

## 鼻咽癌的防治

鼻咽癌很少發生於歐美國家的白種人，黑種人也很少，即使亞洲的日本人、韓國人一樣很少見，但卻是中國大陸東南沿海各省及台灣地區非常普遍性的一種上皮癌症，從幾歲大到八十幾歲都可能罹患，其中以四十五歲上下的人罹患率最高。因為任何年齡的人都可能得此癌症，而且好發於正值人生最輝煌燦爛的壯年期，其對國家社會及家庭傷害之大可想而知。

中國人當中，尤其是廣東省籍，罹患率最高，因此有人將鼻咽癌又稱為「廣東瘤」，即使是移居海外的中國人之後裔，發生鼻咽癌的機率，仍是遠高於當地人。根據世界衛生組織的報告，散居世界五大洲之中國人罹患鼻咽癌的比率，在男性每十萬人口 6-33 名，女性每十萬人口 2-14 名，依比率之高低順序為香港、新加坡、舊金山、台北、洛杉磯、夏威夷、上海。廣東人越多的地方，比率越高，男女之比大約為 2-3 比 1。依衛生署於民國 88 年公佈的資料，統計民國 85 年每十萬人口有 5.61 名鼻咽癌，總共有 1204 名鼻咽癌，其中男性 886 名，每十萬人口有 8.03 名，佔十大癌症發生率的第七位，女性有 318 名，每十萬人口有 3.05 名，佔十大癌症發生率的第十三位。其中以客家人及原住民聚集處，罹患率較高。就是因為這種地區及種族上的極端差異，引起醫學界極大的興趣，希望藉助流行病學的調查、統計及分析，加上實驗室的各種血清免疫、遺傳學的檢查，尋找出中國人易患鼻咽癌之原因。以下簡述各種與鼻咽癌相關或不相關的因素：

1. **EB 病毒感染：**鼻咽癌病人血清當中，對抗一種叫 EB 病毒有關抗原的抗體力價比正常人、或其他頭頸部癌症病人高出很多。EB 病毒的抗體力價隨著不同檢驗試劑，有不同的標準，以臺大醫院的檢驗室為例，在台灣的鼻咽癌病人，有 70% 其 anti-VCA IgA 的力價高於 1:10，但是正常人也有 14% 高於 1:10，另外 anti-VCA IgG 較不準確，其力價往往高於 1:640，即使正常人的力價也是很高，主要是因為小時候幾乎每個人都感染過 EB 病毒，所以血液中驗出 EB 病毒的抗體，是件很稀鬆平常的事情，並不等於罹患鼻咽癌。即使幾乎所有的鼻咽癌細胞都存在有 EB 病毒，到目前為止，仍無法證明 EB 病毒直接引起鼻咽癌，倒是有人認為它是無辜的路過者，因它而使腫瘤加速生長。
2. **遺傳因子：**鼻咽癌病人常伴隨有特殊，會遺傳的白血球抗原系統。另外新加坡得鼻咽癌的華人，其體內控制兩種紅血球酵素的遺傳基因與常人有別。此外在同一家族常發現有很多人得鼻咽癌，在台灣有孿生兄弟都得鼻咽癌；也有鼻咽癌病人的九個子女當中的五個亦是鼻咽癌患者，即使彼此已不再同住一起。如果一等親當中有人得鼻咽癌，根據統計其罹患鼻咽癌的危險性是常人的 19.2 倍。倒是很少看到夫妻檔都得鼻咽癌，這些現象支持鼻咽癌可能與遺傳有關，而與

傳染無關。有人報告可從人體分離出一種基因(會遺傳給下一代)，該基因負責亞硝基胺(一種致癌物質)的代謝，使其變成更強的致癌物，而在兔子的實驗，此種基因所主導的產物，可出現於鼻咽的上皮。推測高危險群，易得鼻咽癌者，可能其主導代謝亞硝基胺的基因發生構造上的異常，使得代謝酵素的表現也有問題，因而導致鼻咽癌。

