香港陳炳忠教授對鼻咽癌中醫證治的論析

The Chinese medicine treatment of nasopharyngeal carcinoma - The discourse of Professor *Bing-Zhong CHEN*

劉碧鳳 *LIU Bifeng*

（香港註冊中醫學會學術委員會）

陳炳忠博士是近10多年來，活躍在澳洲、香港兩地的著名中醫治癌專家，具備精深的中醫醫理，探研現代醫學的精萃，博覽中外醫學科學家對中醫的草本藥抗癌實驗研究與臨床研究，先後在澳洲及香港治療大量癌症病人，頗見療效，深受業界重視。陳教授六十年代畢業於中國貴陽中醫學院醫療系本科，因成績優秀，後擔任母校中醫內科教研室副主任，從事臨床、教學、科研等工作。陳教授勤奮求學、善於探研，本科畢業後，先後在貴陽醫學院獲得醫學碩士學位（1981年）、澳洲墨爾本大學醫學院獲得醫學博士學位（1993年），並在墨爾本大學醫學院從事臨床醫生工作，也是墨爾本皇家理工大學中醫部創始主任。後受聘於香港大學中醫藥學院從事教學與醫療工作，於2008年因年老退休，繼續在香港中環診所治療癌症患者，療效顯著，許多經西醫治療無效的晚期癌症患者，經陳教授診治後，大有轉機，充份顯示中醫治癌的優勢，達到癌瘤消退或帶瘤生存的卓效。我們受香港註冊中醫學會學術委員會委託，整理陳教授治療鼻咽癌的臨床經驗，特分述如下。

鼻咽癌（nasopharyngeal carcinoma，NPC）是鼻咽部上皮組織的惡性腫瘤，根據香港防癌會的最新資料，鼻咽癌在香港的發病率為10萬分之25，較世界其它地區高25倍，居第7位。陳炳忠教授40多年治癌經驗中，其中12年在香港所見的247例頭頸部癌病中，鼻咽癌有151例，是最常見的頭頸部癌病。

1　鼻咽癌的流行病學論析

鼻咽癌流行病學的特徵有明顯的地區性，本病罕見於歐洲、美洲、拉丁美洲。我國是較高的發病地區，以廣東、廣西。為高發區，沿海地區以及湖南、福建、台灣等地也屬多發。陳教授指出，鼻咽癌病人有種族及家族聚集現象，廣東人移居到北方，或英美、澳洲，仍保持着較高的鼻咽癌發病率，由北方移居華南地區的外地人，經歷四、五代之後，其鼻咽癌發病率仍較華南人為低。這提示鼻咽癌可能有遺傳性因素參與。有研究指出，華南地區患者眾多的原因，可能涉及區內原居民體內的第四號染色體有異常[1.2]。

鼻咽癌流行病學另一特徵是民族傳統生活習性與特殊人群的易感性，廣東與香港水上居民，發病率與死亡率遠高於任何一個省市。曾有研究認為這些居民長期進食鹹魚，因鹹魚肉中含有亞硝化合物，故易癌變。陳炳忠教授指出，此說法尚有爭議，近年亦較少人提及。現代華南人士已少吃鹹魚，鼻咽癌發病率仍然較高。在廣東調查發現，與低發區比較，鼻咽癌高發區的大米和水中的微量元素鎳含量較高，在鼻咽癌患者頭髮中鎳的含量亦較高。動物實驗顯示鎳能促進亞硝胺誘發鼻咽癌。

鼻咽癌流行病學又一特徵是家族聚集性，許多患者都有家族癌病史，並可涉及三代，且比其他癌腫所見為高。

鼻咽癌有三個不同的組織學類型，大多數鼻咽癌是非角化性鱗狀細胞癌和未分化癌，角化性鱗狀細胞癌少見。研究發現，頭頸部鱗狀細胞癌（HNSCC）發病原理主要與抑癌基因P53、P16和P19有關。位於17p13的P53編碼的蛋白P53抑制週期素依賴性蛋白激酶，使細胞停滯於G_1期。P16和P19也都下調細胞週期。研究發現HNSCC患者常有P53突變、P16和P19失活。

鼻咽癌中，非角化性鱗狀細胞癌和未分化癌95%有潛藏的Epstein-Barr 病毒（EBV）感染。較少見的鼻咽癌角化性鱗狀細胞癌則被認為與吸煙關係大。EB病毒如何引致鼻咽癌，具體機理尚不完全清楚。已知EB病毒轉錄產生的一些微核糖核酸（miRNAs）編碼多種蛋白分子，其中，潛伏膜蛋白LMP1（latent membrane protein）

