

王清貞醫師開刀
時的神情

旅美骨科醫師王清貞，訂於七十年十一月十一日應本院之邀短期回國，擔任骨科客座教授，為期二個月。

王醫師民國五十四年畢業於台大醫學院，在美國紐約的 St. Vincent's 醫學中心和 Polyclinic 醫學院完成骨科住院醫師訓練，曾任 Hahnemann 醫學院講師，並在美國執業多年，對膝關節最有心得。

王醫師此次回國將進行門診、開刀、及教學等一連串工作，特別

王醫師回國期間除了治療台灣地區的骨科病患外，並每週六上午

十二月		十一月		門診 排定時間爲： (如下表)
週五 下午 (台北)	週一 下午 (林口)	週六 上午 (台北)	週三 下午 (台北)	
週四 (林口)	週二 (林口)	週五 (林口)	週一 (林口)	開 刀

門診排定時間爲：（如下表）

本院客座教授王清貞醫師
應邀返國服務骨科病人



長庚醫訊

五、商賈題

月刊

第二卷第九期
70年11月份

發行人：范宏二
出版者：長庚醫訊雜誌社
財團法人長庚紀念醫院
出版所：台北市敦化北路199號
電話：7525211
印刷所：天宏印刷事業有限公司
地址：台北市八德路4段245巷32弄24號

行政院新聞局出版事業登記局版台誌字第三三〇七

目錄

- 長庚紀念醫院開幕五週年紀念
 醫學演講會
 踏板式運動心電圖試驗
 運發性頭部外傷併發症
 真是懷一個孩子壞一顆牙齒嗎？
 精神腫瘤
- 2
 3
 4
 5
 6

- | | |
|------------------|----|
| 「寫在「癌症專科前面」…… | 7 |
| 「物理在癌症診斷治療上的角色」 | 9 |
| 「癌症的血清免疫學檢驗」 | 9 |
| 「拔腫瘤的治療」 | 10 |
| 「癌症化學療法－抵抗癌藥物」 | 11 |
| 「癌病患心理歷程及護理」 | 13 |
| 「鼻咽癌病因及症狀」 | 14 |
| 「子宮頸癌－訪婦產科陳信夫主任」 | 16 |

中華民國外科醫學會
本院發表論文深獲好評

科發展的蓬勃，以及諸外科同仁們的努力。本院在會中亦發表論文一六篇，計整型外科四篇，一般外科

國七十年九月二十六日、二十七日二天，在施純仁理事長及葉明道會長的主持之下，於台南市成功大學舉行。會中共發表論文一二篇，特別演講五題，及二個專題討論。此次大會雖名為地方醫學會，然而籌備工作相當地充足，議程的安排及場地的佈置亦相當地妥善。會中所發表的論文，篇篇精彩，水準相當地高，而且也引起大家的迴響，討論非常地熱烈。凡此種種，都表現出吾國外

負責指導本院骨科醫師做教學廻診，希望與本院骨科做醫學新知與技術的交流提供病患更好的服務。另

中華民國外科醫學會第二十八屆學術演講會暨國際外科學院中國分院第三次地方學術演講會，於民

外加拿大骨科醫師 Dr. John Golt 將與王醫師來我國參觀訪問，進行門診開刀治療與教學工作。

三篇，小兒外科二篇，直腸外科二篇，泌尿外科二篇，放射腫瘤科二篇，及神經外科一篇；另外泌尿外

科黃敏雄醫師及一般外科王嘉修醫師亦分別在二個專題討論中發表論文，由於內容新穎，立論中肯，於會中頗獲好評。

癲癇手冊預約

台北市光華獅子會於七十年九月廿九日假台北市南京東路二段國王飯店舉行癩痢座談會，本院神經科應邀參與座談會討論。討論的題目計有：

一、台大醫院神經科副教授陳榮基醫師主講「什麼是癲癇？」。

二、西柏林自由大學研究員蔡景仁醫師主講「癩痢與社會之關係」。

三、本院神經科主任施茂雄醫師主講「有了癲癇怎麼辦？」。

演講內容將出專冊需要者可來信預約，來信請寄長庚紀念醫院神經科吳雅慧。

長庚紀念醫院開幕五週年紀念醫學演講會

為慶祝本院開幕五週年紀念，謹訂於十二月六日（星期日）上午八時三十分在林口醫學中心一樓大禮堂舉行醫學演講會，由本院各專科醫師發表在長庚的研究報告，屆時歡迎醫界同業踴躍光臨指導。演講節目表如後：

時 間	講 題	演 講 者	時 間	講 題	演 講 者
08:00—08:40	報 到	王董事長永慶	14:35—14:50	五年來長庚醫院選擇性剖腹生產及正常陰道分娩新生兒後果之比較	高添富
08:45—09:00	致歡迎詞	范宏二	14:50—15:05	先天性肺動脈狹窄	蘇文鈺
09:00—09:15	主持人：范宏二、吳德朗	羅慧夫	15:05—15:30	超音波檢查在小兒腹部腫瘤之應用	區 熾
09:15—09:30	長庚醫院五年來大腸、直腸、肛門癌之病例檢討	張昭雄 謝敏璋	09:30—09:45	巴比妥昏迷應用於頸動脈手術	譚培燭 蔡榮財
09:30—09:45	唇顎裂治療近況	陳敏夫 周逢復	09:45—10:00	抗組織胺對即發性過敏皮膚試驗之抑制作用	王世觀
09:45—10:00	開心手術一千例之經驗	陳敏夫 周逢復	10:00—10:15	早期胃癌	林正琴
10:00—10:15	長庚醫院膽道手術一、五〇〇例之經驗	陳敏夫 周逢復	10:15—10:30	茶點時間	
10:15—10:30	茶點時間		10:30—10:45	主持人：洪瑞松、陳敏夫	
10:30—10:45	近視眼開刀一〇〇例之臨床檢討	陳德照	10:45—11:00	細菌性關節炎	陳壽瓚
10:45—11:00	長庚醫院顏面治療中心之成立	施俊雄	11:00—11:15	小兒科領域之消化道阻塞症——一六七個案	蔡長晃 萬永亮
11:00—11:15	全體人工關節置換術	陳明憲	11:15—11:30	下頷骨前置手術後之發育於生長中之小孩	黃 炯 興
11:15—11:30	手術前後之放射治療、化學藥物治療及加熱治療之配合在頭頸部腫瘤之應用	湯瑞林	11:30—11:45	長庚醫院之腦血管疾病綜觀	劉 祥 仁
11:30—11:45	手術後子宮頸瘤之放射治療	賴基銘	11:45—12:00	阻塞性腦血管疾病	鄭 紹 沂
11:45—12:00	子宮頸癌治療中大動脈側淋巴腺之放射治療	梁 為 民	12:00—12:15	①臨床表徵	劉 洋 漢
12:00—12:15	鼻咽癌之放射治療	林 芳 仁	12:15—12:30	②放射線學之診斷應用	陳 獻 宗
12:15—12:30	急性白血病患之神經系統之放射治療	馬 玉 麟	12:30—12:45	③致病危險因素及疾病預防	李 英 雄
12:30—12:45	神經系統腫瘤之放射治療		12:45—13:00	④中風與心臟血管疾病	
12:45—13:00	餐		13:00—13:15	⑤中風症候群之處理	
13:00—13:15	餐		13:15—13:30	主持人：費宏德 施茂雄	
13:15—13:30	皮膚穿刺導管冠狀脈擴張術	洪 瑞 松	13:30—13:45	蜘蛛網膜下腔出血	S.J. Peerless
13:30—13:45	正常成人之超音波	江 正 文	13:45—14:00	①臨床診斷及自然病程	張 承 能
13:45—14:00	急性腎衰竭之剖析	黃 秋 錦	14:00—14:15	②放射線學之診斷應用	衛 優 遊
14:00—14:15	長庚醫院腎臟移植之早期經驗	賴 明 坤	14:15—14:30	③動靜脈畸形之外科臨床經驗	吳 浚 明
14:15—14:30	長庚醫院之腹腔鏡檢查	王 榮 華	14:30—14:45	④動脈瘤出血之處理	S.J. Peerless

踏板式運動心電圖試驗

所謂運動心電圖試驗，乃就人體在運動狀況下所生的各種反應，來診治疾病的一種非侵襲性檢查。目前運用最廣而為人熟知的即是踏板式運動心電圖試驗。

人體在運動時會動用所有的器官系統，其中以心臟血管系統，肺部及骨骼肌肉系統為主。新陳代謝率及氧氣的需求一旦增加，心跳加快，心搏出血量增加，組織氧抽取量增加，肺之潮流量，呼吸速率及氧擴散率亦相對的提高。同時全身血流的分布亦有適當調整以應付需求。比方說，到心、骨骼肌、皮膚之血流增加，而到其他內臟則減少。所以，運動測驗結果的好壞，乃綜合各個器官系統的表現。任何一部分的障礙，均足以影響測驗結果，譬如說，關節炎之病人即為一例。原則上，正常人運動能力上限乃取決於所用之骨骼肌，而冠狀動脈疾病患者則取決於心臟。

正常運動生理反應

通常我們觀察到正常人對運動時之反應如下：心跳加速，收縮壓升高，舒張壓略低，呼吸加快，心電圖上即P波變尖，Q及S波變深，R波變小，J點下降，ST段呈

心臟內科主治醫師 許子秀
快速上升型的下降 (rapid upsloping depression)，而在心臟韻律及傳導方面，可產生不同之影響：比方說心室早期收縮在運動時或增或減。而踝動脈及肱動脈之收縮壓比恒大大於一等。利用上述種種，本院運動心電圖試驗不只侷限於狹心症之診斷而已。

目前本院中使用的踏板式運動心電圖，可說為一種次極大 (Sub-maximal) 或極大 (Maximal) 的動力學的 (Dynamic) 運動。優於二階梯式試驗的理由在能讓病人儘情發揮運動能力，且記錄下運動中的變化。Dynamic運動一般來講比等長的 (Isometric) 運動較安全，血壓不會急劇上升。運動前後及當中的血壓，心電圖，病人症狀皆詳實記載。運動中心電圖採多重導線記錄，有時甚至採十二導線加上法蘭克瓦XYZ導線記錄，Protocol方面可任意變動，而最常為我們使用的為Bruce及Naughton Protocol。

