

看了這個統計我們可以瞭解所有有關節症狀之患者中，真正患類風濕性關節炎的男的只佔2.2，女的佔5.2，而女子則以增生性關節炎，男人則以椎間盤疾病為彼等主要疼痛之來源，因之聯想到我國具良好設施的大醫院也能對大台北地區凡有所謂風濕主訴的中年以上人士，作一相同的研究分析的話，相信統計結果與英國所統計者相差無幾。

常有病人會問醫生為什麼作一次檢查要抽那麼多血？這是要看看病人有沒有類風濕性關節炎，那麼醫生究竟為病人做了些什麼呢？除了問病歷、體檢X光等外，還抽血作如下之檢查，主為鑑別診斷：

一、血液常規檢查，看看血液情況有無貧血，血球狀況、白血球數、有無血液沉降率改變。

二、類風濕性因素或Latex Test

三、山羊紅血球凝集試驗 SCAT (Sheep cell Agglutination Test)。

四、紅斑性狼瘡細胞鏡檢 L. E. Preparation 25% 類風濕性關節炎亦有。

五、抗細胞核抗體檢驗 Anti-Nucleus Antibody。

六、免疫血清試驗 Immunology Study 測定 IgG IgM 含量。

以上這六種試驗其目的在鑑別與確定診斷之用，惜目前我國不能完全做到，除抽血檢查外，我人還作滑液囊液之細菌培養，顯微鏡檢 Latex-fixation 試驗，有時進一步作滑液囊及皮下結節之切片檢查以為之確定，但一般講起來臨床病歷，體格檢查及X光照相已可初步診斷出類風濕性關節炎了。

最後來談談類風濕性關節炎的治療及預後：由於類風濕性關節炎係一原因不明，慢性進行性增生性炎症變化的疾病，終致破壞關節引起殘廢的一種疾病，所以除極少數幼年型類風濕性關節炎有時可永久不復發外，一般來說其預後並不良好，其治療方法如下：

一、一般療法：

1. 休息與運動：這個問題到目前為止還是眾說紛紛，莫衷一是，但目前較為一般醫師所接受的是急性發作時臥床休息，膝關節等盡量避免載重，但

至腫痛消退即將患者置於復健運動計劃下，以防關節僵直肌肉萎縮。

2. 夾板應用：主在使被侵關節得到休息及防止畸形。

3. 熱敷及水浴療法：如 Wax Bath。

4. 飲食療法：注意營養，增強抗力。

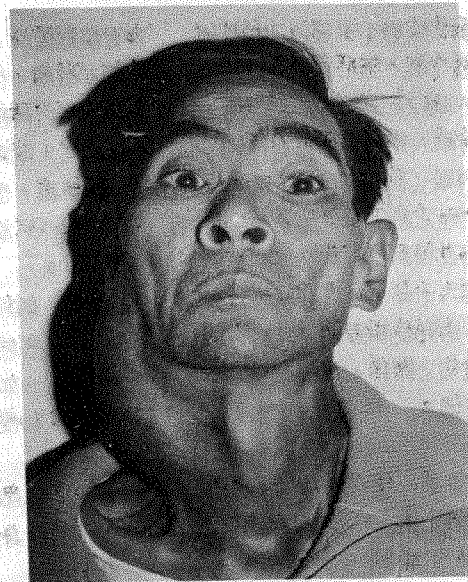
5. 精神之適調 Psychological Adjustment

二、藥物療法：
早期除一般療法外以藥物治療能止痛消腫最為見效，最常用的藥是阿斯匹林，這一點我要特別強調，不要因為是阿斯匹林而看不起它，治療各種關節痛還是以這種藥為第一位，這是今年五月份新英格蘭醫學雜誌所發表的研究報告，此外有 Phenol-tazone, Indomethacin, Chloroquin, 腎上腺皮質荷爾蒙及 Gold preparation, 這些當然由醫師來選擇決定，這裡不贅述。