香港註冊中醫學會 版權所有 COPYRIGHT ALL RIGHTS RESERVED

可以啟動NFkB，JNK，JAK/STAT，p38/MAP和Ras/MAPK通路，改變細胞基因表達，被認為是EB病毒導致鼻咽癌和淋巴瘤的關鍵因素。

基因異常並非唯一發病因素，有家族病史者亦非必然會發病，關鍵是控制誘發因素如過度抽煙喝酒、污染空氣影響、長期疲勞、飲食不健康等。

腫瘤細胞發生上述基因變化後，理論上會作為異體物質被機體免疫系統偵察和清除。但是，很多腫瘤細胞減少I類人白細胞抗原（HLA-I）的表達而逃避免疫系統的偵察和清除。腫瘤細胞微環境變化也使得T細胞難以勝任對腫瘤細胞的殺傷。

2 鼻咽癌的早期診斷與病情監測的論析

鼻咽癌的病因迄今尚無定論，惡性程度較高，早期診斷不易，故應提高對此病的警惕性[3]。陳教授指出，鼻咽癌男多於女。發病年齡大多為中年人。早期可有吸鼻後痰中帶血或鼻涕中帶血。帶血量不多，一般僅為痰中或涕中有少量血絲，時有時無。晚期出血較多，可有鼻衄。

陳教授再指出，鼻咽癌患者常見頭痛，可為首發症狀或唯一症狀。早期頭痛部位不固定，間歇性。晚期則為持續性偏頭痛，部位固定。可能是神經血管反射引起，或是對三叉神經第一支末梢神經的刺激所致。鼻咽癌若侵犯外展神經，可引起複視。腫瘤侵入海綿竇常引起三叉神經受損，常引起耳廓前部、顳部、面頰部、下唇和頦部皮膚麻木或感覺異常。

陳教授又指出，單側性耳鳴或聽力減退、耳內閉塞感也是早期鼻咽癌症狀之一。鼻咽癌壓迫咽鼓管可發生單側性耳鳴或聽力下降，還可發生中耳炎。若鼻咽癌堵塞後鼻孔可出現鼻塞，多為單側性鼻塞。若腫瘤堵塞雙側後鼻孔可出現雙側性鼻塞。腫瘤較小時，鼻塞較輕，隨着腫瘤長大，鼻塞加重。

陳博士認為，鼻咽癌容易發生單側或雙側性頸部淋巴結轉移，此也常為鼻咽癌的首發症狀。有少數病人頸部淋巴結轉移是唯一的臨床表現，患者作鼻咽部檢查並不能發現原發病灶，這可能與鼻咽癌原發灶很小，並向粘膜下層組織內擴展有關。若鼻咽癌直接侵犯或淋巴結轉移至莖突後區或舌下神經管。使舌下神經受侵，引起伸舌偏向病側，伴有病側舌肌萎縮。

鼻咽癌患者可能出現眼瞼下垂、眼球固定、視力減退或消失。陳博士認為瞼下垂、眼球固定常與動眼神經損害有關；視力減退或消失與視神經損害或眶錐侵犯有關。若鼻咽癌侵入蝶竇和腦垂體可能引致停經。

陳炳忠教授強調，病史詢問和體檢發現上述鼻咽癌的臨床表現，例如吸鼻後痰中帶血或鼻涕中帶血、頸部淋巴節腫大等可為診斷提供線索。懷疑有鼻咽癌則應進一步作鼻咽內視鏡檢查與活檢。發現鼻咽黏膜呈不規則突出且有碰觸出血時，應高度懷疑鼻咽癌。鼻咽癌的外觀可分為結節型、菜花型、潰瘍型和浸潤型。組織活檢通常可確定診斷。但是，黏膜下浸潤型即使內視鏡檢也難察見，此時CT及MRI就是很有用的的輔助診斷工具，不僅對於發現鼻咽癌很有診斷價值，而且可以幫助確定病變分佈擴散情況。CT對骨質解析度較佳，MRI則對軟組織解析度為優，兩者皆須注射顯影劑以利判讀診斷。

陳博士指出，鼻咽癌的分期目前是採用美國癌病聯合委員會（American Joint Committee on Cancer）2011年第七次修訂發布的TNM分期法。

LMP-1表達強度與有無遠處轉移密切相關。因此認為LMP-1和VEGF可作為詁價NK-NPC預後的指標之一[4,5]。EBV的DNA定量檢測也被認為對監測病情和治療反應有參考價值。用適時多聚酶鏈反應法（real-time PCR）測EBV DNA<60 copies/ml為陰性，60~1×10³為弱陽性，大於1×10³為陽性。