運動心電圖之臨床運用

目前本院之踏板式運動心電圖試驗之運用如下：

(1) 缺血性心臟病：

運動時胸痛之重現，心電圖之表現 (ST段，R波大小，心室早期收縮等之變化)，血壓變化，運動時間等等，所診斷心臟病之有無及其程度。此外，各種治療效果之評估，亦可以系列性檢查來比較。比方說，藥物治療或心臟外科繞道手術等成效如何，可有客觀數據對照。臨床上是探討胸痛原因之利器之一。

(2) 非缺血性心臟病或其他器官 (如肺部) 之疾病：

主要運用於判斷運動能量之情形。由病人運動的程度，可估計其氧氣消耗量或所謂的基礎代謝倍率 (MET) 多寡。由此可推算出該病人相當之功能性分期 (Functional class)。

(3) 與運動有關之心律不整：

運動時心律不整之重現 (包括各種傳導障礙)，可有客觀詳實之記載。對治療效果，亦可由系列性檢查來比較。例如竇性停搏候羣 (Sick sinus syndrome)，房室傳導障礙，心室早期收縮，WPW Syndrome，陣發性上心室性心搏過速，心房細動時毛地黃用量之調整皆有其運用價值。臨床上為不明原因之昏厥或心悸的常用檢查之一。

(4) 末梢動脈疾病：

利用踏板式運動心電圖及超音波血流速度計，二者觀察運動後踝動脈壓/肱動脈壓之比，下降情形及復原時間，加上下肢動脈波形之變化，對疾病之診斷及病變血管之探討有用。治療

中，長期追蹤亦可由系列性檢查為之。

其他，如變動性高血壓之診斷，降壓藥之評估，復健方面之運用，基礎生理之研究，及運動員之訓練等，亦為其多面用途之一。

禁忌及注意事項

一般來講，有急性疾病時不宜作檢查。當然，骨折，急性關節炎等皆不在話下。而狹心症中屬不穩定型而發作次數及時間增加頻繁者，亦不適合。急性心肌梗塞患者，原則上四到六週後才考慮作此檢查。總之，在適當人員 (技術員及醫師一名)，裝備 (急救設備及藥品，良好的血壓及心電圖之遙控) 及病人選擇下，踏板式運動心電圖試驗可說為一頗安全非侵襲性之多用途檢查。



踏板式運動心電圖

遲發性頭部外傷併發症

腦神經外科醫師 許達夫

人腦是我們身體上最複雜的器官，腦細胞更是分化最高級的細胞。腦細胞一旦死亡即不再生。因此頭部外傷不僅具有極高的死亡率，而且即使患者能免於一死，其後遺症也相當的多。依發生時間來分，(一)急性期(三天之內)(二)亞急性期(三天至三星期)(三)慢性期(三星期之後)。在急性期，如果屬於嚴重腦挫傷或腦幹部受傷，醫師們是束手無策的。如果是屬於硬腦上血腫，經緊急手術，尚有及時回生之機會。而亞急性或慢性期之患者，其遭遇則大不相同。因為他們都是一羣僥倖渡過急性期之生者，其生命之受威脅已大大地降低。這類遲發性的變化，常不若急性期那麼劇變，能讓患者及醫師有充分之時間來應付。但是在台灣目前嚴重缺乏腦神經外科醫師之情形下，這羣幸運之生者不得不求助於一般地方開業醫師。由於開業醫師比較缺乏腦神經科學之專業知識及經驗，加以密醫充斥於醫界。部分患者不僅得不到好的醫療照顧，更甚者，因延誤診斷而使病情惡化也時有所聞。

長庚醫院是目前全國最具規模之私人醫院，也是各地車禍患者理想之後送醫院。據筆者統計，從去年九月一日到今年八月三十一日一年中，共有一千一百二十六位頭部

外傷患者住院，平均每個月有七十到八十位，這個數字還在不斷增加中。本院腦神經外科同仁，都竭盡所能來醫護這日益增多的病患。我們經常可以碰到一些遲發性的頭部外傷患者，因延誤診斷而坐失良機，雖然他們最後都轉送來本院，即使能及時搶救回來，也需要長時間才能康復。筆者因痛心於這些不幸遭遇之患者，乃書本文，分析頭部外傷遲發性之病變，與讀者互相研究。

(一)慢性硬膜下血腫：這是最常見也是最容易被誤診的併發症。它有一個綽號：偉大的模仿者。因為它所表現的症狀變化多端。有時像中風患者，血壓高而半身不遂；有時語無倫次像精神病患者；有時像腦瘤有腦壓亢進，局部機能障礙。往往在受傷後三星期至三個月內發作。有時患者及家屬根本忘記是否有頭部外傷，無法確定時，常會增加診斷上之困難。我們曾經遇到被當作中風或精神分裂而長期治療之患者，在患者呈現出腦壓亢進，甚或瞳孔放大時才匆匆忙忙轉來本院。本院自成立以來，已手術過約四十例，到目前為止只有一例不幸死亡。死亡率是相當低，而後遺症也相當的少。任何一位有過頭部外傷之患者應在三個月內在腦神經外科門診繼續複查，以期早日發現異狀。慢性硬腦膜下血腫是一種預後良好

的病症，手術也非常簡單。如果患者因此症未治療而死亡，將是極大之不幸。任何一位醫師及患者家屬應充分了解這種病症，方可給予患者最好之治療。診斷此症可以用「腦部斷層掃描」、「腦部核子掃描」，或「腦部血管攝影」來幫忙。

(二)電解質不平衡及水中毒：這種情形往往被醫師所疏忽。常見有頭部外傷患者在外面醫院接受點滴注射及降腦壓劑而使病情惡化。我們知道在外傷後，體內抗利尿激素常有不適當之分泌，使水分排泄減少，相對地引起體內水分存積。如果再給予不適當之點滴注射，會很容易引起水中毒、腦水腫、癲癇而使病情惡化，此時患者常有嚴重之意識不清而無明顯之局部機能障礙，血中鈉離子也大為降低。治療方法是限制患者水分攝取一天不得超過五百西西。幾天之後，血鈉回升，病情自會好轉。必要時要投以利尿。如果患者伴有血容量不足(出血等引起)，也應同時給予血漿或其代用品，以防休克。

降腦壓劑，以木蜜醇(Mannitol)使用最廣，固然其降腦壓作用相當迅速，但使用不適當，會引發腦內進一步之出血或嚴重脫水，導致腎衰竭。有時患者有顱內血腫未被診斷出來，在地方醫院接受大量之降腦壓劑之治療，其病情暫時被控制不致惡化。但是幾天之後，突然發生腦移位而死亡。這是使用降腦壓劑不適當之例子，醫師處置頭

部外傷患者，第一要事是確定診斷及充份了解腦部受傷程度，並決定是否施行手術。降腦壓劑常使用在無法手術而腦壓亢進(如腦挫傷)的病人。或是在手術前，手術中為降低腦壓，防止腦水腫而使用。在未明瞭病情及正確診斷前，只能仔細觀察病情變化，切忌亂用降腦壓劑。

(三)外傷性水腦症：這種情形較少見。患者在受傷時有蜘蛛網膜出血，以後逐漸引起腦脊液吸收不良。在二、三星期之後，腦室膨大，腦壓亢進，患者深度意識障礙，四肢癱瘓。此時最快之診斷方法是作電腦斷層掃描，確定有水腦症時，立即施行分流手術。患者常常在手術第二天即戲劇性地醒過來，有如死去活來之感，我們經驗十例患者，經分流手術後，都康復出院。

(四)腦膜炎：在頭部外傷時，常見有鼻子、耳朵出血。一般幾天之內會自然停止不需特別治療。但有少數病人伴有腦脊液之滲出，情況就完全不同。腦脊液是一種透明，無色無嗅略具甜味之液體，狀似自來水。當它從鼻子流出時，常被誤以為是流鼻水而沒有治療，有腦脊液鼻漏、耳漏，代表顱底有骨折，腦膜有破損。細菌會經此破洞，上行感染而引發腦膜炎。因此對於有腦脊液滲漏之病患，要立即住院，絕對臥床平躺，幾天之內多半會好。如果繼續滲漏，則必須施行連續性腰椎穿刺引流。另一種引起腦膜炎之情形是患者頭皮有撕裂傷，伴有骨折，腦膜破損，甚至

腦部挫傷。在地方醫院只縫合表面之頭皮傷。一、兩星期後患者高燒而劇烈頭痛，頸部僵硬，意識不清等腦膜炎出現。此時我們除了投以大量有效之抗生素外，還須要進行徹底之擴創術，把碎骨、異物如毛髮、砂石取出、傷口洗滌乾淨，修補腦膜，有膿瘍出現，更要引流。因此對一個簡單的頭皮傷口，不要輕易地縫合起來，應先了解有無上述各種情況，而一併給予治療。如果因設備不足、人手、經驗不夠，應立即把患者轉送到有腦神經外科醫師之醫院。以免延誤病情，導致患者及家屬之終身痛苦。

(5) 遲發性外傷後腦內血腫：這種情形，泰半屬於嚴重腦外傷。患者在渡過急性期後，病情略有轉好，可是幾天之內急速轉劇。由電腦掃描可發現有腦內血腫。此時病況往往已非常嚴重。幸運的腦內血腫發生在腦部表層，尚可手術挽回生命。如果是多發性，或在深部則手術無法幫忙，僅能施以內科治療。我們過去一年中經驗過大約十個病例，一半不幸死亡。此種遲發性腦內血腫之發生機轉未明，對腦神經外科專家來說，也是一種極難處理之症。

以上所述，是頭部外傷從幾天到幾個月發生的。醫師及家屬應時時警惕。有任何異常，要立即求助腦神經外科專家。對於一些不肯之密醫、庸醫，只做不實之廣告，無顧病患之生命，政府有關當局應大力取締，以防悲劇之不斷重演。



真是懷一個孩子 壞一顆牙齒嗎？

牙科醫師 陳綠薇

生過寶貴的婦女前來檢查牙齒時，常常會抱怨：生過小孩，牙齒都壞光了。也有懷孕中的準媽媽擔心的問：寶貴是不是會把牙齒裏的鈣質吸走，使牙齒壞掉？如果正巧碰到懷孕又蛀牙的情形，大家更不免聯想到長輩們常說的：生一個孩子，壞一顆牙齒了。

