

癌 症 論 談

本期主題 ✍ 淋巴癌

- 淋巴癌小檔案
- 淋巴癌簡介
- 淋巴癌之症狀與診斷
- 淋巴癌的病理學分類
- 淋巴癌治療方法的選擇
 - 淋巴癌的化學治療
 - 淋巴癌的成因及預防
 - 一些特殊的淋巴癌
 - 特殊部位的淋巴癌
 - 免疫治療與 Rituxane
- 腸胃的淋巴癌是傳染病嗎？
 - 與癌相遇之後
 - 淋巴癌辭彙對照

癌 症 論 談

癌症漫談 *Cancer Information*

淋巴癌小檔案 / 編輯部.....	1
淋巴癌簡介 / 閻雲 醫師.....	2
淋巴癌之症狀與診斷 / 醫療顧問委員會.....	5
淋巴癌的病理學分類 / 初培國醫師.....	7
淋巴癌治療方法的選擇 / 李百勳 醫師.....	10
淋巴癌的化學治療 / 閻雲 醫師 Y. A. K. Consulting Group.....	17
淋巴癌的成因及預防 / 編輯部.....	19
一些特殊的淋巴癌 / 閻雲 醫師 Y. A. K. Consulting Group.....	20
特殊部位的淋巴癌 / 編輯部.....	22
免疫治療與 Rituxane / 編輯部.....	23
腸胃的淋巴癌是傳染病嗎? / 臧大同 醫師.....	24

抗癌路 *My Story*

與癌相遇之後 / 曹又方.....	26
-------------------	----

資訊專欄 *Special Editorial*

淋巴癌辭彙對照 / 閻雲 醫師.....	28
----------------------	----



淋巴癌小檔案

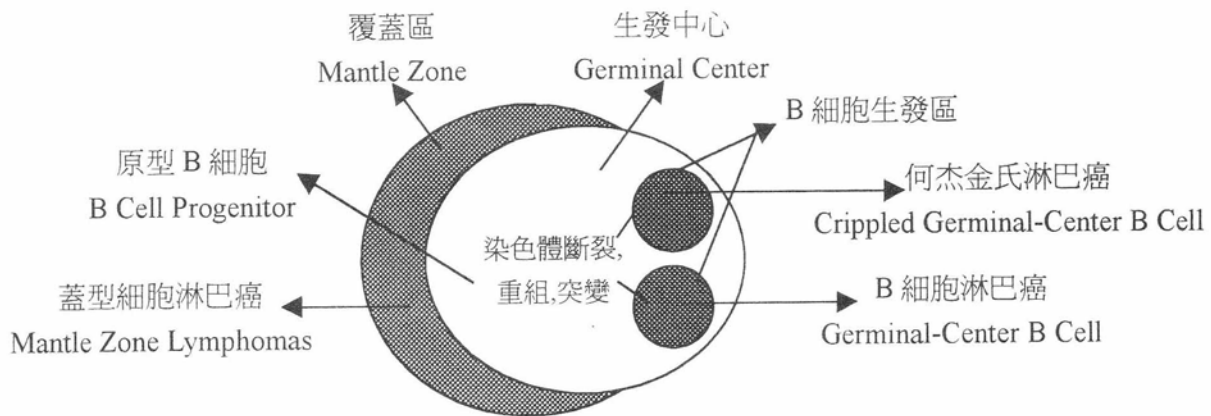
- 淋巴癌是目前療效最佳的癌症之一。
- 每年美國有約六萬個新病倒診斷證實為淋巴癌。
- 每十萬人中有 20 人將為淋巴癌患者。
- 全美癌症總數，淋巴癌占約 8%（不包含愛滋病引發淋巴癌）。
- 淋巴癌目前正逐年成長中，並以 65 歲以上長者之成長率為高。
- 亞裔一向被認為係淋巴癌偽發族群，近年有增高之趨勢。
- 加州係淋巴癌高發地區。



淋巴瘤簡介

閻雲 醫師

- 典型淋巴結之組成及其病圖 -



、什麼是淋巴腺？什麼是淋巴瘤？

淋巴腺(Lymphgland)遍佈全身，像人體的防禦系統。淋巴腺呈圓型灰色，約 0.5 公分左右，一般只在頸側、額下、腋下、鼠蹊部較易摸到，一旦發生局部之細菌病毒感染，淋巴腺為抵抗細菌之侵襲而呈腫大，全身之淋巴腺常有輕微之腫大，特別在鼠蹊、頸側易見，此皆因接近人體之對外開口而易罹患各種細菌病毒侵襲之病變而至。

各淋巴腺往往結集在一定之區域，有如警察之分局而稱淋巴結(Lymph node)，散在之淋巴腺則如各警察分駐所、派出所、淋巴腺體之間又以淋巴管相聯互通訊息，以便調節。

淋巴腺內充滿淋巴細胞，此細胞由骨髓產生後進駐淋巴腺體內，再進一步分化成各種不同職司功能的淋巴細胞，在顯微鏡下，各種淋巴細胞(如 T 細胞、B 細胞、NK 細胞)亦不易依形狀區分，因此近代學者以細胞上帶有之特殊抗原標示來區分之，此類淋巴細胞因各有職司，故對不同之細菌、病毒、腫瘤有其一定的抗禦機制。

當淋巴細胞發生基因錯誤，調節失當而產生過度增

殖並侵襲器官時即為淋巴瘤，故淋巴腺有如警察變成強盜一般成為非常難治療之病症，同時，淋巴細胞發生癌變以後往往不再參予適當之抗禦細菌病毒之工作，而導致體內容易滋生各種感染，亦是淋巴瘤常見之併發症。

此外，調節淋巴細胞的器官有骨髓、脾臟及胸腺，它們負責淋巴細胞之製造，貯藏及分化分工，一旦這些器官發生病變亦可誘發淋巴瘤。

、淋巴瘤有哪些類型？

首先淋巴瘤分成兩大類：何杰金型(Hodgkin's Lymphoma)及非何杰金型(Non Hodgkin's Lymphoma)，這種分法是依傳統上細胞之形態而分，隨著生物科技的進步，對細胞之瞭解日深，分類亦受到極大的挑戰，而有一次再一次的調整，本文僅以最傳統的分式作分類(請一併參考淋巴瘤治療之選擇及病理學分類兩文)。

A、何杰金型淋巴腺(Hodgkin's Lymphoma)

此型最大的特性在於細胞病變者由體內某處淋巴節開始，而後逐步向固定之淋巴節侵襲，而最後進入肺、肝、骨或骨髓，它的行為略緩慢，並可預

先推測其路徑、侵襲方式，且較少進入骨髓。

由其細胞之形態，病理學家傳統上又將之分為四型：硬化結節型 (Nodular Sclerosis)、淋巴細胞型 (Lymphocyte Predominant)、淋巴細胞缺乏型 (Lymphocyte Depletion) 及

混合細胞 (Mixed Cellularity) (詳見病理專論)，臨床上，此症之分期為四，初期為局部型，第二期以橫隔膜區分，只要在橫隔膜同側有兩區淋巴節病變者為二期，第三期為兩區淋巴節但位於橫隔膜之對側，第四期則為淋巴節外器官受侵襲為其定義。

B、非何杰金型 (Non Hodgkin's Lymphoma)

此型有別於前者乃在於其常常由非淋巴節之器官發生病變，如在肺、肝、胃腸道、腦等等，此外此型之行蹤飄忽，不可預測其行徑，而其細胞形態則較單純，多為 B 淋巴細胞，少數為 T 淋巴細胞。

傳統上，人們所稱之淋巴瘤多指此類而非 Hodgkin's Lymphoma，然而此類型之分類多達數十種，其形態不同，侵襲方式各異，治療亦不盡相同，因此係癌症學之一大挑戰，為便利讀者，本文依傳統分為兩大類：

結節型 (Follicular Lymphoma)

此型之細胞聚集在淋巴節內之一區域而名。

散佈型 (Diffuse Lymphoma)

此型之細胞散佈在淋巴節整體之中而名。

依此兩型為綱領，在採細胞之大小及細胞核有無凹陷而逐步分類之，病理學家依上述原則定出各種淋巴瘤之名稱如：

結節型，小有凹陷細胞淋巴瘤 (Follicular, Small Cleaved Cell, Lymphoma)。

散佈型，大無凹陷細胞淋巴瘤 (Diffuse, Large Non - Cleaved Cell, Lymphoma) 等等。

這種分類區別之依據在於其疾病行為有差異之故，傳統上，將其行為之緩急，侵襲力之強弱綜合為三大類型，而將上述各種分類納入之，以供臨床參考如下：

低度淋巴瘤 (Low - grade Lymphoma)

此一般為慢性成長，少有症狀，淋巴節可腫大數年而不自知，不經治療亦可存活 5-6 年，如經治療雖可有極佳的存活率，但卻頑劣易復發，這種成長方式的細胞依病理分類包含：

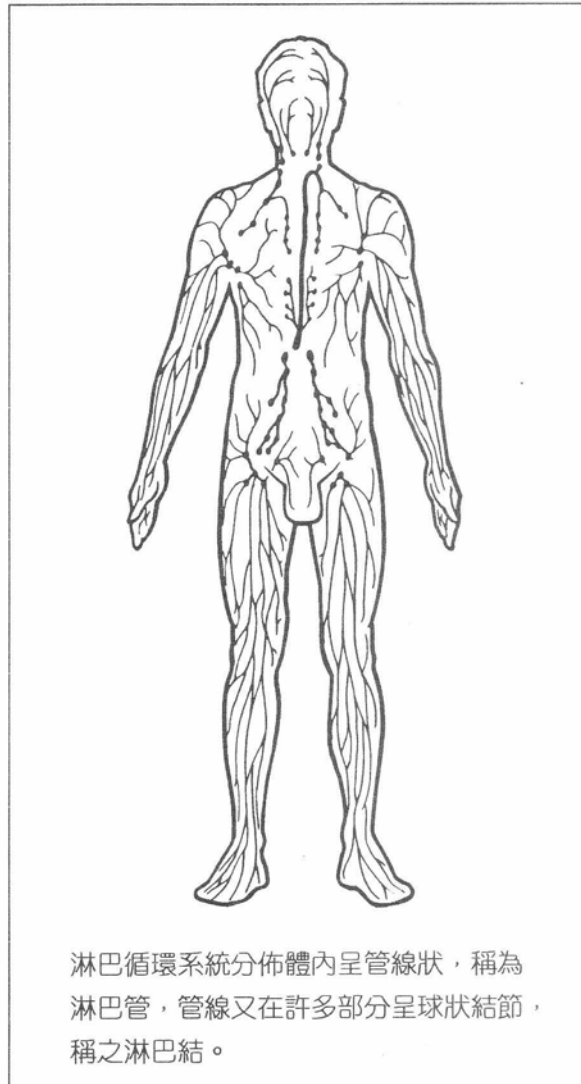
小淋巴細胞型 (Small Lymphocyte)，結節型、小有凹陷細胞型 (Follicular, Small Cleaved Cell)，結節型、大小細胞混合型 (Follicular, Small

