

斬新藥物加手術 全方位打擊大腸癌

早前學術期刊雜誌《科學》(Science) 刊登了一項研究，引起醫學界激烈爭論——美國約翰霍普金斯大學(Johns Hopkins University)的癌症專家指出，六成以上的癌症成因是基因複製時出現「不可避免」的錯誤而引起，至於因環境及遺傳因素導致的癌症只佔 29% 及 5%。一時之間，各大報章紛紛以「癌症是運氣不好所致」來作標題。不過，很多學者並不認同上述研究結果，研究團隊亦承認，外在環境與生活習慣亦可誘發基因突變。即如香港最普遍的癌症大腸癌，儘管有一定的遺傳因素，但近年確診數字持續上升，幾可肯定與外在因素有關。提高市民對大腸癌的警覺性固然重要，同時亦要有先進的藥物及手術輔助，才可讓患者的生活回到正常軌道。

根據醫管局 2014 年的數字，該年大腸癌新症個案共 4979 宗，已超越肺癌成為香港最常見的癌症殺手；相比 10 年前即 2004 年，本地大腸癌個案為 3500 宗，10 年後已上升 1000 宗，可謂驚人。在政府的大腸癌篩查計畫中，68 至 70 歲接受檢查的長者中，每 100 人發現有 6 人有大腸癌，比政府原先估計每 100 人有 3 人為高。

死亡率非最高

外科黃博熙醫生表示，個案上升或許與日常生活習慣改變有關。「香港人的飲食習慣日漸西化，例如多吃脂肪類及醃製食物，少攝取植物纖維，加上吸煙惡習，都令大腸癌確診數字日益攀升。儘管大腸癌最為常見，但死亡率並非最高，即醫生仍能拯救很多生命。」目前絕大多數患者都可以進行治癒性手術，進行微創手術亦令患者較滿意手術效果及復元進度。

部分大腸癌有遺傳因素，黃博熙醫生指，若有近親患大腸癌，家屬患病風險可比一般人高出超過三倍。「政府建議 50 歲或以上人士接受大腸鏡篩查，如有家族遺傳風險者，應該早至 40 歲起便要定期接受大腸鏡檢查。」如能找到癌肉，可在其演變成腸癌之前割除，預防大腸癌發生。

症狀重疊延求醫

近年來，政府及香港癌症基金會等組織，均大力在社區推廣大腸癌教育，冀增加市民的認知，然而由於其症狀不一，患者求診時，可能已過了早期階段。黃博熙醫生曾遇上一位 60 歲的男士，他因為肚痛而前往急症室，經檢驗下發現有直腸癌，已經出現腸塞。「患者有痔瘡及肛門流血等症狀，而且長期便秘，使用痔瘡藥及甘油條不果。然而其他為他診治的醫療人員，查問過是否排出鮮血後，便理所當然以為是一般痔瘡問題。」猶幸黃博熙醫生為患者進行肛門檢查，摸出腫瘤，繼而進行術前檢查及手術治療，再加上輔助化療，將病根治。如果患者一早接受正確的檢查，便可盡早治療。「他有這些症狀多年，本身飲食亦多肉少菜，難免易被誤認僅為痔瘡和便秘。其實大腸癌症狀可與其他病症近似，醫生會審慎評估，盡速治療。」

醫療團隊商討治療方案

及早接受檢查很重要，若是癌症，大家都希望在癌症擴散之前發現並且醫治。受惠於檢測技術愈見先進，即使是細小的癌前病變或早期大腸癌，不但可憑大腸鏡拍攝檢查偵查出來，而且可運用大腸鏡工具割除癌肉或抽取組織化驗，既有診斷亦有治療成效。「大腸鏡拍攝檢查取出組織化驗，是目前確定大腸癌的黃金標準。」黃博熙醫生解釋。

不管是何種癌症，都須按照患者癌症期數、症狀、身體狀態及意願來制定個人化方案；以公立醫院為例，便有專責負責大腸癌的團隊，當中包括不同範疇的醫生，他們須定期開會，商討個別患者的療程方案。「例如是年老患者，身體比較孱弱，並有其他慢性疾病，便要針對其體質是否可以承受治療來決定治療方法。醫生亦有責任向患者及其家人講解潛在風險，以及提醒在治療前後有所準備，例如申請金錢援助等。」黃博熙醫生說。至於在私家醫院，則由患者先向主診醫生求診為主，再由該醫生尋找其他專家共同合作。

以化療縮小腫瘤

臨床腫瘤科陳亮祖醫生經常處理大腸癌個案，他自己必須與外科醫生緊密合作，才可為患者提供最適切的幫助。腫瘤科醫生的角色是了解患者症狀及需要，從各種檢查如影像檢查，包括磁力共振和正電子掃描等，以及病理報告，包括腫瘤細胞基因特性等，為患者提供最貼切的治療。「大腸癌治療的第一步是抽取組織化驗，以獲得病理報告。若是早中期癌症患

者，很大機會能以手術根治。即使是已有擴散的晚期患者，憑藉現時的醫學亦有機會可做手術，但需要術前或術後輔助治療。」陳亮祖醫生表示，只要情況許可，治療大腸癌的首要目的是根治，將所有已知的癌細胞消滅，並將腫瘤連同周遭淋巴組織取走。

