

資料來源：美國癌症協會(American Cancer Society)  
編譯/金艷蓉

# 讓鼻咽癌 離我們遠點



鼻咽癌，這個在美國並不多見的惡性腫瘤，卻是美國華裔等少數族群發病率較高的一種常見癌症。了解一些鼻咽癌的知識，能幫助我們建立健康的生活形態，摒棄不良傳統習俗，提高對鼻咽癌的警覺。這對預防、早期發現及診治、降低發病率，以及樹立積極治療的信心都有益處。沒錯，我們就是要讓鼻咽癌離我們遠點！

## 基本概念

鼻咽部 (Nasopharyngeal Carcinoma 簡稱 NPC) 正好位於鼻腔後部和顛底，發生在鼻咽部的腫瘤有幾種類型，有些腫瘤是良性的（非癌症），但有些則是惡性的，即癌症。患者在和醫生討論自己鼻咽腫瘤時，首先要明確自己罹患的是什麼類型的腫瘤。

**鼻咽良性腫瘤** (Benign Nasopharyngeal Tumors) 相當罕見，常發生在兒童和年輕人身上，部分是腫瘤，部分則是血管畸形，如鼻咽纖維血管瘤和血管瘤，以及鼻咽內發現的小唾液腺的良性腫瘤。

**鼻咽惡性腫瘤** (Malignant Nasopharyngeal Tumors) 腫瘤可以侵潤周圍組織並向身體其他部位擴散。

鼻咽癌是迄今為止最為常見的鼻咽部惡性腫瘤，是一種從鼻咽粘膜上皮細胞開始惡變的腫瘤。鼻咽癌有三種類型：角化鱗狀細胞癌 (Keratiniz-

ing Squamous Cell Carcinoma)、非角化分化癌 (Non-keratinizing Differentiated Carcinoma)、未分化癌 (Undifferentiated Carcinoma)。每種類型都在世界某個區域有很高的發病率，在美國最為多見的鼻咽癌是角化型，東南亞一帶則是鼻咽癌的高發區，最多見是未分化型。

顯微鏡下可見這些癌症細胞的不同類型，但是研究表明，它們都是從相同的細胞開始癌變，即鼻咽最表層的粘膜上皮細胞。所有類型的鼻咽癌，其治療方式通常也相同。依據腫瘤生長和擴散程度來制定的癌症分期，在預測病人預後的過程中，其實比腫瘤類型來得更為重要。

許多鼻咽癌還包含了大量的免疫系統細胞，特別是淋巴細胞。在癌細胞中包含多少淋巴細胞常被用來描述癌症分期的特徵，但通常並不影響治療方案的選擇。淋巴細胞在腫瘤中出現，預示著身體對癌症的抗拒，這為開發新的治療方法提供了線索。

鼻咽部也會出現其他類型的癌症：淋巴瘤 (Lymphomas)，這種免疫系統淋巴細胞癌變的腫瘤通常在鼻咽部被發現，稱為非何傑金氏淋巴瘤 (Non-Hodgkin Lymphoma)。腺癌和腺樣囊性癌 (Adenocarcinoma and Adenoid Cystic Carcinoma) 常在小唾液腺發現，發生在鼻咽部的幾率更少，而多見於鼻腔和口腔。

## 相關數據

世界範圍內，每年大概有八萬名新增病例，估計每年死於鼻咽癌的病例約有五萬名。事實上，鼻咽癌在世界大部分地區並不多見，在北美，它的發病率大約在百萬分之七，2011年美國估計有2,750例鼻咽癌病人。

在部分亞洲地區和北非，鼻咽癌則非常多見，尤其在中國的東南部，包括香港，每年的發病率達十萬分之二十五。在阿拉斯加和加拿大的因紐特人 (Inuits) 也很多見，美國的華人移民和苗族移民中，鼻咽癌的發病率也相當高。

