

口腔癌之治療共識



國家衛生研究院

National Health Research Institutes (NHRI)

癌症研究組

Division of Cancer Research

臺灣癌症臨床研究合作組織

Taiwan Cooperative Oncology Group (TCOG)

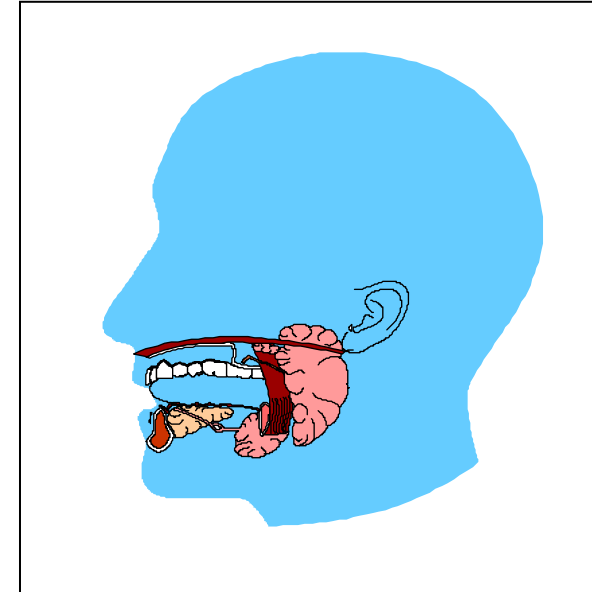
臺北市南港區研究院路二段 128 號

No. 128, Yen-Chiu-Yuan Road, Sec. 2,

NanKang, Taipei 11529, Taiwan, R.O.C.

TEL : (02) 2653-4401 FAX : (02) 2782-3755

國家衛生研究院網址 : <http://www.nhri.org.tw>



國家衛生研究院

癌症研究組

臺灣癌症臨床研究合作組織 印行

中華民國八十七年二月出版 二刷



本共識手冊內所提之各種診治意見，為原則性之建議，希望能為癌症患者及其家屬提供一個正確的指引。由於醫藥科技持續在進步，每位患者的病情亦不盡相同，醫師應就病人之病情做個別的考量，病人和家屬亦應與醫師溝通討論，以決定最適當之診治方式。



癌症治療共識建立之源由

目 錄

自 1982 年起，癌症已成為國內十大死因排名的第一位，每年罹患癌症人數已突破三萬人，可說是國人健康的最大威脅。但是癌症之治療，在各醫學中心間或同一醫學中心內不同醫師間，有時也會有不同的作法，如此常對患者或家屬帶來困擾，甚至影響癌症治療之進行。

有鑑於此，國家衛生研究院癌症研究組『臺灣癌症臨床研究合作組織』，集合臺灣 20 多家重要醫學中心及區域醫院，並網羅癌症相關領域專家，依據臺灣目前重要癌症成立不同的疾病委員會，經由不斷的開會、討論及溝通，並藉助國外及國內專家的經驗累積，對癌症診斷、手術方式、分期標準、放射與化學治療的適用性等，凝聚出治療共識。這些共識可為患者及其家屬提供一個正確的指引，並規範醫生治療的方向，不啻是醫界摒棄成見、尋求共識、走向合作的開始。我們不希望臺灣癌症病人在罹患癌症後，盲目信從非正統、不正確的治療方式；有了正確的治療共識，即可讓病患及其家屬有所遵循。

集合醫學界基礎及臨床方面專家的力量，來提昇臺灣本土臨床醫學的水準，是國家衛生研究院一向努力的目標，此次發佈癌症醫療標準的治療共識，對國內之臨床治療，可說影響深遠。我們將秉持此一精神，次第將臺灣常見之癌症，訂定出治療共識。此外，所有的共識皆會刊載於國家衛生研究院之網頁 (<http://www.nhri.org.tw>) 上，單行本亦會出刊，提供民眾索取。