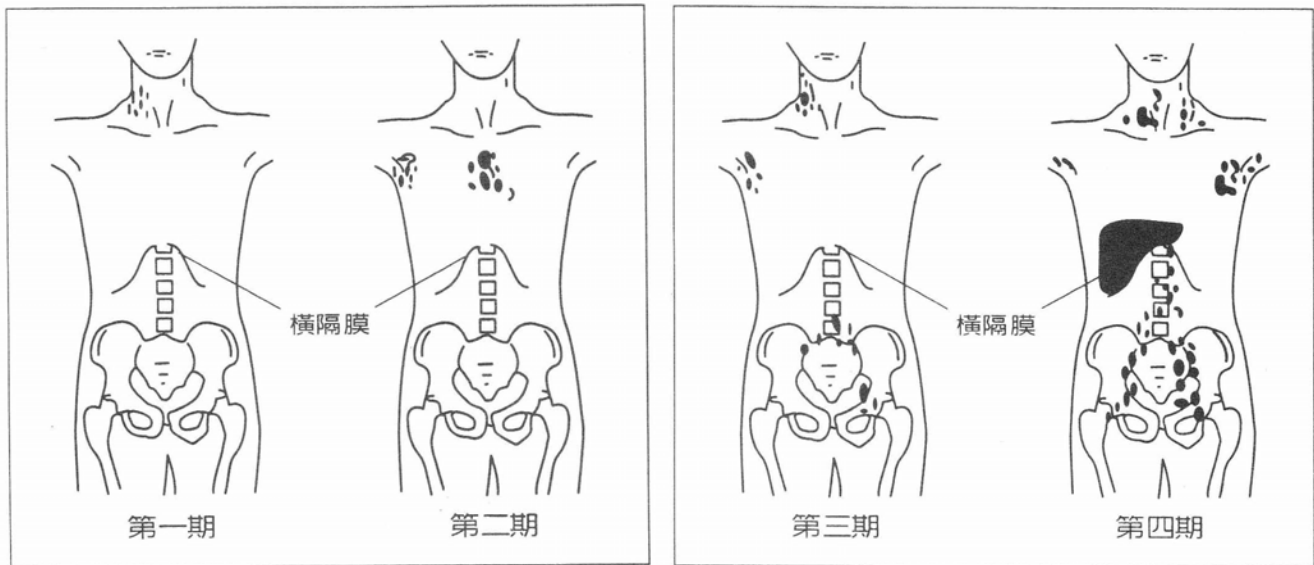
Cleaved and Large Cell Mixed)。

中度淋巴瘤

(Intermediate - grade Lymphoma)

生長速度較前者為快，如果不治療，平均存活





<圖片摘自德桃癌症叢書>

期約為 2~3 年，治療效果頗佳，約有 70% 治療率，此範圍之細胞包含有：

結節型，大細胞型 (Follicular, large cell)

散佈型，小凹陷細胞 (Diffuse, small cleaved cell)

散佈型，大小細胞混合型 (Diffuse, small and large cell, mixed)

散佈型，大細胞凹陷或非凹陷型 (Diffuse, large cell cleaved or noncleaved)

重度淋巴癌 (High Grade Lymphoma)

此型生長快速，侵襲積極，如不治療，各數病人在 6 個月內死亡，對治療之反應略差。此中包含大細胞，

免疫原核細胞型 (Large cell, Immunoblastic)，淋巴原核細胞型 (Lymphoblastic)，小細胞，非凹陷細胞 (Small noncleaved cell)

其他分類：

許多少見的淋巴癌難以納入分類，而分類又極繁雜不易描述，其中對東方人較重要的是 T 細胞淋巴癌中的 Mycosis Fungoides。

Mycosis Fungoides 係一種東方常見，西方人少有的淋巴癌，其為 T 淋巴細胞在皮膚上過度異常增殖之惡性病變，它可以皮膚上緩慢生長多年，往往被誤為濕疹、牛皮癬等症。此症往往因延誤而發現時已侵入內臟器官而無法醫治。



淋巴癌之 症狀與診斷

醫療顧問委員會

淋巴癌之症狀

• 淋巴結腫大

淋巴結腫大係一種正常生理現象，在細菌、病毒侵襲下，淋巴細胞為抵抗侵襲物而大量增殖，並因戰鬥而發炎，乃導致淋巴結腫大。

一般人之淋巴結腫大必須先服用抗生素至少兩週以去除惡性病發之存在，長期不退之淋巴結，或逐漸腫大之淋巴結須進一步探查。

此外，肝炎、愛滋病、Lyme 症、類風濕關節炎、紅斑狼瘡、貓抓病等也是常見之原因，須詳細區別。

• 體重減輕

體重減輕，一般指 10% 的日常體重在三個月內變化而言之，有時病人會告知胃口下降、腹痛等，此各為肝、脾、淋巴結腫大所致，下背疼痛是後腹腔淋巴結腫大常見之症狀。

• 微燒與夜間盜汗

此為淋巴癌常有的特性，不可不慎。

• 痒

除淋巴癌外，只有少數血癌或血癌前期病有此症狀，此亦為其特性之一。

最重要的是，淋巴癌往往缺乏早期症狀，或以症狀亦與一般感冒極接近，因此，專業上之建議對兩週以上症狀持續者皆加以進一步探查。

淋巴癌之症狀

• 切片

對腫大的淋巴結，肝、脾等區域須進一步作切片檢查，細針穿刺往往不足以確定診斷而須作淋巴結摘取術，有時，在不得已的情況下，腹部探查術是必要的。

• 全身斷層掃描 (CT Scan)

此為重要的分期定位依據，有時因為病人患有腎臟疾病而無法利用 CT Scan 時，也可改採核子醫學中的 Gallium Scan 取代之，但在診斷中仍不列為理想之工作，而作為追蹤則可接受。

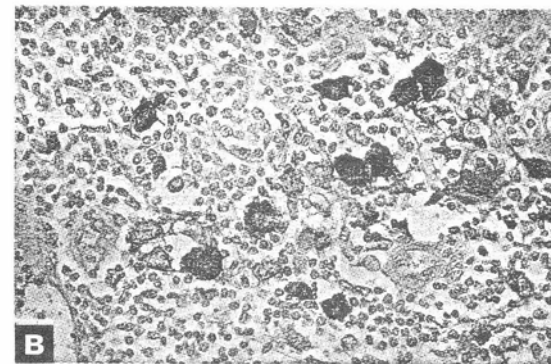
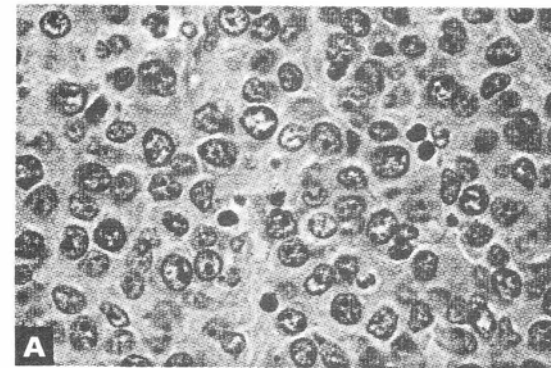
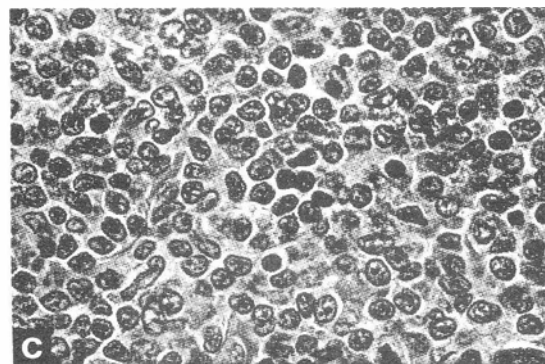
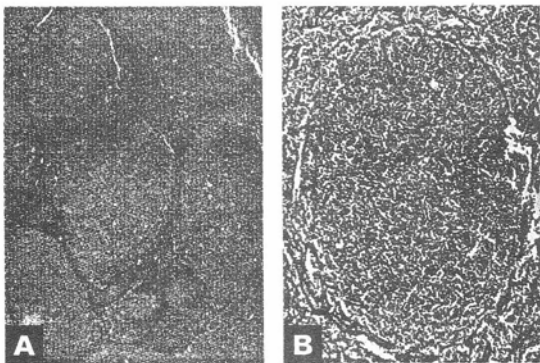
• 肝、腎功能，LDH，Uric Acid, CBC 之檢驗

- 肝、腎功能不只是對診斷有必要瞭解其侵襲範圍，對治療亦有重大指標性功能。
- LDH 及 Uric Acid 可提供醫師瞭解癌細胞增殖速度之快慢。
- CBC 血像可直接提供有關造血功能是否受到壓制或破壞之訊息。

• 骨髓取樣

此為分期不可少的部份。

淋巴癌細胞是否侵入骨髓對分期治療及預後有決定性的關鍵，國人常害怕骨髓取樣，事實上，此為床邊的小步驟，一般僅須 10~10 分鐘，局部麻醉即可，但極重要。



醫師們首先在顯微鏡下觀察淋巴結以確診淋巴瘤之存在，接著分期為節結型或散佈型，次依細胞大小，以及細胞凹陷否加以定型，一旦定型便進一步對其傳統行為性區分為低度、中度、重度乃作好治療之準備，掃描之結果、驗血之結果及骨髓之結果用來確於各型淋巴瘤之特性，並對治療之方案提供參考資料。此外，細胞將進一步以染色體鑑定 (Cytogenetic)，細胞增殖速率 (DNA index) 及細胞表面抗原鑑定 (Flow Cytometry) 來進一步確定各種淋巴瘤分類。

此外，淋巴瘤之診斷與分期中有一項別於其他腫瘤之特色，在於將症狀納入分期，此症狀包含 101°F 以上之高燒，夜間盜汗，體重下降 10%，有此類症狀者稱為 B Symptom，一般言之，症狀之存在表示疾病之強度，是有著重要的指標性功能的。

<左上圖>

- A. 結節型淋巴瘤之低倍顯微鏡下圖
- B. 高倍圖
- C. 淋巴瘤細胞

<左下圖>

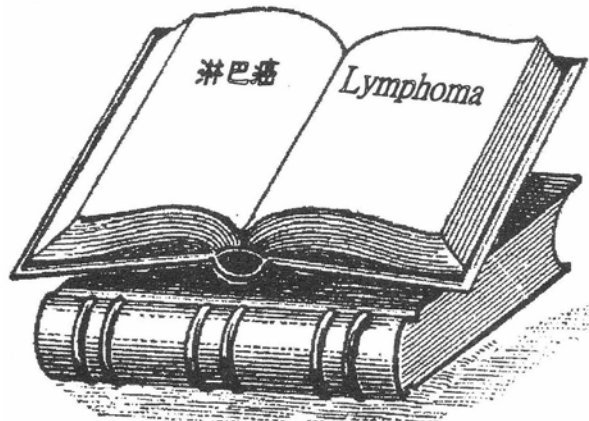
- A. 大細胞淋巴瘤之特寫
- B. 特殊抗原之染色鑑定



淋巴瘤的病理學分類

初培同醫生

希望城腫瘤醫院病理科



顧名思意，淋巴瘤是一種生於淋巴系統的惡性腫瘤。長期以來淋巴瘤被分做兩大類：非何杰金氏淋巴瘤 (Non - Hodgkin's Lymphoma) 及何杰金氏淋巴瘤 (Hodgkin's Disease)，今年十月份國際衛生組織重新對淋巴瘤進行了分類。但這個分類十分複雜，這篇短文只能做一個籠統的介紹。

淋巴系統由淋巴結、結外淋巴組織及淋巴管組成。組織學上，淋巴結是由結締組織包裝進來的淋巴組織組成，主要分佈於腋窩、腹股溝、頭部、胸腔及腹腔後軟組織，淋巴結由淋巴管串聯進來形成一個網狀系統分佈於全身以抵抗病原的侵入，結外淋巴組織主要分佈於外界接觸的解剖部位，如皮膚、扁桃體、呼吸道及胃腸等部位。

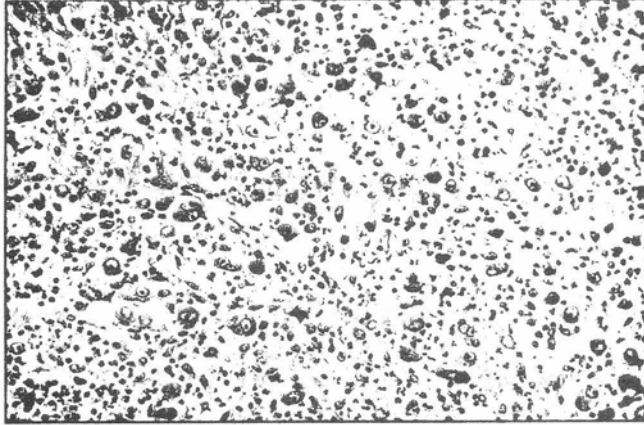
淋巴結及結外淋巴組織由生發中心 (Germinal Center) 及生發中心散佈的淋巴細胞組成。生發中心由 B-細胞組成 (體液免疫)，中心外的散佈淋巴細胞主要由 T-淋巴細胞組成 (細胞免疫)。B-惡性淋巴瘤 (Malignant B - Cell Lymphoma) 主要來源於生發中心 B-細胞的惡變；T-惡性淋巴瘤 (Malignant T - Cell Lymphoma) 主要來源於生發中心外的散佈在淋巴組織。儘管何杰金氏癌已被發現 150 多年 (1832 年)，其組織學來源仍淺不明白。大約有 20-30% 的何杰金氏癌來源於 B-細胞。

