

台灣肺癌死亡率連續 10 年居冠 57 分鐘即有 1 人因肺癌死亡 ~適合免疫療法之平均半年存活率可達 80%

奇美醫學中心胸腔內科主治醫師 鄭舒帆



主講者胸腔內科主治醫師鄭舒帆及其講題

案例：『一位 83 歲的老先生因發燒呼吸喘住院接受治療，意外的在右下肺發現了一個 5.7 公分大的肺部腫瘤，經切片證實是晚期肺腺癌，病人基因檢測並無突變，不符合標靶治療，體力不佳，無法承受化學治療的副作用。後來接受了大約三次的免疫療法，過程中並無嚴重的副作用出現，後來因為經濟和其他因素雖然暫停了免疫療法，但從影像學上仍可以發現腫瘤大小縮小了將近 1 公分。』

癌症連續 35 年居國人十大死因之首，根據衛福部 2016 年癌症死亡人數統計，台灣肺癌死亡人數近 30 年成長 5.7 倍，死亡率連續 10 年居冠；不到 57 分鐘即有 1 人因肺癌死亡，5 年存活率不到 2 成，為十大癌症中最低，到晚期更低於 5%，每一年全球更有約 150 萬人死於肺癌。肺癌的治療方式也在最近這幾十年來快速的發展。

除了傳統的開刀和化學治療方式外，通過檢測肺癌細胞的基因是否具備上皮細胞生長因子受器突變 (Epidermal growth factor receptor, 簡稱 EGFR mutation) 或間質性淋巴瘤激酶轉位基因突變 (Anaplastic lymphoma kinase, 簡稱 ALK translocation) 來篩選出是否適合標靶藥物治療的方式，也是近幾十年來肺癌治療的一大突破。

但隨著醫學的進步發展，科學家通過研究免疫系統和腫瘤細胞之間交互作用，了解腫瘤細胞如何演化出對抗或躲過免疫細胞的機轉，促使了免疫療法的興起。

目前針對肺癌的免疫療法是通過免疫檢查點 (immune check-point) 的機制。正常人體通過調控免疫檢查點，讓身體處於平衡的狀態，可避免產生過強的免疫反應以傷害正常的細胞。但是，腫瘤細胞通過抑制免疫檢查點蛋白讓這個機制被轉換到低下，使得腫瘤細胞可以過度的成長。

而免疫療法就是為了要重新打破這個僵局，通過單株抗體結合到腫瘤細胞或免疫細胞上面的受器，減少腫瘤細胞對免疫細胞抑制的作用，重新喚醒免疫系統，攻擊癌症細胞來達到治療癌症的效果。

目前針對 PD-1 或 PD-L1 等檢查點 (check-point) 的免疫療法藥物包含了屬於抑制 PD-1 的單株抗體: Nivolumab 和 pembrolizumab；抑制 PD-L1 的單株抗體 Atezolizumab 和 Duralumab. 其中台灣目前僅核准 nivolumab 和 pembrolizumab 的使用。

通過檢測 PD-L1 的濃度，就可以評估病人是否適合免疫療法。PD-L1 濃度大於 50%，靠著免疫治療可以達到不錯的效果。平均 6 個月的存活率可以達到 80.2%，一年半為 43%。而化學治療半年的存活率為 72.4%。除此之外，免疫療法也和傳統的化學治療相比也有著明顯較低的副作用。



鄭舒帆醫師表示：台灣肺癌死亡率連續 10 年居冠，57 分鐘即有 1 人因肺癌死亡，適合免疫療法之平均半年存活率可達百分之 80。



鄭舒帆醫師說明：目前適合免疫療法的癌症有肺癌、泌尿道癌、黑色素瘤、頭頸癌、何杰金氏淋巴瘤。

嚴重的藥物副作用免疫療法大約只佔了 7%~26.6% 而傳統化學治療則可以高達 50%左右。但目前免疫療法的瓶頸是如果 PD-L1 濃度不夠高的病人，只有 20%的反應率，雖然還是比傳統的化學治療來的優異，卻也促使科學家希望更加了解機轉，從而增加免疫療法的效果。

奇美醫學中心胸腔內科主治醫師鄭舒帆表示：目前也有許多臨床研究結合了免疫療法和化學治療、標靶治療等等，而已經有臨床試驗顯示免疫療法合併化學治療效果更好。

由於免疫療法的出現，讓非小細胞肺癌的治療朝精準醫療又邁進一步。就好像標靶治療一樣，因為腫瘤特性的不同，雖然免疫療法並不是每一個人都適合使用，但通過配合醫師安排的檢測，找出目前醫療上最適合每一個病人的治療方式，是肺癌治療的新里程碑，已經逐漸變成未來的趨勢。



鄭舒帆醫師記者會後接受媒體專訪