

以胸痛症狀表現之癌症病人：5個病例報告

陳韋廷 楊嘉澐 林芬瓊

林口長庚醫院 第二心臟內科

摘要

胸痛的原因很多，有心臟血管病引起的，有肺或胃腸疾病引起的，有肌肉、骨骼、神經病變引起的，也有心理、情緒壓力引起的。醫師會根據病史、聽診、觸診、身體檢查及血液檢查等所見，加以鑑別診斷。此時常常須藉助心電圖、胸部X光及超音波等檢查，必要時須做運動式心電圖、核子心肌灌注、上消化道纖維鏡等檢查，有時也須藉助侵襲性心導管檢查，才能獲得正確的診斷。但是，不管是內科醫師、急診醫師，尤其是心臟科醫師面對以胸痛為初次症狀呈現出來的病人，除了要確認是否因心臟病引起之外，對已排除心因性胸痛之病患，還要全方位思考是否有潛藏癌症的可能，要小心將癌症列入胸痛鑑別診斷之重要原因之一。

關鍵詞：胸痛 (Chest pain)
癌症 (Cancer)
鑑別診斷 (Differential diagnosis)

前言

單一胸痛就有很多種原因可造成，且每種原因或疾病的預後差異很大，從良性發作到危及生命都有^{1,2}。因此胸痛的鑑別診斷必須要有詳細的病史再加以必要性的檢查(例如抽血、心電圖胸部X光片或其他特殊檢查)如此才能正確診斷並治療³。至於病史要詢問病人年齡、性別、職業並著重於胸痛的性質⁴：胸痛是急性或慢性發作？胸痛的位置？胸痛持續時間和發作頻率？胸痛是否有伴隨放射性疼痛？胸痛是否有特殊情況下引發？是否藉由何種方式而緩解？是否有其他伴隨症狀？還有要詢問過去病史，是否有特殊疾病或狀況？

近年來各類癌症罹患率日益增高，這5位病人均是因短期內發生嚴重胸痛，而至醫院急診就診，初步無法排除心因性胸痛而住院入心臟科病房，經過進一步檢查，證實分別為各種不同癌症引發之類似心絞痛症狀。

病例報告

一、案例一(表一)

患者為一名80歲女性，表現為非典型胸痛合併上腹痛之症狀，經檢查心電圖正常伴隨著正常心臟超音波左心室收縮功能。因其有上腹痛症狀而接受胃鏡檢查發現糜爛性潰瘍，潰瘍切片病理報告證實為胃腺癌，而電腦斷層則顯示胃癌併腹膜轉移，T3N1M1。

表一：個案之基本資料及檢查報告

	案例一	案例二	案例三	案例四	案例五
年齡性別	80女	75女	87男	79女	58男
主訴	非典型胸痛合併上腹痛之症狀	典型胸痛合併上腹痛之症狀	非典型胸痛合併喘之症狀	非典型胸痛合併背痛及喘之症狀	典型胸痛合併吞嚥困難
診斷	胃癌併腹膜轉移	肝臟血管瘤	小細胞肺癌	肺腺癌	食道癌
住院日	2011/9/8	2011/9/21	2011/9/20	2011/8/15	2011/7/27
出院日	2011/9/18	2011/10/2	2011/9/28	2011/9/29	2011/8/15
心肌酶	正常	正常	正常	正常	正常
心電圖	正常	左心室肥大	心房顫動合併非特異性ST-T波段變化	心房顫動	正常
心臟超音波	正常左心室收縮功能	正常左心室收縮功能	左心衰竭，左心室心射出率20%	正常左心室收縮功能	正常左心室收縮功能
心臟核子醫學檢查	無心肌梗塞或缺氧	無心肌梗塞或缺氧	無	無	心肌前壁缺氧
心導管	無	無	無	無	正常
胸部X光	正常	肝腫大併右橫膈膜上移	右下肺葉腫瘤	左下肺葉腫瘤	正常
胃鏡	糜爛性潰瘍				中段食道癌
電腦斷層	胃癌併腹膜轉移，T3N1M1	11 cm肝臟血管瘤	疑小細胞肺癌	肺癌併骨轉移，T4N3M1	食道癌併淋巴結轉移，T3N3M0
骨掃描				胸椎及腰椎多處骨轉移	
病理切片	胃癌	無	無	肺腺癌	食道癌