三、骨科矯治：作滑液囊切除術，以防止病變之繼續進行。畸形肢體之手術矯治，目前已作金屬關節再造術，使已不能運動的粘連了的寬膝關節經再造而又能行動。

最後談談幼年型類風濕性關節炎，那是指十六歲以下男女青年之類風濕性關節炎而言，其唯一與成人型不同的是，關節的症狀往往為發高燒、紅疹、肋膜心包膜炎、脾腫大及全身淋巴腺腫大等所掩蓋，它們對阿斯匹林治療反應緩慢而不完全，而他們喉頭細菌培養沒有近期溶血性鏈球菌之感染，沒有腎臟侵襲，沒有紅斑性狼瘡細胞之發現，極大部份患者有關節症狀，但往往數天至數週後才出現，少數患者有類風濕性關節炎之皮下結節，而關節則以頸椎受侵犯為常見，有的有關節畸形而全身症狀不明顯的，有的有眼睛被侵的症狀，但可能不與急性之關節症狀同時出現，一小部份患者可能僅有一個關節被侵，此等患者之預後較好，可長時期的緩解，有時可永不再發，其治療與成人型相同。

鼻咽癌



台中醫院、耳鼻喉科 林忠輔

鼻咽癌是中國人最常見之癌症，常見於廣東、福建及台灣等地，故以前有「廣東瘤」之稱，在外國很多鼻咽癌患者常具有中國人之血統。省立台中醫院自民國六十年八月開始用台灣最新之三千居里「鈾一六十放射線治療機器」治療癌症患者後，本癌患者激增，現在台中醫院耳鼻喉科住院患者一半以上是鼻咽癌患者，故特提出討論，讓大家瞭解鼻咽癌之症狀，診斷與治療等等，以便早期治療患者。

鼻咽癌，據Wells等人之考證，數千年前古埃及已有鼻咽癌之存在，Michaux 在1845年報告一45歲男性顱底癌之病例，組織學上屬於 Carcinoma (癌)，此為文獻上第一個鼻咽癌之正式報告，以後在外國文獻上漸有學者之研究報告；至於鼻咽癌在中國最早被認為 Canton tumor (廣東癌)，文獻上 Digby 等在1930年報告103例鼻咽癌，彼等認為本癌在中國極為普遍，漸漸地更有許多學者研究鼻咽癌。

發生率

據台大藥理教授之統計，以活體切片 (biopsy) 檢查而論，中國男子之惡性癌有23.2%為鼻咽癌，居第一位，女子惡性癌有5.2%為此癌，居第三位，僅次於子宮頸癌及乳癌。又據台大醫院謝地醫師之報告，民國三十五年至五十九年共二十

五年間台大醫院經病理證實為鼻咽癌，有2763位患者，平均每年110例，最近五年之患者，民國五十六年170名，五十七年199名，五十八年189名，五十九年245名，六十年230名，平均每年二百名以上。榮民總醫院民國五十年至五十九年，共治療350名鼻咽癌患者。台中醫院自民國六十年五月迄六十二年十月，共住院鼻咽癌患者65名，其中曾在其他醫院治療過之患者有14名，沒有治療過之新鮮病例有51名，僅台中醫院就有這麼多患者，可見鼻咽癌患者在台灣之多，而外國沒有這麼高之比例，為國民健康計，本症須詳細研究。

性別：

男多於女，約為三比一

年齡：

據台大醫院之統計，年齡最幼為3歲，最大為79歲平均45歲至49歲最多。

原因：

引起鼻咽癌之原因仍不清楚。至於為何在中國人特別多的道理也沒有專家學者搞清楚，有些外國專家認為中國人所住居的房屋較為狹小，以致於空氣不流通而引起；又如香港 Sturton 醫師等認為中國人多信佛教及道教，在房間內供神焚香，各種烟毒的刺激，可能為原因之一；還有人認為中國人發現鼻腔有鼻涕時，很自然地吸進去，然後再從口

腔吐出，如此可能引起鼻咽生瘡；不過以上種種情況在東南亞、日本、韓國等地，生活習慣與我們一樣，却不容易生鼻咽癌，故以上說法不成爲理由，目前認爲種族或遺傳與中國人多見鼻咽癌有關。