3. 最近我們的研究，發現鼻咽癌細胞在第十二對染色體的短臂、第一對染色體的長臂、第十七對染色體的長臂、第十一對染色體的長臂及第十二對染色體的長臂，最常有基因增加的情形；而在第三對染色體的短臂、第九對染色體的短臂、第十三對染色體的長臂、第十四對染色體的長臂及第十一對染色體的長臂最常有基因減少的現象，顯示位於上述染色體的致癌基因及抑癌基因，可能參與鼻咽癌的形成。
4. 吸入各種刺激性的煙氣：長期暴露高濃度的各種煙塵，得鼻咽癌的可能性較高，台灣的報告顯示長期工作於通風不良的環境，得鼻咽癌的危險性比正常人，高二倍以上。另外吸進甲醛(俗稱福馬林如新的木製衣櫥常有刺激性甲醚氣體)的量越多，得到鼻咽癌的危險性越高。至於和抽煙的關聯性，大部份的報告認為無關，但有的認為有關，每天吸二十支以上者，得病之比率為正常人二倍以上。此外國外有人報告家庭內燃燒蚊香及點拜拜用的柱香、鋸木屑等可能與鼻咽癌有關，但台灣的報告沒有顯示相關性，倒是常使用鼻內刺激性油、精者，可能罹患鼻咽癌有關。
5. 飲食因素：香港、馬來西亞、加州的報告，認為小時候吃鹹魚會增加得鼻咽癌的機會，因為鹹魚含有亞硝基胺。但台灣的報告沒有找出相關性，何況台灣地區吃鹹魚的人也少，倒是小時候常吃豆類發酵製品、燻肉者，與得鼻咽癌較有關，可能也是亞硝基胺之故。其他吃鹹蛋、鹹肉、喝酒、喝茶、嚼檳榔都沒有相關性。香港的研究報告發現居住於船上的人，很少吃新鮮食物，導致營養不良，維他命缺乏，特別是 A 和 C，得鼻咽癌的機會增加。

綜觀上述的各種相關因素，在台灣地區與鼻咽癌有關的有：

1. EB 病毒的感染。
2. 遺傳因素。
3. 工作地點通風不良、煙塵過濃。從小吃豆類發酵食物、燻肉。

可能相關的因素有：

1. 抽煙，尤其一天 20 支以上者。
2. 使用鼻內刺激油、精等。因此若常接觸到上述各種與鼻咽癌有關的環境因素，尤其是家族內有人得鼻咽癌者，或血清中對抗 EB 病表的抗體較高者，則罹患鼻咽癌的可能性將大為增加。

所謂鼻咽癌，簡單的說，就是源自鼻咽部上皮組織的一種惡性腫瘤，由於它源自非常隱密的死角--鼻咽部，使得它不易被發現出來。它約略位於頭顱部的中心區，就如一個球體的球心，不論自鼻或口，都不易直接檢查此區域。但是由於此空腔，正位於鼻腔後方、口咽上方，歐氏管(也稱耳咽管因其連接耳部和咽部)的咽側開口也在此處，因此它的臨床表現就容易以耳或鼻部症狀來表現，又因為鼻咽部就緊臨頭顱底部，許多的腦神經都於此附近通過而到他處，一旦受鼻咽部病變之影響，就可能產生頭痛或其他神經麻痺的現象;此外，鼻咽癌有一個特點，就是常在疾病早期即發生轉移，除了肺、肝和骨骼外，頸部轉移而使病患頸部出現腫塊，更是屢見不鮮。

由於耳咽管機能受影響，就可能出現一些類似耳咽管機能障礙的現象，諸如耳鳴、耳內阻塞感、聽力障礙以及說話時患側耳部出現回音的自聲過強現象，由於這種耳咽管機能障礙也常出現在鼻或鼻竇有毛病的病人，因此有時並未引起注意，甚至到了中耳壓力不平衡，引起耳膜凹陷甚或中耳積液的程度，只要做耳膜穿刺，將其中耳內的液體(通常為琥珀色)抽出，立即可獲症狀的改善，但是若您是這種病患時，請不要忘記提醒醫師檢查鼻、鼻竇及鼻咽部。

若腫瘤阻礙了鼻腔通往鼻咽部的後鼻孔通道，則會影響鼻腔機能而出現鼻塞、流鼻涕、鼻涕帶血等鼻部症狀;由於鼻腔的血液供應來自外頸動脈和內頸動脈系統，血液供應充足，輕微的流鼻血或鼻涕帶血常不引起重視，而鼻部有鼻塞、流鼻涕問題的人也司空見慣，這也是引起延誤的一個原因。有時鼻咽癌本身出現出血現象，導致血痰現象的產生，但因血痰的原因很多，除鼻腔、鼻咽外、口腔、口咽、下咽、喉、氣管等等都有可能、此類病患常於內科就診並接受胸部 x 光檢查顯示正常之後，即放棄了追蹤血痰來源的決心，因而延誤了診斷。