淋巴瘤分類複雜，從六十年代起已經有 6-10 種不同分類方法。在這篇文章中我們將根據最新國際衛生組織的分類標準 (WHO Classification, 1999)，來談談幾種主要的惡性淋巴瘤。儘管這個分類沒有將淋巴瘤分級，但根據美國國家腫瘤學院規定 (Working Formulation, 1982) 的淋巴瘤分級仍十分廣泛的應用。在我們科研中，每一種淋巴瘤都用兩種分類 (NCI 及 WHO) 方法來分類。國家腫瘤學院分類方法的最大優點是將淋巴瘤分級。分級方法對指導臨床治療起關鍵作用。

高分化，低惡性度淋巴瘤 (Low Grade Malignant Lymphoma)

1. T-，B-細胞慢性淋巴細胞型血癌/小淋巴細胞淋巴瘤 (T-，B-cell Chronic Lymphocytic Leukemia / Small lymphocytic Lymphoma)，這是一種每見於老年人的淋巴瘤。腫瘤細胞與正常淋巴細胞並存。病人常有廣泛淋巴結腫大，血液檢查可見淋巴細胞增多。病程一般延續多年，儘管這是一種高分化的腫瘤，治癒的可能性卻很小。

2. 濾泡型淋巴瘤 (Follicular Lymphoma)，這是一種 B-一細胞淋巴瘤，腫瘤由淋巴濾泡組成。腫瘤細



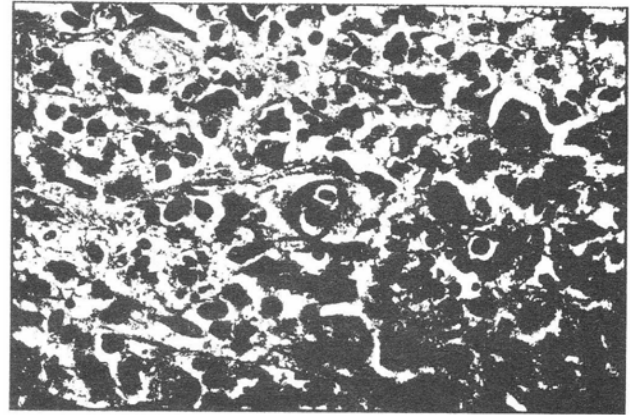
典型的非何杰金型淋巴癌

胞由小裂及大裂細胞組成。根據兩種細胞的比例，該型淋巴癌可分成三型：型(0-5%大裂細胞)；型(6-15%大裂細胞)；及型(>15%大裂細胞)。大裂細胞越多，預後越差。根據濾泡的百分比，這種淋巴癌也可分為三型：濾泡型(>75%濾泡)；濾泡散彌型(25-75%濾泡)；及彌散型(<25%濾泡)。濾泡及濾泡彌散型屬於高分化淋巴癌。彌散型屬於中分化淋巴癌。這是一種在美國最常見的淋巴癌，每發於成人，男女比例均等，部份病人可以治癒。

3.邊緣型淋巴癌(Marginal Zone Lymphoma)，這種淋巴癌也是一種B-細胞淋巴癌，主要是由小單核細胞樣(Monocytoid)淋巴細胞組成，但時常混合一些大濾泡中心細胞(Centrocyte)。這型淋巴癌的特點是與長期慢性炎症有關。例如慢性胃炎、腮腺炎及皮膚炎症。少數病例經抗生素治療可以治癒(如慢性胃炎)。但如果腫瘤漫延到其它組織器官，治癒的機會很小。

中分化淋巴癌(Intermediate Grade Lymphoma)

4.蓋型淋巴癌(Mantle cell Lymphoma)，幾年前這型淋巴癌還被認為是一種高分化的B-細胞淋巴



<何杰金型淋巴癌，典型 R-S 細胞>
(圖中如貓頭鷹眼物既是)

癌，但近幾年的觀察發覺這是一種中分化的淋巴癌。病理上主要由清一色的中型淋巴細胞組成，腫瘤細胞核每有裂。該型淋巴癌多見於成人及老人，男性多於女性，病程進展較快。該型淋巴癌常轉化為低分化而致病人死亡。

低分化，高惡性淋巴癌(High Grade Lymphoma)

5.前淋巴細胞型B-，T-細胞淋巴癌(Precursor B-，T-，lymphoblastic Leukemia/lymphoma)這是一種主要見於兒童的惡性淋巴癌，主要由小而密集的未成熟的淋巴細胞組成。形態上B-，T-細胞型之差別，免疫組織化學及分子病理學檢查可將兩者區分開來。該型淋巴癌臨床進程非常快，但治癒的可能性也很大。

6.Burkitt's 淋巴癌及 Burkitt's 樣淋巴癌 (Burkitt's & Burkitt's-like lymphoma)，這兩型淋巴癌形態上相似，都由清一色的中等大小圓型細胞組成，前者主要見於兒童，後者可見到任何年齡組病人。兩型病程進度都很快，但很部分病人可獲得臨床治癒。

7.大細胞型B-細胞淋巴癌(Malignant large

Cell lymphoma)，該類淋巴癌有許多不同型淋巴癌組成，最常見的兩種是免疫母細胞型 (Immunoblastic)，及原發縱隔型 (Primary mediastinal larg B-cell lymphoma)，前者主要見於成人，男女機會均等。後者主要見於中年女性。兩型臨床進展快，預後差。

8.T-細胞及自然殺傷細胞 (Natural killer cell) 淋巴瘤 (T-, NK-cell lymphoma)，該類淋巴瘤由眾多不同型的淋巴細胞組成，由於該文篇幅有限，不能一一贅述。但這類淋巴瘤有幾個共同的特點，腫瘤細胞表達 T-細胞抗原，多見於成人，男女發病一般均等。與 B-細胞淋巴瘤不同的是，T-, NK-細胞淋巴瘤的發病部位多見於皮膚、鼻咽部及內臟器官，如肝、脾、腸、肺。除已經討論過的幾種 T-細胞淋巴瘤，大多數屬於低分化，高惡性預後差。

9.何杰金氏癌 (Hodgkin's Disease)，從病理學及臨床上考慮，何杰金氏癌都遠較非何杰金氏淋巴瘤簡單。它的主要病理學探證是司一瑞細胞 (Reed-Sternberg cell)。何杰金氏癌分兩大型及五小型。兩大型是：結節淋巴細胞為主型 (L&H Hodgkin's Disease) 及傳統型 (Classical Hodgkin's Disease)，前者占 20%，後者占 80%。傳統型又分四小型：結節硬化型 (Nodular Sclerosing)；淋巴細胞為主型 (Lymphocyte-rich)；混合細胞型 (Mixed Cellularity)；及淋巴細胞減少型 (Lymphocyte Depletion)。總的來講何杰金氏癌發病於成人以後，女性多見，治療效果遠較非何杰金氏淋巴瘤好，但又以結節淋巴細胞型及結節硬化型預後更好。

總之與其他腫瘤相比，淋巴瘤分類複雜，種類繁多，對其認識及治療常與科學的進步息息相關。準確的病理診斷分型對指導臨床治療至關重要。



淋巴癌治療治療方法的選擇

李百勛醫師

放射腫瘤專科



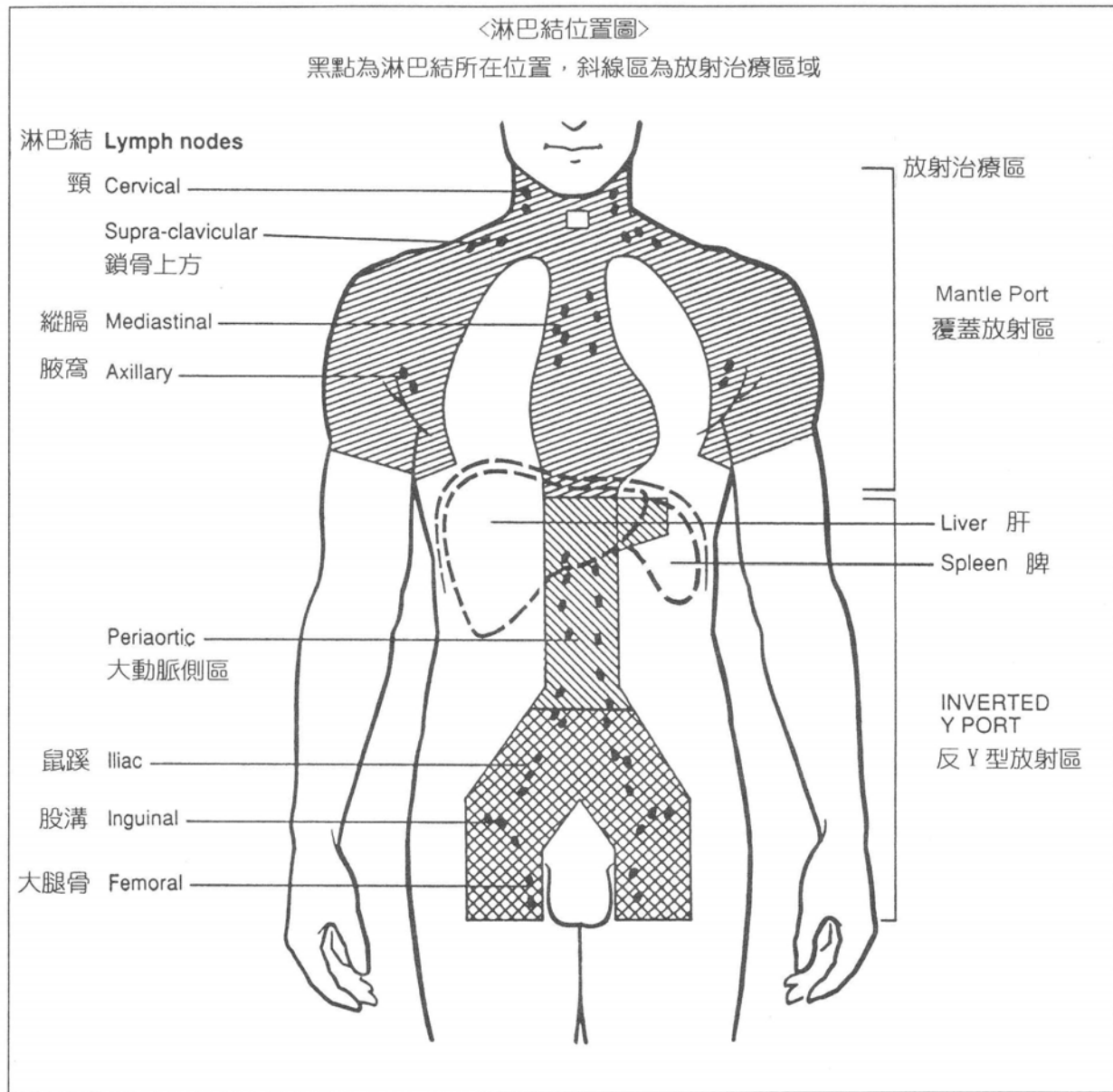
遍佈人體全身的淋巴腺 (Lymphatics) 是除了血管以外另一種重要的循環系統組織，並在生理方面扮演抵禦外來病菌感染的免疫功能角色。不幸的是，正如血液組織會產生血癌 (Leukemia)，淋巴腺也會產生癌症，爺至有過之而無不及。在我們開始討論這種所謂的『淋巴癌』 (Lymphoma) 之前，筆者必需開門見山的聲明：淋巴癌必得分兩種不同類型來談，即何杰金氏淋巴癌 (Hodgkin' s Lymphoma, 或 Hodgkin' s Disease, HD) 和非何杰氏淋巴癌 (Non Hodgkin' s Lymphoma, NHL) 之分，之所以要如此分類，並不只因爲這兩者在顯微鏡下顯現著不同的形態，而最重大的原因是這兩種癌在人體內『時空』的演變上有著天壤之別的臨床特性。何杰金氏淋巴癌的原發腫瘤一旦形成，通常將會以『漸進式』的方式一步步地蔓延到鄰近的淋巴腺 (英文形容爲 Contiguous Spread)；這般有跡可循的癌症侵襲行爲使治癌醫師 (尤其是放射腫瘤專科) 能掌握它的動向而先發制人，策劃出有效的局部治療對策。相形之下，非何杰金氏淋巴癌就沒有那麼簡單，其發生的部位往往無甚規