陳炳忠教授認為，NPC病情監測，不能只看EBV DNA或者LMP-1。鼻咽癌治療的療效評價和病情監測應當是綜合性的，包括醫學影像學、血液化驗、體重、精神和體力、食欲、症狀等。首要的療效評價指標應當是生存期和生存質素，這也是癌病治療的追求目標[6~9]。

3 鼻咽癌的中醫治療

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKCOM All Rights Reserved

陳炳忠教授治療癌症頗有特色，他在鼻咽癌的中醫治療中，仍然遵循抗癌、調補身體，提升免疫力和對症治療這三個原則。他指出適用於鼻咽癌的抗癌藥有土茯苓，蚤休，白花蛇舌草，半枝蓮，石見穿，野菊花，青蒿，絞股藍，黃芩，知母，丹參，桃仁，紫草，沒藥，浙貝母，苦杏仁，牡蠣，蜂房，蒼耳，蜈蚣，蟾蜍。以上抗癌中藥宜數味聯用，並且每1~2個月進行更換。由於解剖位置上的困難，鼻咽癌很少手術治療。放療是西醫治療鼻咽癌的主要手段。其副作用有放療區域的灼痛，甚至潰爛，劇烈咽痛，吞咽困難，噁心嘔吐，全身乏力，甚至聽力和視力也可能受損。陳博士進一步指出，鼻咽癌放療最突出的副作用是傷害唾液腺，從而導致永久性口乾、鼻燥，並易引起牙齒損傷。鼻咽癌放療還可能損傷腦垂體和甲狀腺。頸動脈狹窄可能在鼻咽癌放療後數年發生。中醫治療可以減輕這些副作用和縮短治療時間。陳教授認為，放療引起的皮膚組織灼痛，甚至潰爛，劇烈咽痛等，這些毒副作用是放射性炎症的表現。在中醫看來，屬於熱毒壅盛，陰津虧損者，陳炳忠博士常用玄麥甘桔湯合玉女煎加減，可加板藍根，連翹，野菊花，百合，丹參，土茯苓，蚤休，白花蛇舌草等。

鼻咽癌放療最突出的副作用是傷害唾液腺，而導致永久性口乾鼻燥，陳教授觀察表明，口乾也可能緩慢地逐漸改善。放療後的疲勞、口乾屬於氣陰兩虛，應予養陰生津，益氣活血，清熱解毒。養陰生津可選用生地，玄參，百合，玉竹，沙參，花粉，麥冬，石斛等；益氣活血可選用人參，西洋參，太子參，黃芪，生白術，淮山藥等；清熱解毒可選用知母，絞股藍，土茯苓，蚤休，白花蛇舌草，半枝蓮，石見穿，野菊花等。另可用仙靈脾一味溫煦腎陽，意在陽中求陰，陽生陰長。

鼻咽癌患者早期吸鼻後痰中帶血或鼻涕中帶血，是癌瘤生長對組織的侵蝕，使癌瘤區域組織血管破壞或者脆弱所致，有些病人放療後仍有鼻涕中帶血甚至鼻衄，陳博士認為，這是由於放射性治療，使局部組織血管受損和脆弱所致，此時，在上述治療中，可加入仙鶴草，三七，白茅根等。

陳炳忠教授再指出，不少鼻咽癌患者放療後訴說鼻咽部長時期多膿性分泌物倒流，可選用魚腥草，野菊花，蒲公英，黃芩，虎杖等，並用黃芪益氣，托膿外出。還可加木棉花，浙貝母，海浮石，辛夷等化痰通竅。

4　鼻咽癌病案舉例

鼻咽癌治療一般是以放射治療為主，配合化療、免疫治療、中藥治療的綜合方法。晚期者則以化學治療為主，配合免疫治療、中藥治療和其它支持療法。近年來屢見單用中醫辨證治療成功的病例[3]，陳炳忠博士治療鼻咽癌頗有經驗，療效頗佳，特舉數例分享之。

病例一（病案0000085），男，45歲。2000年2月發現鼻咽癌，患者不清楚分期，但接受放療約40次並作化療，並於同年6月29日開始中醫治療。初診時十分疲勞、口乾、咽部不適等，舌紅乏苔有裂紋，脈細。予石斛，百合，玉竹，沙參，花粉，麥冬，玄參，女貞子，丹參，白芍，當歸，黃芪，淮山藥等養陰生津，補益氣血；敗醬草，白花蛇舌草，仙鶴草清熱解毒抗癌。此後按益氣養陰，清熱解毒和對症治療原則加減。患者疲勞等症狀迅速改善，口乾則緩慢減輕，追訪15年無復發，生活質素較好。