究竟，懷孕對我們的牙齒和牙周組織會造成何種程度的影響呢？那句話，可信嗎？

懷孕期間，常見的口腔疾病就是蛀牙和牙齦炎，大家通常比較關心蛀牙而忽略掉無痛性的牙齦炎，其實二者都會為我們帶來或多或少的不適。

疼痛難當的蛀牙

懷孕期間的蛀牙和平時的蛀牙並無不同，都是由於牙齒表面因酸性提高而脫鈣，進而細菌侵入齒質使組織崩解。蛀牙一旦進行到牙本質，在吃冰冷食物或甜食時，牙齒就會有酸痛的情形。這個時候就是要提醒我們注意它的損壞，將其修復。如果任其自然發展，蛀牙進行至牙髓腔，引起牙髓急性發炎反應，疼痛難當。這時只有求助於牙醫師做緊急根管治療，將發炎的牙髓取出，以解除疼痛。之後，仍須將

根管徹底封填，才能成功的留下這顆牙齒。

許多婦女在懷孕期間的注意力，全都灌注在未出世的寶貴上，於是往往疏忽於口腔衛生而不自知。再加上嗜食酸性食物，蛀牙的發生率便大大的提高了。事實上，人類牙齒一旦鈣化形成，鈣質便永遠留在齒質內。並不像骨骼一樣有調節全身鈣離子濃度的作用。所以胎兒無法自母體吸收牙齒的鈣質而造成蛀牙。

牙齦炎及懷孕瘤

懷孕時期由於內分泌改變，致使牙齦對局部慢性刺激物的反應加劇。所以原來症狀不甚明顯的牙齦炎，在懷孕時可能變得十分嚴重：牙齦腫大呈暗紅色、輕輕一碰就出血；有的甚至在兩個牙齒中間腫大成為一個圓形紅色的突起，刷牙不小心碰到就流血，這就是所謂的懷孕瘤（Pregnancy tumor）。由於太容易流血，很多人便更加不敢用牙刷清潔那個部位，結果食物殘渣堆積，牙齒斑、牙結石形成，發炎的情況就更嚴重。

文獻報告顯示：牙齦炎會隨著懷孕的過程而加劇，通常從懷孕第三個月左右就開始發生，隨著懷孕

的過程，在中期三個月牙齦的變化最為明顯，但不會引起顯著的牙周組織破壞。

所以，懷孕的本身並不會引起牙齦炎，而是原來便存在的牙齦炎惡化的表現，因此在討論如何預防及治療時，我們要強調預防重於治療的觀念，若能做到良好的預防措施：

1. 儘早刮除牙結石，以減少造成牙齦炎的因素。

2. 加倍注意口腔衛生，勿使食物殘渣及牙齒斑附於牙面。這樣牙齦炎是不會發生的。

一旦發現有牙齦發炎及懷孕瘤的情況應如何治療？單純的牙齦炎只需將牙結石徹底刮除即可。懷孕瘤除了儘早用外科方法切除外，牙結石也必須徹底除去，否則再發率很高。

牙齦炎若不去處理，在生產後，表面上會有緩和的情形。很多人以為不再流血，便誤為自動痊癒。事實上，未經治療的牙齦炎，因慢性刺激因素仍然存在，而在不知不覺中造成牙周組織的破壞，變成牙周病。

總而言之，懷孕期間無論蛀牙或牙齦炎都是可避免的，懷孕初期先給牙醫師檢查，蛀牙立刻填補，牙結石徹底清除，並注意口腔衛生，這兩種惱人的毛病，就不再會困擾著妳。事實證明，只要口腔衛生良好，自己又勤於維護，懷孕並不會造成牙齒的毛病。所以，如果你懷孕了，牙齒又發生問題，該怪的是妳自己，而不是無辜的寶貴！

聽神經瘤

神經科醫師 林春銘、施茂雄

四十歲的王先生一直為左耳的耳鳴和重聽苦惱了兩年之久。他的耳朵不曾痛過，也未曾流膿發炎，只是左耳朵內，隨時好像有蚊子嗡嗡地吵叫着，休息和睡眠受到極大的干擾；聽電話的時候，拿起話筒，却聽不到對方講的是啥。奇怪的是，右邊耳朵倒很靈光。兩年來拜訪過幾位醫生，都不得要領。四個多月前，他的朋友發現他的眼睛似乎左邊張得比右邊稍大些，嘴角稍微歪向右側；經朋友提醒，他覺得越來越不對勁，同時左半側臉部有麻麻的感覺，舌頭左側覺得麻木而食不知味；再者，走路也開始有搖晃不穩的現象，所以他造訪了神經科。

由上述現象，再經神經系統機能檢查，神經科醫師立即懷疑到左側聽神經瘤之可能性，於是安排了一些儀器檢查，證實為聽神經瘤，經神經外科醫師開刀，成功地切除了腫瘤；雖然留下輕微失聰和顏面麻痺的後遺症，他可以說是完全痊癒而免於生命受到腫瘤的威脅。

聽神經瘤，顧名思義，係由聽神經的鞘膜細胞增生的一種良性腫瘤。聽神經，亦即第八對腦神經，分兩個部份：一為前庭神經，司平衡感覺；一為耳蝸神經，主司聽覺。

內耳的聽神經末梢會集後，在顱骨岩部的內耳道與顏面神經併行，經內耳道口進入顱腔，於小腦橋腦交界處進入腦幹部，此交界即是所謂的小腦橋腦角。聽神經瘤多數由內耳道口、聽神經的前庭分支所長出（佔九〇%），隨著腫瘤的增大，而佔據了小腦橋腦角的空間，所以可表現出小腦橋腦角佔位性病變的症候，影響旁邊的三叉神經、顏面神經，及橋腦或小腦的壓迫症狀。該部位的佔位性病灶可以由腦膜瘤、動脈瘤、橋腦膠質瘤、脈絡叢囊腫等等顯現相近的神經功能障礙，必需經神經科醫師進一步作鑑別性診斷。另外，內耳淋巴障礙造成的梅尼爾氏病(Meniere's disease)，也是需要加以區分的。

病人最先出現的症候是耳鳴和神經性耳聾，表示耳蝸分支受腫瘤刺激或壓迫所致；至於前庭功能的問題——暈眩——因中樞適應良好，反而較少出現。腫瘤同側的顏面神經麻痺（顏面運動無力、無法閉眼、嘴角歪向對側等），及三叉神經麻痺（顏面感覺缺失、角膜反射消失等）也可先後發生。若腫瘤逐漸增大到壓迫小腦或阻塞導水管，則會造成小腦症狀（肢體或步態失調），或者顱內壓增高與水腦症（

頭痛、嘔吐、視乳頭水腫、意識障礙等）。偶而在腫瘤對側的腦神經可能受到壓迫而產生對側的神經徵候，此時需注意有無兩側併發聽神經瘤或者多發性神經纖維瘤的可能。

確立診斷的檢查有：(一)、內耳道的X光攝影，比較兩側內耳道，可發現病變側有變寬或骨質蝕損的情形。耳神經學檢查，通常可以測得病側神經性耳聾。作半規管熱試驗(Caloric test)，有前庭功能缺失的現象。(二)、電腦斷層攝影，可顯示小腦橋腦角的佔位性病變。(三)、腦血管攝影，可作輔助診斷，並作為神經外科醫師手術的指標。

聽神經瘤，佔顱內腫瘤的比例不高，約百分之八，此種良性瘤甚至可以拖上數年至數十年才產生嚴重的症狀。病人往往對一側重聽不太注意，也不見得影響日常生活，因此延誤診治，常常拖到腫瘤大得發生更多神經障礙才求醫。早期輕微的重聽，可藉由腦幹聽性誘發電位測知異常現象，而作更進一步檢查。

唯一的治療是開刀切除腫瘤，對於很小的腫瘤（二公分以下），可由耳科醫師經內耳道或迷路手術，手術簡單，而無需神經外科醫師作開顱手術，可減少併發症，較大的腫瘤，則需由顳部或枕部作開顱手術切除之。一般言之，小於三公分的腫瘤手術的預後相當良好。尤其在症候輕微時就獲得正確診斷和治療，幾乎沒有任何後遺症的存在。

從病程的進展來看，一般疾病可分為急性、亞急性性和慢性三種型式。急性和亞急性性疾，在短期內就表現出嚴重而致命的症候，所以立即受到注意而送醫治療。慢性的疾病，却可以歷經一段長時間，慢慢地表現各種不同的症候。聽神經瘤就是屬於這種慢性進行性疾病，最初的症狀並不怎麼特別，很難讓醫生作出正確診斷；且囿於儀器的精密度，在病變初期無法檢查出確切的病因。因此，病人應被教導，需要每隔兩、三個月或半年作臨牀追蹤檢查，以期讓同一醫師了解病程的來龍去脈，儘早確定診斷；切忌看一次無效，就一再地更換醫生。當然一個有經驗有訓練的專科醫師是極為必要的。



喬治叔叔，我是不是你第一順位的繼承人！

癌症專輯



寫在

「癌症專輯前面」

內科主治醫師
本刊總編輯 謝文斌

「惡性腫瘤」是台灣地區十大死因中的第二位，也常躍居台北市市民的第一殺手（去年就是），約佔死亡總數的七分之一，每年有一萬人以上死於癌症，是國人健康的重大課題。我們特別刊出「癌症專輯」，提醒大家的注意，希望能對癌症有正確的認識，早日就醫，早期診斷，早期治療，以期生命財產的損失和身心的傷害達到最極小。更重要的是期望現代人流行病之一的「惡性腫瘤」經由較深入的了解癌症後，得以解除，使這種「杞人憂天」能轉換成更積極的態度，使更能充分享受美好的人生情趣。

筆者更願藉此文感激及紀念幾位因癌症而去世的師長們，陳拱北教授、林文士人教授、吳俊重教授和張榮茂教授，他們都是癌症的鬥士！尤其陳教授對防癌的預防醫學鼓吹不遺餘力（本文部份參考其大作而撰成），林教授對肝癌及腦瘤的研究，使吾等學子受益非淺，哲人其萎唯待後學者繼志，勉之哉。