律，很可能在遠離原發腫瘤的地方出現另外的淋巴惡性腫瘤。這兩類淋巴癌的相似點在於它們對放射線和化學藥品都非常敏感，所以對付它們的主要方法也常常是兩者的合併治療，只差在如何適時地個別運用。此外，由於是循環系統方面的癌症，外科手術除了對病理診斷有所幫忙外，對淋巴癌而言，外科並不起主要的治療作用。

以下筆者將以一位放射腫瘤醫師的立場大略介紹有關選擇這兩類淋巴癌治療方法的應有原則：

何杰金氏淋巴癌 (Hodgkin' s Disease)

何杰金 (T. Hodgkin) 是十九世紀的一位英國醫師，在一八三二年報告了幾個在遺體解剖下看起來非常相似的淋巴腺腫瘤病例。這種後人以何氏命名的惡性腫瘤之發現比白血球病 (血癌) 還早了六十年。冰那時候，甚至直到一九五零年代，何杰金氏癌幾乎可被列爲『絕症』，死亡率可達百分之百。更不幸的是這種癌症常常發生在年輕人或甚至兒童身上。



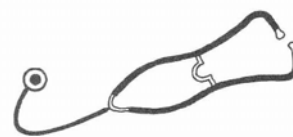
早在放射線剛被發現的一百年前，醫師們就察覺到何杰金氏癌對放射線非常敏感。但由於放射治療技術的不成熟，還有對於這種疾病的臨床特性還不很明白，所以一開始的治療結果都不理想。一九二零年代，瑞士的 R. Gilbert 醫師注意到了一種非常有意思的現象；患有何杰金氏癌病人的腫瘤形成了所謂的淋巴結腫大（Lymphadenopathy）後，通常都會從原處沿著主要淋巴線道漸次地延伸。身為放射專家的 Gilbert 意識到這種漸進式腫瘤蔓延方式的重要性，利用該癌細胞對放射線

極度敏感的特性而發展出對付這種癌症的有效療法；一言以蔽之，當原發淋巴腫瘤被發現時，如果在施以放射治療時也把鄰近它的淋巴線都涵蓋于所照射的範圍，對這些很可能已含有癌細胞的細胞的組織進行一種『預防式』的放射治療，則腫瘤控制率可達九成以上。繼 Gilbert 之後，加拿大的 V. Peters 醫師再接再厲，而在一九五零年首次發表了振奮人心的何杰金氏田之放射治療結果。六十年代起，加州冬丹福大學的 H. Kaplan



醫師更有系統地以科學的方法探索如何使該腫瘤的放射治療更趨完美，在短短幾十年內，原本屬於『絕症』的何杰金氏癌的根治幾率被不斷提升，締造了現代醫學史上的一項輝煌成就。

因為何杰金氏癌的治療必須仰賴較大的放射範圍，正常組織的副作用就可能相對地提高；幸虧不用太高的放射劑量成效就很顯著。當然，一旦更進一階層的淋巴部位被發現有癌細胞，則放射範圍也得隨之擴張，以至於達到了涵蓋全身的主要淋巴腺道為止。也幸好何杰金氏癌細胞似乎只對身體中央部位的淋巴腺有興趣；即胸部的縱隔腔，上接頭部，往旁可延伸至左右腋下，往下則沿著主動脈貫穿橫膈膜的腹部、骨盆、以至兩側的腹股溝為止。問題是單單利用既有的臨床診斷技術常常無法偵測出細微的癌腫瘤，所以 Kaplan 便邀請外科醫師協助，利用手術來探測一些重要的部位是否已有癌症的侵襲。舉例來說，大約九成的早期何杰金氏癌是發生在橫膈膜以上；為了進一步測知橫膈膜以上；為了進一步測知橫膈膜以下是否有癌細胞的轉移，外科醫師會施行所謂的分期用剖腹手術（*Staging Laparotomy*），在開刀房裡仔細檢查並抽樣腹腔內卡動脈旁的淋巴腺、肝臟、脾臟、骨髓等。不止如此，因為脾臟在免疫系統裡也是個重要成員，順著淋巴循環來到這器官的癌細胞常滯留於此，所以醫師們乾脆就把它整個切除，以防後患。對於年輕的女性患者，外科醫師也可在剖腹同時將其卵巢挪移至腹腔兩側，以躲避日後放射治療的傷害。可以想像的是這種手術並不簡單，除非真有必要不能隨便實施。這裡最重要的原則是：如果剖腹探測所得的結果對於下一步該如何治療的問題起不了決定性的作用的話，那它就屬多餘，可以避免之。在過去，剖腹手術的一項很大的功用在於確定病人腹部無癌症侵襲後，讓所需放射範圍不至於太大。現在呢？以下將提到，由於化學治療的漸趨普遍，有些病人不會因剖腹後的病理檢驗結果而改變即將接受化療的安排，而放射治療範圍也只針對原發腫瘤的部位以補助化療的不足，所以這種腹部開刀的需要也就相對地減少了。



無論如何，在為何杰金氏癌分期時，我們必需區別所謂『臨床式分期』（*Clinical Stage*）和包括剖腹手術的『病理式分期』（*Pathologic Stage*）這兩種方法。後者乃利用開刀來探測臨床診斷技術下看不出來的細小腫瘤，所以治療結果很可能和在臨床分期下看似同期的癌症有所差別；因此在比較治療成效時，我們一定得分開來談。而分期之方法請見前文淋巴癌簡介。

縱使治療何杰金氏癌的放射劑量不需太高，但對於年輕或兒童的病患卻也是具有相當的危險性。最主要的問題是，當這些病人在癌症被根除後而隨著年齡長大時，放射治療的後遺症就有可能接踵而來。這些症狀包括骨骼成長的不均勻、內分泌不協調、和放射線所引起的另一種惡性腫瘤等。對於接受過脾臟切除的人其免疫系統也減少了一些必要的功能。雖說一開始如果為了這些負面作用而不接受治療的話，病人馬上就有生命危險，但所付出的代價有時未免也太大。

幸好在放射線被發展成治療何杰金氏癌的利器之同時，化學治療藥物也相繼出籠，自六十年代起形成了對付較晚期的或在放射治療後復發的何杰金氏癌的主要療法。更為了減輕上述的放射治療後遺症起見，化學治療也漸漸地在早期腫瘤上扮演著重要的角色。詳見本期淋巴癌之治療。

在過去二十年來，兩科的腫瘤專家們不時地舉行著以嚴謹態度所設計的科學臨床實驗，並因而取得愈來愈好的成績。這中間當然也有很多專家們爭論不休的不同觀點。現在的趨勢在於根據許多臨床和病理的所謂『預後因素』（*Prognostic Factors*；譬如病人性別、年齡、健康情況、『B』癥狀、血液裡的一些檢驗指數、腫瘤病理類型、和癌症期數等）而更精細再區分到底在什麼情形下該用什麼治療方法。也就是說，醫師必得依每位病人個別的情形來策劃治療的方針，也絕對不能一概而論。

大致上來說，對早期（第一、二期）的何杰金氏癌，單用放射治療一項就非常有效。但一有了上述



的「B」癥狀，或有較惡性的病理類型，或胸部的腫瘤太大，化學治療就時常得派上用場。再者，如果因為這些情況而計劃好要給早期癌症病人化學治療，則剖腹手術的病理性檢驗與分期就可以免了。另外一方面，如果腫瘤已成第三、四期者，化學治療就是主要療法；但它對原發腫瘤的局部控制有時仍不盡理想，這時也可進行所謂的「落實性」

（Consolidative）放射治療，以確保該腫瘤不再復發。這種放射的範圍不需太大，因為原則上其鄰近淋巴部位的細微腫瘤該可以依靠化學治療來控制住。最后該提的是，對於治療後而再復發的何杰金氏癌，挽救性（Salvage）的治療仍然很有效，只不過方法通常很複雜，可包括放療、化療、甚至骨髓移植等，所以必得依病人個別案例而定。

非何杰金氏淋巴癌 (Non Hodgkin's Lymphoma)

在美國，得到非何杰金氏淋巴癌的人數約為何杰金氏癌的五倍多。所以「淋巴癌」一詞通常指的是前者，並在一九九九年預估的所有癌症發生率上排名第五。在台灣，這兩者的發生比例約為九比一，但在所有癌的排名皆不在前十名內。從公共衛生和流行病學的角度看，非何氏癌在美國最近已成為最熱門的研究項目之一，因為其發生率在過去二十年內上漲了近五成。這裡面一個重要的原因是它和愛滋病毒有一些聊帶關係，並且因這猖獗的病毒而罹患此癌的病人族群年紀比較輕，所以對整個美國社會的經濟衝擊程度在所有癌症裡已排名第四。但不管是哪個年齡群，整個非何杰金氏淋巴癌發生率和死亡率的逐年上升確是不爭之實，除了因為診斷科技愈趨精密外，其真正原因還有待查證。再看全世界，除了歐美澳先進國家以外，最普遍的淋巴癌發生區竟在東西部非洲；醫學界的解釋是因為當地流行區竟在東西部非洲；醫學界的解釋是因為當地流行的一種濾過性病叫 EBV，能引起所謂的 Burkitt 氏淋巴癌。至於遠東，除日本外似乎淋巴癌極少發生，來自中國大陸的數據更是安處於全球發生率排行榜的末座。果真東方人較不容易得到淋巴癌的垂青嗎？筆者認為：或許不見得；



這姑且按下不表。

原來當我們提到非何杰金氏淋巴癌時，我們並不是只在講一種癌而已，卻是在指數十種（甚至百種以上）不同的疾病。前面已提到，這名詞不過是為了要和何杰氏癌劃清界限而已，並且區分的原因和筆者再三強調治癌的「時空觀念」息息相關。在病理學家嚴格的科學檢驗下，非何杰金氏癌只是個繁雜的集合名詞，涵蓋了在顯微鏡和其它化驗技術下顯現迥然不同特性的眾多疾病群。它們的共同點在於者是由淋巴組織演變而來，並且沒有何杰金氏癌以「漸進式」蔓延的性質。從癌症治療的臨床角度看，大部份的非何氏癌也和何氏癌一樣，對於放射線和一些化學藥品非常敏感。可惜的是，它們不只和何氏癌一樣能侵犯身體中央部份的主要淋巴腺，也常常眷顧到身體周圍其它部位（如口鼻咽、唾液腺、腸胃管、手肘、膝蓋後部等位置）的淋巴組織。更可怕的是，它們也比何氏癌更容易發生於或轉移到淋巴結和管道以外的器官或組織（如中樞神經、骨髓、眼窩等），病情較難控制。

可想而知，對於非何氏淋巴癌這麼複雜的疾病混合名稱，病理醫學家非得更仔細的加以分類不行。在當初只有顯微鏡時，這些專家們不厭其煩地將其目測時所能看到的名種癌細胞的特別型態一一加以分析歸納，希望能獻給醫學界一個清楚的淋巴癌分類準則。問題是對於一般只想治好病患疾病的臨床腫瘤醫師們來說，如果只根據腫瘤型態而不是它的臨床特性來策劃治療的方法，似乎有點文不對題。於是病理學家又回到自己崗位上，試著將腫瘤醫師提供給他們的各種淋巴癌的臨床特性融入其所設的分類方法裡。這下子矯枉過正，在一九七零年代全球竟然產生了至少四大種淋巴癌的分類法，並且琳瑯滿目，各有忠實的擁護者，讓許多臨床腫瘤醫師不知所措。為了平息爭議，包括美國國家癌症中心（National Cancer Institute, NCI）在內的各國公家和民間醫學組織舉行了數次研究討論大會，卻無法使醫學界達到任何共識（Consensus）。一直到八十年



