

淺談甲狀腺癌之 放射^①治療

文／核子醫學科 組長 顏國揚·主治醫師 謝德鈞

甲狀腺癌約占所有癌症的1%，發生率較低，但好發於20-40歲的年輕女性。依其組織型態，可分為乳突癌、濾泡癌、髓質癌及未分化癌4類。90%的病患為分化型的乳突癌（80%）及濾泡癌（10%），由於這兩類癌細胞的發展較慢且仍能攝取碘，所以除了手術治療外，若能以放射碘（碘-131）進行輔助性治療，便容易治癒，存活率也遠高於其他癌症。但如果是其他兩類甲狀腺癌，因惡性程度高，癌細胞本身又無法攝取碘，治療上會較為困難，也比較不易治癒。

服用放射碘治療前的功課

甲狀腺乳突癌及濾泡癌手術後，常以放射碘來去除殘餘的正常甲狀腺組織及癌組織。服用放射碘之前，病患必須做到以下兩點：

1. 採用低碘飲食及禁用含碘藥物至少兩週，以提高放射碘的攝取及治療效果。
2. 停用甲狀腺素4-6週，主要是因為癌細胞雖然仍能攝取碘，但能力較正常細胞不足，

因此需依賴停藥後體內甲狀腺促進激素（TSH，簡稱甲促素）濃度上升的刺激，才能達到比較好的攝取及治療效果。

甲狀腺素停用期間，病患會因甲狀腺功能變得低下而造成身體不適及工作上的困擾，若不希望有此問題出現，可在不停藥的情況下，皮下注射基因重組人類甲狀腺促進激素（rhTSH，簡稱人工甲促素，商品名Thyrogen，需事先申請健保審核是否可給付，否則應自費使用），以提升體內甲促素的濃度。

不同風險族群的治療對策

至於乳突癌及濾泡癌兩類甲狀腺癌病患在手術後，是否需要接受放射碘的治療，以及應接受多少放射劑量，醫師會依照復發機率將病患分為低、中及高風險3個族群來評估：

1. **低風險族群：**因癌細胞本身較無侵犯性，沒有侵犯周邊軟組織及血管的問題，且無局部及遠端轉移，可經醫師評估後，於門診進行例行性追蹤，或使用較低劑量（典型是30毫

居里，也有人主張30-100毫居里）放射碘，進行術後殘餘正常甲狀腺組織的清除。

2.中風險族群：因癌細胞本身具高度侵犯性，且有周邊軟組織及血管侵犯，必須接受較高劑量（100-150毫居里）的放射碘，進行清除性治療。

3.高風險族群：因癌細胞已有頸部局部淋巴結或遠端肺與骨骼轉移，必須接受高劑量治療（150-200毫居里，局部淋巴結150-175毫居里、肺轉移175-200毫居里、骨骼轉移200毫居里）。2004年的研究指出，手術後接受放射碘治療可減少50%的再發率及55%的轉移率。國外甲狀腺治療指引中，強烈建議中、高風險病患使用放射碘治療作為手術後的輔助性療法。

放射碘治療的注意事項

放射碘治療的副作用一般不大，且多為1-2週後即消退的短暫性症狀，如厭食、噁心、嘔吐、發炎引起的頭頸部疼痛等。研究指出，合理範圍內的大劑量放射碘治療，不會增加不孕、遺傳疾病及致癌的機率，至於造血功能疾病（白血病）則極為罕見，所以是方便且相對安全的治療方式。不過，仍須注意下列事項：

1.懷孕婦女不宜接受放射碘治療。碘-131可經由乳腺分泌，因此哺乳婦女若接受治療，須停止哺乳3個月以上。生育年齡的婦女治療後，應避孕6-12個月。

2.國內原子能法規規定，服用放射碘劑量超過30毫居里，需於專屬治療室內住院隔離1-3天。出院後，應依照醫院提供的輻射防護指引及建議進行自我管理，並於1週內避免長時間接觸孕婦及小孩。醫院若無設置專屬治療室，或病患不願住院隔離，則可採分次低劑量（每次30毫居里）方式治療，但第2次以後的治療，放射碘攝取率可能較第1次顯著下降，而使治療效果不佳。

治療之後仍應定期追蹤檢查

放射碘治療後的定期追蹤檢查，通常是藉由甲狀腺球蛋白濃度、頸部超音波及放射碘掃描來評估是否還有殘餘或復發轉移的癌病灶。追蹤時，若甲狀腺球蛋白濃度偏高，但放射碘掃描並無任何發現，有可能是癌細胞已「去分化」為失去放射碘吸收能力的病灶。「去分化」的癌病灶因惡性程度增加，葡萄糖的攝取能力也跟著增加，此時便可使用正子斷層造影（PET）來確認病灶，以彌補放射碘掃描診斷影像無法呈現出病灶的不足。

甲狀腺乳突癌及濾泡癌是所有癌症當中，最容易治癒，存活率也最高的，只要配合專業醫師建議，積極治療並定期追蹤檢查，不但能擁有良好的生活品質，10年存活率也可達80-90%以上。☺

參考資料

甲狀腺癌的治療與保健／張世傑主編／立德文化有限公司出版（2009）