什麼叫做腫瘤

「腫瘤」是一種不正常的細胞所組成的新生物，可分為良性與惡性，良性生長較慢，常有被膜所包住，不會侵入血管或淋巴管中，並且和正常組織有明顯的界限，手術割除後不易再發。反之，惡性腫瘤的細胞生長得很快，常會侵入正常組織，手術時不易將之清除，所以容易再發，而且因會破壞血管與淋巴管，而經此些路徑轉移到身體其它的器官去。

癌症又是什麼

惡性腫瘤中，發展自上皮細胞的，醫學上稱作「癌」(Carcinoma)，以分別於從中胚層細胞長出的皮瘤(Sarcoma)，但通俗上，把惡性腫瘤都叫做「癌」，癌症是不正常的細胞無次序地生長，壓迫及破壞正常組織，並且無限制地生長下去奪去正常細胞的營養，還會經由血管淋巴管流散播到身體各部，在那兒又繼續生長，這就是癌的「轉移」。

癌症是怎樣發生的

正常細胞為什麼會變成癌，真正的原因還不十分明白，根據動物實驗和病例調查，學者們認為化學物質、放射性物質、病毒、黴菌及荷爾蒙等內在或外來的因素，一再刺激細胞，使其內部構造發生變化，就容易變成癌細胞，若再加上免疫清除系統故障，癌細胞就會繁殖起來。

可不可再舉例說明

譬如抽煙和空氣污染與肺癌的關係，砒中毒與皮膚癌，苯胺染料工人與膀胱癌的關係等等，均使人聯想到化學物質可能刺激癌症的產生。

放射性物質也與癌症關係密切，例如日本廣島、長崎兩地原子彈轟炸後的倖存者，罹患白血病及造血組織惡性腫瘤的比例有意義的增高，白人長時間曝露於日光（內含紫外線）下，容易生皮膚癌。

動物實驗也證實某些病毒會致白血病，人類的鼻咽癌和EB病毒，子宮頸癌和疱疹病毒的關係，仍

在積極的研究中。

發霉的食物，尤其是米或花生，也可能引發癌症——特別是肝癌（另外，因肝癌病人大多有過B型肝炎病毒感染過之跡象，所以也有人認為後者是罪魁禍首。）

乳癌、子宮體腺癌和攝護腺癌和各種性荷爾蒙的關係，受到重視和研究，並應用於治療之中，也是廣為人知的。

此外，免疫系統有欠損的人，常會長癌症，甚至多癌同生，而且癌症病人常有免疫力的缺陷，所以癌症和免疫的關係是最新課題，也是成功治癌的新希望。

國人的十大癌症排名如何

根據所能得到最新官方資料，民國六十八年度衛生署統計之惡性腫瘤死因前十名依序如下：

1. 胃癌。2. 氣管、支氣管及肺癌。3. 大腸、直腸及肛門癌。4. 口腔及咽、喉癌。5. 子宮及子宮頸癌。6. 白血病。7. 食道癌。8. 乳癌。9. 淋巴及造血組織癌。10. 骨癌。

長庚醫院的統計又如何

本院六十九年度「癌症登錄」惡性腫瘤死因的前十名依序如下：

1. 子宮頸癌。2. 大腸、直腸及肛門癌。3. 胃癌。4. 頭頸部癌（註：包括鼻咽癌）5. 氣管中膈腔及肺癌。6. 肝癌。7. 泌尿道癌。8. 中樞神經系統腫瘤。9. 乳癌。10. 淋巴瘤及霍杰氏瘤。本院癌症登錄之病例均

要有病理學切片證實，或許是和衛生署公布者有所出入的原因之一。

中國人的癌症和歐美不同嗎？

根據故陳拱北教授在民國六十六年的計算分析，世界上廿六個主要的國家裏，台灣地區的癌症死亡率名列前茅的有下列幾種：肝癌男女都佔世界第一位，男性鼻咽癌也佔世界第一位，口腔癌女性佔世界第二位，男性則佔第九位。男性食道癌佔世界第五位，女性子宮癌也是佔世界第五位。所以：以上所列的癌症可說是咱們「龍的傳人」的專利品，應特別注意。

醫療雖進步，癌症仍威脅著人類

即使現代科學如此發達，醫藥這麼進步，但是癌症仍威脅著人類的健康和生命，主要是因為人們常忽視它的早期症狀，常以為只是一點點小毛病，加上緊張的生活步調，因而疏於診治，等到癌症蔓延或散播開來，症狀加劇，這才不得不求醫，不幸的是常已為時太晚，無法挽回。所以每個人都應該對各種癌症的初期症狀有正確的認識，一旦發現身體某部有異狀，即應迅速就醫，及早診治，千萬不可亂服成藥而誤時誤病。

癌症有那些初期症狀

各部位癌症的初期症狀如下：

1. 胃部長期不適，食慾不振，體重減輕是胃癌的危險信號。
2. 吞嚥食物時覺得喉部或胸骨後有堵塞或刺痛感，是食道癌的初期症狀。

3. 大便習慣改變，變成又細又小或帶狀，或帶血絲，是大腸、直腸癌的危險信號。

4. 長久不癒之乾咳，痰內偶帶血絲，是肺癌的危險信號。

5. 乳房發現硬塊，且逐漸變大，觸摸時不覺痛癢，是乳癌的危險信號。

6. 陰道不定期出血，分泌物有惡臭，是子宮（頸）癌的危險信號。

7. 小便不通暢、排尿時尿衝力日益微弱，或有血尿，是膀胱癌、腎臟癌、前列腺癌的早期症狀。

8. 感覺聲帶粗澀，聲音嘶啞，甚至有時不能出聲，是喉頭癌的危險信號。

9. 鼻塞、鼻涕帶血，時常頭痛要懷疑有鼻咽癌。

10. 皮膚上或口腔黏膜潰瘍經久不癒，以手壓時能摸到小小的硬塊，這是皮膚癌或口腔癌的危險信號。

11. 身體各部，如頸部、腹部等觸摸到有腫塊，不可掉以輕心。

12. 沒有特殊原因而日益消瘦、蒼白、貧血加劇，為所有癌症之共同症狀。

症狀非特異，早就醫，早放心

雖說如此，但要知道的是，很

多癌症從外表看不出什麼異樣或徵象，但却暗暗地在體內進行。所以沒有上述的症狀也不能說就不是癌症。而且，上述的症狀也可能是其原因所引起的，但也不能疏忽。總之有以上的懷疑症狀，就不要私自憂心忡忡，諱疾忌醫，應該早日求醫解決問題才是上策。一旦確立了診斷就該和醫師合作，以得最佳治療。若證實不是癌症，就應放心，有需要時遵醫囑定時再追蹤。切勿再杯弓蛇影，草木皆兵，生活在恐懼之中。

關於「癌症專輯」

本專輯就癌症之發生、診斷、治療、病患心理及其護理等諸面，作廣泛的介紹，並將國人排名於前的各種癌症，作較詳細的描述，唯本刊發行一年半以來，也不乏此類文章，不擬再重複，茲將有關之題目及期數、頁數刊出，有需要之讀者可查閱之，敬請賜教。

1. 漫談剝落細胞診斷學（第1卷9期6頁）
2. 發生在癌症病人的急症（第6卷10期11頁）
3. 癌症病人在家中的飲食（第1卷7期12頁）
4. 談癌色變話胃癌（第2卷6期14頁）
5. 腦瘤是什麼（第2卷3期11頁）
6. 復發子宮頸癌的處理（第2卷7期12頁）
7. 頸部腫瘤（第2卷5期16頁）

在癌診斷治療上的角色

病理科主治醫師 蘇益仁

近年來雖然各種醫療儀器的發展及技術上的進步，已使得癌的診斷上獲致重大進展，但截至目前為止，最後的診斷及治療依據仍須藉助病理。

在癌的診斷方面，屬於病理範疇的有組織病理及細胞學兩方面，另外屬於臨床病理方面的生化及免疫血清檢查將另文敘述。組織病理所擔任的角色包括下列數項：

(一)區別良性與惡性：人身體上任何部位所長出的腫塊，它可能是一種良性的腫瘤、肉芽腫、或是惡性癌，高明的放射學醫師或許能預測腫瘤的性質，根據其特徵下診斷，但絕大多數皆只能認定腫塊的存在，區別囊腫、血塊或膿瘍。故最後的診斷有賴自患者採取檢體，作病理切片檢查。有些臨床醫師單憑一些檢查，未經病理證實，即對病人施以根治性手術，最後方證實錯誤的偶而可見。

(二)癌類別之確定：當診斷為癌之後，進一步要區分的是它究屬內皮起源的癌或間葉組織所起源的肉瘤，如屬內皮起源的癌則應為腺癌抑或類上皮癌，如屬肉瘤則應為淋巴瘤、平滑肌肉瘤、纖維肉瘤或骨源性肉瘤等等，又同是橫紋肌肉瘤也有各種不同惡性度及好發年齡之區別，因各種癌的生物行為互異，

生長速度及轉移情形也不同，直接關係到病人的預後好壞，以及治療方式及反應的差異，此所以其他檢查方式無由取代病理之處。

(三)原發部位之探討：有時病人身體上的淋巴腺或其他組織器官內的腫塊經判定為癌轉移後，其原發部位往往不明顯，這時病理必須依該腫瘤之特性，判斷其原發部位何在，提供臨床醫師作進一步檢查之依據。

(四)癌分期及有無殘留癌細胞之診斷：一個外科手術之標本送達病理科醫師手中時，他必須決定的事項，以直腸癌為例，有腫瘤的位置、外形、大小，侵犯腸壁的程度及深度，究係達肌肉層或已達直腸周圍的軟組織，再尋找淋巴腺有無癌轉移，另外兩邊的切口處是否受癌細胞之侵犯矣，根據以上之資料決定直腸癌的期數是Duke A, B, C, D等。此外，周圍正常黏膜有無其他病變，如潰瘍性結腸炎或息肉的存在，皆與癌之發生相關。