二、案例二

患者為一名75歲女性，表現為典型胸痛合併上腹痛之症狀，經檢查心電圖呈現左心室肥大伴隨著正常心臟超音波左心室收縮功能，核子醫學掃描顯示無心肌梗塞或缺氧。除此之外，此病患胸部X光出現肝腫大併右橫膈膜上移的情形，遂即安排電腦斷層檢查並發現11 cm肝臟血管瘤。

三、案例三

患者為一名87歲男性，表現為非典型胸痛合併喘之症狀，經檢查心電圖呈現心房顫動合併非特異性ST-T波段變化，而心臟超音波則是有左心衰竭，左心室心射出率20%。在胸部X光片看到右下肺葉腫瘤，電腦斷層則顯示疑小細胞肺癌。

四、案例四

患者為一名79歲女性，表現為非典型胸痛合併背痛及喘之症狀，經檢查心電圖呈現心房顫動伴隨著正常心臟超音波左心室收縮功能。胸部X光片則呈現左下肺葉腫瘤，而電腦斷層為肺癌併骨轉移，T4N3M1；骨掃描顯示胸椎及腰椎多處骨轉移而病理切片證實為肺腺癌。

五、案例五

患者為一名58歲男性，表現為典型胸痛合併吞嚥困難，經檢查心電圖正常伴隨著正常心臟超音波左心室收縮功能，因心臟核子醫學檢查顯示心肌前壁缺氧而安排心導管檢查，但檢查發現其冠狀動脈血管為正常。此外胸部X光片為正常，因其有吞嚥困難症狀而接受胃鏡檢查發現中段食道癌，電腦斷層顯示食道癌併淋巴結轉移，T3N3M0。

討 論

胸部的疼痛並不只有心臟，因為胸部的器官還包括有骨骼、肌肉、肌腱甚至是乳房。此外胸部疼痛也可能包括腸胃方面的問題⁵。所以並不是胸部疼痛就一定是心臟疼痛。骨骼肌肉方面的原因，通常包括受傷、肌肉扭傷，壓力甚至是骨折。

所以當一個病人因胸痛前來就診時，有關的病史要問及疼痛的時間，譬如在飯前或飯後，會不會常有潰瘍、嘔酸、胃食道逆流或胃攣縮的情況。這些情況有時也會引起胸痛。若是和腸胃有關譬如潰瘍、胃炎、胃攣縮或是胃食逆流等情況。

在胸痛當中最難診斷的是心理性的胸痛。常因病人心理的或是情緒的問題而抱怨有胸痛的情況⁶。這種病人常需接受一連串許多的檢查，甚至包括誤以為是心肌梗塞等等⁷，而到最後都檢查不出所以然來。所以這種心理性的胸痛是最不容易斷診。

因此在病史方面，除了注意疼痛發作的時間、長度、和性質以外，還要注意病人有無焦急和心理的問題，有無外傷的病史，有無氣喘、支氣管炎或是藥物濫用的情況，當然病人先前有無像紅斑性狼瘡、或類風濕性疾病等的問題也是必需要考慮的，尤其重要的是在家族史方面，家族史方面必須要詢問有無早期家族的死亡，譬如：心肌梗塞、心肌病變、冠狀動脈血管硬化、心室早期收縮、長的QT症候群、麻煩氏症等⁸，這些情況都是需要特別注意的家族史⁹。

