝炎，或者是脂肪肝所引起。

但是脂肪肝所引起的 GOT、GPT 升高不會太大，一般均在 100 以內。如果病人經由抽血或超音波檢查都沒有膽固醇或三酸甘油酯(中性脂肪)偏高的現象，也沒有肥胖的情形，則 GOT、GPT 升高的原因大概就是 B 型肝炎或 C 型肝炎引起的。

如果沒有及 C 型肝炎，也沒有脂肪肝，那可能的原因是吃藥(包括偏方草藥、抗結核藥等)或者是自體免疫引起的(目前原因不明)。

有少數人怎麼查都找不出 GOT、GPT 升高的原因，雖然有可能為目前已知的肝炎病毒(A-E)以外的病毒所引起的，另外也有可能是其他不明原因。但無論如何，其對健康的影響通常不會太大，不必太擔心，因為如果沒有 B 型或 C 型肝炎，發生肝癌的機率很小。

● 肝炎患者的 GOT、GPT 值

慢性 B 型肝炎或 C 型肝炎患者的 GOT、GPT 值

常常起起落落，如果是慢性持續性肝炎，其 GOT、GPT 值一般都在 100 以下，很少超過 200。如果是「慢性活動性肝炎」則 GOT、GPT 可升到 400-500 甚至 1000 以上。

「猛暴性肝炎」是指肝細胞在短期間內大量壞死，破壞得非常厲害，百分之八十以上的肝胞壞死。此時，GOT、GPT 會顯著升高，一般在 1000 以上。病人會先感到疲倦，然後出現黃疸，最後導致昏迷(肝昏迷)甚至死亡。在台灣，每年都有不少病倒原來只是輕微的炎，GOT、GPT 上升也不厲害，但病人因求好心切，病急亂投醫，自行用方草藥，結果因藥物中毒反而導致「猛爆性肝炎」，這種病例在中南部特別多。

肝硬化時 GOT、GPT 可能只會輕微升高，甚至保持正常值。因為肝硬化表示肝的纖維化組織增加變硬，這時，病毒的活性大多不大，肝細胞發炎也少，因此 GOT、GPT 不大會升高。但也有少數病人到了肝硬化，其慢性肝炎之病毒活性還在，則其 GOT、GPT 也會升高。

最糟的是，肝癌在早期時，只有在肝腫瘤附近的少數肝細胞才會被破壞(不像肝炎是整個肝臟的細胞都發炎)，因此 GOT、GPT 不大會升高；要到了肝癌末期正常肝臟大量被癌細胞破壞，GOT、GPT 才會明顯升高。有許多肝癌病人對此原理不瞭解，不但得了肝癌不自知，還對於 GOT、GPT 數值正常而沾沾自喜。

因為，如果 GOT、GPT 升高一定要查明原因；但反之，如果 GOT、GPT 正常，也不一定表示肝就正常，也許可能已經有了肝硬化，肝癌；因此一定要加上其他檢查，由專業的醫師為您綜合研製，才不會誤了自己寶貴的生命。

膽紅素

● 「間接膽紅素」與「直接膽紅素」

膽紅素是診斷黃疸的要件。正常人的膽紅素分為「間接膽紅素」與「直接膽紅素」，二者之總合稱為

「總膽紅素」。

正常人的紅血球是有一定壽命的，平均為 120 天，之後由脾臟破壞。這時紅血球中的血色素會轉換為膽紅素，這種膽紅素稱為「間接膽紅素」，或「未接合型膽紅素」。間接膽紅素被送到肝細胞後經肝細胞內之醣苷酸接合成為「直接膽紅素」(或稱「接合型膽紅素」)，而後由肝細胞排出進入肝內膽管，最後通過總膽管排入十二指腸。

臨床上膽紅素之檢查就是測定總膽紅素及直接膽紅素，二者之差就是間接膽紅素的值。正常人的直接膽紅素在 0.4mg/dl 以下，總膽紅素在 1.2mg/dl 以下。

● 「黃疸」

所謂「黃疸」，是因為血液中膽紅素增加，造成皮膚及眼白變黃，同時尿液中的膽紅素量也會增加，因此小便也會呈黃褐色(茶色)。如果一個人眼白變黃或皮膚有發黃症狀出現時，表示血液中的總膽紅素已經超過了 2 mg/dl 以上。

● 造成膽紅素增加的原因

如果因為某種原因導致溶血時，血液中的間接膽紅素就會增加，例如：輸血後引起的溶血或大量內出血引起的黃疸，大多是間接性膽紅素增加。

急性肝炎、慢性肝炎、肝硬化時，肝細胞處理間接膽紅素的能力不夠，或者間接膽紅素已經成為直接膽紅素，卻因為肝細胞壞死又逆流回到血液中，這時血液中的直接與間接膽紅素就會增加。

此外，如果膽道阻塞，如膽管結石或胰臟癌引起膽汁閉塞不通，膽紅素也會逆流到血液裡引起黃疸，這時增加的主要為直接膽紅素。

白蛋白

● 血清總蛋白(Total Protein)，白蛋白(Albumin)，球蛋白(Globulin)、A/G 比值

血清總蛋白就是血清中所含蛋白之總稱。血清蛋白的主要成份為白蛋白和球蛋白，其中白蛋白的量又

佔總蛋白量之 67%。血清蛋白在身體內司各種不同的功能，不但可使身體之代謝順利進行，同時亦能維持身體之恆定性。但是如果肝功能有障礙，血清蛋白的數值就會有所變動。

人體內的白蛋白完全由肝細胞合成，所以當肝功能受損，如急性肝炎或肝硬化時，白蛋白之合成就會減少，而引起血中的白蛋白數值下降。而球蛋白主要是由肝細胞與免疫細胞與免疫細胞合成的。在慢性肝炎或肝硬化時，肝臟消滅體內病菌的能力下降，使得免疫細胞與外來之抗原(如細菌或病毒)接觸較多而分泌較多的球蛋白，造成血清中之球蛋白數值上升。

一般來說，正常成人的血清總蛋白的值为 6.5-8.0 g/dl。慢性肝炎或肝硬化的病人，因其體內白蛋白的製造減少，因此總蛋白數會減少，但因為球蛋白會增加，所以總蛋白數有時不但不會下降，反而會上升。正常的白蛋白與球蛋白比例(A/G 比值)為 1-2.0，急慢性肝炎或肝硬化之病人，由於其肝細胞合成的白蛋白減少，球蛋白增加，所以其(A/G)比值會不降。

● 甲種胎兒蛋白(AFP 即 α -fetoprotein)

甲種胎兒蛋白質原本是婦女懷孕初期的胎兒所分泌的一種蛋白質，在懷孕 12-13 週時可達巔峰，之後逐漸下降，到出生之後，慢慢接近正常，成人的正常值大約為 20mg/ml 以下。

在肝臟細胞因發炎而受傷，肝細胞準備再生時，胎兒蛋白會暫時增加；但當發生肝癌時，惡性腫瘤的細胞也會分泌胎兒蛋白，所以，胎兒蛋白可以說是個很重要的肝癌腫瘤標記，對於肝癌的早期發現非常重要。

但是胎兒蛋白值稍微升高並不一定就是得了肝癌，因為當肝臟急性發炎時，除了 GOT、GPT 值會上升之外，胎兒蛋白值有時也會升高。此外，肝硬化病人的胎兒蛋白值有時也會稍微上昇。更重要的是，胎兒蛋白正常也不表示沒有肝癌；因為五公分或三公分以下子的小型肝癌病人約有三分之一左右其胎兒蛋白是正常的；而在大型的末期肝癌約有 80%的胎兒蛋白數值會升高，但另外的 20%其胎兒蛋白仍是正常的。

因此，無論胎兒蛋白是否異常，應輔以影像檢查，才能確定是否為肝癌。

凝血因子

● 凝血酶原時間(PT)、活性化部分凝血酶素時間(PPT)

這兩種檢查都是測定血液凝固因子是否缺少的檢驗方法。

血液之凝固要靠血清中的血液凝固因子(凝血因子)的存在。而凝血因子跟白蛋白一樣，大部分是由肝臟合成的。因此當肝機能受損時，肝臟的合成能力也就減低，所以凝血能力較差、較易出血。肝病末期的病人身上常見全身到處都有紫斑出現，就是這個原因。雖然檢驗的標準數據各家醫院會有些許不同，但缺乏凝血因子時，這兩種凝血時間都會處長，我們可以藉以推測或佐證肝臟的受損程度。

鉍混濁度(ZTT)

人體內的血清蛋白有分之七、八十是在肝臟合成的，因此，如果血清蛋白的性質有所改變，就表示肝細胞的功能發生異常變化，而膠質反應檢查即是用以檢測血清蛋白性質的方法，最覺的是 ZTT(鉍混濁度)。

ZTT 高於正常值時，可能代表病人有慢性肝炎、肝硬化、自體免疫性肝炎等慢性肝病。但單憑 ZTT 值異常，無法作出正確的診斷，一定要配合其他肝功能檢查才能確認是否為肝臟疾病。

鹼性磷酸梅檢查(ALP)

血清中的 ALP 主要是由肝臟、骨骼、胎盤和小腸製造的，再經由肝臟排泄到膽汁中。因此，如果肝內膽道膽汁排除發生障礙，膽汁迴流到血液中，便會引起血清中的 ALP 明顯升高。

當 ALP 異常時，要參考其他的肝臟檢查，尤其是 GOT、GPT 等測定，因為會造成 ALP 異常的情況

有許多種，例如：阻塞性黃疸、原發性肝癌、續發肝癌及膽汁滯留性肝炎或膽道系統的疾病，以及慢性肝炎、肝硬化或是營養過剩引起的脂肪肝等。

但是 ALP 異常並不一定表示生病，青春期的青少年和孕婦的 ALP 也有上升的情形；因為青少年骨骼生長旺盛大量分泌 ALP，而孕婦則是因為胎盤分泌 ALP 關係，千萬不要誤判為肝臟疾病造成的。

丙氨酸轉氨梅(γ -GT)

γ -GT 是一種分解蛋白質的酵素，屬於膽道酵素的一種。 γ -GT 若上升表示膽道系統中的某一部分有阻塞。阻塞的原因可能是膽道結石、膽道的惡性腫瘤、膽道發炎或膽道受到周圍組織壓迫而變窄小所引起，如胰臟炎或胰臟癌的黃疸。

γ -GT 也跟喝酒有密切的關係。罹患酒精性肝障礙的人，其 γ -GT 都會升高幾乎毫無例外。另外，如果服用某些特殊藥物，如安眠藥或癲癇藥物，也會使 γ -GT 值升高。

結語

一般民眾在看抽血檢驗報告時，總是只關心自己「正不正常」？卻很少有人了解自己究竟做了哪些檢查？而這些檢查項目又有何生理意義？其實如果單憑少數項目的檢驗數據就據以判斷自己是否健康，難免失之偏頗。因為任何疾病的診斷往往需要由多種檢驗相互驗證才能確定其斷診。

就以肝病的檢查為例，大部份的健檢查在肝臟檢查面可能只做肝功能(GOT、GPT)檢查，然而 GOT、GPT 檢查正常，並不代表沒有肝病；相對的，甲種胎兒蛋白升高也不一定就是得了肝癌。希望朋友們在看過以介紹之後，才不至於因少數檢查項目正常就誤以為自己完全健康；或是為某些數值升高而不明就裡地徒增煩惱。

(轉載自“肝病防治”中華民國肝病防治學術基金會)

淺談肝炎的預防與治療

潘思憶 肝臟移植臨床藥師

St. Vincent Medical Center



前言

由於工作職務的須要，常常會照顧到肝病的患者。有感於許多華人肝病者求醫太晚以致延誤治療的機會，心中深感遺憾。尤其在一次協助一位華人接受換肝手術的過程中更讓我體會到華人對肝炎及肝癌的認識實在太貧乏了。在一次很偶然的機會與華美癌症協會的理事長，閻云醫師提及此事，閻醫師毫不猶豫的立即答應鼎力協助與贊助，使我得以與協會的執行主任合作，終於把多年的心願付諸行動，我們決定在華界辦個肝炎與肝癌的篩檢與演講活動。承蒙多位熱心人士的義務幫忙及籌款，活動得以在去年的9月20日圓滿達成，在此特別感謝在百忙之中前來演講的閻云醫師，臧大同醫師以及 Dr. Richard Lopez，更感激無數熱心人士及患者家屬的支持得以達到活動的真正目的—喚醒華人對肝炎及肝癌的正視。

A 型肝炎(Hepatitis A)

A 型肝炎主要是由感染到 A 型式肝炎病毒(Hepatitis A Virus)的食物或飲水經口傳染的，大部份的人得到 A 型肝炎都會經歷到急性肝炎(Acute Hepatitis)的症狀，例如：瀉肚、噁心、嘔吐、發燒、嚴重者有黃疸，所幸是大多數的患者都會自癒不須特

別藥物治療，A 型肝炎一般是不會演變成慢性肝炎(Chronic Hepatitis),肝硬化(Liver Cirrhosis)甚至肝癌(Hepatoma, Liver Tumor, Liver Cancer)。

預防 A 型肝炎的最重要方法是注重飲食衛生，以及不要與 A 肝患者合用碗筷。如果您沒得過 A 型肝炎(也就是說您也的 A 型肝炎病毒抗體檢查呈陰性反應)而計劃前往疫區旅行(例如亞洲-日本例外，中東、非洲、南美)，可在出發旅遊二個星期前接種 A 型肝炎疫苗(Hepatitis A Vaccine; Havrix®)，百分之 95-100 的人接受第一針注射後就可產生足夠抵抗 A 型肝炎病毒的抗體了。不過最好在六個月到十二個月後再接種第二針，如此保護作用可持續到十年以上之久。

B 型肝炎(Hepatitis B)

B 型肝炎主要是由感染到 B 型肝炎病毒的血液或體液經由傷口皮膚或黏膜進入人體傳染的。台灣地區百分之十五至二十的成人是 B 型肝炎帶原者(Carrier)，所謂 B 型肝炎帶原者是指患者血液內帶有 B 型肝炎表面抗原病毒(Hepatitis B Surface Antigen; HBsAg)。

常見的傳染途徑又可分為母子傳染(又稱垂直傳

染)及水平傳染，母子傳染故名思義就知道是由帶原的母親在生產過程中將 B 型肝炎病毒傳染給新生兒，經由此途徑感染到 B 型肝炎的帶原者，比較容易在日後得到慢性肝炎、肝硬化以及肝癌，所以國內在衛生署的積極推行下，自民國 73 年起所有新生兒一律接種 B 型肝炎疫苗(Hepatitis B Vaccine)以防止母親將 B 型肝炎傳染給小孩。(註：美國目前也通過立法，規定新生兒必須接種 B 型肝炎疫苗)。

水平傳染是指經由輸血、打針、刺青、針灸、血液透析、穿耳洞、性交、共用牙刷或刮鬍刀等途徑感染到 B 型肝炎，一般人口腔內若沒有傷口的話，經由一起吃飯，共用碗筷或口吻而感染上 B 型肝炎的機會是很少的。

B 型肝炎帶原者，除了會傳染 B 型肝炎給別人，其本身因病毒長期潛伏在肝細胞內，日子久了容易引起慢性肝炎(也就是表面抗原呈陽性反應持續半年以上)，再轉為肝硬化，不幸的話會演變成肝癌，根據國內數據統計，B 型肝炎帶原者得到肝癌的機會是非帶原者的一百五十倍以上。而肝硬化的病人每年約有 5% 的病人得到肝癌，因此預防得到 B 型肝炎感染是

避免得到肝癌的首要方法。

大多數的人得到 B 型肝炎時都沒有感到任何特別明顯的不舒服症狀，這可能是因為我們只須百分之廿的正常肝臟，就足以維持人體的正常代謝，加上肝臟本身沒有什麼神經存在，因此早期肝臟發炎常不會感到疼痛。等到病情漸漸惡化時才會開始經歷到一些常見的肝病的症狀，例如：疲倦、食慾不振、噁心、嘔吐、發燒、腹脹、黃疸(皮膚、眼白變黃、尿色變深)，嚴重的話會漸漸轉變成肝硬化，此時，諸如腹水、腹痛、四肢水腫、手掌紅斑、前胸蜘蛛狀血管腫、肝昏迷、吐血、便血、瘀青等症狀也就漸漸出現了。

想要知道自己是否受到 B 型肝炎的感染最簡單的方法是做 B 型肝炎篩檢，其檢查項目包括 B 型肝炎表面抗原，B 型肝炎核心抗體 (Hepatitis B Surface Antibody; HBsAb)，其中表面抗原會引起肝炎，表面抗體則有保護作用，但是核心抗體則不具保護的作用，以下表格可幫助您了解您是否感染 B 型肝炎：

HBsAg	HBcAb	HBsAb	解說
1. -	-	-	未受感染建議接種 B 型肝炎疫苗
2. -	-	+	接種過疫苗其保護作用仍有效
3. -	+	+	曾經得過 B 型肝炎，並已生表面抗體，對 B 型肝炎已終生免疫
4. +	-	-	B 型肝炎帶原者
5. -	+	-	曾經得過 B 型肝炎，但還沒有產生表面抗體，可能在復原期間

+陽性反應 -陰性反應

雖然百分之九十的台灣成年人都曾經得過 B 型肝炎，但是百分之五十到六十的人會自己產生有保護作

用的表面抗體而終身免於 B 型肝炎再感染，只有百分之十到廿的成人會成為慢性帶原者，如果帶原者體

內的病毒量很高，(也就是病毒不斷的在繁殖)，那麼可能隨時都有急性肝炎再發作，反之如果帶原者體內的病毒停止繁殖，那麼肝發炎的現象就漸趨穩定，肝臟功能也有可能轉好，這時我們稱這些帶原者是健康帶原者。

很多人以為肝功能指標(例如 GOT 又稱 AST 或 GPT 雙稱 ALT)正常就表示沒有肝病，其實這是不正確的觀念，因為肝功能指標的數值有時後與肝臟發炎的程度或症狀的嚴重與否不一定有直接的關係。其實很多慢性帶原者，肝硬化者，或肝癌患者，他們的早期肝功能指標檢查都是正常的，此外，多數患有急性 B 型肝炎的帶原者，其肝功能指標往往先是升高許多，然後常在不須任何藥物治療之下又回降到正常值，如此反反覆覆發作多次，所以說當指標回復到正常範圍內何時並不代表就沒有肝病了。因此肝病的診斷常常須要藉其他輔助性的檢查及超音波檢查甚至肝穿刺才能做出最正確的判斷。

預防受到 B 型肝炎感染的方法除了避免可能的傳染途徑之外，最好的方法就是接受 B 型肝炎疫苗(Hepatitis B Vaccine; Engerix-B®, RecombivaxHB®)，如果您未受到 B 型肝炎感染(表面抗原，核心抗體及表面抗體均呈陰性)那您應接受三劑疫苗注射，不同廠牌的疫苗，接種的時間略有不同，但一般來說，六個月內打三針，其保護效果至少可持續十年以上，如果急須產生免疫力的話，可在二個月內打三針效果也不差。

B 型肝炎的治療在最近幾年來有重大的突破，目前美國食品檢驗局正式核准用來治療 B 型肝炎的藥包括干擾素(Interferon)注射劑及 Lamivudine (Epivir HBV®)口服錠劑。

干擾素目前有多種不同廠牌(Intron A®, Roferon®, Alferon®)，因為使用的劑量不同，因此，使用時最好

不要交互使用，干擾素除了可以抑制病繁殖進而減少肝臟發炎的程度，有時候，甚至可以清除表面抗原。只是一般亞洲帶原者對干擾素的治療效果都不是很好，加上干擾素在使用上不是很方便，也頗具有輕微的副作用，因此使用上不是很方便，因此使用干擾素注射治療，在亞洲方面不是很普遍。

干擾素的使用方法及使用劑量必須在專科醫師的指示下使用才可，因為不是所有 B 型肝炎帶原者都適合使用，劑量也須依反應效果及副作用而調整。因此與專科醫師密切配合是很重要的。

常見的副作用包括：類似感冒的症狀、頭痛、發燒、疲倦感、食慾不振、噁心、瀉肚、易怒、憂鬱、焦躁、掉發、容易感染、容易瘀血或流鼻血等等。一般如果改在晚間注意干擾素，並且在注射前先服用退燒藥及抗過敏藥，並喝大量液體可以降低一些副作用的發作。

Epivir-HBV 口服錠劑早在 1995 年底方正式通過也可用來治療愛滋病，直到 1998 年底方正式通過也可用來抑制 B 型肝炎病毒繁殖進而改變發炎的種度。可惜 Epivir 沒有清除表面抗原的效果，所謂只能治標不能治本，但是使用上比起干擾素方便許多(一天一顆)，而且沒有什麼副作用，因此目前只要是帶原者，並且抽血檢驗證實病毒仍大量繁殖中的患者，大都會受惠於 Epivir-HBV 的治療。

如果 B 型肝炎已經嚴重到肝硬化的地步時，藥物治療往往無效，此時，唯一的方法就是接受肝臟移植，早在 1995 年以前 B 型肝炎患者換完肝以後常常又有 B 型肝炎復發，而且復發時的症狀比換肝前的症狀更兇猛，因此早期很多肝移植中心不做 B 型肝炎換肝手術。自從 Epivir 上市後加上定期注射 B 型肝炎免疫球蛋白，B 型肝炎患者接受肝臟移植後幾乎都能免於 B 型肝炎再復發，而且其成功率與因其它肝病而接

受換肝者是一樣的，因此肝臟移植已經正式被承認可以用來治療末期 B 型肝炎了。

C 型肝炎(Hepatitis C)

所謂 C 型肝炎也就是以前所稱的非 A，非 B 型肝炎。C 型肝炎的傳染途徑與 B 型肝炎非常相似，主要是由體液或血液傳染。全台灣據估計約有 2%-4% 的人口感染到 C 型肝炎。這種比例與北美洲國家的報導剛好相反。在美國地區患有 C 型肝炎的患者(-1.8%) 比 B 型肝炎的患者(-0.5%) 高出 3-4 倍。

自從民國 81 年台灣的捐血中心開始對捐血者全面做 C 型肝炎篩檢，因此國人因為輸血而感染到 C 型肝炎的機會大幅降低。雖然 C 型肝炎的傳染途徑與 B 型相似，但是因母子(垂直)傳染，性交或口吻而感染上 C 型肝炎的機率卻沒有 B 型肝炎那樣高。這可能是因為 C 型肝炎病毒(Hepatitis C virus)在血液中的含量沒有很高，所以較不會經由生產或性交過程傳染，但是也不可掉以輕心，同樣的道理因由共用碗筷而感染上 C 型肝炎的機率是很微小的。

C 型肝炎患者除了會經由體液及血液傳染給別人之外，其本身也會因肝病毒長期潛伏在肝細胞內而轉變成慢性肝炎(當 C 型病毒在體內超過 6 個以上)，肝硬化，最後也像 B 型肝炎帶原者一樣很容易得到肝癌。據統計百分之 85 的 C 肝患者會轉變成慢性肝炎，其中的百分之 20 到 50 經過 10-20 年後會進一步演變成肝硬化，而百分之 20 的肝硬化者最後可能會得到肝癌。因此 C 肝患者除了認真執行保肝法則以外更須要定期接受肝癌追蹤檢查，詳細建議參閱 B 型肝炎的保肝方法與追蹤檢查項目。

C 型肝炎的症狀及肝功能指標異常情形與 B 型肝炎也非常類似，在此就不再重覆陳述(請參閱 B 型肝

炎的部分)。

那些人應該接受 C 型肝炎篩檢呢？目前專家的建議是如果您的 ALT(肝功能指數)不正常或者您得到 C 型肝炎感染的可能性很高的話(例如常須與患有 C 型肝炎的患者接觸的醫療人員或家屬)那麼您就應該接受 C 型肝炎篩檢。

C 型肝炎的篩檢方法在過去 10 年來進步許多，大致可分為三種；EIA,RIBA,PCR。如果檢驗結果呈陽性反應(也就是代表體內具有 C 型肝炎病毒抗體)就表示有感染到 C 型肝炎。這點和 B 型肝炎的篩檢就大大不同了，因為 B 型表面抗體具有保護作用，如果呈陽性反應表示有免疫能力。但是 C 型抗體不具保護作用，反而帶有侵害肝細胞的能力，因此 C 型抗體檢查呈陽性反應表示受到 C 型肝炎病毒感染了。

一般來說 C 型肝炎檢驗的準確度以 PCR 最佳，EIA 最差，RIBA 其次。可是檢驗過程所須的時間及操作過程則以 EIA 最快最簡單而 PCR 最耗時也最複雜，因此，EIA 方式常被用來當做最基本的 C 型肝炎篩檢方式(當然其費用也較低廉也是原因之一)。如果 EIA 的報告結果呈陽性反應，那麼就須再作更進一步的再確認工作(例如 PCR 或 RIBA)，這是因為 EIA 常會有假陽性的錯誤結果。但是對於多年洗腎的民眾或患有免疫系統疾病的患者，EIA 檢查則常會有假陽性的結果。對於這類患者 RIBA 或 PCI 檢驗方式可能會比較準確。