病理醫師經過上述步驟如仍無法確定診斷，則可進一步利用電子顯微鏡或組織化學方法去決定腫瘤的特性。另外，臨床醫師對病理醫師提供一份詳細完整的病人資料常可有很大的幫助，必要時可以舉行討論會，共同決定癌的可能來源、

診斷、進一步檢查方式以及治療。

細胞學在癌診斷上之地位日漸重要，尤其在早期癌的發現及大量甄檢時，頗為實際方便。許多病理切片無法進行之領域，細胞學利用咳嗽、胸水、腹水、尿液、脊髓液等之檢查，可於其中發現剝脫之癌細胞，提供進一步之診斷方向。尤其在肺癌之診斷上，因支氣管鏡檢查往往無法深達腫瘤部位作組織切片，故細胞學之診斷特別重要。但

癌症的血清免疫學檢驗

至今癌症一直是威脅人類生命的禍首，科學家們不斷地從各種角度去研究探討，希望能找出它的致病因，繼而對症下藥，以求解脫人類的一大痛苦。癌症免疫學乃是從免疫學的觀點出發，來研究「癌症細胞」與「正常細胞」的區別，不僅希望由此能發展出治療它的方法，最終更期望藉由免疫學「疫苗」的觀念，來預防癌症，或是阻止它的再發。

整個腫瘤免疫學是建立在腫瘤是具有它特殊抗原的假說下，由種種動物實驗，得知抗原的存在有不同的種類與其複雜性。其中的一種稱為腫瘤胚胎性(Oncofetal)抗原，產生這種抗原的腫瘤，與生物體的胚胎組織有類似的構造，所以有人認為這種腫瘤的形成是組織的一

必須強調的是，細胞學的診斷並非最後診斷，必須進一步作病理切片證實。當然，這些操作人員及負責的醫師必須有豐富的經驗及訓練方可。

以上是病理在癌診斷及治療角色上的概述。國內的病理醫師缺乏而很多醫師對病理的理念也不够，常常造成病人診斷及治療上的缺憾，這是今後國內醫學界必須努力的一個方向。

臨床病理科檢驗師 呂愛珠

種退化性之分化過程，也就是正常細胞朝原始細胞分化，因此它產生的抗原與胚胎期正常組織所產生的物質有相同的性質。在人類最為代表此類的二種抗原即為癌胚性抗原(CEA)，及阿爾發胎兒蛋白(αFP)。這二種胚胎抗原，在腫瘤移植的動物實驗中，並不能產生免疫排斥等機能，至於是否能引發病人的免疫反應，更為人所懷疑。而它所以具有臨床上的意義，是由於實驗室可以由免疫動物獲得的抗血清，來測病人血清中抗原的濃度及變化，以作為臨床醫師診斷及治療之用。

CEA，最初是由人類大腸癌的組織中被抽取出，故被定義為與腸胃道腫瘤有關的抗原。它的化學性質是屬於醣蛋白的羣體，其中蛋

白質佔30%~40%，醣佔42%~47%，分子量約2,000,000。過去由於受檢驗方法不夠靈敏的限制，所以一直視它僅與腸胃道腫瘤有專一性的關係，自從高敏感度的檢驗方法問世後，如酵素免疫法、放射免疫法（敏感度達0.1ng/ml），現已得知不僅大腸癌，許多其他惡性腫瘤，甚至非惡性的疾病，甚至健康的人，均可能會上升，但其中上升的比率却有很大的不同，當然是以大腸癌患者上升的比率為最高。

所以說，單一CEA的數值，並不能作為診斷癌症的甄檢試驗，而它在臨床上仍具有的重大意義為，它可以顯示外科手術的預後是否良好，也可以監視腫瘤復發或轉移的發生，同時更可做為化學或放射治療是否有有效的指標，所以我們可以說它最適合於癌症病人的追蹤檢查。

阿爾法胎兒蛋白（AFP），是人類胚胎時期時，血清中的一種主要蛋白質，大多是由肝臟或卵黃囊來製造，它也是一種醣蛋白，分子量約68,000~74,000，其中蛋白質含量高到96%，而醣僅有4%。它是一種細胞內的物質，所以用免疫螢光法可以在胚胎或惡性肝細胞內發現這種抗原的存在。當檢驗方法的敏感度提高後，它和肝癌及畸胎瘤間的專一性就被否認了。現在已經知道不僅是肝癌，其他急性性肝炎、肝硬化，甚至一些發炎，退行性疾病，均有可能伴有升高的AFP血值，當然上升的幅度會有差異，以肝癌及畸胎瘤（卵黃囊腫瘤）出

現高濃度（over500ng/ml）的比率較大。臨床上，除了上述意義外，在婦產科尚可用羊膜水中此種抗原的不正常上升，作為胎兒神經管方面發育缺陷的診斷。一般說來，實驗室測量AFP所用的方法，不外乎擴散法、凝集法、酵素免疫或放射免疫法三種，但所呈現的敏感度可由25,000ng/ml→50ng/ml→1ng/ml，差異甚大，故當解釋數值時，應謹慎了解所用的方法及其限制，也不可忘了正常人也會有2~10ng/ml的血清值。

此外，許多荷爾蒙（或稱為激素），或類荷爾蒙的物質，也和人類腫瘤有著值得令人探討的關係。其中的一種稱為絨毛促性腺激素（HCG），最應為大家所知道。我們一般所稱的「懷孕試驗」，嚴格說來，實為一種誤稱，因其實際上所測乃是HCG。而這種激素的測定除了能早期反應為懷孕、或子宮外孕，或可能發生流產外，它更與我們中國人罹患率也不少的水泡狀胎塊、絨毛膜癌、或睪丸癌有很大的關係。HCG本為胎盤組織所分泌的一種激素，在一般正常懷孕時，有一定出現、上升、下降及消失的時間，但當上述腫瘤發生時，這些惡性細胞也能製造此種激素，所以臨床上，一方面可用以證明水泡狀胎塊、絨毛膜癌或睪丸癌的發生，一方面它也可以做為外科手術或化學治療、放射治療等成效的指標。HCG是一種醣蛋白，由α及β二種多肽鏈所構成，其中α多肽鏈

為許多荷爾蒙，如卵泡刺激荷爾蒙（FSH），黃體形成荷爾蒙（LH），甲狀腺刺激荷爾蒙（TSH）所共有的成分，值得注意的是它的β多肽鏈與LH的β多肽鏈，也有許多相同的部分，以致造成交叉反應的影響，即大部分的免疫測量法都

談腫瘤的治療

腫瘤治療前的認識

腫瘤（Tumor或Neoplasm），常被分為良性與惡性，惡性腫瘤即通常所謂的癌症（Cancer）。其實應稱為「癌病」，因為它是一大批很特殊的病，且種類達數百種以上，每一種不同的癌病都有其特性，其自然發展過程，診斷方式，對於各種治療的反應與效果都不一樣，所以不能當它是一類「症狀」或一個病，正如「婦人病」或「精神病」，並不是只有一個病而已。「癌病」是慢性病，從發病到輕微的「症狀」發生，可能已經有數年之久，從有輕微症狀到造成疼痛，機能障礙等非看醫師不可的時候，可能只有數個月或一、二年，一般的「談癌色變」很可能都是太遲了些，因此「早期診斷」的警覺性是很有必要提高的。「腫瘤是由一個個小細胞不斷地分裂生長而形成，

會受到LH存在的干擾，此點為臨床醫師在解釋數值時，宜一併考慮的因素

腫瘤免疫學範圍廣泛，且仍在繼續發展中，在此僅略述本科所能提供之數種檢驗，以作諸位參考之用。

放射治療科 林芳仁醫師 主 任

時間越久，其數目與擴散或侵犯之範圍就越大，它不會因為多休息或保持樂觀或忽略它，就會慢下來。「早期診斷」的目的在於「早期治療」，癌病的治療必需有長期的全盤計劃與無限期的追蹤。治療的方法與配合的方式很多，治療的效果並不是幾天或幾個月就可以完全觀察出來，即使是開刀手術也需要做很長期的觀察與追蹤，才能確定是否完全治癒，而且開刀手術前後也往往需要配合其他的治療方式，才能達到長期控制或治癒的目的。經常我們聽到的問題：「××的（癌）病有希望治好嗎？還可以活多久？如治不好就算了」。如果這個病患的病不是惡性腫瘤，是因為車禍或火災的嚴重傷害或中風或嚴重的心肌梗塞，而被送到急診處，就很少有家屬或親友會問上述的問題，為什麼呢？因為生了癌病就成為三等公民？目前在美國所有癌

病的五年總存活率已達四一%，許多早期的癌症如果治療適當，十年的存活率可達九〇%以上。就算是只有三〇%也比許多其他嚴重的心臟病、中風、腎病等為佳，為什麼那些病人要花許多人力、財力去救治，而「癌」病人就要放棄？

癌症的治療

治療的目標是要消滅最後一個癌細胞，而不是只將肉眼看得見的腫瘤變成看不見的癌細胞。腫瘤細胞多到一百萬個(10⁶)時，還是很難用人的視覺、觸覺或精密檢查方法查出，可是癌細胞只要留下幾個在體內就有可能長成「談癌色變」的程度。多種方式配合，而做全盤治療計劃是必然的。

治療的另一個重要目標是讓病患的生理機能儘量恢復到病前的情況，使他(她)能儘量回復病前在社會上、事業上、家庭裡、職業上的角色，繼續過有意義的生活。因此如何減少由治療引起的併發症或後遺症到最低限度，是治療計劃的重要項目。

開刀手術，放射治療，化學藥物治療等是目前的重要治療方式，尚有正在研究發展中的加熱治療免疫療法。這些治療方式在各種不同癌症的治療上所佔的角色因病而異，不應統一而論，或是選擇最快最簡易，不痛苦的治療方式而就誤了治療的機會或造成更大的併發症。這些治療方式的配合，必須由負責治療的醫師們共同擬定全盤計劃，而不是由病患或其家屬或親友來計劃。

治療的成效決定於病患(其家屬與親友)和醫師及其他醫護工作人員的合作。治療過程中，病患常有自動停止治療、轉換治療方式、轉換醫師或醫院，而不與負責治療的醫師們商討或做適當的交代，使下半期的治療無法順利進行，弄到後來癌症復發，併發症百出，病患只好繼續做「治療旅行」，如此「聰明自誤」實在太可惜。癌症可以治療或長期控制的機會常因治療計劃不當而失去，通常是一去不返，「另就高醫」的想法往往是來不及的。