隨著歲月的流逝，鼻咽癌發病風險增加得相當緩慢，但它可以在任何年齡段，尤其是兒童。美國大約一半的鼻咽癌患者年齡在55歲以下。

過去三十年，鼻咽癌的發病趨勢其實在下降，包括香港、新加坡和臺灣，確切原因不明，可能和生活形態發生改變有關，即減少食用傳統的腌製鹹魚和肉。

## 風險因子

任何疾病都會有一些關聯因子影響一個人得某種疾病的風險，包括癌症。不同的癌症有不同的風險因子，如強烈的日曬就是皮膚癌的風險因子，吸煙也是肺、口腔、咽喉、膀

胱、腎以及其他一些器官的癌症風險因子，包括某些白血病。

但風險因子並不完全說明問題，即使一個人有一個或更多的風險因子，並不表示一定會罹患這個疾病。很多人即便沒有目前已知的風險因子，一樣也會得病。科學家們已經發現了一些罹患鼻咽癌的高風險因子。

**性別** 男性大約是女性發病的兩倍。

**種族** 在美國，鼻咽癌在美籍華人中最多見，其次是亞裔族群、非洲裔美國人、西班牙裔、拉丁裔，以及白人。

**飲食** 生活在亞洲、北非和北極地區的人們，最為典型的鼻咽癌飲食就是高鹽量醃製的魚和肉。事實上，這種癌症在中國的華南華東地區的發病率正在下降，因為人們的飲食習慣正在西化。一些研究結果顯示，進食大量新鮮蔬菜水果可以降低鼻咽癌的發病風險。

**EB病毒** (Epstein-Barr Virus) 感染 大部分鼻咽癌細胞中包含了部分EB病毒，大部分鼻咽癌病人也被證實在他們血液中曾經感染過這種病毒。EB病毒感染在世界各地是一種常見的現象，經常發生在兒童。在美國，感染EB病毒的都是青少年階段的孩子，常引起傳染性單核細胞增多症 (Infectious Mononucleosis)。但是EB病毒感染和鼻咽癌之間的關係還是相當複雜，至今沒有完全明確。單獨EB病毒感染不足以引起鼻咽癌，因為這種病毒感染很常見，相比之下，這種癌症倒不多見。其他一些因素，諸如病人的基因，使得身體處理EB病毒受到影響，反過來使EB病毒有助於鼻咽癌的發展。

**遺傳因素** 一些人遺傳的組織類型可以增加罹患鼻咽癌的風險，組織類型可以影響免疫反應，驗證了某些人對EB病毒感染的反應和鼻咽癌有關。

**家族史** 有鼻咽癌家族史的成員更容易罹患鼻咽癌，原因可能和基因有關，也可能和相同的飲食習慣和生活

環境有關。

**其他風險因子** 大部分研究顯示鼻咽癌和吸煙、飲酒過度有關，工作環境中接觸甲醛和木屑也會增加鼻咽癌的發病風險。

## 致病原因

鼻咽癌的確切致病原因還不是十分清楚，科學家們發現了一些相關聯的原因，如飲食習慣、感染、遺傳特徵等。好多年前，科學家們就發現EB病毒可以引起鼻咽部細胞發生癌變。在一些發展中國家，大部分感染EB病毒的人僅僅得的是傳染性單核細胞增多症，他們的免疫系統可以識別並殺滅病毒，恢復健康完全沒有問題。而在某些EB病毒感染病例，病毒DNA和鼻咽部細胞的DNA相混合，導致正常細胞分裂異常。

除了病毒感染因素，飲食中含有大量的鹹魚和醃製肉類，亦增加了EB病毒引起鼻咽癌的可能，醃製食物會使DNA發生化學反應，導致DNA損壞，損壞的DNA則改變了正常細胞生長和複製能力。

## 預防和早期發現

大部分在美國的鼻咽癌患者並沒有可避免的風險因子，所以他們的癌症顯然無法預防。

但是已經認識到和鼻咽癌相關的飲食因素，在世界上一些鼻咽癌高發地區，減少或消除某些類型的飲食，還是可以降低發病的數量，如中國南方、北非和北極地區。移民美國的東南亞後裔，其典型的美式飲食習慣，已經可以減少鼻咽癌的發病風險。但是這些飲食因素並非世界上大部分鼻咽癌高發地區的發病緣故，因此遺傳可能是重要因素。