文獻報導提及，40歲以上病人之胸痛，只有四分之一左右是心臟疾病引起的¹⁰，其他胸痛為非心因性，如神經肌肉痛，胃食道逆流等。但在老年人，需要考慮不少是惡性腫瘤併骨轉移或骨折而引發的胸痛¹¹，例如多發性骨腫瘤，肌肉纖維瘤，Paget disease，或淋巴癌併骨轉移^{12,13}。

1994年有文獻報告399位陣發性胸痛病人之一年期間臨床研究顯示，只有10.3%是穩定性心絞痛，1.5%是不穩定性心絞痛或心肌梗塞；

非心因性部分：神經肌肉疾病占30.4%，食道胃酸逆流占23.4%，肋骨軟骨炎占13.1%，肺炎及肋膜發炎占10%，主動脈剝離占4.5%，其中有四位病人被診斷為癌症，占1%，而其他如心包膜發炎、氣胸、肺栓塞或心理因素等皆小於1%¹⁴。

全世界每年有一千五百三十萬新被診斷出癌症的病人，隨著年齡層上升而機率更高，在60歲以上人口中，1/3男性、1/5女性有可能罹患癌症¹⁵。有文獻報告則針對其中218位癌症患者初期臨床表現作分析，發現以疼痛、淋巴節腫大、體重降低、疲勞及咳嗽為主要表現，其中胸痛則占了8%癌症病人的初期表現¹⁶。

至於什麼是心臟病發作的典型胸痛表現？不外乎是胸部有壓迫感、疼痛持續超過15分鐘以上；疼痛延伸到肩膀、頸部、手臂；胸部不適，同時有輕微的頭痛、暈厥、流冷汗、噁心、呼吸急促等等。而非典型胸痛則為包括胃或腹部疼痛；噁心或頭昏；無法解釋的焦慮、虛弱或疲勞；心悸、流冷汗、或蒼白等等。

在我們5個案例中，案例一為一名80歲女性，非典型胸痛經檢查無明顯心臟問題，其胸痛現象與進食有相關，似乎空腹時間會比較疼痛，在伴隨有時候出現上腹悶痛情形下接受胃鏡檢查才發現胃癌。

案例二為一名75歲女性，雖為典型胸痛但經檢查無明顯心臟問題，且核子醫學掃描顯示無心肌梗塞或缺氧。因病人尚會抱怨右上腹悶脹感，加上胸部X光出現肝腫大併右橫膈膜上移的情形，遂即安排電腦斷層檢查並發現11cm肝臟血管瘤。

案例三為一名87歲男性，表現為非典型胸痛經檢查無明顯心肌缺氧問題，但發現有左心衰竭合併喘的情況；在胸部X光片下並無看到明顯的肺水腫或肋膜積水，但有一右下肺葉腫瘤及肺門淋巴結腫大情形，遂做電腦斷層檢查顯示疑小細胞肺癌。因病人年紀太大家屬考慮緩和治療所以並無病理組織切片。

案例四為一名79歲女性，表現為非典型胸痛經檢查無明顯心臟問題，另還合併背痛及喘之症狀，敲打脊椎會有敲擊痛，胸部X光片發

現左下肺葉腫瘤，遂安排電腦斷層及骨掃描證實為肺癌併骨轉移。

案例五為一名58歲男性，表現為典型胸痛且經心臟核子醫學檢查顯示心肌前壁缺氧而安排心導管檢查，但檢查發現其冠狀動脈血管為正常。但病人還是持續抱怨胸痛且有吞嚥困難情形，所以安排胃鏡檢查發現中段食道癌。

上述5位病人均是因短期內發生嚴重胸痛，而至醫院急診就診，初步無法排除心因性胸痛而住院入心臟科病房，經過進一步檢查，證實分別為各種不同癌症引發之類似心絞痛症狀。

因此，不管是內科醫師、急診醫師，尤其是心臟科醫師面對以胸痛為初次症狀呈現出來的病人，除了要確認是否因心臟病引起之外，對已排除心因性胸痛之病患，還要全方位思考是否有潛藏癌症的可能，要小心將癌症列入胸痛鑑別診斷之重要原因之一。

