



認識鼻咽癌

一、症狀：

鼻咽是指鼻腔後方、軟顎上方像乒乓球般大小的空間，後上方為顱底骨骼，兩側各有一耳咽管開口通往中耳。耳咽管開口上方，有一羅氏隱窩，是鼻咽癌最易發生之處。因為鼻咽的解剖位置特殊及含有豐富的淋巴組織，所以鼻咽癌患者有許多特殊的症狀，最常見的是外側上頸部淋巴結腫大，這是癌細胞轉移到頸部，導致一群或數群淋巴結腫大。所以國人如在青壯年期在側上頸部發現無痛性淋巴結腫大，往往要懷疑是罹患鼻咽癌。由於中耳腔和鼻咽經由耳咽管相通，鼻咽腔裡的腫瘤往兩側長大時便容易堵住了該管出口，或是侵犯該管造成耳咽管功能不良，因而出現中耳積水、發炎、產生重聽、耳鳴或耳痛現象。而腫瘤向前生長則會阻塞鼻腔引起黏稠帶血絲的鼻涕，腫瘤太大時更容易潰爛出血，血可由口中吐出或鼻子流出，因鼻咽後上方即是顱底，若腫瘤往上往後生長則會引起顱底及蝶竇骨質的破壞，進而侵犯腦中樞十二對顱神經，造成失明、複視、上眼瞼下垂、臉部知覺麻痺、面神經麻痺，及半邊頭痛等症狀。十二對顱神經中以第三、四、五、六對最常被侵犯。如腫瘤往下長侵入口咽、扁桃腺則會有吞嚥困難及呼吸困難等症狀。上述所有症狀可能單獨呈現或多個症狀同時出現，少數患者頸部淋巴結已經腫的很大，反而沒有上述症狀。

二、病因：

基本上，發生鼻咽癌的原因是多方面的，目前較可能的致病因子包括基因遺傳，Epstein-Barr 病毒感染及環境等因素。臨床上我們常遇見父子、兄弟、姊妹一家數口同時或先後罹患鼻咽癌的情形，科學家也在部份鼻咽癌患者耳上發現一些特殊基因。

另一重要原因則是 Epstein-Barr 病毒感染；我們在鼻咽癌病人的體內可偵測到高含量的抗 Epstein-Barr 病毒的抗體，治療後抗體量會降低，而復發時，抗體含量又會升高。但 Epstein-Barr 病毒感染與鼻咽癌的因果關係仍無法完全定論。環境對產生鼻咽癌的影響更是眾說紛紜。

三、診斷：

- (一)病人與醫師必須有高度警覺性，一旦有鼻咽癌之常見症狀或屬於高危險群病人(如：有家庭及出生於兩廣、福建、臺灣)皆應仔細檢查鼻咽部。

中心診所醫療財團法人中心綜合醫院



106 台北市大安區忠孝東路 4 段 77 號

(02)2751-0221 <http://www.clinic.org.tw>

(二)一般使用硬氏鼻咽反射鏡伸入嘴內及可詳細觀察鼻咽，如病人嘔吐反射強烈或看不清楚時，則由鼻腔噴灑局部麻藥後，直接使用硬式或軟式鼻咽內視鏡，由鼻孔進入觀察。

(三)若已發現腫瘤或高度懷疑罹患鼻咽癌，則必須進行鼻咽切片，有時需重複切片來確立診斷，切片與否並不會減低腫瘤的治療率，同時接受血清學檢測，若抗 E-B 病毒抗體效價高，那罹患鼻咽癌機會就更高了。

(四)確定診斷後，就要做一系列的檢查，除一般血液檢驗與胸部 X 光外，尚包括鼻咽及頸部的電腦斷層掃描或核磁共振，骨骼掃描，腹部超音波檢查，聽力檢查及口腔檢查，主要目的在徹底清楚癌病的侵犯範圍，以作為治療的依據。

四、治療：

許多人有錯誤觀念，認為癌症是不治之症，其實許多癌症都可以治癒，鼻咽癌便是個最好的例子。大體而言，大約 50%的病人可以治癒。習慣上國際將癌症分成一至四期，越早期預後越好，頸部淋巴結轉移越大越多位置越低的或是出現顱神經異常的病人，治癒的機會相對越低，而鼻咽癌一般診斷確定時百分之七十以上都屬於第三四期。