自從E.B. 濾過性病毒 (Epstein-Barr Virus) 從Burkitt lymphoma之細胞培養出來後，引起很多專家之研究而認爲此種病毒與鼻咽癌亦有密切關係；民國五十八年至六十年，台灣與日本耳鼻喉科專家共同合作研究，由免疫學方面，認爲E.B. 濾過性病毒與鼻咽癌有密切之關係。有待進一步研究，找出鼻咽癌之真正原因。

病理：

台大葉曙教授民國五十一年發表1000例鼻咽癌之病理組織研究，如表1，可見表皮樣鼻咽癌 (Epidermoid Carcinoma) 最多，佔87.55%。

表1

Type cancer		% Cases
Carcinoma		98.8
Epidermoid	865	87.55
Classical	131	15.15
Clear cell	20	2.31
Spindle cell	178	20.57
Transitional cell	179	20.69
Lymphoepithelioma	33	33.81
Polyhedral cell	14	1.61
Combined cell	310	35.84
Adenocarcinoma	19	1.92
Unclassified	104	10.52
Sarcoma	11	1.1
Carcinosarcoma	1	0.1
Total	1,000	

症狀：

1. 鼻症狀

鼻塞、流鼻涕、鼻涕中帶有血絲或流血，偶而血絲從口腔吐出等。

2. 耳症狀

聽力減退，耳鳴或流耳水等，尤其單耳時須注意之，我們有幾個病人曾被當作漿液性中耳炎治療多月後，始發現爲鼻咽癌。

3. 頸部腫瘤

台大謝地醫師報告病人初診時，71.6

%有頸部腫瘤，我們51例有39例 (74.5%) 初診時有頸部腫瘤，很多病人初期有頸部腫脹，患者不知是鼻咽癌之轉移，而引起頸部淋巴腺腫大，或根本不注意它，或買點消炎藥吃及擦草藥，買膏藥貼在頸部腫脹處，也有用針灸治療它，結果不但無效，反而膏藥等嚴重刺激頸部皮膚，產生潰瘍，影響治療及預後。

4. 頭痛

5. 腦神經麻痺

如侵犯第ⅢⅣⅤⅥ腦神經，會引起斜視、複視；如侵犯ⅨⅩⅪⅫ會引起舌頭歪、聲音嘶啞等。

6. 遠部轉移—骨、肺、肝等處症狀。

7. 全身衰弱，體重減輕，食慾不振等。

診斷

早期診斷很困難，從症狀開始到正確診斷約需十個月，可見早期診斷之困難，但從診斷後到治療，又是一條漫長的路。其診斷主要靠：

1 病史—病人有鼻出血、鼻塞、頸部腫脹及頭痛等症狀時後懷疑之。

2 耳鼻喉科檢查—前鼻鏡、後鼻鏡及鼻咽鏡等之檢查，可發現鼻咽腔是否有腫瘤。

3 X光檢查—頭部X光檢查及鼻咽攝影術，可發現鼻咽腫瘤之大小，位置及頭骨是否有破壞等現象。

4 切片檢查—最正確的診斷要靠鼻咽切片病理檢查，鼻咽癌之確實診斷一定要靠病理切片檢查證實，我們治療患者也靠病理證實係癌症後開始，而非僅靠臨床診斷。但如臨床懷疑係鼻咽癌，雖一次否定的病理報告，不能說沒有鼻咽癌，我們有些病人曾做過好幾次的鼻咽切片檢查，始證實爲鼻咽癌。

治療

早期診斷，早期治療是所有癌症治療的原則。

鼻咽癌之治療，現在主要靠放射線治療，以深部X光線 (deep X-ray)，鐳錠 (Radium)，鈷六十 (Co-60)，銻137 (Cs137) 及直線加速器 (Linear accelerator) 等治療，治療效果很好，台中醫院目前以鈷六十治療如表，每天200γ，一週五天1,000γ，共治療七週，給予7,000γ腫瘤治療量。