由於衛生教有的普及，頸部出現腫塊常會引起病患恐懼感，若能因此而使病患及早就診，這毋寧也是一種好現象;據估計，頸部腫塊的原因，80%源自頭頸部，因此讓耳鼻喉科醫師做一詳細檢查，實在是必須的，尤其是準備做頸部切片檢查之前，更應有耳鼻喉方面的檢查才對，因為統計結果顯示，對鼻咽癌患者的治療而言，頸部接受切片者比未接受頸部切片檢查療效較差。由於正常人的頸部即存有不少的淋巴結，所以要做正確診斷，非須專業的知識不可。

不過大致說來，位於頸部淺層、大小在 2 公分以下的可動性淋巴結，常是良性的;但是若淋巴結出現在深層，這些位於上頸部、於胸鎖乳突肌內側的腫塊，是鼻咽癌發生頸部轉移的典型位置，千萬不可掉以輕心。雖然醫學界經常提出呼籲，但是還是有病患被抗生素治療後頸部腫塊變小的假象所騙，或擅作主張於頸部腫塊上貼

上膏藥以拔毒消腫終而導致潰爛性腫塊，平白加重了病情且延誤了治療。

雖然頸部腫塊的出現，對鼻咽癌病患而言，等於是癌瘤細胞已自鼻咽的原發部位擴展到了頸部，但是適當的治療，仍有機會使碩大的頸部腫塊消退。不要忌醫勇於接受治療是鼻咽癌成功的要件。

鼻咽癌的另一大類症狀，即是和腦神經有關的現象，諸如頭痛(尤其是單側性頭痛)、臉部麻木感、複視、眼球運動異常以及其他種種神經障礙或麻痺的症狀，也是必須提高警覺的，現在由於耳鼻喉科、神經科和眼科三部門的充分合作，使得因腦神經症狀而到神經科或眼科的病患，也能儘早的找出正確的病因，不致耽誤了鼻咽癌的診斷和治療。

對鼻咽癌的診斷和治療而言，病患和醫護人員的警覺性和充分合作，是早期診斷、早期治療的先決條件。一旦有了上述的現象，請不要害怕、也不要猶豫的去看耳鼻喉科醫師，鼻咽癌雖然位於隱密的死角，但在耳鼻喉科醫師鼻咽鏡檢查下，腫瘤常是無所遁形的;萬一病患有咽部敏感、嘔吐反射過強的情形時，適度的使用一些局部麻醉劑和藥物，也可以達成檢查的目的。此外，現在醫療儀器發達，以台大醫院耳鼻喉科門診為例，在不引起病患的不適下，軟式鼻咽鏡以及硬式鼻咽鏡自口或鼻施行檢查，更是大大提高了鼻咽癌的診斷率。

臨床上診斷為鼻咽癌之後，一定要做鼻咽部的切片檢查，經病理學家證實為惡性腫瘤後，才能進一步進行治療。沒有病理報告證實，不能做放射線治療。普通疾病有時候可以先服藥看看，放射線療絕不能先放療看看。少部份病人會擔心切片檢查是不是會使癌細胞擴散，事實上，只要證實之後，馬上開始治療，是不必擔心的。最怕的是做了切片檢查證實之後，迷信偏方，拒絕放療，因而使得症狀惡化。

若不幸被診斷罹患鼻咽癌後，耳鼻喉科醫師會寫介紹單，照會放射線科醫師;安排各種定位腫瘤之檢查，如:鼻咽部電腦斷層攝影或核磁共振攝影，以及有無遠隔轉移的篩選檢查，即胸部 X 光攝影，骨頭掃描及肝臟超音波等。根據 1997 年美國癌症聯合委員會的分類，如果腫瘤只局限在鼻咽腔，便是第一期;如果侵犯到鼻腔或口咽，或一邊頸部已有小於 6 公分長徑的轉移性淋巴結，便屬第二期;如果腫瘤侵犯顱底骨頭或鼻竇，或兩側頸部都有小於 6 公分長徑的轉移性淋巴結，便是第三期;如果腫瘤侵入腦內或侵犯腦神經，下咽或眼窩或頸部有大於 6 公分的淋巴結，便是第四期。