代，腫瘤醫師們（尤其是在美國）才漸漸鍾情於一種所謂的『操作性公式化』（Working Formulation, WF）分類法。這方法說難不難，籠統看只不過把所有非何氏癌依其外觀型態區分為十種病理類型後，再將其臨床的『惡性』程度列為低、中、高三層等級。這裡臨床惡性程度所依據的其實是病人的預估存活率。在WF 分類法裡，低度惡性（Low Grade）的淋巴癌含有三種類型，若不治療的話，病人的平均存活期可以年數計算；中度惡性（Intermediate Grade）的有四種，病人平均存活期可以月數計算；高度惡性（High Grade）的有三種，病人平均存活期可以週數計算。

至於如何針對這些淋巴癌類型來加以治療呢？這在不久以前還更加簡略；大體上只要將之區分為二，即『低度惡性』和『中—高度惡性』兩項。這倒不是治癌醫師們有意將這麼重要的工作大而化之，而是因為：第一，這些淋巴癌在『時空演變』的臨床特性上大同小異，遠不如病理類型的區別那麼精細；第二，不同病理類型的癌不見得就對放射或化學治療有不同的反應；第三，在既有的臨床經驗裡，中、高度惡性淋巴癌常被合併為一來探討合適的治療法；以及第四，病理分類法朝令夕改，使腫瘤醫師們疲於應付，無法及時應用於大型的前瞻性（Prospective）臨床實驗中驗證療效。

可不是嗎？Working Formulation 才登台不久，就被批評得體無完膚，原來又有新的病理發現，這次是拜了九十年代生物醫學界的新寵兒—分子生物學（Molecular Biology）—所賜。靠著最新科技，病理專家能以基礎生物學的客觀分析（而不是只從細胞型態上主觀地猜測）先將所有淋巴癌依照其生理演變的最初源由分為『B 細胞型』和『T 細胞型』，因為所有正常的淋巴組織都起源於這兩種細胞；顧名思義，淋巴癌自然也不例外。再來病理學家就根據這些在淋巴細胞分裂演變成惡性腫瘤的過程中各個詳加分類，並寄望著這種『機械式』（Mechanistic）的詮釋終能把淋巴瘤涌理學塑立在顛撲不破的科學真理上。但有了前車之鑑，他們也沒忘記把所分類的各個



淋巴癌的臨床特性附加上去，以求滿足臨床醫師的需要。經過了多番的努力協調，一群以十九位血液腫瘤病理專家為核心的『國際淋巴癌研究組織』（International Lymphoma Study Group, ILSG）在一九九四年公佈了一項『修訂版歐美淋巴腫瘤分類法』（Revised European American Classification of Lymphoid Neoplasms, 簡稱 REAL）。最近一年來，更有世界衛生組織（World Health Organization, WHO）插手其事，數十位病理學家聚集一堂爭論不休，好不熱鬧。問題是這些革命性的淋巴癌分類系統把過去臨床醫師才剛開始適應的準則無情地推翻，而新的方法卻充滿了病理學的專有用詞，使很多腫瘤醫師都傻了眼。最重要的是，由於發表後的時間還短，根據這些新分類法所設計的臨床實驗非常缺乏，所以從淋巴癌的治療觀點看，目前大多還是依照過去籠統的原則。事實上，由臨床特性來區分，在 REAL 分類法裡照舊只分三段：溫和型（Indolent）、猛烈型（Aggressive）、高度猛烈型（Highly Aggressive）；這自然是效法 WF 的作法。在少數由 REAL 分類才有的比較特殊的淋巴癌上（如胃部曲門螺桿菌所引起的 MALT 淋巴癌和所謂的 Mantle Cell 淋巴癌等），新的臨床資料確實也幫了臨床醫師很大的忙，使其掌握住有效的治療法。毫無疑問的，在更多以 REAL 或 WHO 分類法所做的臨床研究的結果出現之後，治療淋巴癌的方法必將隨之改頭換面，並且更趨精細。

在我們討論現今淋巴癌的治療方法前，筆者先闡明：非何氏淋巴癌的分期規則和前段所敘何氏淋巴癌的分期是一樣的，就連三種『B』症狀也通用。頗出人意料的是，當一病人被發現有低度惡性非何氏癌時，往往其腫瘤已遍佈全身許多部位，屬於晚期；而高度惡性非何氏癌被發現時，卻很多時候只處於第一或第二期（即橫膈膜之一側）而已。如果筆者再暗示說低度惡性癌比中高度惡性癌對化學治療的敏感度差得多，但放射治療對二者都有效，則讀者將不難想象治療這些淋巴癌的原則為何了。

一、低度惡性非何氏淋巴



如上所述，這種癌大多呈第三或第四期，但可惜對化學藥物並不怎麼敏感。也就是說，有效的根治法並不存在。所幸惡性程度呢即表示該腫瘤臨床特性很溫和，病人常可在與癌共存下活得很久（平均可達十年以上）。特別是它常發生在老年人身上，所以治療與否相對的就不是很急迫的問題。不過要是腫瘤太大或會引起疼痛，則試驗性的化學治療或可派上用場，而放射治療也可幫忙控制局部觸發的病情（例如神經、氣管、或血管等受到腫瘤壓迫而造成病人不適）。過去也有人試過施用極少劑量的全身放射治療（Total Body Irradiation, TBI），效果也不錯。

當然，如果真的是第一、二期的低度惡性原發腫瘤，則放射治療是最有效的根治方法；並且這不像何杰金氏癌一樣需要擴大放射範圍，所需劑量又只有三千到四千單位（cGy），所以安全性也很高。在有名的加拿大瑪格麗特公主醫院（Princess Margaret Hospital）所發表的報告裡，3000 cGy 以上的劑量足以促成幾乎百分之百的局部腫瘤控制率。在史丹福大學，這一類病人的平均存活期超過了十六年。另外，在淋巴腺以外的身體部位所發生的淋巴癌有些也是低度惡性的，並且處於早期的狀態，像前述的 MALT 淋巴癌可在胃腸、唾液腺、甲狀腺等產生。如果給與放射治療，這些腫瘤根治率可達九成多以上。

二、中一高度惡性非何氏淋巴癌

本文前面所提的 Burkitt 氏淋巴癌和所謂的非 Burkitt 氏淋巴癌，以及一種叫「淋巴胚細胞型（Lymphoblastic）淋巴癌」都屬於高度惡性淋巴癌。後者如果是源由 T 細胞，常常發生在青少年男性的縱隔腔淋巴腺裡，造成胸腔前部腫瘤的急速膨大。Burkitt 氏癌在非洲常在兒童身上發生，主要在臉頰下巴部位形成碩大的腫瘤；在其它地區則大多於小孩腹腔內產生。這些淋巴癌都有極高的致命率，一發生便如野火燎原般很快地可轉移全身。有些情況下，它們和兒童易得的「急性淋巴胚細胞型白血球症」（Acute Lymphoblastic Leukemia）細分不開。幸好它們卻對化



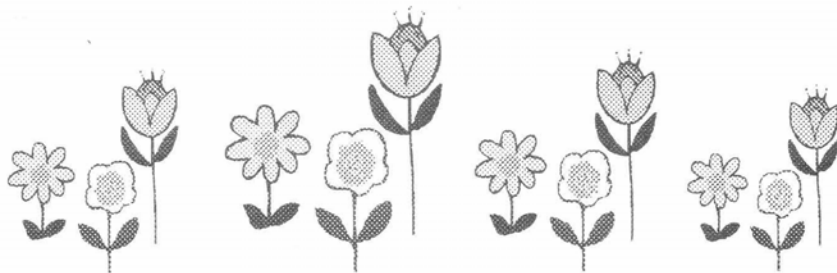
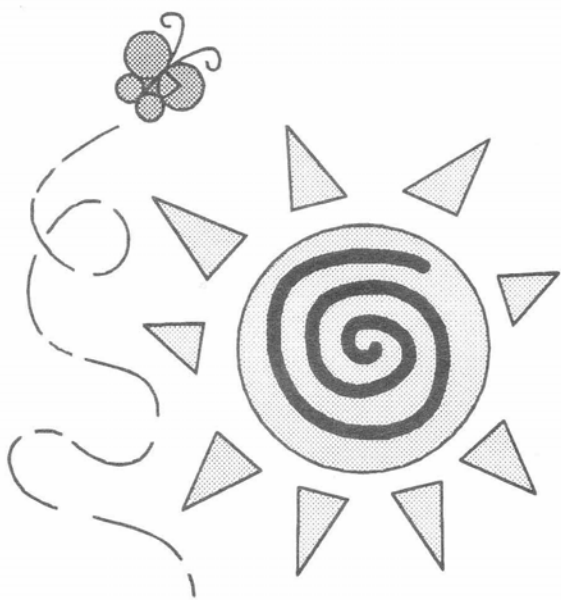
學藥物和放射線非常敏感，竟然比遍佈全身的低度惡性淋巴癌更可能被根治。不過和大多數的小兒科癌症一樣，已有很多針對這年輕族群所做的臨床研究而得到顯著的效果。另外因愛滋病引起的淋巴癌通常也是高度惡性為多，並且較容易牽涉到中樞神經，所以也連帶地需要特殊的治療步驟。

中度惡性淋巴癌的臨床特性就處於高、低兩者之間。對於腫瘤醫師來講，中一高度惡性癌的治療方法非常相似，所以常被一概而論：早期（第一、二期）為化學加放射治療，晚期（第三、四期）則化療為主，放療為輔，和何杰金氏癌一樣，許多大型的臨床實驗已為腫瘤醫師們擬定了明確的方針來調配放射和化學療法。當然最重要的還是得依病人個人情況而定，但主要原則大致一樣。譬如說，長期以來化學都是以一種稱為「GHOP」的四樣藥物綜合治療為主幹，並雖然一再地被其它更新的藥物所挑戰，至今仍穩坐寶座，屹立不搖。放射治療仍以落實目的為主，只照射原發腫瘤的部位。當化學和放射治療一起施用時，幾種有效配合方法的不同只在於該給多少次化學治療和多少放射劑量的加減斟酌，對於藥物的種類（CHOP）和放射範圍的規定（即原發腫瘤的部位）倒是改變不多。基本上，在給過愈多次數的化學治療之後，放射劑量愈可以相對地減少。施行落實性放射治療時，得依照化療後腫瘤縮減的程度調整放射劑量，並常可維持在 3500 cGy 左右。如果因為病人的健康情形太差或年齡太大而排除化學治療時，則放射治療作為單一的療法就得使用至少 4000 到 5000 cGy 的劑量，比低度惡性癌所需的還高得多。由於較高惡性度的淋巴癌組織以外的部位，其中尤以侵犯到中樞神經最為可怕，所以針對這些部位的「預防式」（Prophylactic）放射治療也有些作用。

為了預估中一高度惡性淋巴癌病人的治療結果，淋巴癌醫學界曾發表了一種「國際預後指數」（International Prognostic Index, IPI），列舉了五項預後因素：一、年齡在六十以上；二、第三或第四期腫瘤；三、癌細胞侵犯到一個以上的淋巴腺

以外之部位；四，血液裡的一項檢驗指數叫 LDH 高於正常值；五，日常生活的健康表現狀況（腫瘤醫學界稱之為 **Performance Status**）過低。病人如果沒有或只有一項 IPI 因素，其五年存活率可達百分之七十五；有二或三項者降為百分之五十；有四或五項者只有百分之二十五。現在已有一些臨床實驗也根據著這些預何因素的多寡來擬定治療的方針，譬如給有四或五項者以更新式

