

談談肺癌

並介紹一個Pancoast Tumor的實例

• 醫五 陳惠亭 •

柯教授源卿先生曾經為我們闡明「發表」的真意，甲副教授伯希先生曾經在本刊第二期以「一個借鏡」大作給我們鼓勵；為此，願僅以此文與同學們作「知識之交換用。」

又本症例係在市立醫院外科柯主任賢忠教授勸助指導下學習，盼藉此謹表萬分謝忱。另夜藥陳文仁學長幫我攝製照片；葉四李正武及林哲男助教亦幫很多忙，在此一併致謝。

▲肺癆近貌

最近我們可以從報紙看到人們對於肺癌的關注。因為根據Graham與Haiper 等人近年來的報告，歐美各國最近二、三十年，男性中肺癌的死亡率已取代了癌症中最常見的胃癌，而佔所有癌症的首位。在台灣，根據台大醫院的觀察，雖然鼻咽癌仍佔最多，然而肺癌患者顯然逐年增加，自1952年至1958年，在各大醫院、國防醫學院及陸軍第一總醫院診斷為肺癌的計有300例之多，可見本症在台灣也非罕見。我在實習當中就看過三例。

肺癌的增多，以男性為特甚，甚至被認為與女性成20與1之比。台灣的報告，則為男女成3.6與1之比。至於年齡，則男女沒有顯着差別，以40歲至69歲之間的發生率為最高，佔86.7%；最低年齡為22歲，最高年齡為77歲。而都市居民的發生率比農村居民高出三倍。

▲原因未確

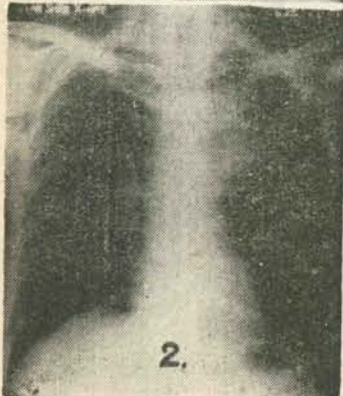
研究肺癌的起因是本症最根本的問題。雖然「聯合國世界衛生組織(W.H.O.)」在前年曾經公佈一項由七國癌症專家草擬而成的報告，其中指出「吸煙與肺癌之間被相信有因果關係。流行病學研究顯示，吸煙數量與肺癆病例之間有明顯關係。」然而一般專家皆認為抽紙煙併成肺癆之說，尚未確立。因此肺癆的教授仍然照抄不誤。在德國方面的科學家則認為「雖然煙草含有引起癌症的物質，然而其量微甚，如與污濁的空氣中所含大量引起癌症的物質相比，煙草只佔次要的角色。」當真如此，則公共衛生之管制空氣問題，將成更重大課題。

▲種類差異：

肺癌是一個廣泛的名詞，如果把由其他器官轉移而來的「轉移性肺癆」(Metastatic Lung Tumor)除外，原發性肺癆從其癌細胞的起源來分類，可分下列三種：①支氣管癌(Bronchogenic Carcinoma)，②肺泡細胞癌(Aveolar Cell Carcinoma)③支氣管腺癌(Bronchial Adenoma)，但是後兩種少之又少，因此「支氣管癌」可謂佔原發性肺癆的全部。支氣管癌又分三種：①類上皮癌(Epidermoid Carcinoma亦稱Miner's Ca:Smokers' Ca.)②腺癌(Adenocarcinoma)，③未分化細胞癌(Anaplastic cell Carcinoma)。根據歐美專家的統計，以類上皮癌為最多，佔一半以上，腺癌次之，佔三分之一，未分化細胞癌則佔五分之一。但是根據台灣醫學者楊思標、黃錦棠、光舜、王丕延等人的報告，則以腺癌為最多，佔40.8%，類上皮癌次之，佔34.4%，未分化癌佔24.8%，這個差異是值得注意的。

▲治療不易

現今肺癆治療的成績很壞，因為早期無症狀(Symptomless)，待有咳嗽(Cough)，咯血(Hemoptysis)、喘息(Wheezing)，胸痛(Chest Pain)，體重減輕(Weight loss)及呼吸困難(Dyspnea)時，大都無可救治。在所有病例中能行外科切除治療的僅有20—30%，而此切除例的五年生存率又僅僅為20%而已；也就是說，所有經診斷為肺癆而治療之後，能生存五年以上者，每百人中只有4—6人



目前的肺癆實為棘手之症，我們除了希望作「早期診斷與早期切除」的努力以外，特別寄望於原因的探討和化學藥物療法之發展，目前所有痛症之藥物，摧毀正常的細胞正如摧毀癌細胞一般，大不理想。然而在優秀科學家們再接再勵，人定勝天的精神下，相信肺癆以及其他的癌終會在藥物控制下俯首就逮。

▲實例報告

附圖五張照片是一組肺癆進行的變化。這個病例是五十二年十月二十六日我在台北市立醫院外科實習時，在柯主任的指導下變驗到的。本例雖因患者不願做支氣管鏡檢查而無法從病理組織切片上證明為何種肺癆，但從X光片上變化情形和患者後期呈現盤口氏併合症狀(Pancoast Syndrome)兩點觀察，本例猜測為一種支氣管癌當無問題。