如果是第一、二期的鼻咽癌，我們便直接以直線加速器產生的伽瑪射線治療;

如果是第三、四期，使先給予化學治療，再加上放射合併化學治療。病人在放療之前，都必須做固定面模，鉛板擋塊，及製作驗證片。

病患在行放射治療前都要會診牙科或口腔顎面外科醫師，評估牙齒及牙齦狀況，如有厲害的牙齦疾病或蛀牙，則在治療前要先治療或拔牙，拔牙後要等齒槽傷口完全復原才可開始放射治療，好的牙齒或可以修補的牙齒不一定要拔。氟膠及牙托使用及注意口腔衛生，可以使牙齒保持健康。

在台大醫院，一般的治療計劃是：每天給予照射 200 單位(cGy)，只需幾分鐘的時間，一星期照射五天；或每天照射兩次，一次 150 單位(cGy)。前半段是左右側面大範圍輪流照，接著後半段的治療，是側面的照射由大範圍縮為小範圍，加上由前上側方及前後的照射。總共鼻咽部要照射 7000 單位，頸部要 5000 至 7000 單位。

放射線治療期間，口腔粘膜就像被火燒傷，宜少吃刺激、辛辣的食物，切不可忌口，也沒有特別禁忌那些食物不能吃，以補充體力。若實在痛得難以進食，可以予靜注點滴，補充水分、糖分、鹽分及其他電解質，或吃止痛藥及口內噴類固醇製劑。又口腔唾液會變得黏稠，不易咳出，可用食鹽水和小蘇打水溶液漱口，或隨身攜帶水壺補充水分，保持口腔濕潤，同時要注意口腔衛生，常常漱口，避免以硬毛刷刷牙，免得黏膜受傷。耳鼻喉部若有分泌物，宜給耳鼻喉科醫師治療，避免黏連。聲帶腫脹、聲音沙啞，不必緊張，宜少說話，可以做蒸氣吸入治療，加速消腫，等治療結束，黏稠痰液減少，便會好轉，治療部位要儘量保持乾燥，不要用肥皂或其他任何金屬的藥劑，以免加重黏膜或皮膚的傷害。頸部皮膚會有變黑、脫皮的現象，不要勉強抓掉，讓其自然脫落。若有皮膚脫皮潮濕的現象，可抹燙傷藥膏。治療期間不宜亂服中藥或草藥，應按時治療，不能任意間斷。

台灣地區鼻咽癌的治療成果是世界之冠。台大醫院病例的五年存活率(一般癌症療效的評估以五年存活率為準)，1958 年以前用 X 光深部治療的時期，只有 12%。改用鈷六十照射後，存活率漸漸提高到 47.8%；78 年以後，合併化學療法，目前的存活率已達 80%。只怕晚期才發現，或是走錯了路，繞了一大圈再回來治療，往往為時已晚。

放射線治療結束後，宜按規定日期至耳鼻喉科、放射腫瘤科或腫瘤內科複查，以免病情復發而不知，一般前兩年，每一、二個月看一次，第三、四年，每二到四個月看一次，第五年以後，便可六個月或一年看一次，應該終身接受複查。要注意皮膚的保養，儘量減少強烈日光的曝露，以免腫脹。放射治療結束後，78.7%的人持續有口乾的現象，無法恢復，應該多喝水，或用 1%的小蘇打食鹽水漱口，及人

造唾液來應付口乾。有 77.4%的人會有聽力障礙，應該求助於鼻喉科醫師，可使用鼓膜切開術或配戴助聽器來改善聽力，有 48.8%的人軟顎肌肉會纖維化，以致發生食物逆流至鼻腔、鼻音過重等現象，此時，進食不要吃得太多，一次不要吞太多；47.6%的人會有蛀牙，應該看牙醫師，用治療用軟毛牙刷，至少在放射線治療後兩年內不要拔牙，以免傷到上、下顎骨的軟組織，引起骨頭壞死；有 38.0%的人會有牙關緊閉的現象，因為咀嚼肌肉受到放射線產生纖維化，或是受到癌組織侵犯，因此在放射線治療當中或之後，要多做開口動作，但是也不要太過度，以免造成運動傷害；頸部僵硬的人佔 32.2%，一樣是頸部肌肉纖維化的結果，應該要多做頸部柔軟動作；此外耳鼻喉部會有較多分泌物，應該每星期看耳鼻喉科醫師一次，保持局部的衛生。有 29.6%的人會有味覺不敏感的現象，因為口乾加上負責味覺的細胞被破壞之故，可多喝點湯，或是口味稍加重些。治療當中脫落的毛髮，在治療結束後會慢慢長出來；皮膚的變色及乾燥，在治療結束後的半年左右可以恢復；臉部及頸部會有浮腫的現象，尤其是早上醒來時，是因為頸部淋巴管受到放射線照射而阻塞，引起淋巴水腫也是半年後會逐漸好轉。