由於鼻咽鄰近顱底和許多重要器官沒有足夠的安全範圍可供手術切除，且鼻咽癌細胞大多屬於未分化型，極易發生頸部淋巴結轉移和遠端轉移，因此手術不易清除乾淨，因而效果不好。且未分化型鼻咽癌細胞對放射線又特別敏感，所以目前最有效的治療方式是照射放射線，傳統的放射線照射方法，是每日照一次，每次劑量為 180~200cGy，治療範圍需涵蓋鼻咽，口咽，軟顎，顎扁桃腺，鼻竇乳突及整個顱底，如癌細胞侵犯顱內或顱神經功能障礙，則需包含更高更廣的範圍。同時也需照取兩側全頸及涵蓋上下鎖骨淋巴淋巴區，總治療劑量為 7000cGy，再加上 1~2 次鼻咽內接近治療，整個療程約費時 10 週。

近年來過內各大醫院有一新的療法，即可分次放射治療，每天早晚各照射一次，每次劑量約 110~120cGy，總共照射取 70 次左右，因照射總劑量增加，但副作用卻未增加，初步效果不錯。化學治療是目前常使用的輔助療法，效果如何尚未定論。但似乎對鼻咽癌的病人有某種程度的幫助。

此外，外科手術基本上也是屬於輔助性質，只有在經過放射治療後，鼻咽癌細胞局部復發或殘存而未有遠端轉移時，可施行鼻咽切除術，或是鼻咽部之癌細胞已

中心診所醫療財團法人中心綜合醫院



106 台北市大安區忠孝東路 4 段 77 號

(02)2751-0221 <http://www.clinic.org.tw>

消失，未有遠端轉移淋巴結仍未消失時，便以頸廓清術將之切除。

五、放射治療後的不適與照護：

進行放射治療約二星期左右，口腔粘膜就會發紅、灼痛、吞嚥困難，這些症狀會隨著放射線治療的產生進行兒逐漸加重演變成廣泛性口腔潰瘍，這時少吃溫熱或刺激性食物，輔以使用口服止痛藥及局部麻醉藥以減少痛苦，增加食慾。照射時唾液腺受到放射線傷害，唾液分泌量會大減，不只是造成口乾，唾液黏稠，更不利於食物吞嚥，也助長食物殘渣的堆積，口腔清潔更不易維持，而引起齒齦，因此治療前需會診牙醫診察，拔除壞牙，洗牙及塗氟保護牙齒。治療中及治療後更要隨時補充水份，保持口腔濕潤，進食後必定刷牙，刷牙時使用牙線及軟毛牙刷，多做牙齦按摩，保持良好口腔衛生。

治療部位的皮膚大約於第三四週後開始有紅腫熱痛等反應，並逐漸變黑，表皮有乾性脫屑現象，這時應避免使用肥皂，勿亂塗油膏，化妝品，以免增加皮膚傷害，若皮膚發癢千萬不可用指甲抓，以免皮膚破損細菌感染，也應儘量避免烈日曝曬，穿著寬鬆舒適衣服，避免粗糙衣物磨擦壓迫治療部位，若有傷口未癒，或嚴重皮膚反應，需經醫師給予處方治療，勿亂用成藥以免加重病況。

治療中少出入公共場所，且避免接觸上呼吸道病人，減少感染機會，若天冷時戴口罩，避免冷空氣直接刺激鼻粘膜引起頭痛、鼻塞等不適。鼻分泌物太多或鼻塞時，定期使用鼻沖洗器清潔鼻腔，若有耳鳴、耳朵積水，聽力減退，則請耳鼻喉科醫師處理，減少外耳炎，鼻腔粘黏及鼻竇炎的機會，當聲帶沙啞時，宜少說話多喝水多做蒸氣治療，甚至服用消腫祛痰劑，以加速消腫及排出痰液。

放射治療後，因翼狀肌及顳頷關節受大劑量放射線照射後產生纖維化，會有牙關緊閉現象，因此要多練習張口運動，每日多回，每回多次(約 50~60 次)，且持續至治療後半年，至於頭頸部淋巴水腫，一般而言約，持續 1~2 個月後，會自行消失，頭頸部纖維化，只能鼓勵病人每日多回，每回多次進行頸部柔軟運動，持續到治療後 6 個月。

六、追蹤：

治療後需定期返回耳鼻喉科或放射腫瘤科門診，接受門診複診，通常前月檢查一次，五年以後，每半年追蹤檢查一次，以便復發時，也能早期發現、治療。

參考資料：台灣癌症基金會

<https://www.canceraway.org.tw/>