治療後的追蹤檢查

治療的效果只有細心與定期的檢查才能確定。如果有復發的現象則可以早期再治療與補充治療。復發的癌症如果不提早發現，往往比原發癌症治療困難得多。所以追蹤檢查可以說是長期治療計劃的一部分。

治療後併發症、輕重不一，有些是不可避免的，例如：大腸癌手術後的人工肛門的無限期處理是很重要的，而且可以做得好的。併發症處理不當，也會弄到不可收拾，造成生命的威脅或殘廢，長期的追蹤檢查對併發症的處理是必須的。

病患應該到負責治療的醫師或醫院去做追蹤檢查，才能將復發的癌症與併發症做最適當的處理。醫師的經驗與學識是累積而成的，如

果他(她)們的病人接受治療後都不再回去給他(她)們檢查，他(她)們如何知道治療的方法是否可靠，他(她)可能以為他的方法是

癌症化學療法

談抗癌藥物

癌症之治療，以目前的觀念來談，仍以外科手術將其病竈切除為第一優先，然後再輔以放射治療及化學療法。另系統性之癌症，如淋巴癌等仍以化學療法為之。

雖然癌症的死亡率仍居高不下，然而世界各國均大力提倡抗癌研究，抗癌的藥物亦如雨後春筍，以往所謂得到癌症就是宣判死刑之論調，漸漸被修正了，例如絨毛膜癌、霍奇金氏症(Hodgkin's disease)、小兒白血病等，目前其存活率較以往提高甚多。

抗癌藥物一般可分為①經基性藥物(Alkylating Agents)②抗代謝性藥物(Antimetabolites)③天然產物(Natural Products)④其他合成藥物。現就常用者簡單介紹如下：

經基性藥物 (Alkylating Agents)

經基性藥物在體內可形成活潑的經基，使得DNA結構中鳥糞嘧啶(Guanine)基團經基化(Alkylation)。DNA的功能改變，因

最好的，所以病人都治癒不必回來了，其實這些病患也可能因癌症復發而去世了。定期的追蹤檢查確實需要病患與醫師之合作。

藥劑科藥師 廖婉惠

而發生①細胞致毒作用：干擾細胞生長、有絲分裂、分化及功能的基本機轉，而抑制癌細胞的增殖，當然視藥物的選擇性亦常殺死正常細胞，這就是抗癌藥物具很大毒性的原因。②血液及免疫作用：常見有骨髓抑制作用，和藥物的劑重、性質、治療方式有關。有的引起顆粒性白血球減少，抵抗力降低，易生感染；有的造成血小板減少，容易出血；淋巴球減少，或免疫機轉被抑制等。③對生殖細胞作用：女性可能數月無月經，男性則精子受抑制。④對上皮細胞：常見的有腸粘膜或毛囊受損，例如Cyclophosphamide引起禿頭。

這類藥物常用的有①Buysulfan (Myleran) ②Chlorambucil (Leukeran) ③Cyclophosphamide (Endoxan) ④Methylphalan (Alkeran) ⑤Thiotepa (Tespamin)。使用此類藥物常有噁心、嘔吐、及骨髓抑制等副作用。服用 Cyclophosphamide 可能引起無菌性或出血性膀胱炎，病人應多喝水預防之。

抗代謝性藥物 (Antimetabolites)

此類藥品的化學結構，類似細胞內的代謝物或為某一代代謝物的拮抗劑，使得細胞內正常的代謝反應無法進行，核酸無法生成，阻止癌細胞的增生，也可能阻礙一些正常細胞的生長。現已知癌細胞對此類藥物產生抗藥性。

抗代謝性藥物可分①葉酸拮抗劑 (Folic Acid Antagonist) · Methotrexate (MTX)，抑制葉酸鹽輔酶，使得葉酸無法活化變為 Folinic acid，而不能參與嘌呤、核酸生成，因此殺死癌細胞，MTX 的副作用及毒性有噁心、嘔吐、潰瘍性口腔炎、腹瀉等，此時宜停藥，待症狀改善再繼續用藥。MTX 有骨髓抑制作用，也可能起肝、腎的毒性作用及禿頭。接受 MTX 的病人要小心照顧，必要時伴隨 Leucovorin (為一活性葉酸，Folinic acid) 使用，以防止 MTX 的毒性。

②嘌呤拮抗劑 (Purine Antagonist) · 有 Azathioprine (Imuran)，Mercaptopurine (6-MP; Purinethol)，Thioguanine (Lanvis) 三種。它們的化學結構與次黃嘌呤 (Hypoxanthine) 或鳥糞嘌呤類似，可干擾次黃嘌呤或腺嘌呤的合成。這類藥物具有免疫抑制作用，例如：Azathioprine 在臨床上用來預防腎臟移植所引起的排斥作用。此類

藥物臨床毒性有噁心、嘔吐、骨髓抑制作用 (血小板、白血球減少)，易出血等。

③嘧啶拮抗劑 (Pyrimidine Antagonist) · 常用有 Cytosine Arabinoside (Cytarabine · Cytosar)，Fluorouracil (5-Fu)。5-Fu 化學結構和尿嘧啶類似，可抑制胸腺核苷合成酶 (Thymidylate Synthetase) · Cytarabine 則是去氧胞核苷 (Deoxycytidine) 的去氧核糖，變為阿拉伯糖，可抑制 DNA 聚合酶。兩者皆能抑制 DNA 的合成。臨床上副作用有噁心、嘔吐、骨髓抑制等。5-Fu 比 Cytarabine 易引起口腔炎、腹瀉及胃腸道潰瘍。

天然產物

(Natural Products)

①長春花甙 (Vinca Alkaloid) · 此甙具有四個活性部分：Vinblastine 和 Vincristine (Oncovin) 用於臨床研究。二者的結構差異雖小，但是抗癌的範圍及毒性却有很大差異。其作用可能是在細胞有絲分裂中期加以阻斷，使細胞分裂無法進行而死亡。臨床毒性：Vinblastine 引起噁心、嘔吐、腹瀉、骨髓抑制等副作用。Vincristine 引起神經肌肉異常、肌肉衰弱、視覺障礙、禿頭及自律神經引起的嚴重便秘，可服用 $MgSO_4$ 等瀉劑來預防。

②抗生素 (Antibiotics) ·

常見者有 Actinomycin D，Bleomycin，Doxorubicin，Mitomycin C 等，多由鏈黴菌屬 (Streptomyces) 分離而得。副作用都有噁心、嘔吐、骨髓抑制作用 (Bleomycin 的這種作用較小)。

Actinomycin D (Dactinomycin) · 和 DNA 螺旋圈結合，阻止 RNA 聚合酶的作用及 DNA 轉錄作用，副作用尚有口腔炎、腹瀉、皮膚紅疹 (尤其是 X 光照射部位)。

Bleomycin · 為一羣構造相似的混合物，引起 DNA 鏈的斷裂，干擾 DNA 的合成。副作用有發燒、過敏反應及皮膚反應，有手指甲、手掌角化變硬、發癢性紅斑、潰瘍，尤其是肘部等易受壓部位。最嚴重是引起肺炎，甚至肺纖維化，所以病人要隨時注意呼吸症狀及做胸部 X 光、肺功能試驗檢查。

Doxorubicin (Adriamycin) · 為碳環黴素 (Anthracyclines) 的一種，能和 DNA 結合，抑制 DNA 和 RNA 的合成。副作用尚有口腔炎、胃腸不適、禿頭。特別的一點是此藥會引起暫時性心電圖不正常或引起心臟衰竭 (對毛地黃配糖體無反應)，這和劑量有關。

Mitomycin C · 在體內經酵素反應，變成具雙功能羰基物，抑制 DNA 合成，或與 DNA 相互連結。

③酵素 (Enzyme) · 目前有天門冬素酶 (L-Asparaginase)，是由大腸菌分離而得，可使癌細胞

所需的門冬素 (L-Asparagine) 氨基酸，代謝成門冬酸 (L-Aspartic Acid) 和氨 (Ammonia)，癌細胞就沒有門冬素來合成所需的蛋白質，因而死亡。副作用有噁心、嘔吐、發燒、過敏反應，肝臟、胰臟、腎臟功能受損，中樞神經病變。

其他合成藥物

Cis-Platin (Platinol) · 為鉑之共軛化合物，能擴散入細胞內，分離出氯離子，形成雙功能羰基劑，可和 DNA 相互連結，DNA 的合成就受抑。主要毒性是對腎小管作用，這和劑量有關，可補充大量液體或加服 40mg Furosemide 來預防。引起噁心、嘔吐、耳鳴、輕微骨髓抑制作用，類似無防禦性過敏反應，可靜脈注射腎上腺素，加上 Corticosteroid 或抗組織胺來治療。

Procarbazine (Natulane) · 藥理作用可能是延長細胞分裂間期，抑制細胞分裂。藥本身有致癌作用及免疫抑制作用。副作用有噁心、嘔吐、白血球及血小板減少等。

一般抗癌藥物毒性較大，藥理作用部位不盡相同，故目前化學療法多採數種藥物合併使用方式，以減少單一藥物的用量及毒性。另多數抗癌藥物會誘發胎兒畸形，懷孕婦女應注意。接受化學療法之患者除應嚴格遵照醫師指示服藥，定期作血液或其他檢查外，尚應注意避免細菌感染，引發嚴重併發症。

癌症患者心理歷程及護理

放射治療科 護理長 徐敏燕
主任 林芳仁醫師

「疾病」對任何人均造成極大的心理威脅，尤其是得了癌症，病患除了須忍受「病」所帶來的痛苦外，更面對了死亡的挑戰，因而多數的癌症病患，所表現的心理反應及行為狀態呈現著複雜歷程，其主要原因可能由於病患對「癌」缺乏認識，傳統中癌一直被認為是種絕症，就像被判死刑一樣。病患一時所需面臨及承受的是一項難以抗拒的考驗，從較著名的研究中——羅絲（E.K. Ross）所著「死亡和瀕死」（On death and dying）一書，她將病患，特別是癌症病患面臨瀕死的心理過程，分為五個階段：一、否認與震驚（Denial & Personalization）：病人知道他得到的是癌症時，往往第一個反應是顯得激動萬分或者是震驚而麻木，有時無法在短時間內冷靜下來對事實，更懷疑醫師所作的診斷，「這怎麼可能是我？不會的！」這種「否認」的行為，亦是一種心理自衛機轉，有的病患甚至可能一直都不承認自己得到癌症。二、憤怒（Anger）：病人的反應是很生氣，

