

# 鼻咽癌新知

文/耳鼻喉科 莊俊義 醫師  
辛宗翰 醫師

鼻咽癌(NPC, Nasopharyngeal carcinoma)是一種發生於鼻咽腔的癌症。盛行於中國東南沿海地區，發病率最高的是廣東省、廣西省、福建省、香港、臺灣。男性比女性易患鼻咽癌，比例約3比1。好發年齡約40至50歲。根據最新資料民國103年衛福部國民健康署的癌症登記報告，民國100年台灣鼻咽癌發生率於男性為第11位、女性為第17位；死亡率於男性為第10位、女性為第16位。民國100年初次診斷為鼻咽癌者共1,579人；死因為鼻咽癌者共752人。

鼻咽癌發生原因為多重因素所組成，經研究結果約有三項，包括遺傳因子、EB病毒感染、環境因素。鼻咽癌最常見六大症狀：頸部腫塊、單側聽力障礙或耳鳴或悶塞感、痰中帶血絲或鼻涕含血、單側鼻塞、頭痛和臉麻或看東西模糊或複視。

經鼻咽切片證實為鼻咽癌後，臨床分期的檢查大多為頭頸部電腦斷層(CT)或磁振造影(MRI)，胸部X光、腹部超音波、全身骨骼掃描來檢視顱底及顱內是否有腫瘤侵犯，頸部淋巴結、肺部、肝臟與骨骼有無遠處轉移，正子造影(PET)更是評估遠處轉移的一大利器。分期後，則根據期別來治療，一般來說鼻咽癌第一期病患只需接受放射線治療，第二、三、四期則須接受同步化學放射治療；對有遠處轉移者則是以化學治療為主，部分有症狀的再加上輔佐性放射治療。

目前鼻咽癌治療的進步表現在：更精確的放射治療技術、更高的腫瘤放射劑量、減少放射治療副作用、更有效的化療藥物。

放射線治療從早期的2D傳統(2D conventional)照射與3D順型照射(3D conformal radiotherapy)，進步到目前的強度

調控照射(IMRT)、影像導引照射(IGRT)，甚至最新的螺旋光子刀(Tomotherapy)，更精準治療腫瘤部位，也能夠減少腫瘤周邊正常組織的放射劑量，並降低後遺症。放射治療劑量約70 Gy，每天1.8 ~ 2.0 Gy，連續治療7至8週。

化學治療可能有助於鼻咽癌病人，給予種類包括：(1)放射治療前之引導化學治療(induction chemotherapy) (2)同步放射併化學治療(concomitant chemoradiotherapy) (3)放射治療後之輔助化學治療(adjuvant chemotherapy)。較常用的藥物有5FU、cisplatin，新的藥物如gemcitabine、paclitaxel，目前仍在臨床試驗中。有研究證實引導化療可能降低局部復發和遠處轉移率，提高了中晚期鼻咽癌的5年存活率。由於局部晚期鼻咽癌同步化放療後遠處轉移率仍較高，已有II期研究顯示誘導化療+同步化放療可取得良好效果。標靶治療結合放化療在鼻咽癌治療中的資料有限，但對頭頸腫瘤已證明有效，為今後的綜合治療模式提供了更多的選擇。

腫瘤標記檢測方面，從前是測血液內EB病毒的抗體，但其專一性與敏感度不夠高。目前更新更準確的檢查是檢測血清內EB病毒的DNA量，其敏感性與專一性都超過95%。所以鼻咽癌治療後的追蹤，除一般的影像檢查外，我們更建議加上EB病毒DNA檢測。

本院致力於癌症醫學不遺餘力，是全台第一家引進導航螺旋光子刀的醫學中心，完整的設備及堅強的陣容足以提供癌症病友最有效率而完善的癌症醫療。