

隨著現代文明醫療的進步和發展，感染症及傳染病的治療都有大幅的進步，平均壽命也隨之增加；然而，隨著生活型態和環境的改變，惡性腫瘤的發生率亦隨之提高，若未能早期來診斷和適當的治療，通常會導致嚴重的後果；惡性腫瘤所造成的急性問題，不管在各科的醫師都可能遇到，尤其是位於第一線的急診醫師，往往需要對疾病及併發症有早期診斷和處理的能力，常見的腫瘤急症可以分為下列各項：

1. 與腫瘤本身壓迫有關 急性脊椎壓迫 上呼吸道阻塞 惡性心包膜積水及心包膜填塞 大量肋膜積液引起呼吸困難 上腔靜脈症候群
2. 與腫瘤本身侵犯或分泌之荷爾蒙有關 高血鈣 抗利尿激素分泌不當症候群 血液高黏稠度症候群 腫瘤溶解症候群
3. 與抗癌治療相關之骨髓抑制或感染 顆粒性白血球低下症及敗血症 免疫抑制及伺機性感染 血小板低下及出血 過敏或排斥反應 急性脊椎壓迫 腫瘤本身轉移或直接侵犯到脊椎，或造成壓迫性骨折都可能造成這個嚴重的問題，相關常見原因有多發性骨髓瘤、淋巴瘤、肺癌、乳癌、攝護腺癌以及一些相關之神經瘤，最常侵犯的地方為胸椎，其次為腰薦椎，頸椎最少；臨床上病人出現的症狀為侵犯處疼痛，接下來為神經根痛，而後引起神經分布處局部肌肉無力及知覺的喪失，甚至引起失禁，如果延誤就醫，更嚴重者會造成下半身的癱瘓。

診斷上最重要的是相關病史及理學檢查，影像學檢查可以證實臨床上的發現，一般脊椎 X 光可以證實超過 2/3 的病兆，電腦斷層和脊椎造影可以得知更進一步的疾病評估，當然，最好的檢查為磁共振造影，可以顯示更完整的相關結構及侵犯情形，有助於臨床醫師進一步評估及處理。治療上，要注意的是，越快出現症狀，通常所造成神經傷害也越大，因此，能越快解除壓迫，對病人完全症狀回復有很大的關聯，藥物治療包括 Steroid 如 decadron 10 mg IV or Solumedrol 30 mg/kg IV，進一步則根據一般急性脊椎壓迫治療原則。對一些放射線敏感的腫瘤可以安排緊急放射治療，如果有脊椎不穩定及脊椎骨折，此時安排開刀治療對日後功能回復較佳。

上呼吸道阻塞 心肺復甦術當中，維持生命鍊最主要的是 A (airway), B (breathing), C(circulation)，呼吸道的暢通對所有的情況都是相當重要的；造成呼吸道阻塞會造成整個組織的缺氧和危機，通常引起的因素有：腫瘤本身的侵犯及壓迫，吸入異物或食物，甚至痰卡住，大量出血或咯血，以及感染都會，通常腫瘤直接壓迫為較緩慢發作，病人臨床上可能會出現嘔鳴 呼吸音及喉部有可觸及之腫塊。較急性的症狀依一般治療原則處理，而較緩慢進行則可以用軟性纖維性喉頭鏡或支氣管鏡來評估，影像檢查包括軟組織 X 光檢查，電腦斷層，都有助於進一步診斷及治療。維持一穩定之呼吸道為最基本的原則，必要時包括氣管內管插管、氣切手術置入氣切管、氣管內置支架，以及放射治療。

高血鈣症 高血鈣的原因包括骨頭轉移，腫瘤分泌之荷爾蒙，副甲狀腺素分泌過高所造成，與大部分轉移到骨頭之癌症有關，多發性骨髓瘤、淋巴瘤、肺癌，也在其中扮演一部份角色；臨床上出現的症狀和血鈣上升速度有關，包括多尿、夜尿、食慾減退、全身無力、腹痛，後期甚至出現意識遲鈍、嗜睡、深度肌肉無力、急性胰臟炎。診斷的重點是有賴臨床醫師的高度懷疑，任何癌症病人若出現多尿，與腫瘤進展不相符之意識障礙，以及消化道症狀，都應該評估是否有高血鈣的問題；實驗室檢查方面，要測定血中鈣離子、白蛋白、磷酸、血中鹼性磷酸酉每，如果測定值為血清中鈣濃度，則要根據白蛋白濃度作矯正。心電圖會出現縮短的 QT 值及延長之 PR 區間。治療包括補充水分和生理食鹽水利尿，以防進一步的腎臟傷害，維持血管內容積和補充水分是促進鈣排泄的基石，其他藥物包括 biphosphonate、pamidronate (aredia)、clodronate、mithramycin、calcitonin 等抑制破骨細胞的活性。最重要的是病人如果出現意識形態改變，又無法用臨床症狀及病情解釋，代謝及電解質異常皆應該列在鑑別診斷中。

惡性心包膜積水及心包膜填塞 最常出現惡性心包膜積水的腫瘤為肺癌及乳

癌，其他包括黑色素瘤，淋巴瘤，卵巢癌也會發生，通常心包膜積液的容積多寡和臨床症狀相關，並不是完全正相關，反而和出現的時間快慢有關；病人臨床上會出現喘，低血壓，頸靜脈怒張，心音聲音下降，胸部 X 光如果出現心臟擴大，地中海瓶狀的心臟外型，就要考慮到這種可能性，在心電圖上則會出現縮短的 QRS。最快速的確診辦法為心臟超音波，必要時安排心包膜刺液術及安置引流管，可以迅速緩解病人的症狀，大量肋膜積液引起之呼吸困難的診斷和治療，亦同於此。

顆粒性白血球低下症及敗血症 顆粒性白血球低下的原因包括腫瘤本身的骨髓侵犯，或化學治療及放射治療後之相關併發症，如果是與相關骨髓抑制之化學治療後，引起之顆粒性白血球缺乏，通常會在治療後七到十天後出現，如果發生的時間並不相符，則要考慮其他的可能性。病人如果同時合併出現發燒，畏寒，呼吸急促，心跳加速，血壓改變，則要考慮合併敗血症的存在。這種情況的處理是每一個臨床醫師都必須熟悉的，一旦處置上的延誤，代價可能是病人寶貴的生命。治療的重點是必須涵蓋所有可能之致病菌，尤其是 *P. aeruginosa*，通常選用抗生素包括 piperacillin/tazobactam+ aminoglycoside, ceftazidime+ aminoglycoside, cefepime+aminoglycoside, imipenam 等等，必要時加上抗厭氧菌之抗生素。同時注射 G-CSF 有助於白血球回昇的速度。

腫瘤急症相當廣泛，橫跨各大科的領域，臨床醫師應在未發生前就要考慮此種可能性，而能對治療和衛教病人有進一步的改善；而且並不是每一個病人都是癌症末期病人，有些仍然對治療的反應良好，甚至於可以治癒；因此我們對治療方式的考慮要包括：腫瘤本身的自然病史，治療本身的問題及併發症，可治癒性腫瘤或緩和醫療，病人的一般狀況及本身意願，生活品質之考量，以及家屬本身之認知及期望。在綜合各項評估後，才有辦法真正做到一個合乎人性的全人治療。

參考書目 1.台大內科醫師合著：當代實用內科學，八十七年八月初版，page 136-142 2.Judith E. Tintinalli et al：Emergency Medicine- a comprehensive study guide/American College of Emergency Physicians, 4th edition, McGraw-Hill page 1001-1004，1996