表2

鈷—六十治療方法
200 γ/天
200γ×5 = 1,000γ/週
總腫瘤劑量
7,000γ/7週

利用外科治療，因鼻咽癌的手術切除較爲困難，且完全拿乾淨不可能，故外科手術治療方法現在大多放棄。化學抗癌藥物療法，如Endoxan, Mitomycin-C, Bleomycin等，有人試用，可減輕患者之痛苦，而不能徹底治療癌症。

至於中藥治療鼻咽癌之效果，尚未見到治癒患者之臨床報告，希望有人多加研究，以造福患者。

預後

早期診斷，早期治療，效果很好，最近曾診察一患者潘先生台中醫院 (病歷No. 147364)，24年前曾因鼻咽癌在台大用鐳錠電療，現已72歲仍健在，故不能說癌症是絕症，早期治療仍會好的。至於鼻咽癌之預後，據台大謝地醫師之報告五年生存率 (5 year—Survival rate) 爲25.8% (85/329)，即4人中如治療有1人會活過5年以上。台中醫院利用鈷六十放射線治療鼻咽癌，因時間仍短，尚無五年生存率可報告，但我們二年半間治療5例新鮮鼻咽癌病例，其中39例接受完全的根本放射線治療，8例接受姑息放射線治療，或治療一段時期，患者因感到痛苦而沒有繼續治療，4例因病太遲沒治療，39例接受根本放射線治療，經二年半的追蹤，3例失去連絡，其中1年生存率爲82% (14/17)，2年生存率爲75% (3/4)，詳表3，表4，這個治療成績很好，我們希望能繼續追蹤觀察，並早期發現新病例加以治療，治癒患者。

表3 Radiotherapy of Nasopharyngeal Cancer

in Prov. Taichung Hospital	
(May 1971—oct 1973)	
Fresh cases	51
Radical R/T	39
Palliative R/T	8
No R/T	4
Old Cases	14
Palliative R/T	7
Symptomatic Treatmt	7
Total cases	65

表4

Result of Radical Radiotherapy of
39 Cases Nasopharyngeal cancer
2 Year Survival rate : ¾ (75%)
1 Year Survival rate : 14/17 (82%)
Mortality rate : 0/39—3 (16%)

病例報告

以下用四個病例來說明鼻咽癌之種種症狀及治療經過。

病例1

喻先生 (台中醫院病歷No. 187828) 四十二歲，四川人，民國六十年十月七日住院台中醫院，主訴鼻咽部有異物感及鼻涕帶有血絲等症狀約一個月，耳鼻喉科檢查，發現鼻咽腔有一腫瘤，其他正常，沒有頸部淋巴腺腫大，鼻咽切片檢查 (No 71—435) 爲鼻咽癌 (anaplastic Epidermoid Carcinoma of Nasopharynx) 故給予放射線治療，60.12 ~ 60.12.4 鼻咽部共接受7000γ腫瘤劑量，迄今已二年，病人情況很好，由這個病例，我們可說病發現得早，故其預後良好。

病例2

呂女士 (No. 187511)，三十九歲台灣人，六十年九月二十九日住院台中醫院，主訴頸部腫脹約半年之久，沒有鼻塞或鼻出血病歷，曾在外面耳鼻喉科醫師診治，並做鼻咽切片檢查，證實爲鼻咽癌 (TCC71—1249)，住院時身體檢查，鼻咽部有小腫瘤，右頸部淋巴腺腫大，其他正常，九月廿日至十一月十八日鼻咽部共給予7000γ鈷—六十放射線照射量，電療後迄今二年多，仍享受健康的生活，這是患者僅呈頸部腫瘤，而證實爲鼻咽癌，治療後情況很好。

病例3

石先生 (No. 180815)，三十三歲，台灣人，於六十年六月十九日住院，主訴住院前日突然聲音嘶啞，問起過去病歷，患者五十九年就開始左頸部腫脹，六十年四月曾經鼻咽切片，證實爲鼻咽癌 (TCC70~45)，當時醫師勸他接受放射線治療，病人聽說放射線治療很苦，就沒接受放射線治療，到處吃中藥，敷草藥，還是沒效，一直到住院前幾天突然聲音啞了，才住院治療。當時身體檢查發現鼻咽處有一大腫瘤，左聲帶麻痺，兩側頸部淋巴腺