在美國和某些鼻咽癌發病率不高的國家，大部分醫生都認為沒有必

要做常規的篩檢（篩檢就是針對沒有任何癌症症狀的病人），目前沒有簡單、非侵入性檢查或血液檢測，能夠發現早期的鼻咽癌。

但是在某些地區，如鼻咽癌常見的中國，人們需要為鼻咽癌做常規的篩檢。首先那些在血液中顯示曾經感染EB病毒的人，他們需要做常規的鼻咽部和頸部的檢查。這項策略也可用以曾有一人罹患鼻咽癌的家庭，但是無法確定能否降低鼻咽癌的死亡率。

鼻咽癌在某些情況下會被早期發現，它的症狀促使病人去看醫生。有些症狀看似和鼻咽癌沒什麼關聯，如一側耳內閉塞。大部分病例中，鼻咽癌早期並沒有任何症狀，直到晚期才被發現。

## 症狀和診斷

**體徵和症狀** 大約有四分之三的病人最初看醫生都是因為頸部有腫塊，腫塊是由於癌症擴散至頸部的淋巴結所造成。其他的鼻咽癌症狀可能包括：單側性耳鳴或聽力減退、耳內閉塞感是早期鼻咽癌症狀之一；反復中耳感染；腫瘤堵塞後鼻孔可出現鼻塞，隨著腫瘤長大，鼻塞加重，多為單側性鼻塞；鼻血、頭痛、面部疼痛和麻木、張口困難、視力模糊或復視。儘管上述這些體徵和症狀看似普通疾病，但其實它們都有可能是鼻咽癌所引起的。所以一旦身體出現上述情況，就要立刻看醫生以便及時發現和治療。如果以往您並沒有中耳炎病史，突然開始反復中耳發炎，其實這就是鼻咽癌的重要特徵，尤其是當您沒有感冒等上呼吸道感染的情况，更要引起足夠的警惕。

**病史和體檢** 如果懷疑鼻咽癌的任體徵和症狀，醫生會詳細了解您的完整病史以及相關的風險因子，包括您的家族史。醫生將特別注意頭部和頸部的變化，包括鼻、口和咽部，以及面部肌肉和頸部淋巴結。如果體檢



## 鼻咽癌臨床分期及五年生存率

階段分組	信息組合	五年生存率
Stage I	T1, N0, M0	72%
Stage II	T2, N0, M0 / T1 or T2, N1, M0	64%
Stage III	T3, N0 to N2, M0 / T1 or T2, N2, M0	62%
Stage IV	T4, N0 to N2, M0 / Any T, N3, M0 Any T, any N, M1	38%

註：上述數據來自美國癌症聯合委員會，基於1998年至1999年間被診斷的NPC病人。

顯示不正常，則下一步將進行影像學檢查，如CT或MRI，家庭醫生也會將您轉介耳鼻喉科醫生來作更為針對性的專科檢查。

**鼻咽部檢查** 由於鼻咽部處於頭部深處，不容易看到，需要借助一些特殊的技術和儀器，才能對這個區域展開檢查。針對鼻咽部異常增生、出血或其他症狀，有兩個主要類型的檢查。◎間接鼻咽鏡檢查 (Indirect Nasopharyngoscopy) ◎直接鼻咽鏡檢查 (Direct Nasopharyngoscopy)。由於腫瘤開始生長時位於鼻咽部粘膜下，有時很難靠直接檢查來發現，這時就需要用上CT了。

**活檢 (Biopsy)** 如果症狀和上述檢查強烈指證鼻咽癌的可能性，那麼實際診斷必須要對腫瘤細胞做病理檢查才能判斷。內窺鏡活檢 (Endoscopic Biopsy)，在光纖內窺鏡的引導下，摘取腫瘤樣本，由病理科醫生在顯微鏡下辨認癌細胞，從而作出病理診斷。這種檢查一般可在門診手術完成。細針穿刺抽吸 (Fine Needle Aspiration (FNA) Biopsy)，這是一種簡便易行、安全高效的腫瘤診斷方法，對有頸部淋巴結轉移的患者，可首先考慮採用這個方法，用細針穿刺取得細胞再做病理檢查。