現在讓我們從第一圖看起。患者×××，四十七歲男性，台北市人，已婚，妻與子女健在。最近三年來的職業使他需要騎着摩托車忙於地東奔西跑工作；過去一向健康，無特殊疾患。十五年前曾任礦場管理員約五年之久，當時每天抽煙三至四包，雖曾略減，每天也抽四十餘支，抽煙歷史有二十五年以上。患者自述於一九六三年二月二十一日似乎患上感冒，發高燒達38—39°C，而在某甲醫院診治。於是經胸部X光攝影檢查，得「第一圖」之像，片上表示左上肺有一片境界不整齊的模糊陰影，很像「肺炎」，於是經某醫師診斷為肺炎而用抗生素治療。然發熱斷斷繼續約過兩週仍不見消退；因此患者改求某大醫院醫師診治。而在三月四日又照一張X光片，即「第二圖」，醫師認為是「肺結核」，用INH及SM治療，發燒在第三天消退，情形似有好轉，此時雖有咳嗽，但不厲害，並且只咳一些口水液而已。此後患者一方面用藥，一方面恢復平常工作。到五月二十一日，患者並無特別變化，雖覺身體衰弱，但能工作，雖有咳嗽但無發熱，為求瞭解病情，再照一張X光片，見「第三圖」。片上顯示原有陰影大為縮小，因此醫師告慰患者，此症不久可癒。同年六、七月間，患者覺得工作後疲倦厲害，略有咳嗽，身體比較消瘦。

到八月時，仍可工作，但極易疲勞，仍有乾咳，並且注意到講話時聲音略變嘶啞(Hoarseness)。到九月三日，開始覺得左胸部和背部隱隱作痛，覺心悸，身體倦態衰弱，略有發燒。待到九月二十二日再照X光片時，呈現「第四圖」所見。左上肺門處質塊的陰影(Mass Shadow)至為明顯，縱隔較寬(Widened Mediastinal density)且左橫膈(Left Diaphragm)顯見上升，氣管(Trahea)也略向右移，至此雖知肺癆，為時已遲。於是十月初開始在某大醫院接受姑息療法，照射六十，三星期共十四次。由於症狀並無改進，患者於十月二十六日改到市立醫院外科請求開刀治療，然事實已不適合開胸割治。

其在市立醫院的主訴為胸痛，背痛厲害，動時尤甚，並且也有肩痛，臂痛，手及手指痛，同時伴有痒感。自覺左邊先開始，並比右邊劇烈。另外言語嘶啞明顯，胃口不好吞嚥困難，呼吸困難，稍有乾咳。為減輕其痛苦，曾注射抗癌藥物，初痛苦稍得緩解，但數日後即不見效，其家人不斷按摩其手、臂，以求減輕痛楚。於十一月十三日照X光片檢查，即「第五圖」，顯示肺門處的質塊略見縮小，可能是照射六十的結果，但氣管更見右移，可見癌瘤已侵及左肺尖部(Apex)及縱膈(Mediastinum)形成所謂Pancoast Tumor，而右橫膈也上升至第五肋間，且見肝之表面不太均勻，可能已有肝之轉移。

綜合檢討本例，在症狀上雖有乾咳，但不厲害，且無血痰情形。左上支氣管雖見有部份阻塞，並無呼吸困難或發紺情形。曾有肺炎症狀，但無肺腫脹，亦無狀指發生。癌瘤細胞顯已侵及縱膈，患者有聲音嘶啞(Hoarseness)，表示侵及迷走神經的左迴喉神經(Lt. Recurrent Laryngeal Nerve of Vagus N.)致使聲帶(Vocal cord)作用失靈。「吞嚥困難」表示癌瘤壓迫食道。又左橫膈上升乃為左膈神經(Lt. Phrenic N.)受侵犯以致左膈麻痺的結果。本症患者有嚴重左肩痛(Shoulder Pain)，臂痛(Arm Pain)，手及手指痛，且手、臂肌肉略見萎縮(Atrophy)，乃所謂Pancoast Syndrome的主要症狀。表示癌瘤達於左肺尖部(Apex)左肺上溝(Superior Pulmonary Sulcus)而直接壓迫到臂神經叢(Brachial Plexus)因此引起疼痛。這種肺尖部的癌瘤因在胸腔入口處，故也稱Thoracic inlet tumor，通稱Pancoast Tumor(姑譯為盤口氏肺癆)。臂神經叢為第五、六、七、八頸神經和第一胸神經的腹側枝聯合形成，分出骨神經(Radial N.)，正中神經(Median N.)及尺骨神經(Ulnar N.)分佈到臂、手和手指，因此當臂神經叢受到侵犯時(侵犯的原因可為腫瘤壓迫或炎症)，手、臂、肩皆會疼痛。

尚需注意的是，本例症狀上不呈Horner's Syndrome，即無瞳孔縮小(Miosis)，無眼珠陷沒(Enophthalmos)，無眼瞼下垂(Eyelid Ptosis)也無顏面一側不出汗現象，可能交感神經(Sympathetic N.)未受侵犯之故。另外X光照片上也看不到肋骨的糜爛(Rib Erosion)至於上腔靜脈阻塞現象亦不明顯，雖有進行性呼吸困難(Progressive dyspnea)及頭暈等，但並無發紺(Cyanosis)及手臂頸的水腫。雖然上述症狀是常常會合併發生的。

本例可視為一個誤診例，雖肺癆之誤診類多無法避免，但在考慮到鑑別診斷時，對於癌症多一分警覺，盡可能小心求證，則「早期診斷，早期切除」的希望，也要提高多了。

