淺談肺癌病理組織學分類

病理科 張茵主任

臺灣地區從民國七十一年開始，癌症即高居民眾死亡原因的第一位；到民國八十八年止，每十萬人口中約有 160.54 人死於癌症。近年來，肺癌已是癌症死因的第一位或第二位。台灣地區的癌症登記開始於民國六十八年，衛生署公布民國六十八年每十萬人口中的肺癌「發生率」，男性有 10.2 例，女性 3.8 例；到民國八十八年更增加為男性 33.3 例，女性 16.2 例。而肺癌年齡標準化「死亡率」在民國六十八年至民國七十二年，男性為 21.8 例，女性為 0.4 例；到最近公布民國九十四年肺癌年齡標準化死亡率，男性已增為 37.8 例，女性更增為 16.8 例。因此，無論發生率或死亡率，兩性都有顯著增加。

肺癌絕大部分是上皮癌（carcinoma），其他惡性腫瘤約占 1%。依據國際衛生組織（WHO）分類，其主要的組織形態分為鱗狀上皮癌、腺癌、大細胞癌與小細胞癌；肺腺癌盛行率占 53%，其次是鱗狀上皮癌 37%，小細胞癌 7%，以及大細胞癌 1%。臨床上，基於治療的需要則將肺癌主要分為非小細胞癌與小細胞癌；其中，除了小細胞癌外，其他歸類於非小細胞癌。臺灣的肺癌病理組織學以腺癌占多數，自癌症登記起，這種趨勢並未改變，此與西方國家並不相同。根據本院肺癌統計，從民國八十七年至民國九十三年共 336 例，漏述個案 70 例。266 個肺癌病人中，平均年齡為 67.5 歲，當中 69%是男性（男女比例約 2：1），59%的肺癌病人有抽煙習慣。資料顯示僅有 25%的病人在診斷時是早期肺癌（第 I 期和第 II 期），大部分的病人發現時都是晚期（第 III 期和第 IV 期）。此外，肺癌統計中更發現早期肺癌平均壽命是五十四個月，晚期卻僅有十八個月，兩者之間有顯著差異。但是，相較於早期臺灣肺癌流行病學資料，並沒有很大的差異。

肺腺癌依據解剖位置分成中央型與週邊型。中央型肺腺癌源於大支氣管上皮或大支氣管腺體；週邊型肺腺癌則源於小支氣管與肺泡交接處，經光學顯微鏡、電子顯微鏡、免疫染色與基因表現分析，其肺癌細胞類似第二型肺泡細胞與 Clara cells。由於肺腺癌大多屬於週邊型，患者不易出現臨床症狀，因此難以在早期發現。近來，Atypical adenomatous hyperplasia（AAH）被認為是週邊型肺腺癌的癌前病變，這個重要的發現給予肺腺癌患者早期診斷新的契機。

眾所皆知，肺癌與抽煙關係密切。根據台灣民眾抽煙習慣來分析，國內大於十八歲人口的抽煙率約為 23%，男性抽煙率約占 50%，女性抽煙者僅有 3%；美國民

眾抽煙率，男性約 28%，女性有 22%。換言之，台灣男性抽煙率相對高於美國男性，台灣女性則甚少抽煙。此外台灣肺癌患者的抽煙率，男性為 80%，女性 11%；美國肺癌患者抽煙率，兩性皆約在 85%至 90%之間。流行病學研究指出抽煙者罹患肺癌的機會是不抽煙者的十倍，而且重度抽煙者更是不抽煙者的十五至二十五倍。隨著抽煙時間、每日抽煙量和菸草中焦油含量的增加，都使罹患肺癌的危險性相對地增加。因此，約 80%的台灣男性肺癌患者可歸因於抽煙，但女性肺癌者則有 85%無法以抽煙來解釋。就病理組織形態與抽煙的關係而言，西方國家及台灣早期個案-對照組實驗認為抽煙與鱗狀上皮癌及小細胞癌的發生有較大的相關性，與肺腺癌的關聯性則較弱。然而，西方國家最近的 cohort studies 則推翻了上述結論，新的論述是抽煙與鱗狀上皮癌及小細胞癌的發生有強相關，與肺腺癌的關聯性更強，並且與男女性別無關。