**影像學檢查 (Imaging Tests)** 這部分檢查依賴X光、核磁、超聲波或放射性粒子來為您的身體建立影像，即可檢查腫瘤，也能了解腫瘤擴散的程度，並能幫助明確治療是否有效。

**血液檢查** 除了常規的血細胞檢查之外，最為主要的就是血中EB病毒的DNA水平測試，在治療前後做此項檢查，可以了解病人治療的效果。

## 臨床分期和治療

癌症分期依賴於鼻咽癌的擴散程度，臨床分期是制定治療方案時最為重要的依據之一，也用來評估病人恢復程度和五年生存率前景。患者一旦

被診斷鼻咽癌，一定要和自己的醫療團隊，以自己能夠理解的方式來了解腫瘤的分期和治療，以更為積極的態度做出明智的選擇。

這常用來描述鼻咽癌有無擴散的分期方法就是TNM系統，它是由美國癌症聯合委員會 (The American Joint Committee on Cancer / AJCC) 建立的，TNM系統包含了三個關鍵信息：T描述原發腫瘤是否侵入鼻咽附近的其他器官和組織；N描述腫瘤有無擴散至頸部淋巴結；M描述腫瘤有無轉移至身體其他器官，最常見的是肺、肝和骨骼。

T、N、M後面還有0至4的數字，提供更為詳細的腫瘤信息：0到4的數字遞升，說明情況越為嚴重；字母X表示信息無效；T之後的字母“is”，表示腫瘤處於剛開始的細胞層，即原位 (in situ)，癌細胞尚未侵潤很深。

在TNM和0至4的信息組合又被稱為階段分組，用羅馬數字 I 到 IV 表示，結合五年生存率，見表。

一旦鼻咽癌被診斷和分期，您的醫生和醫療團隊就會和您一起討論治療方案。依據癌症的臨床分期、整體健康狀況以及其它一些因素來確定治療方法，包括放射療法、化學療法及藥物、外科手術，或一些綜合治療方案等。

對待治療不要草率作決定，這需要花費一些時間來思考。如果有可能的話，還可以尋找第二解決方案，這樣可以獲得更多信息來幫助自己建立對治療的信心。在選擇第二方案時，需要得到保險公司同意，以確定保險是否可以支付費用。

**放射療法** 採用高能量的X射線或粒子來殺滅癌細胞，或達到減慢腫瘤生長的目的。放療是鼻咽癌治療的重要手段，因為大部分鼻咽癌都對射線極其敏感。放療主要針對腫瘤本身以及頸部鄰近的淋巴結，即便淋巴結並沒有出現異常硬度或腫大，射線也能對已經擴散至此的癌細胞起作用，如果已知癌細胞已擴散到淋巴結，那麼將使用高劑量的射線。治療過程中，放療也有不同的類型。

**手術治療** 由於鼻咽癌生長的部位在頭顱深部，所以手術很難操作，一般而言，手術很少作為鼻咽癌的主要治療手段。手術有原發腫瘤切除術和頸部淋巴結清除術，前者適合一些分化較高的鼻咽癌，如腺癌、鱗癌 I、II 和惡性混合瘤的早期，後者針對原發腫瘤經放療或化療已被控制，全身狀況良好，僅遺留頸部殘餘病灶，範圍局限，故可採用頸部淋巴結清除術。

**化學療法** 化療藥物大部分依靠靜脈或口服給藥，藥物進入血液到達身體各部，這種治療方法對鼻咽癌已擴散到頭部和頸部以外的癌細胞也能有效。一些化療藥物還能強化癌細胞對放療的敏感性，化療常常結合放療，作為晚期鼻咽癌的首選治療方案。化療也能作為放療的輔助治療，當然也能單獨針對已經擴散至其它器官的癌細胞，如肺、骨骼和肝臟等。化療一般周期進行，中間間歇期可以讓病人的身體得到休息和恢復。如果病人整體狀況不理想，可建議不化療，但病人年長的歲數倒不是化療的阻礙因素。■