他會說：「為什麼偏偏是我得到？這樣倒楣！」「為什麼別人都好好的，不會死，就單的我一個人快死了！」病人的憤怒往往會轉移到家屬和醫療人員的身上，甚至他埋怨造物者的不公平。此時病患可能再到處尋找醫學檢驗，想證明這不是真的，並尋解過去的生活史中是否有什麼「因果報應」，或想到是否是惡魔附身，及作錯事的報應，病患人格的「超我」部份在科學發達的今天仍無法從醫學檢驗、道德、宗教觀點獲得適當的解答，於是他們強烈的覺得不公平、挫敗、無助，並因而感到憤怒。三、討價還價（Bargaining）：病患對他的診斷可能「半接受、半不服」，所以開始討價還價，比方，他會和醫師或造物者商榷希望能活到某個特殊的日子，或是某一件事情完成以後。四、憂鬱（Depression）：病人不得不面對並接受疾病的真象，也知道他將不久人世，於是開始產生憂鬱反應。他感到深沉的悲傷、焦慮，凡事漠不關心，胃口減退，體重下降，甚至悲傷得號啕大哭或

萌發自殺念頭，並且意識到會喪失許多的事物與親愛的人，嚴重的失落感和挫敗感是造成憂鬱反應的心理因素。五、接受（Acceptance）：病患此期較能心平氣和地接受命運，能面對有限的生命而改變生活目標，積極安排未完成的事，交代子女家屬等，並且抱著一線希望和醫療人員合作，嘗試治療效果。從心理機轉上去了解，病患可有上述的情形所產生的自衛機轉來補償挫敗感和失落感。人類對死亡所持的態度中，有的視死亡為虛假的幻象，有的視死亡是報償，有的視死亡為一種「永恒」的象徵，或塵世中苦難的解脫，這些觀念也是彌補心理的代償作用。

在醫院裏：病人心理反應的投射對醫療人員是很有影響的；從病患複雜的心理歷程中，尚需面對所予的各項檢查、住院、開刀，及其他治療等，怕治療費用造成重大的經濟負擔，怕因病的關係失去原有的工作，怕在家中的角色改變，怕夫婦關係改變、怕殘缺、怕死亡、怕疼痛、怕……。由於社會背景的不同，我們仍然會面臨一些治療病患的困難處，例如病患無法承受疾病的真象，家屬要求對病人隱瞞病情和干預或影響病人接受治療決定性的權利；或受迷信影響禁吃食物而造成營養不均而加重病情；或因普遍缺乏高水準醫療設施，以致病患到處求醫及尋求一些偏方治療，造成疾病的惡化和經濟上更大的負擔；又若社會保險制度不健全和

不普及，生病時無法得到完善的保障；醫院中若無社會服務的部門來幫助病患解決心理上所面臨的一些困難；醫療人員態度無法一致時亦造成病人懷疑等。此際醫療人員本著對病患建立良好治療性的人際關係中所持有的態度，是予病患接受到最大的安全感，除了有精確的診斷，計劃性的全盤治療與護理外，對日後復健、心理輔導，亦需附上關心。

臨床上於病患第一期心理歷程可應用傾聽、陪伴方式協助無助的病人，護理上可允許病人負性行為發生，並且醫療組員須持一致的態度。第二期的情況可採反向行為，醫療組員可主動發現病人的需要，給予適當的處理。第三期中病患求生慾較強，可正確、適當的指導病人接受治療。第四期，用肯定的態度來與病人交談，主動幫助病人完成個人的護理。第五期，最好能集中護理，讓病人與家屬對以後的事情有安排的機會。

護理最大的目標是在能降低病人的焦慮、幫助病人了解治療計劃和反應，指導家屬鼓勵病人接受治療，幫助家屬接受病人並支持病人完成治療，協助其培養健康的人生觀念。

後語：對臨床上面臨癌症護理是一項富有挑戰性的職責，不免會有很多工作上的考驗和得失，僅此深切的期望能和各位交換心得、意見，以便從工作經驗中來協助癌症患者有更完善的照顧及建設性的措施。

鼻咽癌病因及症狀

耳鼻喉科醫師 賀自立

一提起鼻咽癌就令人想起是中國人罹患率特高的惡性腫瘤，鼻咽癌患者平均年齡是四十幾歲，比一般癌症病人年輕些。男性比女性約多三倍，因用放射線治療的效果好，故早期的診斷及治療，病人的預後愈好。我們只要稍為留意它的早期症狀是不難將它診斷的，故將鼻咽癌的病因、症狀分述如下：

〔病因〕

鼻咽癌的病因至今尚不明，因此有各種假說「總括來說可分下列三方面來說明。

一、種族遺傳因素：中國人尤其是東南沿海諸省的居民較易染患鼻咽癌，特別是廣東人，所以鼻咽癌曾有「廣東瘤」之稱。遷居至美洲、澳洲、東南亞的中國人亦有同樣高的罹患率，據統計移民至加州的中國人較當地美國人有高四十倍的罹患率，種族遺傳因素應是主因。

二、生活習慣及環境背景：生長在海外的中國人其鼻咽癌罹患率明顯低於生長在國內的中國人。在香港的海上中國人家，從小就以鹽魚及醃豆類為主食，很少吃蔬菜、水果，因此體內缺少維生素丙以致無法分解醃鹽魚的致癌性硝化物，而使他們有很高的罹患率，因此

生活飲食習慣及環境因素亦很有關係。

三、感染：一般與濾過性病毒感染有關，尤其是可引起淋巴癌的E-B型病毒。又由血清學對濾過性病毒抗體的研究得知，鼻咽癌患者比一般人更高的比率，血清中有高力價的抗體，但此患者在接受放射線治療局部腫瘤消失後，抗體的力價會減少。因此病毒感染可能是造成鼻咽癌如此流行的原因。

〔症狀〕

鼻咽位於口腔後部及咽喉上部，位置隱蔽平時無法注意到它的變化，多半是在癌長出後侵犯到附近的組織及頸部淋巴腺腫大，才表現出症狀來。茲分述症狀如下：

一、頸部淋巴腺腫大：尤其是頸上部的淋巴結腫大，在第一次求診時約有四分之三的病人可摸到頸部淋巴腫大，或為單側或為兩側，此乃是鼻咽癌常見，但已不是早期的症狀。

二、鼻部症狀：由於腫瘤長大阻塞鼻後空及腫瘤本身的缺氧性壞死而有鼻塞、流鼻血的現象。往往流鼻血只是早晨起床後帶血絲的痰而已。

三、耳部症狀：由於癌症壓迫

或侵犯歐氏管在鼻咽部的開口處，引起在管阻塞而有單邊的耳塞感、耳鳴甚至成為漿液性中耳炎；聽力減退、耳流水或流膿。

四、頭痛：腦神經麻痺，由於癌向上侵蝕顳骨底，造成頭痛，進而侵犯顳骨底神經小孔而有各種腦神經麻痺的現象如眼外轉肌麻痺、複視、吞嚥困難、聲音沙啞等使病情變得更複雜。

〔結語〕

鼻咽癌乃以放射線六十治療為主且效果良好，愈早接受治療效果愈好，預後愈佳。鼻咽癌因位置特殊，很早期的發現困難，而中國人罹患率很高。我們要提出呼籲的是希望大家注意，在發現有單側頸部淋巴腺腫大或早上起床有帶血絲的痰，單側的耳塞及耳鳴，單邊的頭痛、流鼻血及單側鼻塞時，就到醫院做檢查，對有懷疑的病變做切片檢查以期早期診斷及治療。

肺癌

台灣地區增加得最快的癌

近幾十年來，世界各地得到肺癌的人，以及因而死亡的人增加起來，台灣地區也是如此。根據台大醫學院陸坤壽教授的研究顯示：台灣地區肺癌的死亡率和歐美國家比較起來，還不算高，但可憂慮的是增加的速度却是最快，男女兩性都是如此。而台灣地區的肺癌和其它各種惡性腫瘤比較起來，增加得最顯着。就是說台灣的肺癌的「成長率」對內和對外相比，都拔了頭籌。

然而，肺癌的盛行率比死亡率高出很多，可能表示有不少肺癌病人到死還沒被診斷出來，也間接說明肺癌診斷之難。所以，如何早期預防，診斷及治療肺癌，不只是臨床

胸腔內科主治醫師 謝文斌
醫學及公共衛生的重要課題，也是每一位國民都應具備的知識了。

肺癌有那幾種

胸腔內的腫瘤最多的要算是肺癌了，其它還有良性瘤及較少見的肉瘤等等。若按所發生的部位來分的話，可以分作支氣管生性癌及肺細胞癌。後者顧名思義是由肺細胞所生出的，常發生在中年前後的男女性，會有呼吸困難、咳嗽、痰液有時帶有泡沫或帶血液，有的排痰量多得驚人，有的或會咳血，痰內常很早就可找到癌細胞。此種肺癌少見，只佔肺癌的百分之一到二，所以簡單介紹到此。

支氣管生性癌可分四種

肺癌絕大部份是由支氣管所長出，支氣管生性癌包括上皮細胞癌、未分化癌和腺癌等三種，台灣地區此三種肺癌病人的分布依序各佔百分之四十、二十及四十，男女之比約為二比一。上皮細胞癌及未分化癌是從支氣管的上皮被細胞所長出，男較女為多，腺癌則來自胚胎期支氣管芽組織，男女性之比約同。

未分化癌以細胞體積又可分為大細胞及小細胞癌兩種，後者有的在顯微鏡下形似燕麥，又叫燕麥細胞癌。所以支氣管生性肺癌以組織學分型就有上皮細胞癌、腺癌、小細胞癌及大細胞未分化癌等四種。此四種癌雖說都來自支氣管，但其臨床表現和對各種治療的反應均有不同，所以有人說肺癌其實包括四種完全不同的癌症，這也強調了病理切片及細胞診斷以得知癌類型的重要性。

