



窄頻電子照妖鏡讓腫瘤無所遁形

嘉義長庚成立窄頻內視鏡早期癌篩檢中心

◎嘉義長庚耳鼻喉科主任 王文弘

筆者日前在一場癌症個案聯合討論會中指出：「一位 52 歲男性長期抽菸嚼檳榔數十年，曾罹患第三期鼻咽癌接受完整治癒，但在 6 年後的一次門診追蹤卻再度發現 0.5 公分第一期上皮細胞癌……」。不禁讓在場醫界同仁懷疑，為什麼在完全治癒後的 6 年，癌細胞又再度復發？以及是用何種儀器檢驗發現癌細胞？

傳統內視鏡使用氙氣（Xenon）做為光源，在肉眼上，可以見到有如白色日光光源的影像。但腫瘤在初期時，不但小且扁平，甚至顏色與周圍正常組織一模一樣。因此，各種先進的診斷工具因應而生，希望能夠早期偵測到癌病灶，讓病灶容易被看見，且看得更清楚。窄頻影像（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，可突顯表層黏膜微血管及表面黏膜形態構造的原理，藉以早期辨識黏膜表層最早期癌病變，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，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！

嘉義長庚耳鼻喉科在 2007 年引進

NBI 內視鏡檢查頭頸癌。在耳鼻喉科跨科團隊初期篩檢 206 位高危險族群（有頭頸癌病史）中，其中 39 位病人共發現 62 處癌症病灶，而其中 13 處（21%）以窄頻影像才能發現到。NBI 對初次診斷鼻咽癌的敏感度較傳統影像多達 32%，對復發鼻咽癌的敏感度更多達 50%。這 5 年來嘉義長庚跨科團隊累積將近一萬人次的篩檢經驗，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，若在沒有多次經驗的醫師判讀，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。跨科團隊也發現 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（mPET-CT）都檢測不出來，目前有高達 7 篇的研究成果已經發表在國際權威期刊，並引起國際間的高度重視。

嘉義長庚院長蔡煒煌表示：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（

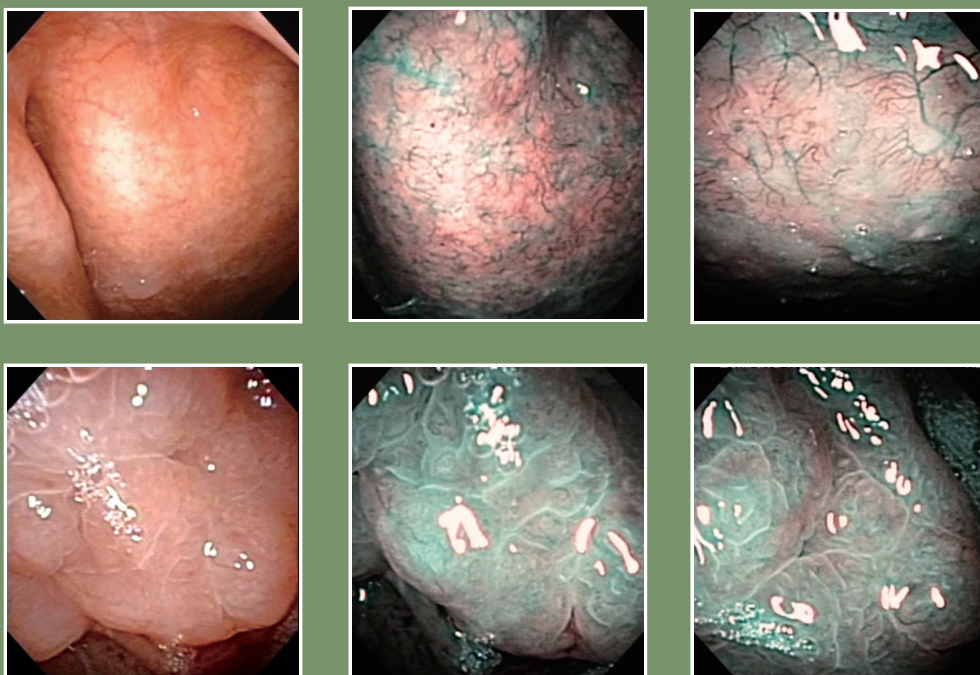


包括口腔口咽及下咽癌 5349 人、食道癌 1849 人、鼻咽癌 1162 人，總共 8360 人）新發個案總人數遠超過排名第一的肝及肝內膽管癌（7401 人）。其中口腔癌及食道癌發生率仍持續攀升，然而現行的口腔黏膜篩檢，並無法涵蓋高危險族群所有可能發生頭頸部癌症的位置。因此，嘉義長庚成立窄頻內視鏡早期癌篩檢中心，利用 NBI 對早期癌病變診斷的特點發展出頭頸部高階內視鏡篩檢模式（Endoscopic multi-level screening protocol，簡稱 EMLS），從口腔、鼻咽、口咽、下咽、喉及食道不同層次做全方位檢查。

此外，嘉義長庚在今年 3 月 25 日，舉辦一場新世紀窄頻光內視鏡國際學術

研討會，特邀 3 位日本專精 NBI 內視鏡的教授、香港及台灣醫學中心教授專家一同進行授課及討論，針對內視鏡篩檢早期頭頸癌入門者的教育演講，也是窄頻內視鏡篩檢訓練班。

最後，嘉義長庚癌症中心醫療團隊呼籲只要有頭頸癌病史、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檢查，以達早期發現、早期治療的最佳效果。☞



傳統內視鏡使用氬氣做為光源，以肉眼可以見到有如白色日光光源的影像（左上、下），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，可突顯表層黏膜微血管（上中、右）及表面黏膜形態構造（下中、右）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。