的藥物甚至骨髓移植等比較猛烈的療法，希望能再增進病人的存活機會。在這些臨床指數以外，一些醫學研究人員也積極地根據 REAL 分類法和分子生物科技尋找更準確的預後因素。總之，淋巴癌的診斷和治療現今正處於一種日新月異的階段，任何病人都得找個有內科腫瘤和放射腫瘤專科醫師們能誠心合作的醫療中心求醫為宜。



淋巴癌的化學治療

閻云 醫師

Y.A.K. Consulting Group



淋巴癌的治療反應了整個癌症學的進度，它不但成為其他癌症治療的模範，也充份反應了人類戰勝癌症的決心！

在 1970 年及之前，絕大多數的淋巴癌患者在兩年內死亡。在 1980 年的十年中淋巴癌的總治癒率卻高達 65%，在 1990 年代中，此百分比逼近 85%，眾多知名人士如約旦國王胡笙、賈桂琳甘迺迪、總統參選人杜卡可斯等皆有長達 6—10 年的奮鬥經歷，此主要在於化療、放療之共同合作。

I. 化學治療：

在過去 50 年中，醫學家明白的知道，單一藥物易導致抗藥而採複合式藥物，給予淋巴癌之化學治療即是採複合式化療方式之鼻祖，在治療中施以不同種

的化學藥物合併，按對骨髓毒性之時間差，以及對人體各部位不同毒性之耐受力精心的設計安排而後可予，一般皆以 3—4 週為一療程。

對 Hodgkin Lymphoma 的治療傳統上用 MOPP (Mechlorethamine / Oncovin / Procarbazine / Prednisone)

前兩者為注射劑，一般在第一天、第八天施打，後兩者為口服藥一次服用十四天，每 4 週重覆治療一次，至少六次。

ABVD (Adriamycin / Bleomycin / Vinblastine / Decarbazine)

治法類似，但毒性小，如與 MOPP 對不孕影響大，並有略高的治療性血癌，故目前以 ABVD 較適用，但因 ABVD 中的 Adriamycin 對心臟毒性及 Bleomycin 之肺臟毒性須納入考慮，故治療方式須由醫師決定。

British MOPP (Velban / Chtorumbucil / Procarbazine / Prednisone)

此為傳統 MOPP 的改良型，較少副作用，亦可供選擇。

MOPP / ABV Hybrid 或 MOPP / ABVD Alternative 是用來避免副作用的另一方法。

對 Non Hodgkin Lymphoma 的化學治療傳統上用 CHOP 方案，而後再進一步的變化出 MACOP-B 及 ProMACE-CytoBOm 等等，在 1990 年初，化學治療趨向



大劑量毀滅性治療，而產生此類方案，然而副作用太大，效果與 CHOP 不相上下而今較不流行。

CHOP (Cytosan / Adriamycin / Oncovin / Prednisone)

一般而言，前三者在第一天靜脈注射，Prednisone 則口服五天，每 3 週重覆治療一次，共 6 次，由於 Adriamycin 對心臟毒性不利年長者而又變化出以 Mitoxantrone 或 VP-16 取代 Adriamycin 的作法。

CVP (Cytosan / Vincristin / Prednisone)

是一種較輕度的方案，可用於年長者或疾病略輕之患者。化學治療原則上為 6 個療程，但不少情治須 8 至 12 個療程，此須依情況而定。

II. 放射治療：

對早期 Hodgkin Lymphoma 而言，放射治療一項足以提供極好的控治而不須加入化療，對中、晚的 Hodgkin Lymphoma 則須兩者併行。

對 Non Hodgkin Lymphoma 而言，放射治療的角色較小，多以化療為主。

放射時以淋巴結密集的區域分日給予，效果甚佳，副作用多見於口腔乾燥、便秘或腹瀉、落髮、手指/足指麻感等。

III. 治療的選擇：

Hodgkin Lymphoma

目前之治療率已達 80% 以上，存活 10 年的患者不計其數，對早期病患接受放射已足夠，對有 B 症狀或腫塊過大 (>10cm) 多則須合併化療，對第 III 期患者可考慮合併化放療或化療，此由醫生協助患者決定。一旦復發，病人將接受新的化療方案，一般仍有頗佳的效果，此時亦可考慮骨髓移植之可行性。

Non Hodgkin's Lymphoma

由於此型生長及擴散速度較快，因此少有早期診斷之機會，多數病人就醫時已為第 III 或 IV 期，因此大多數須接受化療，但仍須依其細胞特性而加以區分如下：

Low Grade Lymphoma 的病人，可以選擇局部放射，或輕度化療，但此型復發率甚高，一旦復發則須考慮正統的化療方案。

Intermediate Grade Lymphoma，此型治療率可達 75%，但須接受化療的辛苦過程，此外，腦部的侵襲須特別注意，往往須要接受頭部放射或腦內化療來清除。

High Grade Lymphoma，化療可使 50—75% 的患者緩解，但一年內復發者頗多，一旦超過一年未復發，則治癒的機會即大增，許多此類患者須經化/放療同步治療，腦內治療往往不可免，治療時間往往長達一年，治療之劑量甚高，副作用亦大。

Mycosis Fungoides，此類疾病因來源係 T 而非 B 淋巴細胞，又多犯皮膚，故治療方法不同，一種皮膚用的 Mustard 化療藥劑加上 UVB 光照時可緩解皮膚病變，此外 PUVA 一種 UVA 光或電子束 (Electron-Beam) 皆可使用，化療僅用在臟器受影響時使用。

IV. 淋巴癌復發後之治療：

復發為醫生最大的考驗，除了更多劑量的化療外，近年來較新的藥物如 Fludarabine 亦可提供 40% 以上的效果，新的抗體 Rituxane 對特殊型的 CD20 Positive Lymphoma 有近神奇的效果 (見專稿)，此外骨髓移植必須考慮。

V. 骨髓移植：

一般對高復發可能性高的病人或已復發者考慮施行，由於高化療對淋巴癌效果甚佳，但對骨髓抑制過大，因此一般先將病人自身之骨髓取出，隨以高化療再放回骨髓，此即所謂自體移植，少數病人無法使用自己的骨髓，則由兄弟姐妹中尋得抗原配對之捐贈者進行，此為近視異體移植 (Related-Donor Allogeneic)，一般在淋巴癌中，較少採行非親屬異體移植。



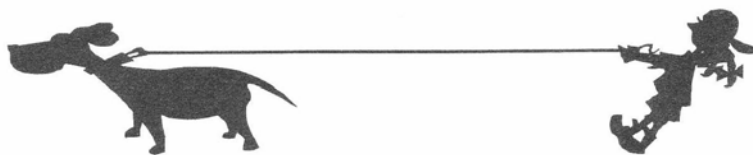
The title is presented in a large, white, irregular shape with a jagged, gear-like border. The text is in a bold, black, sans-serif font. The top part of the title reads '淋巴瘤的' and the bottom part reads '成因及預防'.

淋巴瘤的 成因及預防

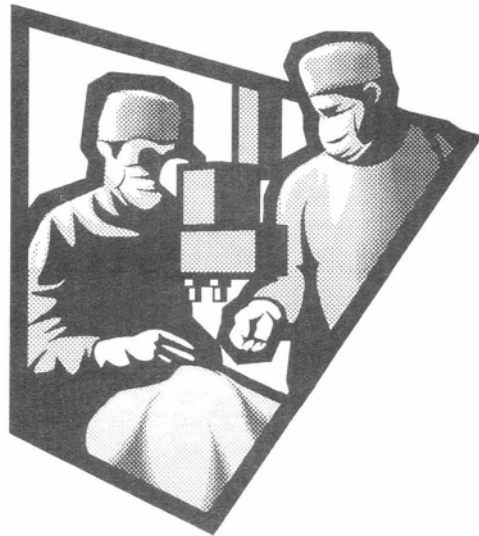
淋巴瘤近年來成長快速，此中部份來自愛滋病患者之故，然在年長者中確也看到其成長，故有其背景因素。

1. 殺蟲劑—此一直被列入淋巴瘤之成因，故使用時一定要保護好自己。
2. 有機溶劑、化學—此在橡膠廠工人、船廠工作者、鉚匠中多見。
3. 放射線—與放射物、原子能多接觸之人，如實驗研究人員為其主要人士。
4. 曾經心、腎、肝移植並服用器官排斥藥物者，因對免疫系統抑制而易患淋巴瘤。
5. 免疫病者—如紅斑狼瘡、類風濕病者、或慢性大腸炎、慢性腎病者皆為高發患者。
6. 病毒—東方人、南美人較多 HTLV-I 病毒導致的淋巴瘤，在非洲則可為 EBV 病毒導致的某型淋巴瘤之為多。
7. 此外清潔劑、除草劑、染發劑、白品填充物等皆正在密切研究中。

預防之道在於儘量避免上述因素，力求生活簡單而已。



一些特殊的淋巴癌



閻云 醫師

Y.A.K. Consulting Group

I. 腦內淋巴癌

腦內淋巴癌，原為少見的淋巴癌，僅佔淋巴癌中的 1%，然而近年來，此疾病卻以三倍的成長而令人注意。這些病人中有些是因愛滋病引起的免疫不全附帶引發的，然而非愛滋病的原發腦內淋巴癌卻亦明顯增加，科學家所不能的是，腦是非免疫反應的區域，一般鮮有淋巴細胞，何以會成長淋巴癌，而檢查病人的又不見任何腦外淋巴癌之跡象，因此其成因至今不確定，醫生在診斷時可採用定位穿刺法（Stereotactic Biopsy），此一般神經外科來執行，此外用 MRI 檢查脊髓以確定疾病並未延續至脊髓也非常重要，眼睛的檢查非常非常重要，此可避免淋巴細胞躲藏在眼內，治療則以放射與化療為主，此症之化療與其他淋巴癌之化療不同，一般要採用 Methotrexate 取其易穿透腦中血腦屏障之便，治療效果甚佳，一般 5 年存活率在 40% 以上，但愛滋病引起之病患則例外。

此症在 1994 年才正式由其他淋巴癌中單獨分類出來，至今尚有許多癌症專家對此症有不知究竟之擾，在 94 年以前，此症一直與小細胞帶有核凹陷型（Small Cleaved follicular）相提併論，但對許多病人何以出現不同之生物行為感到困擾，由於流動向細胞表面抗原分類的成功而後知此特殊型疾病之存在，此疾病之所以稱 Mantle 細胞係指細胞來自淋巴結中外圍有一層 Mantle 區來的細胞而名，此症必須靠免疫定性才可診斷，細胞多帶有 CD20 及 BCL-1 的 Marker，而染色體 11 號與 14 號的錯位也常見。近年來由於對此症之認識漸多，經研究發現 60 左右的男性為其好犯群，此種年齡與性別差異究竟代表何種生物意義尚須進一步探索，更令人憂慮的是，此症在化學治療下，初期可有 50% 的療效，但許多人在 1-1 1/2 年內復發，其反覆復發的特性引起醫者極大的不安，至 1998 年 Rituxane 上市後，因 Rituxane 對帶 DC20 的 Mantle Cell 有极佳的效果而使此症之治療略見曙光，然後對長期追蹤而言，數據仍有待探索。

