

讓頭頸部腫瘤無所遁形-窄頻照妖內視鏡

國泰綜合醫院 耳鼻喉科

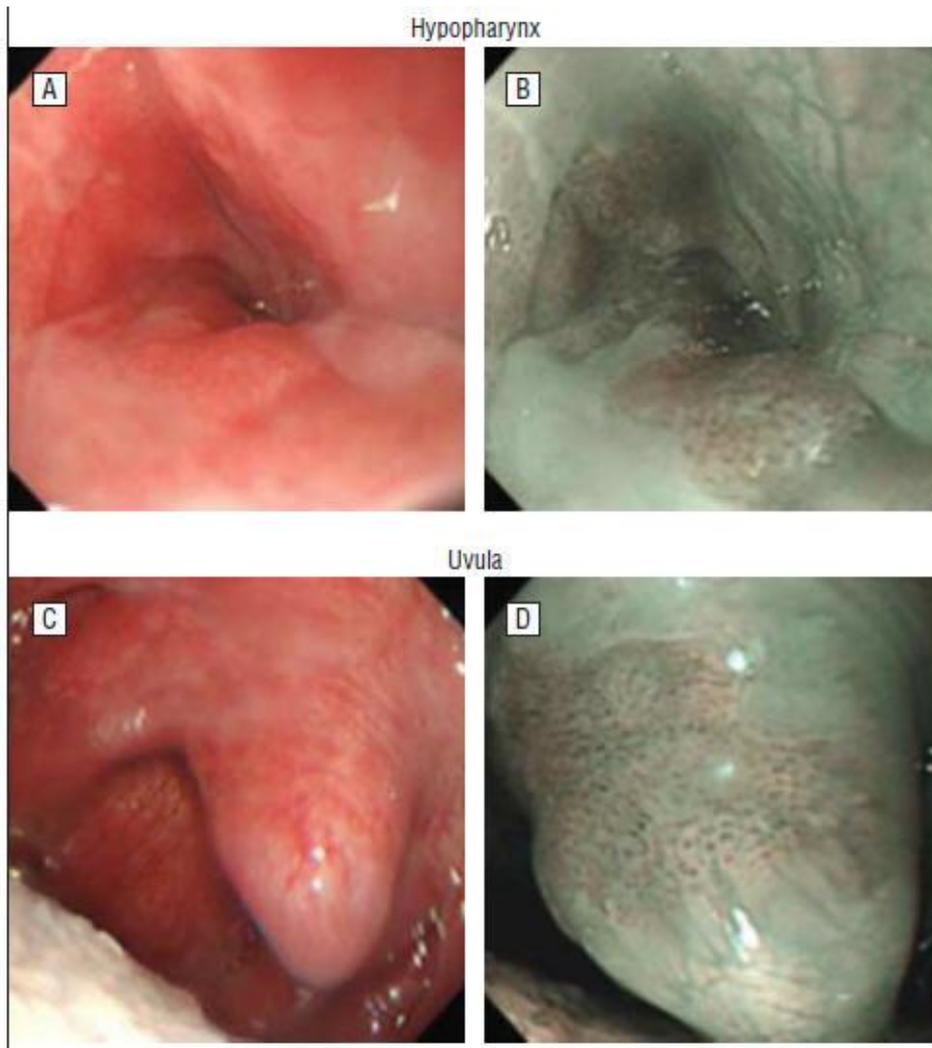
國民健康局民國97年癌症登記報告顯示男性10大癌症發生率中，罹患頭頸部癌症（包括口腔口咽及下咽癌5349人、食道癌1849人、鼻咽癌1162人，總共8360人）新發個案總人數遠超過排名第一的肝及肝內膽管癌（7401人）。其中口腔癌及食道癌發生率仍持續攀升，最令人惋惜的是發現時常常都已經是癌症末期，不但已經無法用手術完全切除，連存活率都大為降低。

一般我們在門診常見到用來檢查腫瘤的內視鏡是使用氫氣做為光源，然而腫瘤在早期時，不但體積小而且呈現扁平形狀，甚至顏色與周圍正常組織一模一樣。以平常肉眼或者是傳統內視鏡根本無法偵測得到早期癌病灶。窄頻影像（我們簡稱叫做NBI）內視鏡就是因應這個需求而生。NBI窄頻影像技術即是利用濾片使光線波長窄化，可以使表層黏膜微血管及表面黏膜形態構造更明顯的表現出來，藉以早期找到黏膜表層最早期癌病變，那麼即使是初期的腫瘤，NBI窄頻影像技術也會如同照妖鏡般讓癌症無所遁形！

我們從2007年開始使用NBI內視鏡檢查頭頸癌。在初期追蹤206位過去曾經有頭頸癌治療病史病患中，其中39位病人共又發現62處新的癌症病灶，其中有13處需以窄頻影像才能發現到，也就是說復發的癌症病灶中有21%是無法以現有的診斷工具發現。最近6年來已經累積了一萬人次的篩檢經驗，其中在鼻咽癌的早期診斷獲致重大成果，成功建立了NBI應用於初次診斷及復發早期鼻咽癌的新標準。同時我們發現以過去頭頸癌的診斷標準根本不適用於早期鼻咽癌，若是給沒有經驗的醫師檢查及判讀下，不但與一般傳統內視鏡診斷率幾乎相同，甚至有非常高的偽陽性率發生（即一般發炎性病變誤認為是復發鼻咽癌），造成病人無謂恐慌及困擾。最重要的發現是NBI內視鏡在頭頸黏膜癌的早期診斷率，在癌前病變的分化不良階段就可以偵測到病變，此時甚至連最新的正子斷層攝影都檢測不出來。

因此，現行推廣的口腔黏膜篩檢，事實上並無法涵蓋高危險族群所有可能發生頭頸部癌症的位置，而我們利用NBI對早期癌病變診斷的特點發展出頭頸部高階內視鏡篩檢模式（Endoscopic multi-level screening protocol，簡稱EMLS），從口腔、鼻咽、口咽、下咽、喉及食道不同層次做全方位檢查，以達早期發現、早期治療的最佳效果。

最後，我們呼籲高危險族群，也就是曾經有頭頸癌病史、家族中有人罹患鼻咽癌、血清中對抗EB病毒的抗體較高者、長期嚼檳榔、吸菸、喝酒、不良口腔衛生、口腔癌的癌前病變（如口腔白斑症、紅斑症、黏膜下纖維化、疣狀增生）等，罹患頭頸癌的風險都比較高。建議每3到6個月接受窄頻內視鏡全方位檢查，將可提高罹癌者的治癒率及存活率。



傳統內視鏡使用氙氣做為光源，以肉眼可以見到有如白色日光光源的影像（圖A及圖C），但腫瘤在初期時，不易發現腫瘤。窄頻影像技術是利用濾片使光線波長窄化，可突顯表面黏膜形態構造（圖B及圖D）的原理，能夠清楚地觀察病灶表面的紋路、微細血管排列與粗細之變化，即使是初期的腫瘤，也會無所遁形。（本圖摘錄自作者發表於Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010;136:234-239）