預防受到 C 型肝炎感染的方法只能由避免受到任何能感染途徑的傳染著手。因為截至目前為止，C 型肝炎仍然沒有有效的疫苗可以用來預防。

雖然藥物的使用對 C 型肝炎還未能達到百分之百的絕對有效，但是過去幾年的研究努力也已經由數年前的干擾素(Interferon)注射(效果只有大約 15%)進步到目前的 Ribavirin(Rebetol)口服膠囊干擾素注射劑

合併藥物使用(此合併藥又稱 Rebetron)。

根據最近的研究報告指出這種口服及注射變管齊下的合併治療效果比單獨使用干擾素高出許多。尤其是對早期使用干擾素單獨治療而無效的 C 型肝炎患者而言，使用合併治療(Rebetron)後百分之 40-50 的患者其血液中的 C 型病毒抗體會消失(也就是說 PCR 呈陰性)，而且肝組織或肝功能指數也會略為轉好。可惜的是並不是所有 C 型肝炎患者都適合接受 Rebetron 的治療，因此患者千萬不可以在沒有專科醫師的指示下自行使用干擾素或 Ribavirin 或 Rebetron。

關於干擾素的使用方法及其常見的副作用已經在 B 型肝炎部分討論過了(請參閱該部分)，在此就不再陳述。

Ribavirin 膠囊劑是在去年 6 月才由美國食品藥物檢驗局正式通過可與干擾素合併使用用來治療 C 型肝炎。Ribavirin 的使用方法及劑量務必在專科醫師的指示下方可使用。因為 Ribavirin 使用後常會引起血球數降低現象，例如嚴重貧血，易出血，瘀血或易得到感染等等症狀，因此，與專科醫師配合，適時抽血檢查及調查劑量是很重要的。此外 Ribavirin 可能對胎兒的發育有嚴重的影響，因此不論是男性或女性患者在服用此藥期間以及停藥後 6 個月內都必須使用適當的避孕方法。如同 B 型肝炎一樣，如果 C 型肝炎已經嚴重到肝硬化末期了，此時唯有接受肝臟移植手術才能挽救患者的生命。一般藥物治療反而會加速肝硬化末期患者的病況惡化。在美國三分之一的換肝者是因為 C 型肝炎引起的肝硬化而須接受肝臟移植手

術。目前換肝後第一年的存活率大約在 80-85%，雖然大多 C 型肝炎患者換完肝後幾乎都會存 C 型肝炎再復發。所幸的是復發性的 C 型肝炎症狀都比換肝前的症狀來的緩和加上有 Ribavirin 的合併藥物治療換肝者的長期存活率與因其它原因接受換肝手術的患者差不多。

只有極少數的帶原者在常期服用 Epivir 後，其體內的病毒偶爾會產生突變，因而降低 Epivir 的療效。不過一般來說按時服用 Epivir 是很重要的。因為斷斷續續的服用 Epivir 很容易使病毒對此藥產生抗藥性，如此一來 Epivir 就無效了。

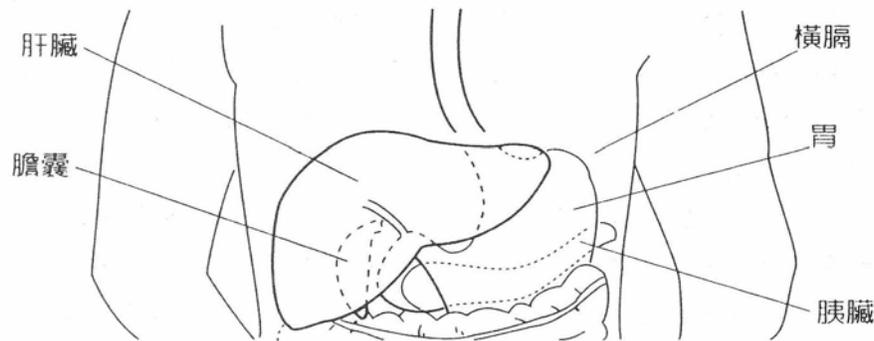
由於干擾素及 Epivir 都可能對胎兒的發育有不正常的影響，一般患者在使用這類藥物期間應該使用適當的避孕方法。最好在未使用這類藥物前就先與您的專科醫師仔細商討。

患有肝病的患者最重要的是要懂得如何照顧自己的肝臟，例如：不熬夜、不喝酒、不亂服藥物(尤其是安眠藥、止痛藥等等)，不亂服中藥、注意飲食均衡，少吃醃、燻、燒烤、發酵過的食物，多吃新鮮蔬果，不吃太鹹或太油或添加太多人工香料的食品，都是保肝的秘訣。

前面我們提到過慢性帶原者日後得到肝癌的機率很高，因此，醫生專家們建議，每四至六個月追蹤檢查胎兒蛋白指數(Alpha Fetoprotein ;AFP,又稱肝癌指數),腹部超音波及肝功能指標。因為萬一不幸發現的太晚而無法接受有效的治療，所以在此奉勸慢性帶原者務必定期追蹤檢查肝臟的狀況。

肝癌-病人與家屬須知

閻雲醫師整理



前言

肝癌在亞洲及非洲是常見的癌症之一，每年全球有一百二十五萬人死於肝癌，美國每年有一萬三千個新病例被發現，根據中華民國衛生署民國八十六年六月出版的「民國八十三年癌症登記報告」，肝癌發生率的排名於男性為第一位、女性為第五位；死亡率的排名於男性為第一位，女性為第二位。民國八十五年度死於肝癌的全國總人數總共有 5794 人，因此推算出每十萬人中的死亡率已達 27.02 的新高點。台灣地區現今每五名死於癌症的病人中，就有一人是死於肝癌。全球之統計顯示病人從診斷到死亡之平均存活期為六個月。

由於肝癌在早期階段幾乎感覺不到任何的不適，常會延誤了最佳治療時機，可是當有症狀出現的時候，又往往已經是癌症晚期，病人的狀況常會在短時間內急劇轉變。因此病人與家屬必須對此疾病有一定的瞭解。

肝臟的構造與功能

構造

肝臟是人體內最大的器官，位於人體的右上腹腔

內，橫膈膜的下方，肝臟和一些器官的位置並列包括：食道、胃，一部份的小腸及大腸、胰臟的頭部。因為與肝臟並列的器官不少，所以當肝臟有問題時，有時症狀並不容易會引起病人的警覺。肝臟外觀上看起來分為左右兩葉，其中右葉較大，約佔肝的五分之三。肝葉由許多肝小葉所構成，成人的肝重量約為 1.2 公斤。正常的肝臟可以切除百分之八十，剩下的百分之二十就可以維持人體正常生理機能。

功能

肝臟執行很多重要的功能，包括：

1. 製造膽汁。
2. 製造人體內的抗凝劑及血漿蛋白。
3. 吞噬已破壞的紅血球、白血球及一些細菌。
4. 解毒作用。
5. 葡萄糖的產生及貯存。
6. 進行營養的代謝反應等。

什麼是肝癌

何謂癌症

要了解肝癌首先要知道何謂癌症？直接了當的

說，「癌症」就是惡性腫瘤，常被用來指稱癌症的英文單字是「Cancer」。發生在人體身上的癌種類，估計有兩百種以上。人體是由無數個正常細胞所組成的個體，一般構成身體組織的健康細胞，他們的生長、分裂、修復是有一定的規律，這種過程使得身體保有良好的修復功能。可是，細胞有時候會失去控制生長的能力，增生得太快又雜亂無序，結果製造了過多的組織，也就生成了所謂的腫瘤。而腫瘤又有良性與惡性之分。

●良性的腫瘤不是癌症。它們通常可以切除，而且大都不會再復發，不會蔓延至身體的其他部位，也絕少威脅我們的生命。肝上有許多種良性瘤，因此，一旦在肝上發現腫塊不一定就表示是癌，必須進一步切片鑑定才可診斷。

●惡性腫瘤就是癌症。癌細胞會侵犯、破壞鄰近的組織和器官，而且癌細胞會從惡性腫瘤脫離進入血液及淋巴系統，進而蔓延到身體其他部份，這種蔓延的過程我們稱為「遠端轉移」。即使癌細胞已經從組織切除了，有時候仍會復發，因為腫瘤有可能在切除之前已經在體內蔓延開來。

肝臟有四種原發癌：(1)肝細胞癌(約 80%)、(2)膽管癌(約 20%)、(3)混合性肝細胞及膽管癌(少見)、(4)其他例如小細胞從淋巴癌神經內分泌腫瘤等(非常少見)。約有 60~80% 肝細胞癌的病例是發生於肝硬化之後，相反的，膽管癌與肝硬化無關。肝癌大多發生在男性，女性較少。男女比例大約在 5~6:1 之間。

肝癌的成因

引起肝癌的成因相當的多，大約可歸納出以下幾點：

- 病毒引起的如：B 型肝炎病毒、C 型肝炎病毒。
- 化學物質引起的如：黃麴毒素、酒精、砒。
- 寄生蟲引起的如：中華肝吸蟲、日本血吸蟲(寄生蟲膽管癌發生率較高的是東南亞地區)。

在亞洲地區引起肝癌最重要的原因是 B 型肝炎病毒感染，約佔 10~15%。歐美地區則以 C 型肝炎為主因，B 型或 C 型肝炎病毒以及酒精等在引發肝癌產生之前，都會經過一段漫長的慢性肝炎期。在這段時間，病患經過多次的肝炎發作後，肝臟受到破壞，產生纖維化，並經過再生形成結節，使肝臟循環系統發生改變，最後形成肝硬化。肝臟硬化後，人體免疫力降低，變異的細胞也逐漸失去控制而長成癌症，約 80~90% 的肝癌病人在肝癌產生前都有肝硬化。攝取黃麴素的食品，也有很高的致癌率，花生是豆殼類中最容易受麴素污染的。根據研究，除了鳥腳病多的地區外，雲林、彰化、澎湖沿海的肝癌發生率也比較高，可能與當地種植花生有關。

肝癌的症狀

肝癌在腫瘤尚小的時候(小於 3 公分)，可以說大都沒有特殊的病狀。肝癌的症狀常見的包括右上腹痛，這種痛為“悶悶的”、“酸酸的”隱隱作痛、也可以突然的痛。可侷限在右上腹，也可以放射到背部上方或肩部。其次是發燒、全身倦怠、食欲不振、體重減輕等。若是病人原先就有肝硬化的病狀，就可能有腹水、食道靜脈曲張等症狀加重的情形出現。通常肝癌早期並不會出現黃疸，一旦病人出現黃疸時，多半已進入晚期。

由於肝臟內沒有什麼神經，只有肝臟表面的包膜才有神經，因此，一般慢性肝炎、肝硬化是不會痛的，只有在肝癌很大時把包膜撐開才會脹痛。所以當有疼

痛發生的時候，表示可能有破裂出血或已經轉移出去，侵犯到神經了。另外由於肝臟都躲在右邊肋骨後面，只有左葉肝臟一小部份露出於肋骨之外。因此，右葉肝臟長了肝癌一般是摸不到的。除非肝癌往下面長得很大才摸得到；肝臟左葉因露出的部份比較多，如果有肝癌比較容易摸得到。總之，只要肝臟摸到腫塊，表示肝癌很大了。

少數的病人原本沒有任何症狀，卻由於肝癌的自然破裂，造成腹腔內大出血，而以嚴重的腹部反而沒有任何症狀，卻因癌細胞轉移至骨骼、腎、肺、或其他器官部位，而出現所謂的轉移性病徵，如骨頭痛、骨折或神經壓迫等症狀，才發現是肝癌。

肝癌的診斷及分期

診斷

肝癌早期發現的簡易方法是抽血檢查血清中的甲型胎兒蛋白(alfa-fetoprotein 簡稱 AEP)及腹部超音波檢查。除此之外，尚須實驗室的血清生化檢查、電腦斷層攝影、血管 X 光顯影術、肝臟活體組織切片檢查等檢查與甲型胎兒蛋白及腹部超音波檢查相輔相成，而非可以互相取代。以下為您一一介紹各種診斷的方式：

●實驗室檢查

1. 血清生化檢查：原發性肝癌在肝臟機能檢查方面不太有重要的變化。但一個長期有肝臟病變的病人在追蹤的過程中如有 GOT/GPT 突然升高，超過 3~4 倍以上，則應該考慮是否有肝癌的可能。
2. 甲種胎兒蛋白(AFP)：胎兒蛋白是在胎兒期出現的一種蛋白，在出生後就會慢慢消失，但是在肝炎急性發作、肝硬化、肝癌或是得到其他腫瘤如生殖母細胞

瘤(Germ Cell Tumor)時，胎兒蛋白指數則會升高，胎兒蛋白的正常值為 20ng/ml 以下。胎兒蛋白的特異性高，也就是說胎兒蛋白無緣無故超過 400ng/ml 以上時，約 95%以上可以斷定有肝癌的產生。不過依統計數字來看，台灣的統計指出，約有三分之一的肝癌病人胎兒蛋白是正常的，所以單靠胎兒蛋白有無升高來診斷肝癌是不夠的，有時往往會被誤診沒有肝癌。此外，肝癌腫瘤之大小與胎兒蛋白指數之高低沒有一定比例關係。

●影像學檢查：

1. 超音波檢查(ultrasonography)：由於超音波檢查不具侵襲性、花費不高、安全性佳，所以一般被列入第一線檢查。一張經驗豐富、技術純熟的醫師甚至可以找到直徑小於一、二公分的肝腫瘤。但是超音波檢查的準確性常常會因(1)檢查者的技術、判讀能力及細心程度不足(2)超音波特有的死角，如橫隔膜下方，肝的邊緣區(3)病人的體型、肥胖度、腹壁脹氣等因素而受到影響。
2. 電腦斷層攝影(CT Scan)：電腦斷層攝影可以提供腫瘤正確的位置、周圍器官的相互關係、有無淋巴結的轉移；且不受氣體的影響，等於沒有死角，以讓醫師作為極佳的參考，對治療方式的選擇有所助益。但電腦斷層攝影受儀器角度的限制，只能作橫切面，再加上病人檢查時呼吸的影響，故就小型肝癌而言，有時電腦斷層攝影反而照不出來。
3. 血管 X 光顯影術(angiography)：這項檢查常被簡稱為「血管攝影」。血管攝影需由腹股溝動脈注射顯影劑，由於有相當的侵襲性，病人會感覺不舒服且需承受危險的壓力。可是經由血管攝影可以清楚的顯示，

供給肝癌營養的血管有無異常？門靜脈有無栓塞？對外科醫師手術時，可提供許多實質的幫助。

4. MRI Scan：近年來，MRI Scan 也用來作為診斷工具，一般只建議用在 CT Scan 找不到的時候才加作此項以便找到小型(1~2cm)的癌塊。

活體組織切片檢查(biopsy)：

要確立肝癌診斷，最可靠重要的根據就是切片結果，若沒有切片結果證明，所有的臨床檢驗只能說非常可能是「肝癌」罷了。一般的病人或家屬在一聽到切片檢查時往往會感到恐懼，認為如果作了切片檢查會造成癌症的擴散進而威脅到生命，常會考慮再三的拒絕。事實上，這樣的機率是相當的低；從前活體穿刺檢查，由於穿刺的針相當的粗，在穿刺的過程中常造成病人的不舒服，且會產生一些併發症。但新近的檢查，由於使用較小的針及選用抽吸的方式，已經降低了可能的危險性。此外，不經切片，無法診斷是否為其他可治療的腫瘤，也造成無意義的自我焦慮，有時比切片本身還危險。

分期

目前肝癌的分期並沒有所謂的標準分期，而且在台灣及亞洲地區當病人被診斷出來是肝癌時，常常已經是晚期了。

肝癌的手術治療及副作用

肝癌的治療目前仍以開刀切除為優先治療方式。肝癌手術的目的，主要是將肝癌病變的部份切除，而且切除的邊緣至少須距病變部位有一公分以上，才算安全切除。肝癌若是能完全切除，存活率最高，病人尚未出現症狀時即予開刀，五年存活率一般

可在 50% 上下；但如等到出現症狀後才處理時，臨床上則只有 63% 勉強可以開刀切除，但五年存活率僅有 5% 左右。判斷病人是否能開刀，必須從二方面去評估；一為解剖學上評估，看腫瘤位於肝臟何處、大小、數目與肝臟內血管位置的關係、有無轉移等，皆是判讀的重要依據。二為功能上的評估，要看肝臟殘留的功能有多少，同時必須檢查凝血功能、血小板數目、黃疸指數等等檢驗。病人如果有肝硬化時，而貿然作肝臟切除，可能會造成手術後肝衰竭而危害病人生命或生活品質。

目前，並沒有絕對可靠的來決定肝切除後的剩餘肝臟的功能，但是，一般來說，如果病人沒有肝硬化，而作百分之七十五以內的切除，病人仍可能足以存活。手術引起的死亡率在百分之五至八之間，約百分之十五左右的病人在手術後發生併發症，包括肋膜積水、發燒、感染、胃腸出血等等。

預後及追蹤

整體而言，肝癌的預後並不佳。大部分病人在診斷出肝癌後都已屬末期，平均只能活 3~6 個月左右，即使能夠切除或栓塞，也可能因為重度硬化而無法長期存活，所以肝癌患者能活過三年以上的機會不到 40%，能活過 5 年更不到 20%。

一般而言，年齡越大，甲型胎兒蛋白(AFP)越高、殘留的肝功能越差，預後越差。腫瘤越大、長的越快、附近肝門靜脈或其他血管已被侵犯的，預後也越差。

心理調適與支持

肝癌病人以男性居多而且年齡從約 35 歲開始就有往上攀升的趨勢，於 65 歲左右達到最高峰。當亞洲各國經濟起飛後，各地漸漸進入高齡化社會，大多數病患的罹病年齡算是青壯年期，一旦被診斷為肝癌

時，又因疾病來勢凶凶，心理的衝擊會相當的大，並且極易產生情緒上的困擾。

病人和他們的親友可能會拒絕接受事實、感到憤怒或沮喪，這些是人們突然之間被診斷罹患重病之後正常的反應。有些處境相同的病人發現，如果他們能夠敞開心胸，與照護他們的人好好談一談病情及心理的感受，會比較容易調適情緒。另一個常見的現象是，病人會為疾病的相關檢驗、治療、住院、醫療費用...種種事情感到憂慮煩燥，這時候，不妨去找醫生、護士或是醫療團隊的其他成員談談，相信也會有助於舒緩內心的恐懼，減少心中的困惑。在決定治療方式時，病人可以扮演主動的角色，仔細詢問病情並比較各種選擇。病人和親友時常發現，採用這樣的作法可以帶來很大的助益，以及可能必須付出的代價。另外當想到有什麼問題時，就隨時把它記下來，這樣會比較容易記住醫生說過的話。病人有任何不清楚的地方，都應該要求醫生逐一解釋。病人在治療過程中會面臨很多的問題，醫生是這些問題最好的解答者。大部份的人都會想知道自己的癌症已經是那一期了？治療成功的可能性有多少？

《建議小語》

下面列出了一些其他的問題，供您如何詢問醫生：

- * 我應該選擇那種治療方式？
- * 這種治療方法的好處是什麼？
- * 治療有沒有什麼危險和副作用？
- * 多久治療一次？
- * 我如何知道治療的效果？
- * 我該調適自己的正常活動嗎？如果要那些活動是需要調整的呢？
- * 我需要特別的飲食嗎？
- * 治療期間可以維持目前的工作嗎？

* 多久返院檢查一次？

要提供關於治療、工作、日常生活的種種建議，醫生是最佳人選；若還希望可以有人一起討論未來、家庭關係、財務等問題，則可以找護士、社工人員、心理治療師、宗教人士談一談，那會有很大的幫助。和所愛的人分享內心的感覺，會讓大家都舒服一點；不要封閉自我，應該坦然地接受別人的關心和支援。許多病人都覺得，和其他有相同問題的人一起分享經驗，會有助於自己的調適；病人可以藉由支持性團體和其他癌症病人交流。勇敢地面對疾病，並不是一件容易的事。圖書館提供許多關於這方面的書籍和文章，癌症病人和親友可以由此得到更多的建議與幫助。如果有充足的資訊及支援服務，病人和照護他們的人，會比較容易學會如何面對癌症帶來的改變。通常醫院的社工可以建議該縣市相關機構，來提供有關情緒支持、財務支持、居家照護各方面的幫助。

研究與展望

東方人肝癌患者人數極多，且相當的比率患者無法接受手術、經導管動脈栓塞、酒精注射等療法。所以腫瘤科醫師亦致力於開發肝癌的合併性療法，其中包括：荷爾蒙治療加上化學治療、新劑型的化學藥物、化學藥物加上甲型式干擾素....等臨床試驗在進行中，目前基因治療已在研究中，期待不久的將來，能有更好的治療成績。由於肝癌不但是罹患率高，而預後又差，所以肝癌防治的第一步應該是減少肝癌的發生，其次才是早期發現，即早治療。

一般民眾的肝癌防治

想要減少肝癌的發生，當然必須去除病因，在十五年前於全球率先實新生兒全面接種 B 型肝炎疫苗政

策，台大醫院最新跨際研究也證實，注射 B 型肝炎疫苗可減少肝癌的發生，這項研究成果獲全球醫學界的肯定。研究發現 1974 年至民國 1984 年出生的兒童，在六至九歲的肝癌發生率為每十萬人有 0.52 例，但 1984 年至 1988 年出生者則

降至 0.13 例，這個報告顯示有接種疫苗者，其罹患危險率降低為四分之一。目前國小一年級的學童 B 型肝炎帶原率從接種前的 10.5% 降為 1.7%，所以我們可預期台灣的下一代罹患 B 型肝炎、肝硬化、肝癌的危險性將大幅降低。除了新生兒之外，未曾感染過肝炎抗原的一般發眾，也應主動接種疫苗。目前台灣有兩百八十萬 B 型肝炎帶原人口，研究單位也朝著研究治療性 B 型肝炎的新藥物上邁進。

至於 C 型肝炎方面國內帶原人口約有四、五十萬人也亟待重視。C 型肝炎病毒變異性相當快，研發疫苗不易，目前以干擾素治療，以期減少日後演變成肝硬化、肝癌的機會。

至於日常生活中，盡量選取天然而新鮮的食物，避免使用防腐劑、色素及人工香料的添加如：香腸、臘肉、魚丸、罐頭食品、速食麵、鮮艷糖果……等。禁止酗酒及不必要的藥物、尤其勿亂服成藥及成分不明的中藥。勿接受不必要的注射。

高危險群病人的定期追蹤

有一些比較容易得到肝癌，我們稱這些人為高危

險群。包括：

- 慢性肝炎病人。
- B 型肝炎帶原及 C 型肝炎感染者。
- 肝硬化病人。
- 家族中曾有過肝癌病人的一等親屬。

為了能早期發現肝癌，台灣衛生署自 1992 年開始提供肝癌家屬免費篩檢，篩檢對象為：

(1)初檢者：

A.肝癌病患的祖父母、父母、兄弟姐妹、子女、孫子女。若為子女或孫子女者需年滿三十五歲。

B.直系血親家屬中有二位或二位以上肝癌患者，其家屬可列入篩檢對象，若家屬子女或孫子女者需年滿二十歲。篩檢項目包括：肝功能檢查、B 型肝炎表面抗原、C 型肝炎抗體、血清甲型胎兒蛋白和腹部超音波檢查。

(2)複檢者：

初檢結果為：慢性肝炎、肝硬化者，每半年做一次複檢。B 型肝炎帶原者、C 型肝炎抗體陽性者，則每年做一次複檢。複檢項目包括：肝功能檢查、血清甲型胎兒蛋白和腹部超音波檢查。根據報告顯示，無症狀腫瘤長大一倍的時間平均為 4-5 個月(由一公分到三公分約 4.6 個月)，其一年檢出率約有百分之一，所以定期追蹤實在有其必要性。

(資料來自：德桃癌症對策，New England Journal of Medicine 1995; 332; 1256-61,A.Y.A.K Consulting Inc.)

華人癌症致死兩大兇手 —肝癌，與 B 型肝炎

腸胃科 臧大同醫學博士



前言

每年有上百萬人因此喪生。肝癌的原因有幾種，但其中最重要的便是由 B 型肝炎病毒(Hepatitis B Virus-HBV)所引起。細菌是一種單細胞生物，而病毒比細菌或人體細胞還要小幾百倍，它是細胞的寄生體。全世界有二億以上的帶 B 型肝炎病毒者或 HBV 攜帶者(HBV Carrier)，而絕大部分的帶病毒者在中國。其他亞非國家或南歐地中海沿岸國家也不少。帶 B 型肝炎病毒者的約百分之十，會得肝癌。換句話說，今後幾十年內會有兩千萬人將得肝癌。這種病是否可以早期發現，治療或根除呢？

背景

肝炎病毒至少分 A、B、C、D、E 及 F、G 七種。華人最容易得的是 A 與 B 型肝炎。A 型由飲食傳染，不會慢性化不會導致肝癌。B 型肝炎由血液或粘膜傳染。華人口至少百分之十到十五是攜帶病毒者(HBV Carrier)，在台灣全人口有百分之九十都曾經接觸到 HBV，而大約百分之十的人成為帶病毒者或慢性化而可能導致肝硬化或肝癌。那麼血液或粘膜傳染又是怎麼一回事呢？

傳染途徑

為什麼 B 型肝炎在中國這麼普遍？這和它的傳染方式有關係。血液傳染包括(1)孕婦生產傳染，(2)輸血傳染，(3)針頭傳染。輸血傳染是最明顯的傳染途徑。其次，醫務人員偶爾不小心會把給病人抽血用的針頭或玻璃無意中刺到自己，或另一位無病的人，而因此感染。針頭消毒不完全會由一個病人到另外一位無病的人。在美國軍隊里，三十多年前集體種黃熱病疫苗時，有一個軍人是帶病毒者，由於使用同一根針頭，數百人因此受了傳染。在中國的 B 型肝炎血液傳染，最主要的是由於帶病毒孕婦生產時，直接傳染給新生兒所致。百分之十五的華人女性是健康帶病毒者。可是她們並不一定有自覺症狀。她們在生產的時候將病毒傳染給無辜的下一代，而她們本身也可能是被同樣的途徑在新生嬰兒時候被傳染的。如此一代一代的傳染下去，便成了一種所謂華人的風土病(Endemic)。除此之外，粘膜傳染途徑主要指性關係傳染。因此，B 型肝炎的傳染模式和愛滋病的非常相像。

B 型肝炎的後果

百分之九十得 B 型肝炎的人，體內免疫系統將去除了所有被病毒感染的細胞，而得痊癒。可是百分之十

的被感染者會慢性化,而體內繼續帶著病毒,而成了帶 B 型肝炎病毒者(HBV Carrier)。帶病毒者(Carrier)有的會繼續患慢性肝炎(Chronic Hepatitis B),有的會成為健康帶病毒者(Asymptomatic Carrier)。慢性肝炎患者,在幾十年之內,很可能得肝硬化而喪生。任何一種帶病毒者,無論是否有肝炎,都可能傳染給別人,並且他有百分之十的可能性患肝癌。

被感染 B 型肝炎病毒的年齡越小,越容易慢性化。新生嬰兒被感染最容易慢性化,幼兒次之。有如此嚴重後果的疾病,如何去發現,診斷或治療呢?

肝炎的症狀

絕大部分的被感染 B 型肝炎的人,沒有自覺症狀。在不知不覺中痊癒或慢性化。小部分有症狀的人,常會有倦怠感,微燒,嚴重起來會有黃膽(皮膚和眼白變黃,大便變白)的現象。最嚴重的病情叫做突發性肝炎(Fulminant Hepatitis),不但會有以上的病狀,還會有肝功能衰退而出血或昏迷而死亡。慢性肝炎的後果之一是肝硬化。肝硬化的最明顯症狀是腹膜積水而腹部突出、容易流血等。

肝癌的症狀

換句話說要治肝癌,不能靠病人的症狀。那麼要靠那些檢查才能在沒有症狀的病人中找出線索呢?

診斷

肝炎的客觀診斷,由一種驗血結果來判斷:它叫做 ALT 或 SGPT。任何肝炎,都會引起這種血液指數上升。B 型肝炎病毒不是唯一的肝炎的病因。其他原因包括:別種的病毒或化學藥物(例如酒精)。任何病因引起了肝炎,都會讓血液中的 ALT 值增加。那麼如何決定肝炎的原因是 B 型肝炎病毒呢?有一種特

殊的血液檢查,稱為 B 型肝炎病毒表面抗原(Hepatitis B Surface Antigen,HBsAg),可以判定某位肝炎患者,是否體內 B 型肝炎病毒。

一旦診斷了 B 型肝炎該怎麼辦?

如果有自覺症狀,應該治療自覺症狀。

如果沒有自覺症狀,只需要暫時觀察。

百分之九十患 B 型肝炎的人,在半年之內會痊癒。稱為『急性肝炎』,而其表面抗原會消失(HBsAg)。其餘的人(10%),會慢性化,而能繼續驗出表面抗原(HBsAg)。慢性化後,有人繼續會有 ALT 值上升,稱為『慢性肝炎』。另外有人 ALT 值會恢復正常,而不再患有肝炎。但是他繼續帶病毒,而繼續有表面抗原(HBsAg+),叫做『健康攜帶者』(Asymptomatic Carrier)。慢性肝炎可以治療。攜帶病毒者,若沒有肝炎,只需要觀察及定期檢查。

由於以上兩種慢性帶病毒狀況,都可能在十年到幾十年之內得肝癌(請看肝癌的早期發現),因此千萬不能由於沒有症狀而忽略。

肝炎治療

慢性肝炎,兩年前還無法治療,現在至少 B 型和 C 型肝炎,已經可以用干擾素(Interferon)治療。現在正有幾項臨床實驗,繼續觀察其他幾種干擾素,胸腺素(Thymosin)及拉母比丁(Lamivudine),對慢性病毒肝炎的效果。

如果肝炎治療成功,便可以防止肝硬化,或肝癌。

肝癌發現

任何癌症的根治,關鍵在於是否能夠在癌細胞沒有擴散前早期發現,趁早割除以期根治。肝癌也不例外。什麼人是肝癌發生可能性最大的人?什麼人應該

定期接受檢查?

任何 B 型肝炎病毒者,都有可能患肝癌。

並且接觸病毒年齡越小,其發炎程度越厲害,就越容易得肝癌。

目前有兩種互補的檢查方式。第一種是血液檢查,簡稱 AFP(Alpha Feta-Protein)。第二種是由超音波去觀肝的內部組織。0.5 公分以上的腫瘤可以檢查出來,腫瘤大小在 1 公分以下,尚可以說是早期發現,可以根治。AFP 每年最好檢查兩三次,超音波最好每年至少一次。

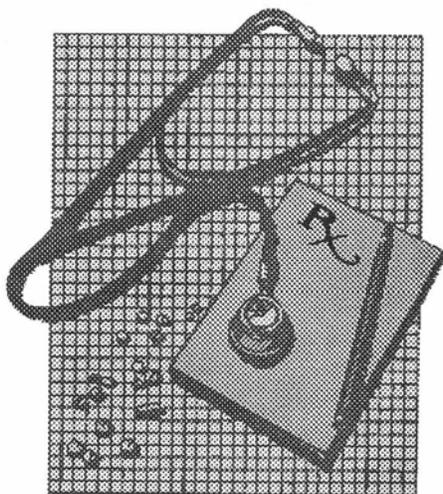
肝炎及肝癌的預防與根治

既然 B 型肝炎和肝癌是華人的風土病,是不是今後世代代又會傳下去呢?過去幾千年如此,今後幾世紀呢?以上說過,已經接觸到病毒的人,有肝炎的可以治療,有可能得癌症的可以早期發現割除。可是保守的看來,真正能夠防止肝炎進行成肝硬化或肝癌而得根治的人,恐怕不會過半數。最徹底的方法,還在對於 B 型肝炎病毒的預防。有沒有方法避免經過血液或黏膜傳染呢?由於現在任何捐血的人,都會查捐血人是否帶病毒,因此輸血比以前安全多了。不是非

輸血不可,盡量少輸血。不參與任何不正當,有危險的性行為。不參與打嗎啡。不用已經用過的針頭。醫藥人員特別小心不要被污染的針頭刺傷。

可惜新生嬰兒無法選擇母親是否帶病菌者(即華人婦女的百分之十五)。因此,當母親的應該負起責任,先檢查自己是否帶病毒者。如果是帶病毒(即 HBsAg+),那麼,在新生兒誕生時應該立即給他注射預防針及反 HBV 抗體。即使 B 型病毒侵入嬰兒體內,也可以阻擋它的傳染。醫藥人員如果被污染的針頭刺傷,也可以用以上方法。在台灣地區,現在每一位新生嬰兒無論如何,都應該注射以上兩種預防針。還有任何未接觸過 B 型肝炎病毒而有可能接觸它的人(可能是所有華人),都應該打預防針。

有關預防針的建議,並不是我在誇張,因為連在美國這種發生感染 B 型肝炎很低的國家,都已經推薦每個新生兒及兒童都打預防針。那麼,像華人這樣感染率極高的民族,每個人更是應該打預防針。由於醫藥科學的進步,我們可以向這個隱藏了幾千年的風土病做挑戰,將 B 型肝炎和肝癌從華人人口中根除。如果每一位華人能夠提高他對肝炎及肝癌的了解及警覺性,而得到適當的預防及治療,這個殺華人最大的兇手,可能在三代之內根除。



肝癌之非手術性治療

陳立宗醫師

國家衛生研究院台北榮總癌症合作病房



手

術切除在過去一直被當作是治療肝癌之唯一手段。當病人被診斷為肝癌且被告之無法手術切除時不啻足宣告患者死刑。然而肝癌之手術切除卻也有相當多之限制。除肝癌本身之大小、數目、位置是否有門靜脈栓塞或遠端之轉移外，其肝硬化之程度(因肝硬化嚴重者，接受部份肝切除或許會導致肝功能代償不全)。患者之年齡及身體狀況均可能影響患者接受手術之可能性。或許如此，在 1994 年之 4072 例肝癌個案中，接受手術治療者佔 10.5%，LI 有 23.9% 未接受治療，40.9% 僅接受支持性療法。當然，如此低之手術治療率，最主要之原因可能是多數之肝癌在診斷時，已是晚期而無法經由手術治療。然後相對的 65% 的患者未能接受治療或僅接受支持治療卻也顯得太高。因在過去一、二十年來的進步，許多未能接受手術治療的肝癌患者，仍有其他治療選擇。這些治療主要包播經導管動脈血管栓塞，經皮純酒精注射、冷凍療法、化學治療、荷爾蒙治療、放射線治療或免疫治療，除能有效改善患者不適的症狀，亦能處長部份患者之存活。

以下，我們將簡單介紹肝癌非手術性療法之治療步驟，其可能治療對象及療效。

經皮酒精注射 (Percutaneous Ethanol Injection)

此一方式為 Sugiura 等人於 1983 年開始應用於臨床，目前被認為是局部治療肝癌最有效的方法之一。其實施步驟如下：在局部麻醉下，以細長的針在超音波或

電腦斷層引導下穿透過皮膚將針頭插入腫瘤內，再將純酒精(99.5%)液緩慢注入病灶內，同時緩慢移動針頭位置以求酒精能均勻且適量的分佈於整個腫瘤及肝組織。利用高濃度酒精具有造成細胞脫水，凝固性壞死及血管栓塞之特性，來造成腫瘤內癌細胞之破壞。酒精注射後，抽出針之同時可注入局部麻醉劑來預防酒精經由治療細針之通道而滲入腹腔，並降低局部之疼痛。此一經皮酒精注射通常無法在單一注射下完全成功，而需分段施行，一般約每週二次而總計約需 4-6 次才能完成。若腫瘤太大，要將酒精均勻地分佈在腫瘤內是有其困難，所以目前此一方式之治療成績以小於 3 公分之肝癌為佳，大於 3 公分者通常需合併經導管動脈栓塞，才能有較佳之治療效果。因此一方式需將細長的針經皮膚穿透過肝臟表面而到達肝內腫瘤，所以有明顯腹水、有出血傾向及阻塞性黃疸之患者，並不適合接受此治療方式(因可能併發術後腹腔內出血或膽汁性腹膜炎)。

經此治療，患者通常接受定期之超音波或電腦斷層及血清甲種胎兒蛋白之追蹤檢查，若發現腫瘤壞死有不完整之情形，則患者需接受再次的酒精注射。此一治療方法對於 2-3 公分以下小型肝癌之療效約與手術切除相近，約半數之患者會有術後肝癌復發的情形，其兩年存活率約可達 65%-80%。

全身性化學治療 (Systemic Chemotherapy)

一般而言，單一處方之化學治療藥物對肝癌之治療效果均相當有限，緩解率皆局限在 10-20%，其中

以 doxorubicin(俗稱小紅莓)為代表藥物。而複方化學治療(Combination chemotherapy)，可以因肝癌本身既存之抗藥性及患者肝功能不良，而使得其治療效果並未能高於單方之化學治療且有更嚴重之副作用，所以，全身性化學治療一般僅用於無法接受其他治療患者之姑息性治療。然近年來，因國內肝癌患者人數漸多，且有相當比率之患者無法接受手術、經導管動脈栓塞、酒精注射等療法，所以國內腫瘤科醫師亦致力於肝癌全身性化學治療之開發。其中台大醫院以每週一次口服抗雌激素藥物(Tamoxifen)加上 doxorubicin 靜脈注射，治療進行性肝癌可獲致 30-40% 之緩解率(所謂緩解是指腫瘤經治療後，可測量腫瘤之面積總和減少 50% 以上，且效果維持 4 週以上)。目前國內有數個臨床試驗，試圖以新劑型的 doxorubicin(如 liposomal doxorubicin)，新的複方藥物治療或新的藥物治療來改進肝癌之治療。其中包括台大醫院的 liposomal doxorubicin 及 Tamoxifen/doxorubicin 加上甲型干擾素兩個臨床實驗、國家衛生研究院台北榮總合作病房之 liposomal doxorubicin 及和信治癌中心醫院之 thymitaq。其中 liposomal doxorubicin 是以 liposome 吸附 doxorubicin 來延長 doxorubicin 在血液中之半衰期並提高腫瘤內 doxorubicin 之濃度，而期待能改進療效。

冷凍治療(Cryotherapy)

此一方式乃利用腹腔鏡或剖腹探查術，然後在超音波引導下將其真空絕緣的冷凍探子(Cryoprobe)穿入腫瘤病灶內。而以液態氮(溫度為攝氏零下 196 度)為冷凍劑來降低探子之溫度而達破壞腫瘤組織之目的。如同酒精注射療法，為求腫瘤之根除，通常腫瘤四周約一公分之正常肝組織，所謂安全界限(Safety margin)亦需同時被冷凍。若腫瘤太大或數目較多時，因冷凍時間太長會造成患者不適及可能之副作用，所以一般冷凍治療通常施行於單一且小於 6 公分之腫瘤。另外因患者需接受剖腹探查術，所以對肝功能太差或有其他嚴重疾病而無法接受全身麻醉者，將無法接受此一

療法。其可能之副作用包括發燒、短暫性之肝功能上升、肋膜腔積水、低血糖及腎功能異常。

與經導管動脈栓塞者相較：經動脈栓塞侵襲性較低(不需全身麻醉)且台灣多數之轉介醫療中心均有動脈栓塞之設備及專家，更重要的是動脈栓塞之治療成績亦相當良好；所以冷凍療法在未來肝癌治療之應用上可能會相當有限。

經導管動脈化學栓塞(Transcatheter Arterial Chemoembolization)

基本經導管動脈化學栓塞結合了定位性化學治療(targeting chemotherapy)及動脈栓塞來治療肝癌。一般而言，人體組織養分(包括氧氣)之供應均來自動脈。所以特定地方之動脈發生了栓塞時，因組織無法接受到養分(特別是氧氣)之供應時，就會產生壞死，而使該器官之功能受到嚴重之損傷。例如：腦血管性栓塞俗稱“中風”會產生半身不遂；心臟血管栓塞可導致心肌梗塞，嚴重者會有心臟衰竭甚至死亡；腸繫膜血管栓塞，會導致腸壞死，進而產生穿孔、腹膜炎及敗血症。

那為什麼肝臟有肝癌時可用動脈栓塞來治療而不會引起肝衰竭？基本上正常肝臟組織本身有兩套血液供應系統，一個是肝動脈，另一個是門靜脈，前者來自心臟，後來則來自胃腸適之靜脈—主要是攜帶經胃腸道吸收之養分到肝臟進行進一步的處理。而這兩個血液供應系統對正常肝臟之養分供應事實上是相等的，而肝癌組織與其他人體組織一樣，其養分供應幾乎完全來自動脈(肝動脈為主)。所以有肝癌時，若把供應肝癌之肝動脈分枝，利用藥物加以栓塞時，因同時接受該肝動脈分枝供給養分之正常肝組織仍有第二條補給線—即門靜脈，所以正常肝臟組織所受傷害不會太大，但肝癌則可能會完全壞死。

那經導管栓塞怎做？需不需要開刀或麻醉？事實上，經導管動脈栓塞是個很簡單的過程，通常病患是平躺在血管攝影機之平台上，經局部消毒及麻醉後，醫師使用針頭，由鼠蹊部穿刺進入股動脈。當確

定針頭進入股動脈，再將導管置入，然後沿著股動脈，腹部大動脈而到達肝動脈內。然後先打顯影劑，作血管攝影，以確定肝癌的位置、數目及大小。然後醫師會把專管儘可能的送到肝癌的地方，然後利用機器將含 lipiodol(一種油性顯影劑)及化學抗癌藥物之混合溶液，經由導管打入血管內，所以它會塞住管徑很小之微血管而達到栓塞之效果，同時可延長化學藥物滯留之時間，以增進治療效果。

如此的治療方式，副作用較全身性化學治療來得輕微。而動脈栓塞導致之腫瘤壞死，則常伴有為期一週之發燒，若腫瘤較靠近肝表面，則腫瘤壞死引起之發炎性反應有時會刺激肝臟包莖膜(liver capsul)，甚至波及腹膜，而引起較嚴重之腹痛。但一般此類腹痛同發燒均只維持一週左右。若栓塞後，患者有持續之高燒及腹痛且為期超過一週以上時，則必須作超音波或腹部電腦斷層攝影來確定是否有並發感染(如肝膿腫，尤其好發於曾接受膽道手術者)或是否有栓塞之藥劑跑到供應其他器官之動脈，而造成該器官之缺血性壞死，其中最常見約為膽囊壞死，其次為缺血性胃、十二指腸炎及潰瘍而造成上消化道出血。

另外，下列患者並不適合接受經導管動脈栓塞療法：

- 1.有因血小板低下或因凝血因子不足而伴隨出血傾向之患者。因患者需接受股動脈穿刺，止血不易。
- 2.有腎功能不全者，因患者需接受血管攝影，而顯影劑會使原本機能不佳之腎功能更加惡化。
- 3.有肝功能不全之跡象者，如黃疸、有明顯腹水者或伴有肝性腦病變者，因此類患者通常伴有嚴重之肝硬化及門脈高血壓，此時肝動脈栓塞可能造成殘餘少數正常肝組織受損而加重肝功能不全之情況。
- 4.左右兩側門靜脈或主門靜脈有腫瘤栓塞者，因門靜脈已有栓塞，表示正常肝臟組織和肝癌組織一樣，其氧氣及養分均主要來自肝動脈，故此時若把肝動脈加

以栓塞，則有肝硬化之肝臟中殘餘之正常組織亦將嚴重受損；基本上若只有單側或較小側枝之門靜脈腫瘤栓塞，則因通常只要有左葉或右葉肝臟組織存在均已足以應付日常人體代謝之所需，所以應該還是可以接受動脈血管栓塞治療的。

5.嚴重肝硬化而伴隨重度門靜脈高血壓。有些患者之門靜脈血流會逆流，即門靜脈血流非流向肝臟，而逆流向其他側枝循環(如食道靜脈瘤)等再回至心臟。此時因門靜脈血流已不供應肝臟，所以情形如同上述，亦不適合作動脈血管栓塞。

6.肝癌或肝硬化組織中有明顯肝動脈—門靜脈或肝動脈—肝靜脈(arterio-portal 或 arterio-venousshunting)因恐栓塞之藥物會由肝動脈直接進入門靜脈或肝動脈，而進入全身之循環造成心臟、肺臟或腦血管栓塞，亦不適合接受動脈血管栓塞治療。

經動脈血管栓塞在台灣及日本廣為用來治療無法接受肝臟切除手術之肝癌病患，而且根據文獻報告亦有相當不錯之治療成績。若不論腫瘤的型態及大小，接受血管栓塞患者之存活率一年約 50-60%；兩年約 30%；三年約 20%。一般而言，腫瘤較小者且形態為單發結節型(solitary, nodular massivetype)較瀰漫型或多發結節型(diffusetypeormulti-nodular type)者，有較佳之預後。故若僅統計結節型肝癌則有報告，動脈血管栓塞化學治療之存活率可達一年 72%、兩年 54%、三年 43%、四年 27%、五年 18%，但經動脈血管化學栓塞確切之治療效果或是與經皮酒精亦或是手術切除對小型或可切除肝癌治療效果之比較，則有待第三項隨機臨床試驗(PhaseIIIrandomizedclinicaltrail)之比較澄清。

放射線治療(Radiotherapy)

根據國外文獻，一般外用放射線治療(conventional external radiotherapy)，因對肝癌附近

之正常肝組織會造成嚴重之纖維化，且對腫瘤治療效果不佳，所以並不建議使用此類治療法。而建議使用較先進之質子放射線(Proton irradiation)或使用類似肝動脈血管化學栓塞之內部定位性放射線治療(internaltargetingradiotherapy)-即將含碘-131之lipiodol或釷-90微顆粒(yttrium microsphere)由肝動脈注入，利用lipiodol可滯留在肝癌組織之特性，以求達局部放射線治療之效果。

然而基本上，質子放射線及經肝動脈放射線物質之灌注或栓塞相當昂貴或麻煩，目前大約只能用來作研究用。

而台灣放射線治療科醫師利用新發展之二度空間電腦立體定位之技術，已能將一般外用放射線治療劑量有效的局限在肝癌組織而避免傷害到臨近大範圍之正常肝臟組織，如此一來，放射線治療科醫師便能將放射線之劑量進一步的提高而增進治療之效果。

目前使用在無法切除或無法接受經動脈血管化學栓塞肝癌病患之治療，可有相當不錯的症狀緩解(Symptomatic palliation)效果。

荷爾蒙治療(Hormonal Therapy)

肝癌因好發於男性，理所當然的，很容易會被考慮是否與荷爾蒙有關，然相關的研究顯示，肝癌細胞上有不尋常之雌性激素及有雄性激素之接受器(receptor)，所以就有人利用雌性激素及抗雄性激素之藥物來治療無法切除之肝癌。國內亦曾有類似研究報告，使用之藥物包括抗雌性激素 tamoxifen，抗雄性激素之 flutamide 及黃體激素衍生物之 megestrolacetate。結果顯示：這些藥物並無明顯之腫瘤緩解效果，但 megestrol acetate 因能增進患者之食慾、體重及安適感，而改善患者之生活品質。相對於國內之研究，國外兩個前瞻性之隨機臨床試驗卻顯示 tamoxifen 相對於對照組，能將肝癌患者之一年存活率由 0-20%提高至 30-50%，造成如此差異之原因並不清楚，仍有待進一步釐清，否則 tamoxifen 以其口服之方便性及無明顯副作用之特性，應可做為治療無

法接受經動脈血管化學栓塞、經皮純酒精注射、放射線治療或全身性化學治療之進行性肝癌患者之首選藥物。

免疫療法(immunotherapy)

在肝癌的治療上，因早期全身性化學治療不彰，干擾素(一種人體的細胞激素有強化免疫能力及抗病毒之效果)因會被發現有抗細胞增殖之作用，而曾被廣泛研究。其中甲型干擾素(interferon-)是最常被使用者，然而絕大多數之研究顯示，甲型干擾素不論是單獨使用或合併其他化學治療藥物使用於轉移性或無法切除之肝癌，並未曾有效的使腫瘤緩解或提高病患之存活。

多科治療(Multidisciplinary Treatment)

雖然整體而言，肝癌之治療效果並不是很好，但隨著治療方式之增加及改良，我們還是看得到肝癌的治療還是在進步中。尤其近年來，癌的治療已由過去各科的單兵作戰發展到整合多科的聯合作戰方式。肝癌之治療，亦有朝此方向發展之趨勢，充分給外科、放射線科、放射線治療科、胃腸肝膽內科及腫瘤內科等各科醫師來增進治療效果，改善患者生活品質，進而提高患者之存活。

肝動脈栓塞+經皮酒精注射

經導管的肝動脈栓塞法，若能將血管完全的栓塞，通常肝癌細胞大部份會死亡。然而通常在腫瘤與正常組織之血液供應。常有殘留之肝癌細胞存活，而造成日後的復發。而經皮酒精注射，因技術上之困難，單獨使用通常只對小於或等於三公分以下之肝癌有較佳的治療效果。目前日本及國內數家醫院結合上述兩種治療方式來治療大於三公分之肝癌：即先接受經導肝動脈栓塞，再以經皮酒精注射來處理可能殘留之肝癌細胞(尤其是在腫瘤周圍)。此種治療方式有相當不錯之治療成績，依據各家醫院之報告，五年存活率可達 50%以上。

肝動脈栓塞+放射線治療

基於前述之理由，因恐怕導管動脈栓塞後，尚有殘存之肝癌細胞易造成日後之復發。而被放射線治療三度空間立體定位之引進，使得放射線治療亦能使用於當做經導管動脈血管栓塞後之輔助治療，目前國內已有醫院開始此類臨床試驗。

手術切除後之輔助性治療

手術切除肝癌之患者，五年存活率約在 30% 左右，其中絕大部分的患者是死於肝內肝癌復發。而造成肝內肝癌復發之主要原因有三：

1. 手術時，因腫瘤太大或腫瘤與正常組織界限不明顯，切除邊緣尚有殘存之肝癌細胞。
2. 手術時，肝內已有轉移或肝內有多發性之肝腫瘤，但因腫瘤太小，使得手術前影像學檢查及手術中未能發現，而被存留肝內。
3. 因絕大多數(高於 80-90%)的肝癌發生於有慢性 B 型及 C 型病毒性肝炎並肝硬化的病人，而併有慢性肝炎之肝硬化的肝臟有可能會產生新的肝癌。

[1] 輔助性經導管肝動脈血管化學檢查

因手術後肝癌復發絕大部份局限於肝臟，而由前述之復發機轉之前兩項來看：若於術後將化學栓塞藥物由故有肝動脈打入，則藥物可栓塞於肝內尚存之小腫瘤而達輔助性治療之效果。日本曾有報告，如此輔助治療似可降低肝癌的肝內復發，但卻可能導致肝衰竭，因此，確切的治療效果及其副作用仍有待進一步臨床試驗之釐清。

[2] 輔助性化學治療：

因目前現有之化學藥物對肝癌之治療效果不佳，且多數患者併有肝硬化，所以目前少數之臨床試

驗報告均顯示輔助性化學治療之投予，並未能有效的提高肝癌術後患者之存活，因而就目前而言，肝癌術後輔助性化學治療使用應可能局限在上試驗之範疇內。

[3] 輔助性免疫治療：

干擾素應用於轉移性或不可切除肝細胞並無顯著之療效。然近年來，日本、歐洲及台灣的臨床報告顯示，曾受干擾素治療之慢性 B 型或 C 型病毒性肝炎或肝硬化患者，肝癌之發生率較未曾接受干擾素治療者為低，且新加坡之回溯性研究題亦顯示：肝癌術後接受輔助性干擾素加上化學治療者，其復發率遠低於僅接受輔助性化學治療者。目前國內國家衛生研究院癌症研究組之台灣癌症臨床研究合作組織有臨床試驗「肝癌術後輔助性干擾素及支持性療法療效之比較」。

以干擾素來當作肝癌術後患者之輔助性治療，是期望經由干擾素治療肝癌術後肝臟內 B 型及 C 型病毒之感染及其抗細胞增殖、抗血管新生和調節免疫機能之特性，以期降低肝癌術後之肝內復發率，進而提升肝癌患者之長期存活。干擾素雖然不是化學治療藥物，但干擾素治療並非全無副作用，其可能引起的副作用包括類似感冒症狀(如：發燒、畏寒、肌肉酸痛、頭痛、關節痛、盜汗)、倦怠感、嗜睡、厭食、體重減輕、精神抑鬱、白血球低下、血小板低下、糖尿、低血鈉症、高血鉀症、甲狀腺功能異常及其他未加的副作用。在慢性 B 型及 C 型病毒性肝炎或肝硬化的病人中，干擾素之治療更可能會誘發短暫性之肝炎加劇，而導致代償肝功能不全之症狀(如腹水、黃疸、肝性腦病變)。所以，除非臨床試驗證實輔助性干擾素治療之有效及完全性，其類似治療仍應僅止於臨床試驗。

荷爾蒙及化學治療

試如前述，荷爾蒙製劑或化學藥物單獨使用時，對肝癌均無良好之療效。近來台大及三軍總醫院分別發表「抗雌激素藥物」(tamoxifen)可經由與「抗雌

激素接受體」無關之機轉來抑制肝癌細胞之生長，而 tamoxifen 亦曾被發現可抑制腫瘤細胞內多種抗藥基因之 p-醣化蛋白質(multi-drug resistance gene product p-glycoprotein)之表現。且 tamoxifen 亦可經由抑制肝癌細胞株細膜上甲型蛋白質磷酸酶-c 之活性而加強 doxorubicin(化學治療藥物)之效果。

據此，台大醫院將 tamoxifen 與 doxorubicin 併用，以每三週，口服一週之 tamoxifen 加上 doxorubicin 靜脈注射，在轉移性或無法手術之肝癌，可測量腫瘤面積總和減小的 50%以上，且效果維持四週以上)。這是目前肝癌之化學治療效果最佳的處方之一，雖然其效果仍有待進一步臨床試驗之證實，但以其使用上之方便性來，在無血球低下及黃疸的病患，若無其他可用之治療時，可能值得一試。

結論

肝癌的診斷與治療在過去的十年來已有長足的進步，一個慢性 B 型及 C 型病毒性肝炎及相關肝硬化的患者，在常規每三至六個月的腹部超音波追蹤檢查被發現有較小的肝腫瘤時，基本上是一個可能治癒的疾病。隨著醫療技術的進步及多科治療 (Multimodality Treatment) 觀念的廣泛為腫瘤科醫師的接受與推廣，或許在可見的未來，還有機會將肝癌治療的水準再往前推進。

然而就像許多其他的癌症，「預防勝於治療」是個撲不破的事實。在台灣 80% 以上的肝癌是源自慢性 B 型肝炎病毒之感染，而其中絕大多數又是來自母子間的垂直感染，也就是說大部份的慢性 B 型肝炎病毒帶原者的感染，是在生產時由 B 型肝炎病毒帶原者的感染，是在生產時由 B 型肝炎病毒帶原者的母親傳染給子女的。所以預防肝癌最好、最有效的方法就是阻斷傳染之途徑，所以婦女在生產前均應接受 B 型肝炎病毒之篩檢，而 B 型表面抗原呈陽性之孕婦所生下之新生兒均應接受 B 型肝炎病毒之疫苗各地方；其中若孕婦為 B 型肝炎病毒 c-抗原陽性之高危險傳染者，其除接受疫苗注射外，更需接受 B 型肝炎免疫球

蛋白之注射，以對抗進入嬰兒體內之 B 型肝炎病毒。台灣自一九八四年七月起開始全國性 B 型肝炎預防注射，於一九八四年七月至一九八六年七月施行於 B 型肝炎病毒帶原者母親的新生兒，自一九八六年七月起則全面實施於所有新生兒。

十年來的努力，台大小兒科張美惠教授近年報告，台灣兒童 B 型肝炎病毒的帶原已下降至十分之一以下，而相對的六至十四歲兒童之肝癌罹患率亦由一九八一年至一九八六年每十萬人口 0.7 人降至一九九一年至一九九四年約 0.3 人。所以新生兒及 B 型肝炎病毒血清呈陰性之青少年及成人，均應接受 B 型肝炎病毒疫苗之注射，來預防慢性 B 型肝炎病毒感染及其後續併發症的發生。

另外，台灣肝癌患者 25-30% 為 C 型肝炎病毒之感染則主要來自輸血及注射傳染。近年來，由於血庫已對血液實施 C 型肝炎病毒篩檢，因輸血後引起的 C 型肝炎病毒肝炎已大幅減少，然而在台灣許多偏遠地區之鄉鎮，慢性 C 型肝炎病毒之感染率即高達 20-30% (台灣一般人口感染率約為 1-3%)，則可能主要來自國人偏好打點滴或注射不良醫療習慣及醫療院所使用非拋棄式針頭所致。所以預防 C 型肝炎病毒之傳染，目前在台灣最好的方式可能是宣慰民眾不要接受不必要的注射，而對需要注射者則應使用拋棄式之針頭及針筒。

至於已有慢性 B 型或 C 型肝炎病毒感染之患者，如同前述(輔助性免疫治療)，因近年來回溯性臨床研究顯示，曾接受干擾素治療者，雖然經干擾素治療 B 型及 C 型肝炎病毒之持續緩解率約僅 10-20%，肝癌之發生率較未曾接受干擾素治療為低，若此結果能獲得進一步的前瞻性臨床試驗證實。則慢性 B 型或 C 型病毒性肝炎之患者，尤其是有活動性肝炎者，均應找合格之胃腸科醫師諮詢，以接受干擾素或其他抗病毒藥物之治療。

(轉載自“癌症關懷”，德桃癌症關懷文教基金會)

人生無常

鐘雲美



當

朋友將外子鴻義從輪椅扶到床上時，外子竟然幽默地說：「這叫猛龍過江」，鴻義以平靜的心境面對肝癌。

一九九六年十月底鴻義感到北部上方疼痛，我們想大概是掃落葉所造成，自行貼了狗皮膏藥，疼痛未減。外子有 B 型肝炎，定期檢查，肝功能都正常。可是六呎高的他體重由一七八磅在五年內陸續減至一四七磅，大家都感到納悶，請教過醫生，醫生說糖尿病患瘦比胖好，我們聽了也就放心。在我內心深處仍有個陰影，婆婆因肝癌四十九歲就過世，外子的二哥也由肝癌僅四十二歲就離世，爲了進一步認識肝癌，我買了兩本有關肝癌的書，可是不知爲何，每次打開書，只翻了翻不願細讀。

十一月四日鴻義做糖尿病定期檢查，我要求醫生多做一項 α 蛋白測驗，結果出人意料，指數超過正常，緊接著做斷層掃描，又安排住院做切片檢查，就在一九九六年感恩節前一天傍晚醫生來電話告知兩個腫瘤一個 5X7 公分，一個 2X2 公分是惡性的，擎天霹靂，我跌坐在廚房地上的心驚亂不已，鴻義在旁，心平氣和扶起我，他懇切的安慰我「人生無常」。那天黃昏他載我四處兜風，遠望日落餘暉，我感到一陣陣淒涼湧上心頭。一路上我哭了又哭，不能停止，

外子卻如往常一般談笑自如，清楚的記得他還口直心快的開玩笑說：「你不會掘墳，急著改嫁吧！」他又輕輕鬆鬆的吩咐一些家事，他鼓勵我：「人生無常，要把握行善的機會」，他也安慰我：「人生如戲，要放得下」，這些平常的話此時出自他的口卻頓時字字珠璣，更是刻骨銘心。我強迫自己思忖如何度過難關。心想要如何讓兩個孩子了解真相。要不要告訴年老多病的公公？他老人家能隨突來的打擊嗎？又家裡的錢夠用嗎？一連串的疑問帶來了惶恐，自己勉勵自己要「靜下來」，也提醒自己「行到水窮，坐看雲起」，天無絕人之路。

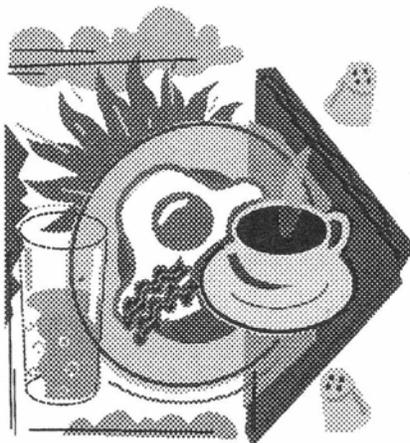
兩孩子從電腦上得知「換肝手術」，他們滿懷希望的建議父親做手術，孩子的孝心讓我們感到溫馨無比，實在不忍心向他們說明醫生已宣佈腫瘤已大得無救了。鴻義爲了讓我們心安，去做了一次栓塞，往後的五個月定期抽腹水，對於病痛與際遇，他從無怨言，他坦然地接受人生考驗。他盡他最後的心力鼓勵、安慰周圍的親友。他也試著給兩個孩子闡釋「死不是斷滅，而是另一個開始」。鴻義以堅強毅力，平靜安祥的走到人生終點，人生如戲，他努力演好扮演的每一個角色，這齣四十七年的戲於一九九七年五月十八日圓滿落幕。

肝病病人怎麼吃？

台大醫院陳碧惠護理長

劉秀英營養師

楊淑雅、李昕樺 整理



經

常有病人會問，要怎麼吃才是正確的？那些可以吃？那些要限制呢？

一般帶原者

正常飲食，遠離煙酒，多吃蔬果

事實上，如果是健康帶原者(也就是說，雖有 B 型或 C 型肝炎，但肝功能及超音波皆正常)、慢性肝炎患者或是早期肝硬化的患者，在飲食上並不需要特別限制什麼，其要採新鮮、清淡、自然的飲食、少吃刺激、辛辣、添加過多人工香料及醃漬、煙烤的食物即可。

根據研究發現，有許多危險因子與 B 型肝炎帶原者日後會發生肝癌有關，這些因子包括抽菸、喝酒、攝食含有黃麴毒素的食物，以及新鮮蔬果攝取量較少等因素。所以 B 型肝炎或是 C 型肝炎患者，最好也能戒菸、戒酒、少吃醃漬及發酵的豆類食品(如豆瓣醬、豆腐乳、豆鼓、臭豆腐等)，多吃新鮮蔬果，保持均衡營養，不必特別吃什麼東西來補一補。事實上，也沒有什麼樣的食物可以讓您的肝臟突然強壯起來，或肝臟機能突然活化起來。