II. Mantle Cell 淋巴癌

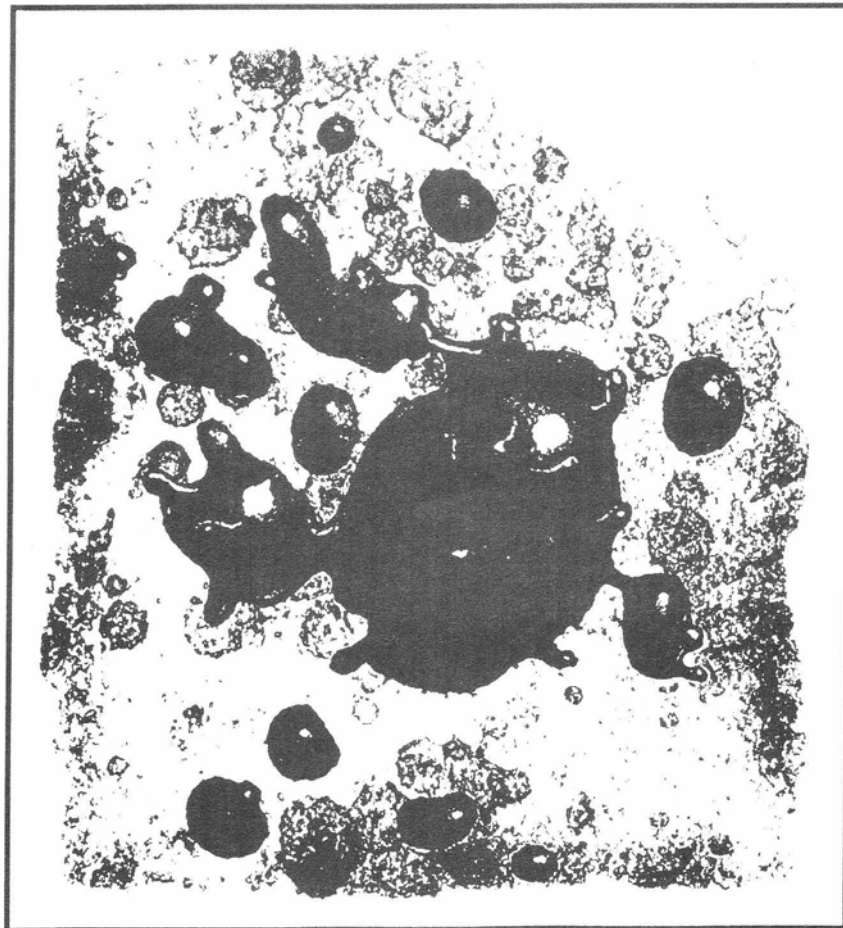
III. MALT Lymphoma

多年以來科學家與醫生就知道淋巴癌可長在胃腸黏膜上，此類淋巴癌由於生長緩慢，症狀較微而被特別歸類為 Mucosa-Associated Lymphoid-Tissue(Malt) 淋巴癌，其意即指黏膜所生長的淋巴癌組織，重要的是，胃炎與胃幽門螺旋菌被證實有直接的關係後，科學家進一步證實，此螺旋菌竟是 MALT 淋巴癌的主因，這個發現動搖了癌症的許多理論依據，不得不迫使科學家進一步由分子生物學、生化學、細菌學、微生物學、癌病學上重作審思，{然後此幽門螺旋菌－胃炎－MALT 淋巴癌之關係竟如此密切不破，更有趣的是，此抗生素口服治療螺旋菌後，MALT 淋巴癌竟然多數可以治療，這使得長期一來一批經典的癌病學家非高化療不得治癒癌症的觀念也受到衝激，目前癌

症專家們已不再用化療或放射治療來處理 MALT 淋巴癌（復發者例外），這個疾病顛覆了胃腸科學與癌病學，然而許多疑問仍有待再作察證，畢竟，科學與醫學原就是聚沙成塔的工作。

IV. Lymphoplasmacytoid Lymphoma

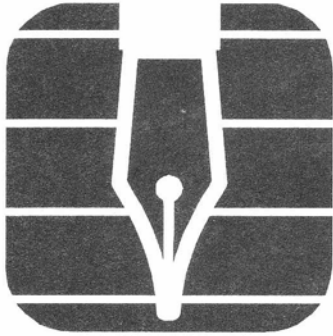
此亦為一種少見的類型，由於其表現緩慢，往往患者與醫者皆不自知，此症常以輕度貧血表現，當醫師注意到時，又往往與骨髓瘤混為一談。由此，此症易表現腎臟病的一些特性，故往往易談為腎病，骨髓取樣往往看到像淋巴癌又像骨髓瘤又像慢性淋巴性血癌的現象，如不用特殊檢定可說無法診斷，此被視作為低惡性度淋巴癌，但化療卻無一定規則可尋。



<典型淋巴癌之形狀>

特殊部位的淋巴瘤

编辑部



淋巴瘤神出鬼沒，無處不在，以下是一些有趣少見的特位可產生淋巴瘤的例子，看看您聽過沒有？

1. 鼻竇淋巴瘤（Sinus Lymphoma）

不要小看鼻竇的淋巴瘤，由於它的位置接近腦部，所以治療如同腦淋巴瘤的放射與化療，不可等閒視之。

2. 胸腺淋巴瘤（Thymic Lymphoma）

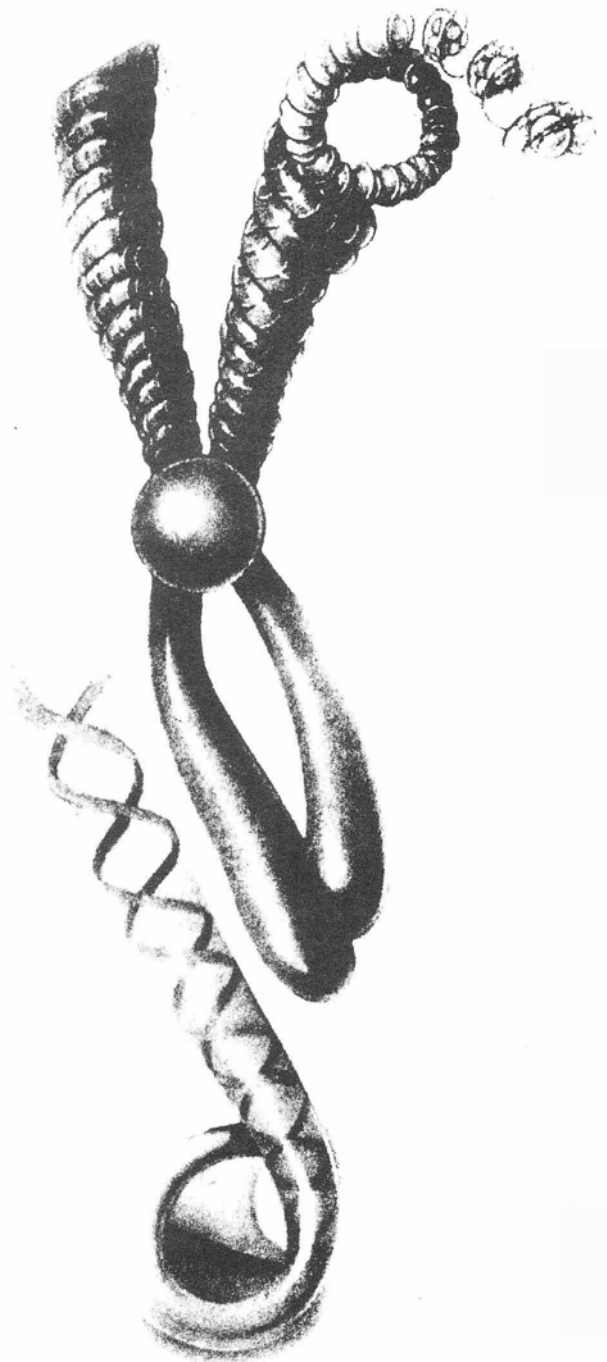
此疾病非常難診斷，是病理學家的挑戰，由於胸腺內富含淋巴細胞，其細胞長出的為淋巴瘤，在診斷是非小心不可，治療更是天差地別，不可不慎。

3. 扁桃腺淋巴瘤（Tonsil Lymphoma）

扁桃腺本身就是一個大淋巴結，長出淋巴瘤理論上可以接受，只是病例不多，早期多以為是發炎而易誤診，治療卻很單純，僅以放射治療就足以控制。

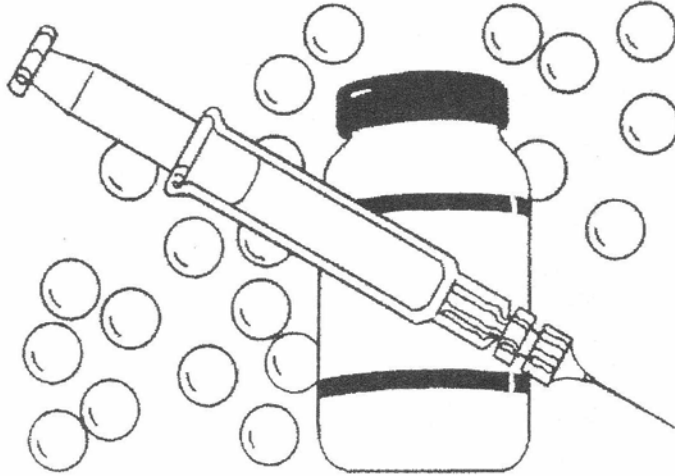
4. 睪丸淋巴瘤（Testicular Lymphoma）

此症的特色在於易聯帶腦部淋巴瘤之同時產生，所以往往要加以腦部放射治療或化療，此特性往往難以使病人理解而造成治癒困難。



免疫治療與 Rituxane

編輯部



免疫治療在 80 年代經過了長達 15 年的暗淡歲月，一直受擾於如何更有效的產生抗體，準確的結合抗原，如何避免正常細胞受影響，如何設計有效的載具等待，時至 90 年中，抗體治療漸具規模，終於在 1998 年產生了人類另一個臨床使用的抗體藥物 Rituxane。

Rituxane 係對帶有 CD20 抗原型號的淋巴癌產生結合之特性，進一步將之消滅，此藥具高度選擇性，副作用極小，自 1998 年問市以後已成為治療淋巴癌的新寵，更由於給藥方便，每週一次，連續 4 至 8 週的注射，使醫界使用便利，病人也非常歡迎，而對許多復發性高的淋巴癌如：大細胞性淋巴癌，Mantle Cell 淋巴癌學功效日顯，也使其運用範圍更見廣泛。目前 Rituxane 雖仍處於第二線藥物，主要作為復發時使用，醫界正謹慎的評估是否可將之用為第一線藥物或與化療合併使用，此外，與其他免疫調節劑如干擾素合用之可能性也在研究之中，近年來，將放射同位元來標誌在 Rituxane 上使之發生放射免疫同步治療也在觀察中。

其他種類的抗體也延著 Rituxane 的腳步前進，例如抗 CD52 或 Campath-1 抗體都是此中的例子，此外，除淋巴癌外，骨髓瘤細胞亦帶有 CD20 抗原者被考慮接受 Rituxane 之治療，成為未來發展之焦點。

總之，淋巴癌之治療，自有 Rituxane 以來產生極大的變化，未來數年，許多過去無法治療的涌人將有更好的機會來控制疾病，延長生命，過有意義的生活。

• 本文感謝 Mr. S. L 陳先生之支持 •



胃腸的淋巴癌是傳染病嗎？

臧大同 醫師



一、前言

大部分的淋巴癌的病因還不是很清楚。可是有關胃腸淋巴癌，最近在病因的研究及治療的概念上有了一些突破性的看法。最近十年內醫學界已經公認 70% 到 90% 的胃潰瘍及十二指腸潰瘍是由一種叫「幽螺旋桿菌」的細菌所引起，如果能根除這種細菌，潰瘍也就能根治了。同樣的，自從 1991 年發現，有一種叫「粘膜相關淋巴組織淋巴癌」(Mucosa Associated Lymphoid Tissue or MALT Lymphoma)，簡稱「蓋型淋巴癌」，也是由這種細菌引起的。用抗生素可以讓這種腫瘤消失。這種細菌的抗原會刺激胃的淋巴球，產生慢性發炎，進而引起某一個淋巴球的單克隆性增殖 (Monoclonal Expansion)，即腫瘤的產生。當除去此細菌及其抗原，它所引起的腫瘤也就跟著消失而得痊癒。

二、胃腸淋巴癌的分類：

淋巴癌大分兩種：何杰金氏淋巴癌 (Hodgkin's Lymphoma) 和非何杰金氏淋巴 (Non-Hodgkin's Lymphoma, NHL)，簡稱 NHL。絕大部分的胃腸淋巴

癌屬於 NHL。而 4% 到 20% 的 NHL 發生在胃腸部位。NHL 在醫學界的分類非常複雜，每幾年都在更新。主要由於對病因的新瞭解而產生新分類的需要。在胃腸發生的淋巴癌，病因也很複雜，不能一概而論。大分兩種：B 型淋巴細胞淋巴癌 (B-cell Lymphoma) 和 T 型淋巴細胞淋巴癌 (T-cell Lymphoma)。