藉此，我要對所有參與草擬共識的醫師及專家學者們表達由衷的謝意。他們在百忙之中南北奔波，只求對臺灣癌症尋求最佳的治療共識，其參與之熱忱和苦幹的精神，實在令人敬佩。

國家衛生研究院 院長
吳成文

一、簡介	1
二、何謂口腔癌？	2
三、口腔癌的診斷	3
四、口腔癌的臨床分期	4
五、口腔癌的治療	6
六、口腔癌的追蹤與檢查	9
七、口腔癌的預防	10
八、結語	11
頭頸癌研究委員會名單	12
參與討論之專家學者名單	14

口腔癌之治療共識

一、簡介

根據行政院衛生署的統計，口腔癌的發生率和死亡率有逐年增加的趨勢。民國八十三年癌症登記報告顯示，口腔癌的粗發生率為每十萬人7.30，比鼻咽癌高，佔男性十大癌症發生率的第五位。死亡人數於八十五年度更高達1042人，其中男性941名，已超過鼻咽癌的死亡總人數881人。隨著檳榔的消耗量越來越多，估計每年新的口腔癌病患有一千五百人以上。口腔易於直接診視，口腔癌是可以早期診斷的，只要早期（第一、二期）接受正規適當的治療，3年的存活率可達72%，5年的存活率可有60%，若是晚期（第三、四期），則存活率將分別降為61%及30%。晚期口腔癌的復發大都發生在3年內，其中有80%出現於局部或頸部，20%發生遠隔轉移。

二、何謂口腔癌？

根據1988年美國癌症聯合委員會 (AJCC)，國際抗癌聯合會 (UICC) 的分類，口腔包括唇、頰黏膜、下齒齦、上齒齦、齦齒後三齦區、口腔齦、齦腭、齦前三分之二。口腔癌絕大部分是由黏膜上皮細胞惡化所形成的腫瘤，少部分是由小唾液腺體惡化所形成的腺癌。臺灣地區之口腔癌以頰黏膜癌和齦癌佔大多數。其發生和嚼檳榔、抽煙、喝酒息息相關，可由口腔白斑或紅斑惡化成口腔癌，也可在口腔內的不同位置，出現多處癌瘤。癌症是一種多重因素的基因疾病，其中環境因素（外來的致癌物質）在口腔癌扮演非常重要的齦色，因此吾人更需要進行口腔癌的預防。

三、口腔癌的診斷

正常口腔黏膜是粉紅色或紅色柔軟組織，如果變厚、變成突起不透明白色的斑塊，便是口腔白斑；如果有變薄或略為潰爛的紅色斑塊，便是紅斑，兩者可能是癌前病變，可惡化成口腔癌。口腔癌的臨床表徵是難癒合的潰瘍或突出的潰爛齦塊，常伴有轉移的頸部淋巴腫塊。早期常不覺疼痛，偶而出現帶血的唾液，因此不痛的潰瘍或突出齦塊才可怕，常常有人因不痛而忽略早期癌症的存在，錯失早期診斷、正確治療的良機。因此只要發現帶有血液的唾液或痰，張開嘴巴看到兩星期以上不易癒合的潰瘍或不明腫塊，便要尋求耳鼻喉科、頭頸外科、口腔顎面外科或整型外科醫師的幫忙診察。最重要的診斷方法便是病理組織切片檢查。切片檢查可以區分良性或惡性病變。不同的診斷，其治療方式大不相同。組織切片檢查不會造成癌症的擴散或惡化。如果因拒絕切片，而無法得到正確的診斷，一個良性的病變可能被當成惡性腫瘤，使病人接受了不必要的手術或放射治療；而一個惡性病變可能因延誤診斷，使病人變成必須接受更大範圍、更具傷害性的治療，甚至失去治癒的機會。因此，病人應充分與醫師配合，才能達到早期診斷、正確治療，從而提高治癒的機會。

四、口腔癌的臨床分期

口腔癌的臨床分期除了靠視診、觸診外，有時需要藉助電腦斷層或核磁共振檢查才得以完整。口腔癌分期的主要目的在確立治療方式的選擇，評估預後及比較不同治療方式的結果。目前口腔癌的分期是依據原發腫瘤大小 (T)、頸部淋巴結轉移與否 (N)、是否有遠隔轉移 (M) 的TNM系統 (UICC, AJCC 1988分期) 來決定。