參考文獻

- Cardillo MT, Bona RD, Caroli A, Valentini AL, Biasucci LM. A case of unusual acute coronary syndrome. *Am J Emerg Med* 2013; 31: 758 e1-2.
- Yennurajalingam S, Palmer JL, Zhang T, Poulter V, Bruera E. Association between fatigue and other cancer-related symptoms in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer* 2008; 16: 1125-30.
- Meghani M, Siddique MN, Sicut M. Thymoma presenting as chest pain. *Am J Med Sci* 2012; 344: 413.
- Allen RK, Cramond T, Lennon D, Waterhouse M. A retrospective study of chest pain in benign asbestos pleural disease. *Pain Med* 2011; 12: 1303-8.
- Jeong YS, Han HS, Lim SN, et al. Gallbladder metastasis of non-small cell lung cancer presenting as acute cholecystitis. *Chin J Cancer Res* 2012; 24: 249-52.
- Stepanski EJ, Walker MS, Schwartzberg LS, Blakely LJ, Ong JC, Houts AC. The relation of trouble sleeping, depressed mood, pain, and fatigue in patients with cancer. *J Clin Sleep Med* 2009; 5: 132-6.
- Gowda A, Peddinghaus L, Shandilya V, Gavriluke A, Jain D. Abnormal intense skeletal radiotracer uptake on myocardial perfusion imaging with tc-99m sestamibi. *J Nucl Cardiol* 2006; 13: 427-31.
- Kim KH, Choi JB. Papillary fibroelastoma in tricuspid valve: An unusual cause of atypical chest pain. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2013; 145: 1131.
- Yakovlev AE, Resch BE, Karasev SA. Treatment of cancer-related chest wall pain using spinal cord stimulation. *Am J Hosp Palliat Care* 2010; 27: 552-6.
- Gromadzinski L, Przelaskowski P, Januszko-Giergielewicz B, et al. [cardiac tamponade as the first symptom of lung cancer]. *Pneumonol Alergol Pol* 2013; 81: 149-53.
- Briccoli A, Rocca M, Salone M, et al. Local and systemic control of ewing's bone sarcoma family tumors of the ribs. *J Surg Oncol* 2009; 100: 222-6.
- Schnurr C, Pippin M, Stuetzer H, Delank KS, Michael JW, Eysel P. Treatment delay of bone tumours, compilation of a sociodemographic risk profile: A retrospective study. *BMC Cancer* 2008; 8: 22.
- Chakraborty K, Jenigiri B, Hamati AK, Hammad AN, Ismail HM, Smalligan RD. A bone to pick about chest pain. *South Med J* 2009; 102: 977-8.
- Klinkman MS, Stevens D, Gorenflo DW. Episodes of care for chest pain: A preliminary report from mirnet. Michigan research network. *J Fam Pract* 1994; 38: 345-52.
- Kirkova J, Walsh D, Rybicki L, et al. Symptom severity and distress in advanced cancer. *Palliat Med* 2010; 24: 330-9.
- Walker NJ, Sites FD, Shofer FS, et al. Characteristics and outcomes of young adults who present to the emergency department with chest pain. *Acad Emerg Med* 2001; 8: 703-8.

Cancer Patients Presented with Chest Pain: Case Report

Wei-Ting Chen, Chia-Hung Yang, and Fen-Chiung Lin

*Second Section of Cardiology, Department of Cardiology, Chang Gung Memorial Hospital,
Linkou Medical Center*

Chest pain is a frequent complaint of patients seeking urgent medical assistance. It is a serious concern for patients and practitioners because of its potentially life-threatening implications, and misdiagnosis can be fatal. The shared neurologic pathways of thoracic and abdominal visceral organs complicate the diagnosis of chest pain. It is vital that patients presenting with chest pain are rapidly and skillfully assessed so that the correct working diagnosis including malignancy can be made and appropriate treatment offered. (J Intern Med Taiwan 2013; 24: 413-417)