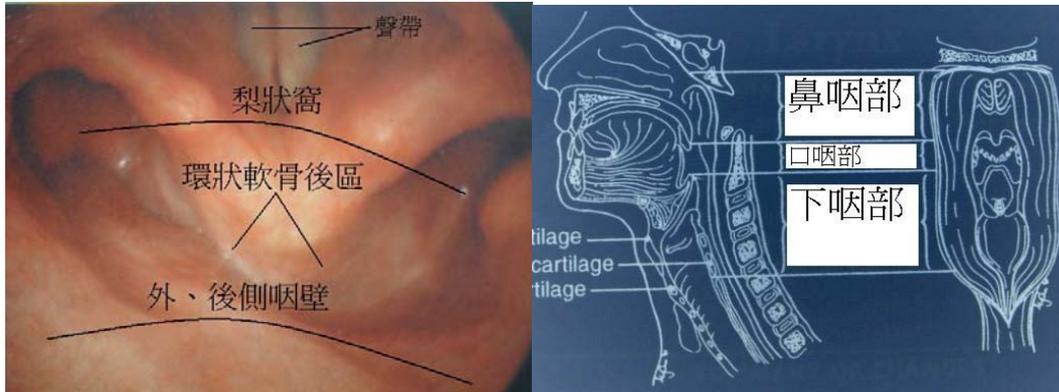


下咽癌

發生在下咽部的癌症稱為下咽癌

下咽構造包含有左、右梨狀窩；外、後側咽壁以及環狀軟骨後區，共 3 區。見下圖



下咽癌中大部份是鱗狀上皮細胞癌(squamous cell carcinoma 簡稱 SCC)

致癌危險因子有下列幾項:

1. 抽菸。
2. 喝酒。
3. 缺乏某些營養。
4. Plummer-Vinson syndrome.

根據目前研究，抽菸、喝酒是引起下咽癌的主要危險因素。

在性別上，男性多於女性；在年齡層上，多發生在 50~60 歲。依據美國和加拿大研究，65% to 85%的下咽癌發生在梨狀窩；10% to 20%發生在後咽壁；5% to 15%源自環狀軟骨後區。下咽癌的癌細胞容易在黏膜下擴展，並且可能跳躍轉移到遠離原發腫瘤的其它黏膜。由於下咽部有豐富的淋巴引流，所以下咽癌很快、很容易就轉移到頸部淋巴結。

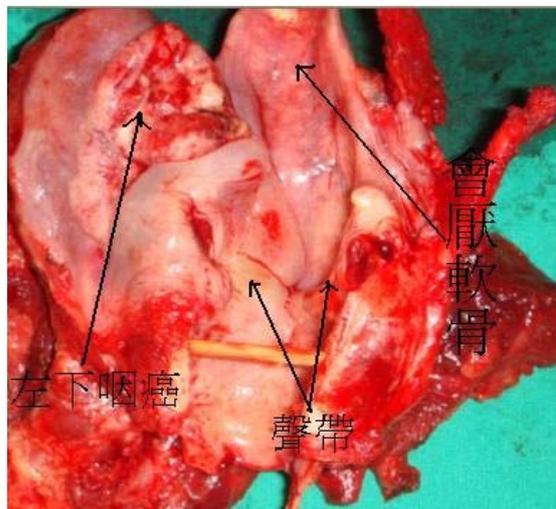
由於下咽是位於喉嚨深處，無法自我檢查而且是個三度空間的構造，腫瘤有生長的餘地，所以初期症狀都不明顯和專一；當病人自覺症狀明顯來求醫時，往往腫瘤都已大到第三期，甚至第四期了。

依照 Dr Raghavany 在 2003 年回溯性分析 150 位下咽癌患者發現高達 25%的病患除了下咽癌外，還有第二種原發癌症存在。這是因為抽煙、喝酒會造成整個上

消化、呼吸道黏膜都受影響，每一處黏膜都有癌化病變的可能性(field cancerization)。

有下列幾項症狀時應盡儘速就醫(耳鼻喉科)以確認是否有下咽癌。常見症狀如下:

1. 喉嚨痛。
2. 耳痛(轉移性疼痛)。
3. 頸部腫塊。
3. 吞嚥疼痛。
4. 吞嚥困難、喝水易噎。
5. 聲音改變、沙啞。
6. 體重減輕。



- 此病人為下咽癌T4a，位於左側梨狀窩，與病人解釋、討論後，病人決定先手術再接受術後同步放射線和化學治療

下咽癌的診斷及分期

當醫師高度懷疑下咽部有癌病變時，會建議你做切片檢查，因為切片才可以區分出良性或惡性病變。何謂切片檢查呢？就是醫師會在看起來異常的組織上取下一小塊組織，送到病理科醫師以顯微鏡來檢驗是否有癌細胞的存在。臨床上，下咽癌切片，需要進開刀房全身麻醉處理，這是因為全身麻醉下比較容易檢查看清楚腫瘤侵犯範圍和大小；同時易處理切片後滲血，避免噎入氣管。至今並沒有證據顯示切片會造成癌細胞轉移，而且切片是確診下咽癌的必要檢查。