A. 零 期：

即原位癌腫瘤細胞局限在口腔黏膜上皮內。

B. 第一期：

腫瘤的最長徑小於或等於2公分，且無頸部淋巴結 (或遠隔) 轉移。

C. 第二期：

腫瘤的最長徑大於2公分但不大於4公分，且無頸部淋巴結 (或遠隔) 轉移。

D. 第三期：

腫瘤的最長徑大於4公分或已轉移到同側頸部一個淋巴結，此淋巴結之最長徑不超過3公分。

E. 第四期：

有以下任何一種情形包括：

- (1) 腫瘤侵犯鄰近的組織 (如：穿過骨外層，深入深層肌肉、上頷竇、皮膚)。
- (2) 頸部淋巴結轉移的數目超過一個 (不論是在原發病灶的同側、對側或兩側都有)、或是淋巴結的最大徑已超過3公分。
- (3) 已發生遠隔轉移。

五、口腔癌的治療

1. 外科治療：

手術切除是治療口腔癌最重要的步驟，依期數的不同而有不同程度的切除：

A. 原位癌：

只做病變處切除。

B. 第一期：

只做病變處切除，視病情需要，加做頸部淋巴結切除。

C. 第二期：

病變處及上頸部淋巴結切除。

D. 第三期：

廣泛病變處切除及頸部廓清術。

E. 第四期：

大範圍切除病變處及頸部廓清術，可能包括臉部皮膚，或部分上、下顎骨。

2. 放射治療：

A. 放射治療適應症

除了少數例外，放射治療可用於不同大小的口腔癌，

對於小的局限性腫瘤，手術切除及放射治療都是一有效的療法，但需要考慮到病人的年齡，對於手術或放射治療的意願及容忍性。對於第三及第四期的病人，則視情形可能需要合併手術及放射治療。手術後如有危險因素，如：手術切口邊緣仍有殘存腫瘤細胞、淋巴結轉移（二粒以上）、淋巴結膜外侵犯、神經周圍或淋巴血管侵犯者，需行手術後放射治療。

B. 放射治療技術

放射治療時需要利用面具及模具或其它輔助固定病人頭頸部，製作鉛塊及驗證片。

C. 口腔處理

病患在行放射治療前都要會診牙科或口腔顎面外科醫師，評估牙齒及牙齦的狀況，如有厲害的牙齦疾病或蛀牙，則在治療前要先治療或拔牙，拔牙後要等齒槽傷口完全復原後才可開始放射治療，好的牙齒或可以修補的牙齒不一定要拔。氟膠及牙托的使用及注意口腔衛生，可以使牙齒保持健康。

3. 化學藥物治療：

綜合多個研究系列顯示：手術前或手術後的化學治療可能可以減少部分遠隔轉移，增加少許病人的存活。但是對於頭頸癌而言，局部控制是最重要的；目前有研究發現放射合併化學治療對於晚期頭頸癌（第三、四期），可增加局部控制率、顯著增加病人的存活率。不適

或不能手術切除的腫瘤應考慮放射合併化學治療。

至於原本可以完全手術切除的腫瘤，手術前的化學治療並不能改善局部控制或增加病人的存活率。因此可以手術切除的腫瘤不建議給手術前的化學治療。

由於新近化學治療藥物的進步，遠隔轉移的病人應可考慮化學治療或是參加化學治療的臨床試療。

4. 其他：

免疫療法、基因療法，或其他生物調適製劑療法尚未成熟，仍在研究階段。

以上所述之外的一些非正統療法，不但沒有科學上及統計上客觀有效的根據，而且會延誤正規治療的時機，吾人不建議使用。

六、口腔癌的追蹤與檢查

復發的口腔癌常發生在治療後一年內，應該每個月追蹤檢查一次，第二年每二個月追蹤檢查一次，第三年每三個月一次，第四、五年以後可以每半年追蹤檢查一次。每半年做一次胸部X光檢查。此外在追蹤期間要注意遠隔轉移及第二原發腫瘤（常見於口腔、食道、或肺臟等器官）的可能性。

七、口腔癌的預防

癌症是一種多重因素的基因疾病，其中環境因素（外來的致癌物質）在口腔癌扮演非常重要的角色。戒除嚼檳榔、抽菸、喝酒可以預防大部分口腔癌的發生。此外，有頭頸部癌症的病人容易發生第二個原發腫瘤，而且預後一般不好，其中口腔癌出現第二原發腫瘤比率高達15%，目前有研究顯示使用維他命A酸可能會降低頭頸部癌病患出現第二原發腫瘤的比率。曾罹患口腔癌的病患是發生第二原發腫瘤的高危險群。對這群病患應鼓勵他們參與癌症預防的臨床計畫治療，期望能找到有效的藥物，從根本上阻止第二癌症發生。

八、結語

口腔癌的發生與嚼檳榔、抽菸、喝酒等習慣有密切關係，隨著抽菸及嚼檳榔人口的增加，臺灣地區口腔癌的發生率也節節上升。如果發現口腔內有不易癒合的潰瘍或不明腫塊，應及早求醫診治。口腔癌的治療以外科手術為主，並可輔以放射治療及化學治療。腫瘤越大，需要手術的範圍也越大，因此早期診斷正確治療不僅可提高治癒率，也可減少因治療所帶來之傷害。大部分的口腔癌可經由戒除嚼檳榔、抽菸、喝酒等外來致癌因子而防止其發生。對於已經罹患過口腔癌的病患，由於發生第二原發腫瘤的比率相當高，參與藥物防癌的臨床研究應是值得鼓勵的。

頭頸癌研究委員會名單

醫 院	科 別	姓 名
台大醫院	耳鼻喉科	徐茂銘醫師(主 委)
台大醫院	腫瘤醫學部	洪瑞隆醫師(總幹事)
三軍總醫院	耳鼻喉科	林曜祥醫師
三軍總醫院	口腔外科	張燕清醫師
三軍總醫院	放射腫瘤部	許文林醫師
台大醫院	放射治療科	丁禮莉醫師
台大醫院	耳鼻喉科	沈宗憲醫師
台大醫院	耳鼻喉科	柯政郁醫師
台大醫院	整形外科	陳明庭醫師
台大醫院	口腔顎面外科	郭英雄醫師
台大醫院	口腔外科	韓良俊醫師
台北榮總	耳鼻喉科	林清榮醫師
台北榮總	口腔外科	張哲壽醫師
台北榮總	耳鼻喉科	張學逸醫師
台北榮總	癌病中心	顏上惠醫師
和信醫院	耳鼻喉科	閻愷正醫師
和信醫院	放射腫瘤科	簡哲民醫師
馬偕醫院	放射腫瘤科	張國華醫師
馬偕醫院	放射腫瘤科	賴允亮醫師
林口長庚	耳鼻喉二科	侯勝博醫師

醫 院	科 別	姓 名
林口長庚	耳鼻喉科	陳一豪醫師
林口長庚	整形外科	魏福全醫師
慈濟醫院	耳鼻喉科	陳培榕醫師
中國醫藥醫院	耳鼻喉科	蔡銘修醫師
台中榮總	耳鼻喉科	許振益醫師
台中榮總	口腔外科	黃穰基醫師
彰基醫院	耳鼻喉科	張正權醫師
彰基醫院	放射腫瘤科	劉幕台醫師
成大醫院	耳鼻喉科	蔡森田醫師
奇美醫院	血液腫瘤科	黃偉修醫師
高雄長庚	耳鼻喉科	蘇志英醫師
高雄榮總	耳鼻喉科	朱繡棟醫師
高醫醫院	耳鼻喉科	郭文烈醫師
高醫醫院	口腔外科	陳中和醫師
國家衛生研究院	TCOG	劉滄梧醫師

國家衛生研究院	癌 症 組	彭汪嘉康醫師
國家衛生研究院	TCOG	賴基銘醫師
國家衛生研究院	生 統 組	熊 昭主任

參與討論之專家學者名單

醫 院	科 別	姓 名
三軍總醫院	整型外科	王先震醫師
台大醫院	牙科部	李正喆醫師
台大醫院	牙科部	陳信銘醫師
台北榮總	耳鼻喉部	朱本元醫師
台北榮總	耳鼻喉部	蔡鴻明醫師
光田醫院	放射腫瘤科	賴易成醫師
高醫醫院	放射腫瘤科	連熙隆醫師