特殊患者需控制飲食

至於那些情況下，肝病者才需採特殊飲食呢？以下我們就介紹這類病人「因人而異」的飲食原則：

急性肝炎發作的病人：

高蛋白，高熱量，適當脂肪

此時患者蛋白質和熱量的攝取應比平常多 1.5-2 倍，以幫助肝臟修復組織。其飲食原則為：

1. 少量多餐，蛋白質及熱量高而且體積小的食物較適合，如冰淇淋，蛋糕，布丁等。
2. 高生理價值的蛋白質(蛋、牛奶、肉類等)至少佔每日蛋白質總數量的一半以上。
3. 利用蔥、薑、蒜爆香，提升食物的口味，促進病人的胃口；除非有腹水產生，否則不需要特別限鹽。
4. 烹調食物時可以用葡萄糖取代蔗糖，因其相對甜度較低，可增加接受性進而提高熱量的攝取。
5. 避免攝取過多的動物性油脂及膽固醇，如肥肉、內臟等。
6. 多吃水果及新鮮果汁以增加維生素的攝取，必要時遵照醫師指示補充多種維生素。

有肝昏迷傾向的病人

需限制蛋白質的攝取

一般肝硬化病人並不需要特別限制蛋白質，但是有肝昏迷傾向時，則需減少蛋白質，深度肝昏迷時，則應完全避免含有蛋白質的食物，僅以果汁及少量的米湯供應，待病情好轉時，再逐漸增加蛋白質的量。(註：當患者出現肝昏迷傾向時，應送醫住院觀察與治療)

肝硬化且伴有下肢水腫或有腹水的病人

應限制鹽份的攝取

一般肝硬化的病人不需特別限制鹽份，但如果伴有下肢水腫或腹水則應採取低鈉飲食，以免加重水腫及腹水情形。其飲食原則：限制鹽份的攝取，提供均衡、新鮮，自然的食物及足夠營養，避免醃製、加工過多的食品。(有關低鹽的食物選擇請見表一)

《表一》低鹽食物參考表

食物類別	可吃	禁吃
乳品類	全脂奶、脫脂奶及奶製品，每日不超過兩杯。	乳酪
豆類	新鮮豆類及其製品，如：豆腐、豆漿、豆花、豆干、素雞等	醃製、罐製、滷製的成品，如：加味豆干、筍豆、豆腐乳、花生醬等。
水果類	新鮮水果及自製果汁	乾果類，如：蜜餞、脫水水果。各類罐頭水果及加工果汁，如：蕃茄汁、果汁粉。
調味品	蔥、薑、蒜、白糖、白醋、肉桂、五香、八角、杏仁露、香草片等。辣椒、胡椒、咖哩粉等較刺激之食品宜少食用。	味精、蒜鹽、花椒鹽、豆瓣醬、沙茶醬、辣醬油、蠔油、蝦油、甜麵醬、蕃茄醬、豆鼓、味噌、芥茉醬、烏醋等。
肉、魚、蛋類	新鮮肉、魚、家禽類及蛋類	加鹽或燻製的食品，如：中西式火腿、香腸、肉、牛肉乾、豬肉乾、燻雞、皮鴨、肉鬆、魚鬆、鹹魚、魚乾；鹹蛋；皮蛋、滷味等。速食品及其他成品，如：炸雞、漢堡、餡餅、各式肉丸、魚丸等。
蔬菜類	新鮮蔬菜及自製蔬菜汁(芹菜、胡蘿蔔含鈉量較高的蔬菜宜少食用)。	醃製蔬菜，如：榨菜、酸菜、泡菜、醬菜、等鹹菜，梅干菜、雪裡紅、筍干等。冷凍蔬菜，如：豌豆莢，青豆仁等。加工蔬菜汁、玉米及各種加鹽的蔬菜罐頭。
五穀根莖類	米飯、冬粉、米粉、自製麵食。	麵包及西點，如：蛋糕、甜鹹餅乾、蘇打餅乾、蛋捲、奶酥等。麵線、油面、速食麵、速食米粉、速食冬粉、義大利脆餅等
油脂類	植物油，如：大豆油、花生油、紅花子油等。	奶油、瑪琪琳、沙拉醬、蛋黃醬。
其他	太白粉、茶。	雞精、牛肉精、海苔醬、速食湯、油炸粉、炸洋芋片、爆米花、米果、運動飲料、碳酸飲料(如：汽水、可樂等)。

食道靜脈曲張或消化道出血的病人

應採軟質易消化的食物

食道靜脈曲張或消化道出血後，為避免食道靜脈曲張破裂或消化道再度出血，飲食應採軟質易消化的食物。其飲食原則應注意：充足均衡的營養，利用烹調過程軟化食物，多蒸煮，少煎炸，儘量提供新鮮自然的食物。(有關軟質食物的選擇請見表二)

《表二》軟質食物參考表

食物類別	可吃	禁吃
奶類	奶類及其製品	無
蔬菜類	蔬菜的嫩葉瓜類和果實類蔬菜	蔬菜的梗部、莖部和老葉。粗纖維多的蔬菜如竹筍、芹菜等。
水果類	去皮、去子的熟鮮水果或果汁。	含皮、子纖維多的水果，如蕃石榴、草莓等。
主食類	精細選五穀類及其製品。	油酥糕餅等。
豆類及核果類	豆漿、豆腐、豆干。	未經加工的豆類。如紅豆、綠豆、蠶豆等，尤以鰾果、核桃、花生、瓜子等核果類更需限制。

- ❖ B 型肝炎帶原者如果有抽煙喝酒習慣，其罹患肝癌的危險性，比一般帶原者高出 4-5 倍。
- ❖ B 型肝炎帶原者如果每週攝食蔬果少於六餐，其罹患肝癌的危險性，比一般帶原者高出 4-5 倍。

以上所提供的飲食原則，希望能給肝病病友及家屬們一個參考。吃應該是一種享受，不是負擔，只能在日常生活中多用點心，一樣可以輕鬆吃出健康，吃出樂趣！

(轉載自“肝病防治”中華民國肝病防治學術基金會)

Octreotide- 未來肝癌治療之新藥物 肝

癌對藥物治療之反應不佳為眾所週知，傳統上，使用的 Adriamycin 或 Cisplatinum 以及合併使用的方案如 5 Fu/Leucovorin, Cisplatinum/5 Fu 都只能提供 15-20% 的反應率，且不能治療，其原因一致認為係因肝細胞天生的 Multidrug P-Glycoprotein Gene (多抗藥基因) 在肝細胞表面將藥物排出之故。然而，各種抑制或降低 P-Glycoprotein 的藥物如 Vesapmil Cyclosporin 等，在過去十年，經多方測試依舊無法改善此一現象，於是，醫生與科學家對化療藥物可說是徹底失望，一些科學家將方向轉向荷爾蒙治療，如用 Tamoxhen, LHRH 等激素調節劑學。但在大型病人試驗中仍不能超過傳統的 15-20% 之範圍，基因治療如為 Interferon 基因，LAK 基因或用 Thymidine Kinase 作為選擇性基因等方法目前仍在評估中，結果尚言之過早。

就在這一片黑暗之中，一種藥物被稱作 Octreotide 的在歐洲試驗，卻有了較佳的結果。Octreotide 是體內 Somatostatin 荷爾蒙的合成物，此 Somatostatin 係在 1973 年間 Dr. Brazean 在 Salk Institute 就腦之下視丘區域抽出合成品。它是一種短鏈蛋白，生物功能在抗抑制腦下垂體之生長激素，及多種胃腸道激素。最早用來治療（類癌瘤）及稀有的胃腸道中的神經內分泌細胞瘤（），同時也被稱作治

療 A（支端肥大症）。而用在癌症之治療約在 1992 年才被注意。首先科學家注意到在許多癌細胞及轉移癌上表達，於是以來治療癌症的實驗即逐漸開始。

首先兩種抑制癌細胞的機制被發現，直接的機制在於與其接合線抑制癌細胞之增生，並逐漸使之死亡（）。其次，間接的機制在於與結合之後，對細胞生長所須之各種（生長因子）加以干擾或抑制，於是癌細胞逐漸死亡。在 1993 年在 [55: 446: 450] 一文中描述，可以抑制血管生長，使得此短鏈蛋白成為血管生長抑制因子中新的家族成員，然而此機制為何？仍待進一步瞭解。

雖然已在過去被使用在乳癌中並顯示出適度的效果（1993；12：93），但其副作用不小，而使之不被廣泛的接受。今年 1999 年一月，的長效針劑上市以後，此藥物再度被重視，因其副作用較低，只有輕微腹瀉等，而一個月只須肌肉注射一下，非常方便，因而醫師們將重行評估其臨床適用性。

在歐洲，已用在肝癌並已見到較佳的效果，1998 在發表之文獻中，見到使 53.6% 的肝癌病人之胃口改善，體重增加（非腹水），而在對照組中無法見到此效果。對存活率也延長至十三個月（一段為三至六個月），目前觀察仍在進行中，因此，將成為未來治療肝癌的可能藥物，當然，進一步的觀察仍待深入。

肝炎肝癌辭彙對照

閻雲 Yun Yen MD, Ph.D.

潘思憶 Shi-Hui Pan, ARM.D., M.S.

- Abdominal Pain - 腹痛
Acute Hepatitis - 急性肝炎
Aflatoxin - 黃麴毒，已知之是導致肝癌之化學物
Alcohol Injection - 酒精注射，為治療肝癌的一種方法
Alfa-Fetoprotein - 胎兒甲型蛋白，為肝癌之腫瘤指標
Angiogram - 血管造影
Ascites - 腹水
Benign Tumor - 良性瘤
Bile - 膽、膽汁
Bile Duct - 膽道、膽管
Biopsy - 切片
Blirbin - 膽色素
Bruise - 瘀血
Cancer - 癌症
Chemoembolization - 化學栓塞治療，為一種治療肝癌之方法
Chemotherapy - 化學治療，為治療肝癌之一種方法
Cholangiocarcinoma - 膽管癌
Chronic Actine - 慢性活動性肝炎
Chronic Hepatitis - 慢性肝炎
Chronic Persist Hepatitis - 慢性持續性肝炎
Cirrhosis - 肝硬化
Coagulopathy - 血凝集異常，為一種常見的肝癌併發症
Coagurgical Ablation - 冷凍外科手術
Cryotherapy - 冷凍治療，為治療肝癌之一種方法
CT Scan - 斷層掃描，為診斷的方法之一
Edema - 水腫
Encephalopathy - 肝昏迷
Esophageal Varhes - 食道靜脈曲張，為一種肝癌之晚期現象
Gall Bladder - 膽囊
Gall Bladder Cancer - 膽囊癌
Hepatic Vein - 肝靜脈
Hepatitis - 肝炎
Hepatitis 'A' Vaccine - A(甲)型肝炎疫苗
Hepatitis 'B' - B(乙)型肝炎
Hepatitis 'B' Vaccine - B(乙)型肝炎疫苗
Hepatitis 'C' - C(丙)型肝炎
Hepato Encephalopathy - 肝神經病變，為一種常見的肝癌或肝炎併發症，病人常出現昏迷之症狀
Hepatoma - 肝癌的別稱
Hepato-Renal Failure - 肝腎衰竭症候群，為一種晚期症狀
Immunizatin - 免疫
Interferon - 干擾素，係治療肝炎之方法之一
Jaundice - 黃疸
Lamivudine(Epivir) - 口服藥，抑制 B(乙)型肝炎病毒
Lethargy - 倦怠感
Liver - 肝臟
Liver Cancer - 肝癌
Liver Cirrhosis - 肝硬化，係肝纖維化
Liver Function Tests - 肝功能指數測試
Liver Function- 肝臟切除手術
Liver Transplantation - 肝臟移植手術
Lobe - 肝葉，Right Lobe 右葉 Left Lobe 左葉
Lobectomy - 肝葉切除術
Malignant Carcinoma - 惡性瘤
Metastasis - 轉移
MRI - 核磁共振，為診斷之方法
Muscle Wasting - 肌肉消耗
Neuroendocrine Tumor - 神經內分泌瘤
Palliative Treatment - 姑息治療
Portal Hypertension - 肝門高血壓
Portal Vein - 肝門靜脈
Rebetron - Ribavirin 口服藥與 Interferon 注射劑藥組合，用來治療 C 型肝炎
Remission - 復解，為病情穩定之一種說法
Rerent - 復發
Ribavirin(Rebetol) - 口服藥，可與干擾素並用治療 C(丙)型肝炎
SGOT/SGPT - 肝細胞酶，為肝細胞移出之化學物
Stomach Bleeding - 胃出血
Thrombi - 血栓
Tumor - 腫瘤
Ultrasound - 超音波
Variceal Hemorrhage - 靜脈曲張出血
Wedge Resertion - 楔型切除術，係用在小區域之切除