當切片檢查證實有下咽癌後，醫師會安排一系列制式常規檢查來看臨床上的分期，包括詳細頭頸部理學檢查，頭頸部影像學檢查(MRI 核磁共振或CT 電腦斷層)，上腹部超音波，核醫骨頭掃描，胸部X光檢查以及一般血液、生化檢查。至於葡萄糖正子掃描目前並非制式常規檢查，屬於醫師判斷有需要時的選項。

當今下咽癌分期是以 TNM 為依據。

T: 腫瘤大小

T1: 腫瘤僅侵犯一區且大小 $\leq 2\text{cm}$ 。

T2: 腫瘤侵犯超過一區或 $2\text{cm} < \text{大小} \leq 4\text{cm}$ 及未造成半邊聲帶固定。

T3: 腫瘤大小 $> 4\text{cm}$ 或半邊聲帶固定(麻痹)。

T4a: 腫瘤侵犯到甲狀軟骨/環狀軟骨，舌骨，甲狀腺，食道，中央頸部軟組織如直肌和皮下脂肪。

T4b: 腫瘤侵犯到頸椎前筋膜，腫瘤包圍頸動脈，或侵犯到縱膈腔。

N: 頸部轉移淋巴結之大小

N0: 無頸部淋巴結轉移。

N1: 同側頸部一顆淋巴結轉移且 $\leq 3\text{cm}$ 。

N2a: 同側頸部一顆淋巴結轉移且 $>3\text{cm}$ 但 $\leq 6\text{cm}$ 。

N2b: 同側頸部多顆淋巴結轉移但 $\leq 6\text{cm}$ 。

N2c: 兩側或對側頸部淋巴結轉移但 $\leq 6\text{cm}$ 。

N3: 淋巴結轉移且 $>6\text{cm}$

M: 遠端轉移(最常見在肺、骨頭、肝) M0: 無遠端轉移；M1: 有遠端轉移

下咽癌的治療

下咽癌治療模式需依照腫瘤種類、範圍大小和對下咽腔功能影響來決定。主要不外乎手術、放射線治療(RT)和化學治療的組合模式。

手術：適用於 **a).** 早期、淺層病灶；預期術後下咽腔功能影響不大，可用傳統手術方式或經口雷射切除方式；**b).** 晚期、大範圍腫瘤有時採取傳統手術切除全喉及部份下咽和頸部淋巴廓清術以及皮瓣修補再給予術後輔助性放射線治療或同步放射線和化學治療；**c).** 頸部轉移性淋巴結太大或有中央壞死現象，預期同步放射線和化學治療無法控制下來時，經評估仍屬可切除者，可先做根除性或修正式根除性頸部淋巴廓清術，再給予同步放射線和化學治療，來保留喉頭發聲功能；**d).** 接受過治療性同步放射線和化學治療(器官保存療法)後無法控制下來或復發者，經評估仍屬可切除者，可施予救援手術。

放射線治療 (RT)：a). 單獨放射線治療僅適用於第一期；b). 同步放射線和化學治療 — 由於傳統手術切除大範圍下咽腔腫瘤(含喉頭)，改變呼吸形態、影響說話功能(需使用人工說話器或用食道語)，造成生活品質變更差；近年來器官保存療法盛行，如治療性同步放射線和化學治療，經研究其 5 年存活率與手術加術後

放射線治療相比，毫不遜色，但更能保留器官功能，提高生活品質，所以已變成下咽癌主要療法。

化學治療：其角色在於加強放射線治療之功效，在下咽癌中主要用於同步放射線和化學治療(CCRT)。也有用於遠端轉移或復發卻無法救援治療時的姑息性化學治療。對於第三期、第四期的晚期下咽癌是先接受手術切除全喉及部份下咽再給予術後同步放射線和化學治療呢？還是為保留喉頭，接受治療性同步放射線和化學治療呢？目前臨床上，有先給予3次化學治療後，再來評估腫瘤大小縮小反應，如果縮小反應大於50%，意謂腫瘤對後續治療性同步放射線和化學治療反應可能也會不差，可以進入治療性同步放射線和化學治療；反之，若反應小於50%，表示腫瘤對後續治療性同步放射線和化學治療反應可能會不好，應建議轉為傳統手術治療後再追加輔助性同步放射線和化學治療。

標靶治療：抗EGFR藥物可以增加放射線治療對腫瘤的治療功效。

下咽癌愈早期發現治療，存活率愈高。民眾不宜聽信服用坊間偏方或中、草藥而延誤治療時機，降低存活率。

下咽癌治療後追蹤

下咽癌一旦確認診斷，病患必須要立刻戒除菸、酒、檳榔。從臨床病患反應來看檳榔、酒比較好戒，菸最難戒，但仍是要戒。病患治療完後，必需要定期回院追蹤檢查。一般追蹤時間至少5年，由其前2年追蹤相當重要，因為會復發9成都在前2年發生。

雙和醫院頭頸癌治療團隊關心你

召集人

耳鼻喉科 陳聰明醫師