※ 胃腸淋巴癌占有所有胃癌的第二位，所有小腸癌的 25%，所有結腸癌的 0.5% 不到。而所有的胃腸淋巴癌當中，大約 60% 發生在胃部，30% 發生在小腸，而 10% 發生在大腸。

A. 胃部淋巴癌：症狀包括腹痛、嘔吐、出血或體重減輕。

絕大部分在胃發生的淋巴癌是低度惡性淋巴癌。它屬於 B 型淋巴細胞淋巴癌。如在前言所提，這一類的淋巴癌的 80% 可以用抗生素去除它的病因，就是幽門螺旋桿菌，而讓腫瘤得不到這種細菌抗原的刺激，而漸漸消失。至於其餘的胃淋巴癌，屬於中至高惡性度 B 型細胞淋巴癌，卻不能單用抗生素來治療。雖然不需要開刀切除，但還是需要化學治療與放射線治療。五年生存率在第一期可以高達

85%，在第二期也可以達到 60%。

B·小腸的淋巴癌（占所有胃腸淋巴癌的 30%）：癌狀包括消化不良、瀉肚或腸阻塞。

在世界上某些地區，同地中海周圍、中東或亞洲，有一種特殊的淋巴癌叫做「免疫增殖性小腸病」（Immuno Proliferative Small Intestinal Disease 或 IPSID）。這也是一種 B 型細胞淋巴癌。它發生在衛生環境較差的地方。主要症狀是瀉肚。抗生素治療也會見效。因此有一個學說稱 IPSID 其實是類似小腸的胃特淋巴癌，它是由某一種細菌（可能不是幽門螺旋桿菌）長期感染後，長期的發炎。到某一天便產生單克隆性增殖（Mono Clonal Expansion），即是淋巴癌的產生。在抗生素除去細菌抗原後，腫瘤也跟著漸漸消失。這類 IPSID 又叫「地中海性淋巴癌」。初期的可用抗生素，但是晚期的還是需要化學治療和放射線治療。

還有一種小腸的 B 型細胞淋巴癌叫做「淋巴性息肉症」（Lymphomatous Polyposis）或「蓋型細胞淋巴癌」（Mantle Cell Lymphoma），此類病患都在 65 歲以上，大部分都是男性。它的病因由染色體「相互易位」（Balanced Translocation）所引起的。這種淋巴癌很早就擴散到腸的淋巴腺或扁桃腺，很難在早期發現。平均存活率只有三年。

另一種小腸淋巴癌屬於 T 型細胞淋巴瘤。它佔所有小腸淋巴癌的 10% 到 25%。主要發生在小腸上段及盲腸部位。它稱為「麵筋敏感性小腸病淋巴瘤」（Gluten Sensitive Enteropathy Lymphoma）。它發生在帶有特殊基因的病患身上（HLA-DR/OQ）。這類病患，吃了麵筋就會瀉肚。雖然麵筋蛋白內的某一種抗原會在這種病患身上引起強烈的反應及發炎。這種病患的 10% 會得到這種特別的 T 型細胞淋巴瘤。這種淋巴瘤在盲腸內呈現眾多的潰瘍，症狀包括腹痛、瀉肚、出血或腸穿孔。50% 以上的活不到半年。

總括所有小腸淋巴癌，將近一半在晚期發現，祇有 25% 在第一期發現，五年存活率在 50%。其餘的都是晚期發現，五年存活率在 20% 以下。

大腸淋巴癌：僅占所有胃腸淋巴癌的 10%。症狀包括腹痛、腸出血或瀉肚。主要包括蓋型淋巴癌和彌漫性 B 型細胞淋巴癌。一半以上在晚期發現。早期發現的五年生存率在 30% 到 40%。晚期發現就更不樂觀。主要治療靠化學治療和放射線治療。

三、其他少見的胃腸淋巴癌發生在「免疫缺乏症」（Immuno Deficiency）病患上。

這些病人包括愛滋病人或接受器官移植的病人。接受過器官移植的病人需要服用藥物來降低免疫功能，才可以防止器官排斥作用。這些病人中，大約有 25% 會得到胃腸淋巴癌。平均存活率在半年以下。主要靠化學療法。

四、結論：

胃腸淋巴癌的病因非常複雜，但是最近十幾年的研究證明，60% 以上的胃腸淋巴癌是由胃腸接觸到某些特殊抗原所引起，例如：1. 幽門螺旋桿菌抗原的刺激會引起胃部蓋型淋巴癌；2. 某細菌抗原會引起地中海淋巴癌；3. 麵筋蛋白的抗原會刺激並引起 T 型細胞淋巴瘤。這些抗原在初期會引起慢性發炎，進而產生單克隆性增殖（Monoclonal Expansion）或惡性轉變（Malignant Transformation）。照理來說，如果能避免與此類抗原的接觸，便可以預防或治療這些淋巴瘤。最明顯的例子便是 1. 以抗生素來消滅幽門螺旋桿菌而讓 80% 低等級初期胃部蓋型淋巴癌得痊癒，2. 以抗生素來消滅某細菌可以讓地中海淋巴癌消失。至於其它病因的高等級晚期淋巴瘤，主要還得靠化學治療和放射線治療。這些治療也正在演變當中。



與癌相遇之後



- 與曹又方的心靈對話

(轉載自癌症關懷, 德桃癌症文教基金會)

「健康好比是一，財富、事業、家庭、朋友……等等通通都是零。有了一加上後面的零，數字才能愈累積愈大；沒有一，再多零充其量仍然是一無所有。」

不管是達官顯要或是市井小民，當你被宣判為癌病的剎那間，心情是一致的！「平日風聞有你，現在親眼見你」的恐懼不安立刻襲上心頭。

三年半前，我在毫無預警下，被迫戴上了「乳癌」的冠冕，其後的心路歷程與境遇，完全改變了我的生命。因此，當我重現江湖以「德桃癌友」的身份去採訪這位「德桃義工」-曹又方小姐，心情格外的別具滋味。

一踏入座落在安和路的曹宅，立刻可以感受到主人的生活品味與藝術眼光，堪稱「生活藝術經營者」而無愧。

「癌症會把人變成哲學家！」曹小姐如是說。蘇格拉底說：「娶個惡妻，會讓你變成哲學家。」而罹患癌症，更是會讓人成了「專業」哲學家。

曾經主持一系列的「面對癌症」對談節目，又定期上健身房運動、健康檢查的曹又方，是許多人耳熟

能詳的公眾人物。也是朋友眼中吃得最健康、生活极具品質的模範代言人。

因為工作緣故，使她對癌症的認識比一般人更具醫療的專業認同，她不諱言，「我幾乎看遍了大醫院的各科門診，也定期做檢查。」所以，當她覺得身體有「異樣感」而就診，竟被診斷出有二十公分的卵巢癌，已屬第三期末，被醫師宣判生命只剩半年……那箇中的滋味，只有嚐過的人方能體會。

她的思緒回到當時，「我沒有激動，很平靜的接受事實，原本預計的聖誕節Party如期舉行。」只是，當歡樂的筵宴結束後，她請朋友把當晚的鮮花、飯菜打包回家，因為第二天她便要住院了。

接下來的開刀，治療副作用，讓她的體重驟減十三公斤，落髮的外形改變及面對醫療的侷限等……喚醒她心鑑深處的最原始自我，重新審視什麼才是她的「最愛」，重新為生活安排次序。

「我回到原點，身體第一，寫作第二，其他運動、旅遊都是其次的了！」曹又方重新詮釋生命的意義，「我悟得人生的最大劇情是人與人之間的關係，不是事業、金錢，甚至不是男女之愛。」而原

來的愛因為「癌」，那份關懷更昇華；原來不愛的，因為「癌」而化解了。

是的！「癌」這人人不「愛」的東西，甚至厭惡、痛絕的惡魔。它像一枚原子彈，可以把人內在最深層底的自我，炸得粉身碎骨！再重新建構一個新我。

癌，的確是人生的一大「阻力」，但也可以成為「助力」。

一再強調，不敢以「抗癌女強人」自居的她，最大收穫是看見「凡事相反相乘的道理」，從陌生人的關懷，朋友、同事的打氣之中，她深深感受到「友情大豐收」的喜悅；也更有同理心、慈悲心、幽默感來看得周遭的病人、醫生和同事。

當整個療程結束，她在層層愛的光環圍繞下，體重恢復了！在長期事業夥伴簡志忠的鼓勵下，把心路歷程化為文字「淡定與積極」一書，真實呈現給讀者，希望能藉此書的出版，幫助更多的癌患者及家屬走出醫療、另類療法的困境與迷思。她誠懇的透露，這本書的完成沒有絲毫的「成就感」，完全基於「使命感」。

走過千山萬水的曹又方，心如止水的說：「在癌之前，人人平等。」她清楚的看見這場奮戰正是人生態度的大考驗。如今，癌幾乎已成了一種普遍的「慢性病」，親朋好友幾乎都有「癌友」存在各個角落，它考驗著每個人面對難處時的態度，可堅強、可脆弱、可悲觀。

對生命從不含糊的她，堅定的表明：「我的人生觀是一輩子盡力無憾的態度」，癌的考驗，正是人生的正、負面的一場價值對決。

與癌相遇的九個多月來，她每天給自己喊口號的功課，「明天不知會不會比今天好，所以，我要好好把握今天！」

同是過來人的我，深有同感。著名的心理學大師楊格曾說：「拖延是時間之賊」，他更加闡釋，「如果落日的餘輝照耀到你的手，發現它當天並沒有作過什麼有價值的事，那一天的時光你應視為已經失落。」

走過起起落落的與癌同在心情，我已學會「不要為明日憂慮，因為明天自有明天的憂慮，一天的難處一天當就夠了。」

未了，以所羅門王說：「不要為明日自誇，因為一日要爾何事你尚且不能知道。」的箴言，和世上千萬人共勉之。

一天半來密切面對面的互動、剝洋蔥似的探索內心，宣洩出那些壓抑成老太太裹腳布的情緒，卻是激動、又悲傷、又快樂。

「角色拼盤」裡找到自己的定位，更加認識自己的角色，份外珍惜所擁有的，珍重得不到的。看了德桃發給我的資料中，有許多內容似乎是為我量身打造的，頗值得我再探討、再學習。在「愛的路上你和我」中，洋溢一片感恩聲中充滿了溫暖的情意，我既感動又歡喜，這是一種很愉快的感覺。

心聖、凱芸、雅倫、瑞兆妳們的用心，確實給我個意外溫馨，僅在此深表致謝，謝謝妳們，親愛的小天使們！



有關淋巴瘤的常用詞彙

閻雲 醫師

Aspiration-穿刺

Bone Marrow -骨髓

Biopsy-切片

Bone Marrow Transplantation-骨髓移植

Cytogenetic- 染色體鑑定術

Cytology-細胞檢定術

Central Nervous System-大腦及中樞神經

Chromosomes-染色體

Fatigue-倦怠

Field-放射之區域

Follicle-細胞聚集之區域

Flowcytometry-細胞液像分析

Hodgkin's Lymphoma-何杰金氏淋巴瘤

Immune System-免疫系統

Lymph Nodes-淋巴結，內含淋巴細胞

Lymph System-淋巴系統，包含淋巴結及通道

Lymphocyte-白血球細胞中一種特別分化的細胞，稱為淋巴細胞，作為人體抵抗力的來源

Lymphoma-淋巴瘤之總稱

Nodular-結節型

Non-Hodgkin's Lymphoma-非何杰金氏淋巴瘤之總稱

Oral-口腔、口服性藥物給藥之方式

Platelets-血小板

Prognosis-預後

Red Cells-紅血球細胞

Regimen-化學治療之方案

Relapse-復發

Remission-緩解，指無明顯病兆但尚未肯定治癒的期間

Staging-分期

Stem Cell-骨髓幹細胞

Symptoms-症狀

Tissue-組織

Topical-皮膚外用藥物

Ultrasound-超音波

White Cells-白血球細胞