腫大，左聲帶麻痺，住院後給予鈷六十放射線治療(7000 γ)，病人於十月十五日出院，情況很好，很不幸半年後，患者開始感到全身衰弱、咳嗽、咳血、肺部X光檢查，發現有肺部轉移，故給予化學療法(Mitomycin A C 及 Endoxan)，仍無效，患者於六十一年十一月四日死亡。由這病例，我們知道從症狀發現到診斷是一條路，從診斷到治療又是一條長長的路，患者如不延誤一年之久，在鼻咽切片證實為鼻咽癌，尚沒有迷走神經之侵犯時，就開始治療，也許現在仍健在。

病例四

陳先生(No 206043)，五十二才，台灣人，六十一年九月四日住院，主訴右腿麻痺，不能走路，兩側頸部腫脹及鼻出血、頭痛等，住院時身體檢查，發現鼻咽腔有很大腫瘤，兩側淋巴腺腫，右腿麻痺，骨盆X光片，顯示右骨盆有破壞性骨變化，鼻咽切片證實為鼻咽癌(No 72-667)，當時因已有骨盆轉移，故給予右骨盆處2500 γ 之姑息放射治療，使該處不痛，另鼻咽部給予3600 γ 之放射總量，十月十七日症狀減輕出院，翌年初又因右腿不能走路及全身衰弱，再次住院，經給予化學療法，還是無效，六十二年四月在家去世，由這病例，我們知道病發現太遲，或已有骨、肺之轉移時，預后不好，我們期望早期發現，早期治療癌症患者。

結論：

鼻咽癌是中國人最常見之癌症，有鼻出

血，鼻塞，頸部腫脹，頭痛及腦神經症狀等，其早期診斷要靠病人自覺及醫師之詳細診斷檢查，治療大都用放射線治療，而其預后在早期診斷，早期治療之患者很好，故希望我們能徹底研究，以治癒鼻咽癌患者。

〔文獻〕：

(1) Yeh S. : Cancer 15: 895-920, 1962

(2) Hsieh T. : Proceeding of the Second Asia-Oceania Congress of Otolaryngology 1971 PP. 546-555.

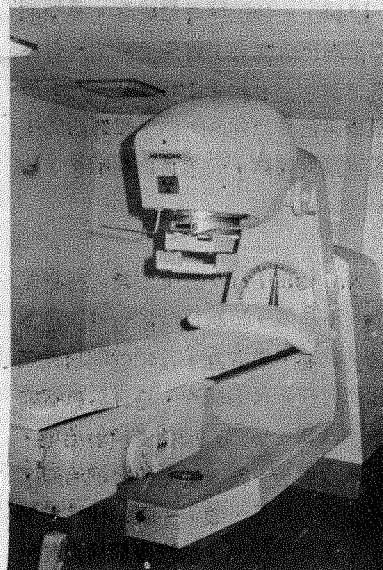
(3) Chiang T. C. : Surgical clinic of North America 53: 121-133. 1973. 1961.

(4) Lederman M. : Cancer of Nasopharynx Thomas Publisher 1961

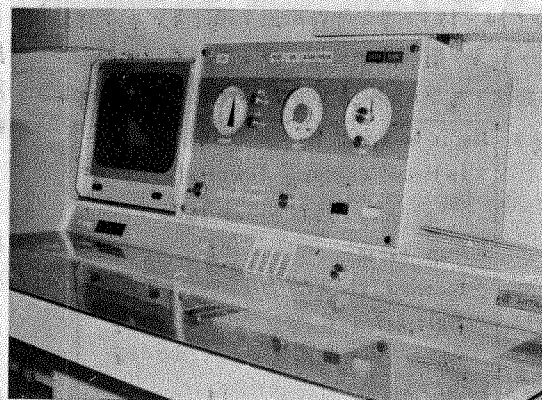
(5) Sturton S. D. : Internat. Surg. 53: 1-4, 1970

