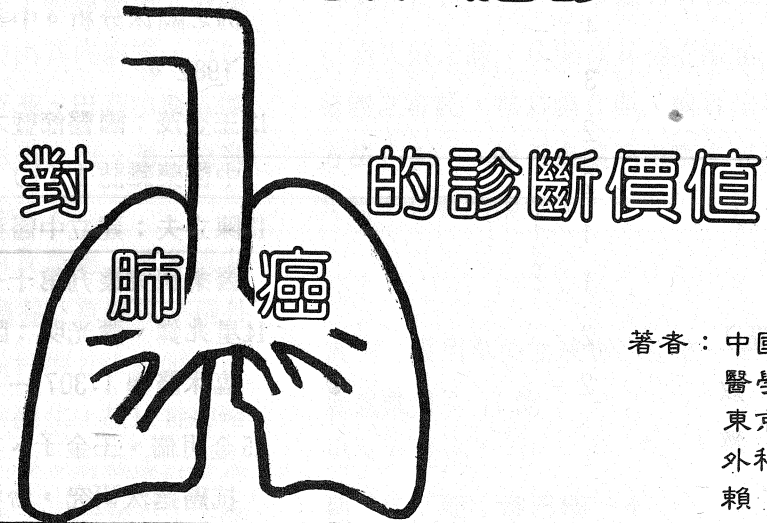


經枝氣管穿刺吸引細胞診(TBAC)



著者：中國醫藥學院
醫學系第六屆
東京醫科大學
外科醫學博士
賴展勝

肺癌的診斷方法日漸進步的今天，無論如何仍然有一些症例會遭遇到診斷上的困難。著者用東京醫大外科教室所開發的經軟式氣管鏡穿刺吸引針去診斷這些困難的症例：也就是懷疑是肺癌的症例約有數百例中，用氣管鏡的各種檢查法無法診斷出來或用經皮穿刺生檢無法檢查出來的症例三十六例做對象。用TBAC法做檢查，其成績做個檢討。TBAC的舊名稱叫TBAB，兩者通用，但是TBAC才是名符其實，因為是Cytology而不是Biopsy，因此我們已將我們原來定好的名稱，更正為TBAC。另外，枝氣管穿刺時，為防止合併症發生，著者用解剖屍體八具做詳細的觀察，把各枝氣管和最靠近的肺血管的解剖學相同位置做整體的分析，由枝氣管腔內外枝氣管壁外做多次穿刺，所得到的結果，系統整理出來，於前幾年已於日本醫學會發表了。同時，我在肺手術時，開胸之後，從術創用針穿刺肺動脈血管，以觀察出血情況，來證TBAC的安全度。因此著者證實了TBAC是肺癌診斷的有效方法。本文限於篇幅的關係，只做重點性提示。如果對本法或肺外科，氣管鏡，細胞於有興趣者，可閱讀一九七八年日本胸部疾患學會雜誌。日本氣管鏡學會雜誌，或近五年間的日

本臨床細胞學學會雜誌，或近來的日本肺癌雜誌，胸部外科雜誌，均有重要文獻可供參考。最好參照東京醫科大學教室的各種肺外科文獻，才能事半功倍。

肺癌的診斷方法有咯痰細胞診，氣管支鏡下擦過細胞診，及組織的肺生檢(TBAC)，TV Brushing，枝氣管生檢，經皮針生檢細胞診等等，用這些診斷技術，日漸進步中，確定診斷率已接近到將近百分之百。然而，中心型或者末梢型肺癌，總是有無法診斷的症例，也就是對枝氣管粘膜面還沒有浸潤的腫瘍，解剖學位置關係，用Brush或Loriceps等等插入困難的部位所發生的腫瘍，或大枝氣管壁外增生的腫瘍等等均為本法的對象。著者用東京醫大外科教室開發的經Bronchofiberscope吸引針(TBAC針)，插入病巢，採取細胞診材料做為檢查。同時，TBAC的安全性用解剖學來檢索，本法的意義，適應及合併症等做個結論。

穿刺吸引針是Olympas社製，可插入Bronchofiberscope生檢孔，全長一百一十一cm，外筒的外徑是1.7mm，軟性大，不銹鋼式，先端露出針長是10mm，外徑0.8mm及長是8mm，外徑0.6mm等兩種。針先端

的傾斜角度是15°，三面有角度，以便容易地插入氣管壁內或穿過氣管壁。針的部份可以收納入外筒內，以防止Bronchofiberscope內管的損傷。

症例：用Bronchofiberscope的一般檢查法及Needle Biopsy都無法診斷出來的症例為檢查對象，也就是用BF及NB已診斷出來數百例外，剩下來無法診斷的症例36例做檢查。病期I 7例，S II 11例，S III 8例，S III 10例，組織型是扁平上皮癌7例，腺癌15例，大細胞癌2例，小細胞癌9例，其他3例等。胸部X線像來說，肺野腫瘤型13例，肺門腫瘤型14例，肺門浸潤型1例，從隔型及無氣肺型各3例，Pancoast型2例等。男性31例，女性5例。年齡分布是27歲至79歲，平均年齡是61.7歲，以上為男性。女性的平均年齡是59歲。

剖檢例的枝氣管及肺內血管之位置關係：從枝氣管內穿過枝氣管壁向壁外的病巢採取檢查材料時，肺血管刺傷，出血的可能性難免會發生，為防止其危險性，剖檢8例做基礎研究。將氣管穿通部和血管的關係位置，或枝氣管的穿通部和肺血管的相關位置做檢索。當然是用TBAC針做穿刺，枝氣管腔分內，外，前

，後壁各穿刺一次，或左右各肺內的枝氣管分枝部做前、後，外側，內側5處穿刺。穿刺針對枝氣管壁外肺動靜脈的關連性，還有和淋巴節的關連性做檢討。

增 術中肺動脈穿刺實驗：肺手術時，肺摘出前8例用19G或21G的注射針穿刺，另外一例是手術時，從氣管鏡中用TBAC針刺穿枝氣管壁以刺肺動脈，觀察出血情況。

穿刺時，以X線像所推定的病巢部位為準，決定要穿刺的枝氣管腔壁部位。然後氣管鏡插入枝氣管中，TBAC針透過Bronchofiberscope，外筒到達穿刺目的部位，固定後，針貫通枝氣管壁，用Ozoml的注射器重複吸引之後，注射棒中立歸位後，TBAC針拔出壁外，針歸位後取出後，將針內之標本注在玻璃片上，再用cyhokeep固定後做好Papanicolaou以及May-Giemsa染色，全部程序就完成了。

限於篇幅之關係，成績及考察留將來再刊登。寫稿匆促，還盼海內外賢達多多指教。本研究全文已於日本肺癌雜誌第22卷，5號發表。