陳亮祖醫生以直腸癌為例，若腫瘤體積太大，便要先做前置治療，將腫瘤縮小後，再由外科醫生進行手術。「腫瘤位於直腸，靠近肛門，以前就要連肛門切除，患者須造一個永久人工造口來排便，對往後生活帶來大大不便。但現時透過術前化療及電療的幫助，可將腫瘤縮小，令安全邊緣加闊，手術時能避免影響肛門，同時又可確保將癌細胞徹底取走，這全賴腫瘤科醫生和外科醫生通力合作。」

新標靶藥阻截腫瘤生長

中期大腸癌患者在完成手術後，需作術後化療，確保清除剩餘的癌細胞。如果是直腸癌，則需化療

加電療，已擴散到其他器官的話，亦可用化療加標靶藥。「病情已屆晚期的話，儘管不能根治，但仍可利用化療減慢癌細胞生長速度，有助緩解症狀，延長壽命。」陳亮祖醫生表示，昔日的晚期大腸癌個案，大多難以治療，但今天藥物愈來愈進，如果病情尚可，例如只在肝臟局部擴散，使用化療加標靶藥後，依然有望達致根治目的。

十多年前，標靶藥仍未面世，晚期大腸癌患者只有約一年多的存活率；但自從有標靶藥後，現時他們的存活率已大大提升至 30 個月，足足兩年有多，進步十分大。陳亮祖醫生指，大腸癌有兩類標靶藥物，一類是抗表皮生長因子(EGFR)標靶藥，另一類是抗血管生長標靶藥，患者接受 KRAS/NRAS 基因測試後，如無基因變異，兩類藥物可選擇其中之一；若出現 K-RAS 或 N-RAS 基因變異，則只可接受抗血管生長標靶藥。「四成患者可使用抗表皮生長因子標靶藥，其餘只可用抗血管生長標靶藥。現時亦有新一代抗血管生長標靶藥，研究指出，新藥配合化療，與

單用化療比較，總體治療反應可上升一倍，縮小腫瘤機會亦增加一倍。」

舊有的抗血管生長標靶藥，只可針對腫瘤表面的 VEGF-A 受體，從一個路徑阻止血管生成；新一代抗血管生長標靶藥，能夠同時截擊 VEGF-A、VEGF-B 及 PIGF 三個路徑，令癌細胞更難生長。「以前有患者因無法使用抗表皮生長因子標靶藥，只得轉用化療加上第一代抗血管生長標靶藥，現在他們便可有多一個選擇。」陳亮祖醫生表示，假使患者在使用一線藥物時出現抗藥性，亦可在二線藥物中採用新一代抗血管新增標靶藥。「有位 70 歲的婆婆，她的大腸癌病已擴散到肝臟，使用標靶藥及化療一線治療後，腫瘤縮小的效果不顯著，而且產生抗藥性，腫瘤變大。」陳亮祖醫生遂建議婆婆使用新一代抗血管生長標靶藥，終能將腫瘤縮小，黃疸及肝功能亦有所改善。「婆婆可以恢復活動能力，能自行綁鞋帶，毋須子女幫助，療程期間仍可每天飲茶，跟朋友見面，保持開朗心情，更有利對抗惡疾。」



大便習慣改變、大便帶血、體重下降、腹絞痛或貧血，都可以是大腸癌的病徵。



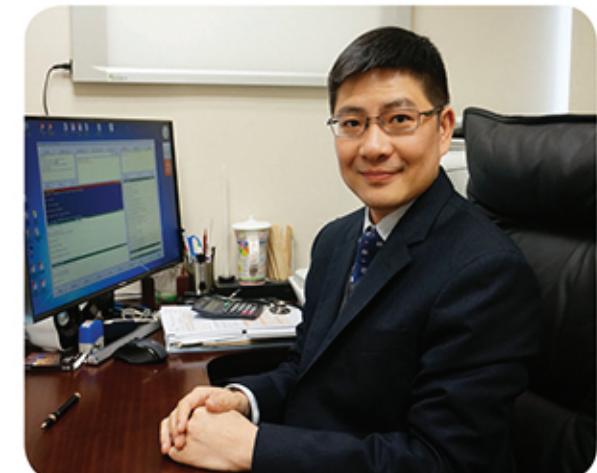
多菜少肉的飲食，可預防大腸癌形成。



有賴今日醫學昌明，即使晚期患者在使用一線藥物後失效，仍可採取二線藥物，延長存活率，提升生活質素。



陳亮祖醫生(左)與黃博熙醫生分別是腫瘤科及外科醫生，兩個專科必須通力合作，才可為患者提供個人化治療。



陳亮祖醫生表示，近年成為話題的免疫治療，由於研究數據不夠充足，暫時未能證明對治療大腸癌的功效。



黃博熙醫生指，大腸癌症狀重疊，醫護人員會小心查問以衡量是否須作進一步檢查。

大腸癌治療新技術： 新電療與金屬支架

藥物以外，日新月異的醫療科技，亦令治療大腸癌的難度降低。陳亮祖醫生說，雖然電療可以針對局部癌細胞位置，但由於技術限制而不能使用太高劑量，怕令腸道穿破。猶幸現時技術推陳出新，例如螺旋放射治療機(TOMO HD)，可將能量集中在腫瘤上，而周遭部位影響大減，療效得以提升。

黃博熙醫生亦指，若患者有腸塞而致難以進食，或因腫瘤已在身體多處擴散，卻因有較高手術風險或對手術抗拒，醫生會考慮以金屬支架來張開該位置，原理就像心臟病的「通波仔」手術，可提升整體生活質素並舒緩徵狀。