肺癌的原因

就像大部分的癌症一樣，肺癌的真正原因還不完全明白，但有許多因素被認為和肺癌很有關係；譬如吸煙的人比不吸煙的人得肺癌的危險率高出好幾倍，工作職業場所的煙霧，或長期接觸暴露於鎳、鉻、砷或石棉等物質，以及放射性物質，空氣污染，以及慢性發炎（如所謂的結核處癌發生於肺結核之處）等。

肺癌有那些症狀或徵象

肺癌除了體重減輕、疲倦、貧血及消瘦等癌症共同現象外，本身常沒什麼顯著症狀或徵象，其症狀大部分是由下列的原因所產生的：

1. 支氣管刺激：會導致咳嗽、起初沒痰，可能是痙攣性咳嗽，有時會有少許粘液。腫瘤體積增大，會導致粘膜炎潰爛，則會產生血痰，或咳血了。
2. 支氣管阻塞：會發生呼吸困難、哮喘，次發性感染，甚至會導致肺的扁塌無氣。
3. 次發性感染：會發生肺炎、肺膿瘍、肋膜炎、膿胸或併發氣胸。
4. 侵犯中膈腔：犯及中膈腔內的構造就會因而產生各種症狀，如聲音嘶啞，吞嚥困難，同側上眼瞼下垂、縮瞳，半側顏面無汗等。或上腔靜脈受阻，致臉紅頸子粗，頭昏腦脹。或心包膜積液，淋巴管受犯致大量乳糜性胸液，迷走神經受犯的症狀等等。
5. 侵犯肋膜：產生肋膜積水。呼吸困難，甚或犯及胸壁，肋骨而有劇烈之胸痛。或破壞上肢的神經叢，而致運動，感覺或血管失調。
6. 遠處轉移：則視所到之處而有不同的症狀，不幸的是很多病人是以轉移處的症狀才發現是肺癌。
7. 胸腔以外的表現：產生肥大性骨關節病變，骨頭（尤其其手脚等長骨的下三分之一）及關節腫大、疼痛、手指頭像鼓槌狀（杵狀指）

等。有些肺癌會分泌荷爾蒙，而有像腎上腺素、副甲狀腺素、性腺激素等內分泌過旺現象，或高血鈣現象等等。另外還會有肌肉病變，周圍神經病變，大小腦變性等的神經肌肉之症狀。

如何儘早偵出肺癌

有下列情形就應該懷疑有肺癌的可能，及早赴醫受檢，以期能較早診斷肺癌：

1. 任何和肺有關的毛病，開始出現於中老年之時，如長期咳嗽、胸痛、咳血、關節痛等。
2. 中年人的流行性感冒和肺炎等病，却不像一般平順地消退痊癒，屢次再發之呼吸道感染，老人家原因不明的肋膜炎並有積液或膿胸，（百分之三十五以上的老人肺膿瘍是因肺癌所生的。）
3. 中年人咳嗽而伴有煩惱且難以解釋的呼吸困難。
4. X光片顯示肺內有錢幣狀陰影或單側肺門的腫大，都要詳細檢查排除肺癌的可能。

肺癌的診斷

臨床有了懷疑是肺癌的症狀或徵候，就應尋醫（最好找胸腔科的專門醫師），常可藉胸部X光片的異常來診斷肺癌，但仍須病理的形

態學來證實，以及確定是何型，以供治療之指標。

細胞學技術來檢查痰液，支氣管刷出物或洗出液，肋膜積液，肺或淋巴結穿刺吸出液等等，常可有診斷。

支氣管鏡檢查一方面可知肺癌在支氣管的所在和範圍，一方面又可做生檢切片，甚至利用X光透視配合定位，對在位於肺周邊的腫瘤作經支氣管鏡的生檢，刷拭和沖洗，以供病理及細胞學檢查。支氣管鏡可以說是診斷肺癌的重要利器，加上晚近使用軟式光纖維，受檢者幾乎沒有或只有輕微的痛苦，而且相當安全，故有需要時，應勿規避，以免延誤病情。

生檢切片：可經由支氣管鏡或頸淋巴結之生檢，最近還有利用細針在X光透視下，直接對肺臟內可疑處作針吸檢查，以得正確診斷。中膈腔鏡檢查：對中膈腔有無受犯及可否手術切除，可作進一步的評估。

開胸探查術：開胸探查且可作生檢切片或直接切除癌瘤。

肺癌的治療

1. 手術切除：除小細胞癌因其早期轉移散播，大多數學者不主張手術外，其餘單發之肺癌，未有氣管或其分支處受犯，或犯及中膈腔、肋膜，或遠處轉移者，在肺功能及全身狀況許可之下，均優先考慮以手術切除，以收斬草除根之效。
2. 放射治療：大多數肺癌對放

射治療有良好反應，不只對原發病處尚能治療轉移癌，尤其近年來腫瘤放射治療學之進步，效果愈佳，病人不適及副作用也愈少。

3. 化學治療：一般說來，癌細胞反應率較高，腺癌則最少。由於是針對癌細胞，所以對已轉移之癌也可治療，近年來各種新製劑及合併處方相繼出現，療效也漸佳。

4. 免疫治療：維持或加強宿主之免疫力，以克服癌症細胞，是最新發展的領域，也是衆所矚目的治療曙光。

預防的方法如何

怎麼去自求多福

肺癌的原因若能知道，就盡量去避免或治療之，是預防肺癌的方法。國外有人報告說：不抽煙的人得肺癌的危險率為一的話，每天抽半包（十枝）香煙者危險率為二·九九，一包（二十枝）者為四·二一，每天抽兩包以上則高達不抽煙者的五·三八倍之多，所以君子戒煙是最實際的預防肺癌之道。其它空氣、工業環境等的污染，也應由民間政府通力合作盡量防治之，使減到最少或無的程度，是防癌一途。

此外，要有高度的警覺心，俾能早日尋醫，但在證實不是肺癌後，也要放得下心來，切忌杞人憂天，整日籠罩在「恐癌症」的陰影之人，徒喪失人生的快樂。

子宮頸癌

訪婦產科陳信夫主任

婦產科總醫師 謝芳文

問：子宮頸癌如果不治療，它的疾病過程是如何？有何症狀？

答：子宮頸癌如果任其發展，它會沿下面幾個途徑來擴散：一、淋巴管道二、局部淋巴腺三、直接浸潤週圍的結構，四、血管。談到病人的症狀，在早期只有三分之一的病人，有少量的出血和不正常的分泌物，例如房事後、廁後或用力後的少量出血。在後期的症狀，主要是出血和疼痛，出血通常也是少量，但是有時也會大量出血致死。患者的疼痛，主要是淋巴管受阻斷，或神經組織受侵犯而引起的，有時癌組織壞死引起的炎症反應，也是疼痛的原因。如果它沿子宮—薦骨韌帶向後侵犯，會引起下背部及薦骨區的酸痛，尤其晚上更厲害，躺下也無法減輕。如果薦骨神經叢受波及，疼痛就會沿背部至小腿，有如坐骨神經痛。如果閉孔神經受侵犯，疼痛會沿伸至小腿內側。更厲害的程度，往往會阻斷輸尿管，病人會覺得側腰痛，那是水腎所引起的，最後尿毒症會使病人死亡。膀胱及直腸受侵犯時，會造成大小便的困難和不適。

問：早期的患者，只有三分之一有症狀，而且會忽視，應如何預防？

答：細胞抹片檢查，簡單而有

效，可以找出可疑的病人，做進一步的檢查。至於如何使一般婦女接受，進而要求做抹片檢查，就需要靠大眾傳播工具的宣傳了。

問：婦女應該什麼時候開始接受抹片檢查？

答：侵犯性子宮頸癌(Cervical Invasive Carcinoma)平均發生的年齡為四十八歲，原位癌則為三十八歲，所以三十歲以上的婦女，應每年做一次檢查。但是，近年來二十來歲婦女罹患侵犯性子宮頸癌常見到，所以，二十歲以上的婦女，應該開始接受檢查。

問：發現抹片不正常後，進一步的檢查是什麼？

答：發現抹片不正常後，進一步的檢查包括切片檢查、陰道鏡、甚至於圓錐狀切片等，以決定是否為侵犯性子宮頸癌。

問：病房的患者及家屬，常問住院後為什麼要花那麼多時間，做那麼多的檢查？

答：住院後將近一星期檢查，目的在於瞭解疾病的範圍有多大，以便選擇最適當的治療，和預測病人的預後如何。

問：這些檢查包括那些？

答：這些檢查包括手指檢查和一些X—光檢查，包括腎盂攝影、大腸攝影、淋巴攝影，同時，膀胱鏡檢查和直腸檢查也是必要的，有

些病人要做肝、骨骼的掃描。

問：年輕的住院醫師，想請教正確的手指檢查方法？

答：用手指檢查子宮頸癌的病人，要估計它侵犯的程度，最重要的在於子宮頸的活動性(Mobility)，如果它局限於子宮頸，它的活動性大，如果活動性小，表示它可能已經擴散到子宮頸外。用手指檢查的方法如下，一個手指放在陰道內，一個手指放在直腸內，後者尤其重要，首先，手指必須摸子宮頸的後面，試試子宮的活動性如何？如果子宮是固定的，手指由體部往下滑至頸部，正常子宮是上寬下窄，如果感覺下面變寬，就有可能癌症已延伸至子宮頸旁的組織。如果陰道前上方是硬的，就要懷疑膀胱壁已受侵犯，必須以膀胱鏡來證實。如果覺得子宮—薦骨韌帶變厚，表示癌症沿後側方延伸，接著要檢查寬韌帶(Broad lig)的基部，看看硬化到什麼程度，有沒有波及到骨盆腔側壁。

問：有些後期的病人，做剖腹探查目的何在？

答：剖腹探查可以更正確的知道疾病的範圍，如果發現大動脈旁的淋巴腺已被侵犯，放射治療的範圍可以加以擴大，往上延伸。同時切除大的淋巴腺，可增加放射治療成功的機會。

問：謝謝接受訪問，還有許多問題，希望以後再討教。

答：歡迎！歡迎！