病例二（病案0000737），男，38歲。2004年2月因痰中反覆帶血月餘就診，發現右耳後和左頸部淋巴結腫大，經鼻咽鏡檢查和活檢診斷為鼻咽癌III期（T2N2b）。放療39次，化療4次，於7月14日開始中醫治療。初診方有蚤休，土茯苓，仙鶴草，白花蛇舌草，莪術，丹參，生地，麥冬，沙參，花粉，阿膠，當歸，黃芪，人參，生白術，酸棗仁，山梔。此後按抗癌、調補、對症治療三原則加減變換藥物。至今11年多無復發，生活質素良好。

我們有大批中西醫合作治療的鼻咽癌病人多年未復發，生活質素較好。以上2例僅是舉例而已。說明中西醫合作治療並無衝突，而且對於改善病人生活質素有益。

病例三（病案0002353），男，51歲。1999年9月因出現早晨咯出鼻咽部分泌物時常有少許血而就診，發現鼻咽未分化癌。放療30餘次。2001年1月原位復發，再次放療。2006年9月第三次復發治療，2007年5月PET顯示左肺擴散（圖1），2009年5月PET顯示右肺也出現擴散。2009年7月17日開始來診服中藥逾5年，無咳嗽氣促，食欲精神良好，體重增加，如常工作。後失去聯絡。

香港醫學會 版權所有 Copyright HKCMP All Rights Reserved

病例四（病案0001165），女，65歲。2002年8月出現耳鳴就診於耳鼻喉科，次月出現右頸部腫塊，經MRI等檢查診斷為III期鼻咽癌，放療39次，化療6個療程，2004年5月發現骨轉移，再次放化療，其後發現多處骨轉移及淋巴結轉移（圖2），血中EBV- DNA達4萬多，於2007年7月14日開始中醫治療5年多，體重穩定，食慾、睡眠、精神、行走等生活質素一如常人。2015年6月電話追訪仍然存活，從發現鼻咽癌多發性骨擴散算起已經存活逾11年。其初診方有石見穿，土茯苓，仙鶴草，白花蛇舌草，連翹，莪術，製鱉甲，生地，百合，石斛，沙參，枸杞，丹參，西洋參，生白術，茯苓，元胡，酸棗仁。此後按抗癌、調補、對症治療三原則加減變換藥物。

此例鼻咽癌病人來診時有多處骨轉移，已屬於第四期，中醫治療5年多，至今已存活逾11年，中醫治療應是有相當幫助的。在我們40多年的醫療實踐中，這樣的例子非常多，提示中西醫合作進行前瞻性的大樣本雙盲法對照研究是非常值得的。

參考文獻

[1] Bing-Jian Feng BJ, Huang W, et al., Genome-wide scan for familial nasopharyngeal carcinoma reveals evidence of linkage to chromosome 4. Nature Genetics 2002; 31:395 – 399.

[2] 郭秀嬋, Winkler SJOC, Scott K等. 4號染色體短臂微衛星多態性與鼻咽癌相關性的研究. 遺傳2006, 28(7):783-790.

[3] 李恩. 中國中西醫結合臨床全書, 北京：中醫古籍出版社, 2006：2297-2299.

[4] Fahracus S，Rvmo L，Rhem JS， et al. Morphological transformation of human keratinocytes expressing the LMP gene of Epstein-Barr virus[J]. Nature，1990，345(6274)：447-449.

[5] Pfeffer, S; Zavolan M, Grasser FA, et al. Identification of Virus-Encoded MicroRNAs. Science, 2004, 304 (5671): 734–736.

[6] 陳炳忠, 田應芳. 中醫治療癌症的體會. 中醫雜誌, 2006, 6(47):191~192.

[7] 陳炳忠, 田應芳. 中醫治療癌症的六點體會——附八例報告. 香港中醫雜誌, 2007, 2(4):38~42.

[8] 陳炳忠. 中醫治療香港癌症患者1192例的體會. 世界中醫藥, 2008，3：51~52.

[9] 陳炳忠, 田應芳. 惡性腫瘤的診斷和中醫治療. 香港: 萬里機構, 萬里書店, 2012.：？

（編委：陳炳忠審校2015.07.02）

圖1. 鼻咽癌放療後復發並肺擴散（病案0002353），中醫治療已近4年

圖2. MRI和PET顯示鼻咽癌放療後骨和淋巴結擴散（病案0001165），其後中醫治療已逾5年

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved