

口腔癌治療準則

臺北榮總口腔顎面外科 高壽延

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。根據民國九十年癌症登記的報告顯示，口腔癌佔男性十大癌症發生率的第四位。隨著檳榔的消耗量越來越多，估計每年新的口腔癌病患將達三千人以上。

口腔是不像肝、胃等器官隱藏在身體裏面，它較容易直接被發現，所以口腔癌是可以早期診斷的，只要在早期（第一、二期）接受正規適當的治療，5年的存活率可以有百分之七、八十以上，若是延到第三、四期才治療，則治癒的機會將降至百分之五十甚至低於三十以下。晚期口腔癌的復發大都發生在3年內，其中有80%出現在局部或頸部，20%會發生遠隔轉移。

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舌癌佔大多數。口腔癌的發生和嚼檳榔、抽煙、喝酒息息相關，這些致癌因子會讓口腔形成白斑或紅斑甚至惡化成口腔癌，因此我們更需要進行口腔癌的篩檢預防工作。

二、口腔癌的分期

將癌症分期最主要的目的就是要確立藉由分期診斷選擇何種治療方式及評估預後。

臨床上的分期主要是根據視診、觸診，及藉助電腦斷層、腹部超音波、胸部X光、全身骨頭掃描等檢查來評估腫瘤的位置、大小、或是否有轉移到頸部淋巴，甚至擴散轉移到肝、肺、骨頭等遠距器官。

而目前所使用的分期系統是依據原發腫瘤的大小、是否有轉移到頸部淋巴結，以及是否有遠端轉移這三大要素來決定。根據這套系統，我們將口腔癌分為零到四期。

1. 零期：腫瘤細胞侷限在口腔黏膜上皮部位。
2. 第一期：腫瘤最大的直徑小於或等於2公分，且沒有頸部淋巴轉移的現象。
3. 第二期：腫瘤最大直徑在2~4公分之間，且沒有頸部淋巴轉移的現象。
4. 第三期：依據腫瘤大小及頸部淋巴轉移狀況這二大因素來判斷：其一是原發腫瘤的直徑在4公分以下，且有頸部淋巴轉移的現象；另一種是原發腫瘤的直徑大於4公分，但沒有頸部淋巴轉移的現象。
5. 第四期：腫瘤的直徑大小不一，但已侵犯到肌肉、骨頭或是其他器官。

三、診斷與檢查

正常的口腔黏膜是粉紅色或紅色的柔軟組織，表面完整且沒有疼痛或流血等不適的現象發生。如果口腔內發現不正常的病變，就要遵循下列的檢查方法，做出最適當之判斷。

1. 病史記錄

詳細記載患者之主訴、病史及過去就醫情形。特別是有抽煙、喝酒、嚼食檳榔等個人習慣的記錄，皆需如實記載。

2. 理學檢查

口腔分為唇、牙齦、頰黏膜、口底、舌部、後白齒三角區及軟硬顎等七個部位，因此醫師必須將檢查所發現之不明病灶確實記載。由於口腔癌早期，常常是沒有任何症狀，或是不明顯、沒有顯著的不適狀況，使得患者失去早期就醫的黃金時期。

常見的早期症狀為長達數周以上，無痛且未癒合之口腔潰瘍；增厚之口腔黏膜白斑、紅斑或是紅白斑；拔牙超過兩周以上未癒合之傷口；外突性疣狀或乳突狀，持續增大之腫塊等，都可能是口腔癌病灶之症狀。

口腔癌患者到了晚期，可能會有持續性的疼痛、顏面區域皮膚麻木、舌頭的運動受限、吞嚥困難、張口受限、甚至體重下降、頸部不明腫塊等症狀發生。

3. 影像學檢查

常規之頭頸部影像學檢查，包含了環口攝影、電腦斷層等。針對某些部位如舌、口底等肌肉組織豐富的位置，可以考慮用「核磁共振」來取得更清晰的影像。

環口攝影可以用來評估腫瘤對於顎骨的破壞程度；而電腦斷層及核磁共振除了能評估病灶的大小及侵襲範圍外，也能評估頸部淋巴轉移的情形。

另外，也可利用胸部 X 光片、全身骨骼掃描及腹部超音波掃描來評估是否有遠端轉移的存在。

4. 理檢查

如果有惡性腫瘤的疑慮時，就要進行活體組織切片。將取得的切片送到病理室進行切片檢查，以得知病灶之組織分類、分期，及有無影響其他預後之因子。

四、手術治療

針對原發病灶及頸部淋巴轉移兩部分可用外科手術的方式來治療。對於原發病灶，必須切除包含原發病灶適當安全的範圍。至於頸部淋巴方面，則須視狀況施行頸部淋巴廓清術。所謂「頸部淋巴廓清術」就是將頸部內的淋巴組織移除的一種手術。依據清除的範圍大小，又可分為全頸部淋巴廓清術或選擇性淋巴廓清術。

在腫瘤切除之後，將視狀況施行口腔重建手術，以恢復口腔的功能及外觀。手術包括局部直接縫合、植皮、皮瓣及游離皮瓣重建術等等。而不可切除之病灶就以放射線治療或是化學藥物來治療。

五、放射線治療

放射線治療可單獨用於唇及口咽癌，對口腔腫瘤則依臨床腫瘤大小、位置、淋巴結之轉移，及術後病理報告來決定是否執行術後放射線治療。

綜觀而言，腫瘤越大、或是已侵犯到附近的肌肉或骨頭、頸淋巴結有轉移，或腫瘤已出現神經、血管侵犯等需輔助性放射線治療來提升局部控制率，以減少復發。

病患在接受照射治療之前要先接受牙齒評估，將預後不良之牙齒先行拔除，以免造成後續的放射線骨壞死。放射線治療之後的一個月內應避免拔牙或切片等手術，以免影響傷口的癒合。

照射後可能會產生如口腔潰瘍、口水分泌變少等併發症。為減低併發症所帶來的不適，可用漱口水漱口、塗抹藥膏及補充人工唾液；也可以每天睡前在牙齒上塗抹氟膠（每次 15-20 分鐘），以減少蛀牙的產生。

六、化學治療

1. 復發或遠隔轉移病人

許多種類的化學治療藥物對口腔癌有部分的效果，單一藥物化學治療的反應率大約在 20~40% 之間，其中絕大部分都只有部分反應，合併數種藥物組合的化學治療可以提高反應率大約到 50%~70% 左右，但是合併多種藥物的副作用與毒性也相對較大，因此對於狀況較佳的病人可以考慮數種藥物組合化學治療，但對狀況較差的病人則考慮單一藥物化學治療。

2. 手術後化學放射治療

對於高復發或有轉移機率的高危險群病人，應該使用手術後同步化學放射治療，這樣可以降低腫瘤局部復發機率，增加腫瘤控制的機會。

3. 對於無法手術切除之局部期病人

多個臨床研究發現，同步化學治療加放射治療比單獨使用放射治療有更好的局部控制與存活率，但是治療的副作用也比較大。所以在選擇治療方式時應根據病人的身體狀況來評估，如果情況許可，應該優先考慮施行同步化學放射治療以得到較佳的療效。

4. 其他

當病人的身體狀況不許可施行手術，或是因手術以後可能造成器官功能嚴重缺損等等不適合手術的病人，可以依據病患的臨床狀況，考慮使用同步化學放射治療，化學治療、或是放射治療以控制腫瘤。

七、治療後的追蹤

目前公認口腔癌治療後的追蹤是必要且極重要的。追蹤之目的是為了早期發現局部復發之腫瘤或次發性腫瘤。對於接受頸部放射線治療之病人應於第 1、2、5 年追蹤甲狀腺功能。

復發的口腔癌常發生在治療後的一年內，所以治療後的第一年應該每 1 至 2 個月追蹤檢查一次；第二年起間隔逐漸加長。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）發生的可能性。

八、轉移性癌症治療

當原發性口腔癌轉移至其他器官或部位時，多數都無法以手術治療了。因此，除了考慮以放射線治療之外，多半也採用化學藥物來治療。由於近年來化學治療藥物不斷地研發、進步，此期的患者有時也可以參加化學新藥物的臨床醫療。至於其他的療法，如免疫療法、基因療法，或其他生物調適製劑療法因尚未成熟，目前仍在研究階段。