(6) 陳光前：鼻咽癌之病理學研究，中華民國病理學會會刊六十一年十二月。

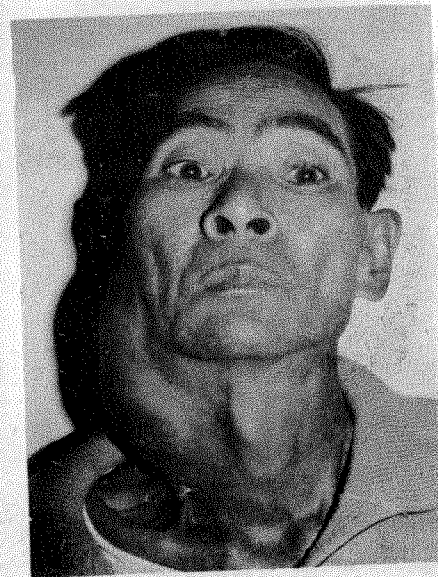
(7) 杜詩綿：談鼻咽癌，百科名醫談百病。



(圖1) 台中醫院鈷-六十放射線治療機器。



(圖2) 鈷-六十操作儀器



(圖3) 鼻咽癌患者呈右巨大頸部腫瘤



(圖4) 同前之患者(右側面觀察)



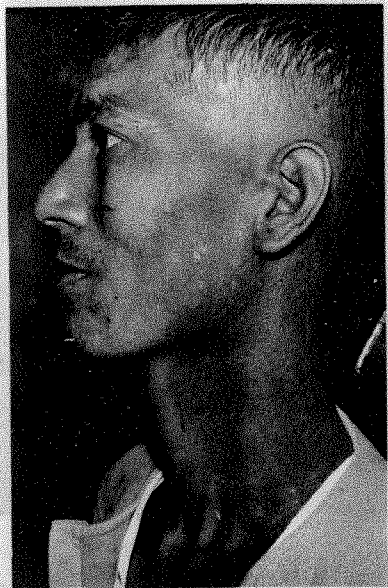
(圖6) 右眼全麻痺



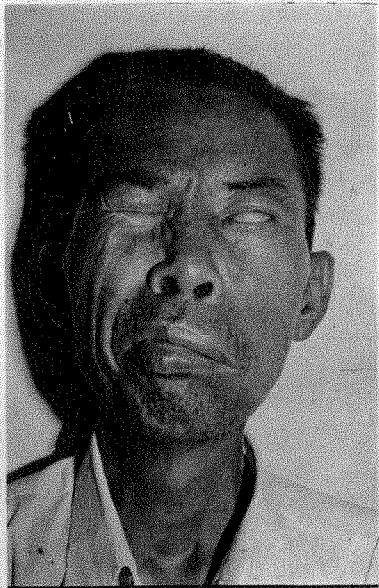
(圖5) 右外旋神經麻痺。



(圖7) 左第三腦神經麻痺



(圖 9) 患者電療後之反應



(圖 8) 左顏面神經麻痺

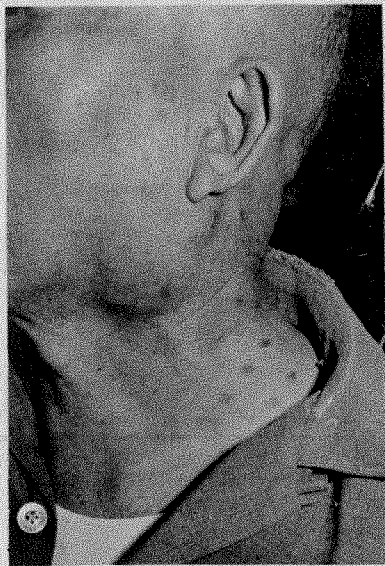
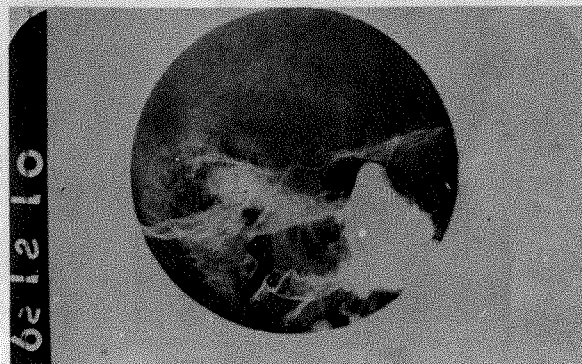