因為鼻咽和大腦管內分泌的中樞，只隔著頭顱骨底部，所以在放射線治療時，該中樞或多或少也會受到照射，此外，頸部的甲狀腺也在照射範圍之內，而引起內分泌失調，約有 70~80%的人會表現出某些內分泌功能低下的症狀，如整日疲倦、全身無力、記憶力減退、動作遲緩、怕冷、聲音低沉、講話很慢、皮膚乾燥、指甲易斷、頭髮變粗、不想吃東西、噁心、嘔吐、體重減輕或增加、臉部浮腫、腳部抽筋、便秘、臉部浮腫、性慾減退、性無能、月經延遲、無月經等現象。若有上述幾項現象，便要抽血檢查內分泌，若有功能低下，要看內科內分泌醫師，補充缺乏的荷爾蒙，如此便可以改善生活品質，而接近正常生活。

隨著放療技術和機器的進步，以及保護措施的精進，上述後遺症的比率已下降許多，程度也較輕微，絕大部份存活的病人都可像正常人一樣生活與工作。

放射線治療結束後，如何才會出現遠隔轉移？這是個不易回答的問題，因為可用以預測的變數不多。當然愈末期，轉移到他處的機會愈大，但是早期的鼻咽癌，仍有遠隔轉移的機會。另外，距離治療結束的時間愈久，遠隔轉移的機會愈小，一般有五年以上的人，很少會發生轉移，但這些關係並不是絕對的。因此，治療結束，後仍要注意有無轉移的現象，如果有固定一處的骨頭疼痛、壓痛，甚至下肢麻木，無力或麻痺的現象，或肚子脹，右上腹部脹痛；或持續性的咳嗽、胸痛，甚至呼吸困難等，一定要馬上請教複查醫師，進一步檢查，以確定有無轉移。

一旦不幸發生遠隔轉移，命運當然都是較悲慘的，可是有少數的病例，因發現

得早，只單獨一顆腫瘤出現於肝臟或肺臟，勇敢地接受手術切除後，仍然得以長期存活。

可是大多數沒有如此幸運，但本院 1999 年有最新的論文發表於英國癌症期刊指出，從民國 82 年 10 月到民國 86 年 6 月，在腫瘤內科洪瑞隆醫師的精心設計之下，採用 MAPFL 的處方治療鼻咽癌的遠隔轉移，嚴格地針對 32 名有可計量的轉移性肝臟或肺臟腫瘤病人，先每三星期給三種藥(MAP)，最多四個療程，然後再每星期給兩種藥(FL)，一直給到病情惡化，沒有反應，再換其他的藥以為救援。結果只有兩名發生嚴重的感染，其中一名不幸死於敗血症。整體而言，安全性、可行性以及病人的接受度很高。有兩名病人的腫瘤完全消失，九名病人的腫瘤只剩一點點，十九名病人的腫瘤縮小一半以上，只有兩名沒有反應，總共有效率是 94%(30/32)，在目前全世界的英文文獻中，結果是最好的，最重要的是存活的中位數高達 18.1 個月，也是最近國內外的文獻當中最長的，其中有六名病人在追蹤了 9 到 41 個月時仍然存活，最久已活了三年多。這種結果猶如給予風中殘燭一個安全的防護罩，使得蠟燭得以繼續延燒，將生命的價值發揮到極致。化學抗癌藥物在鼻咽癌的治療地位越發重要，本院最近即將發表的數據顯示，在放射治療前、中給予化學治療，對於頸部有巨大轉移腫瘤者，經治療後，可降低頸部復發及遠隔轉移的機率，真是令人振奮的結果，也給予本院鼻咽癌治療團隊：放射腫瘤科、腫瘤內科及耳鼻喉科的努力，給予了正面的肯定，吾人當繼續努力，以造福更多不幸中之大幸的同胞。