圖 10) 患者電療多年後，引起左上顎骨之放射線性骨壞死。



(圖 11) 患者呈頸部腫瘤，經針灸治療後無效。



(圖 12) 鼻咽攝影術顯示鼻咽腔有一大腫瘤

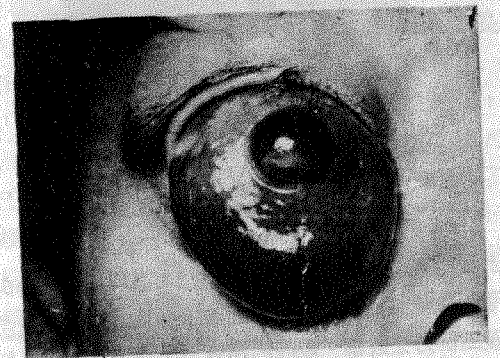
眼窠的橫紋肌肉瘤

莊達民 柯良時
李 豐

眼窠的橫紋肌肉瘤為罕見之腫瘤。根據 Calhoun and Reese 的報告，Bayer 於 1882 年發表第一個病例 (三歲男孩)，Zenker 於 1890 年發表第二個病例 (七歲男孩)。在英文文獻上之第一個病例是 Haythorn and Heckel 於 1922 年所發表的一個九歲男孩。在西班牙文獻上之第一個病例是 Lopez Enriquez 於 1933 年所發表的一個十歲男孩。眼窠的橫紋肌肉瘤常發生於小孩及年青人。據文獻上年齡最小者為八個月嬰兒，年齡最大者為七十八歲。本篇所發表的病例為一個四歲男孩，經病理學診斷為眼窠的泡狀橫紋肌肉瘤。據我國文獻上所能查之範圍內，尚未見到這種病例之報告。

一、症例報告

患者張××，性別男性，年齡四歲，籍貫臺灣省。病人於民國六十年九月十八日到本院眼科門診部就診，主訴右眼球漸漸突出約有二個月之久。全身性身體檢查除右眼之病變外，其他皆正常。耳鼻喉科檢查，小兒科檢查，血液檢查，血清檢查，胸、腹部愛克斯光檢查，心電圖等等皆正常。顱部愛克斯光片顯示正常，無骨質變化，但在右眼眶部位之非骨質組織有顯著增加。眼科檢查，左眼皆正常。由於年齡小，右眼視力不能確定，眼壓正常，眼位向下且向鼻側偏位。眼球運動向各方向有障礙。眼球突出度用 Hertel 氏眼球突出計量，右眼 20 mm 左眼 12 mm。兩眼眼眶距離 90 mm。淚器正常。於眼眶上側緣可以摸到一塊大姆指頭大小的無痛柔軟性腫瘤。兔眼 (Lagophthalmos) 12 mm。結合膜有明顯充血與水腫。在中央及下方的角膜可以看見暴露性角膜炎 (Exposure keratitis)，螢光素染色呈陽性 (見圖一)。前房深度正常，虹膜正常，瞳孔約 3 mm 直徑的大小，呈圓形，對光反應遲緩。水晶體、玻璃體及眼底皆看不見，由於暴露性角膜炎所致。局部淋巴腺無腫脹。眼眶攝影



圖一

片 (Orbitogram) 用放射性比對液 (Contrast media) 檢查，可見腫瘤位於右眼球之上後方和下方 (見圖三、四)，病人於民國六十年九月三十日於全身麻醉之下，施行右眼眶內容剝出術 (Orbital exenteration)，眼眶組織送病理科檢查。該標本大小為 22×15×7 mm，病理學診斷為眼窠泡狀橫紋肌肉瘤 (Alveolar rhabdomyosarcoma)。病人於手術後眼眶內肉芽組織生長良好 (見圖五)，全身的情況良好，於民國六十年十一月二十三日開始接受放射線治療二十次，每次接受鈷六十 (Co 60) 250 rads，共接受鈷六十量 5000 rads。病人



圖三