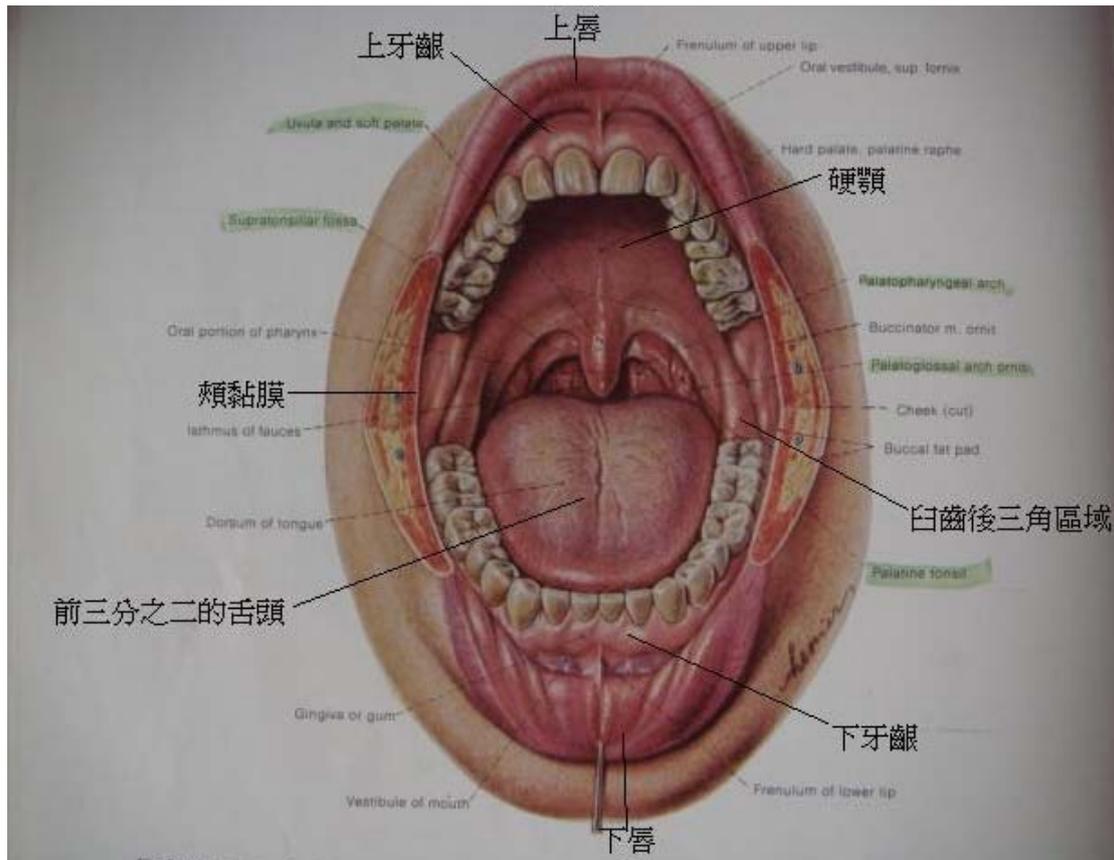


口腔癌

顧名思義就是發生在口腔內的癌症

口腔構造包含:上、下唇；頰黏膜（臉頰的內襯）；牙齒；口腔底部；前三分之二的舌頭(後三分之一是舌根屬於口咽腔)；硬顎（口腔頂部的前面部分）；上、下牙齦及臼齒後三角區域。如下圖：



根據衛生署統計公佈民國 97 年男性 10 大惡性腫瘤(癌症)(見下表)，口腔癌已經躍居第四名，97 年間有 2079 人死於口腔癌，平均死亡率高達每 10 萬男性人口 17.9

另外根據衛生署統計癌症死亡年齡中位數比較，十大主要癌症死因中肝癌、女性乳癌、口腔癌、子宮頸癌、食道癌等 5 類癌症死因死亡年齡中位數低於所有癌症死亡年齡中位數 69 歲，而女性乳癌、口腔癌與食道癌死亡年齡中位數更低於 60 歲，宜更加關注

97 年 全 國 主 要 癌 症 死 亡 原 因

男 性					女 性				
ICD-10 國際死因 分類號碼	癌症 死亡 原因	死 亡 人 數	每十萬 男性人 口 死亡率	死 亡 百 分 比 %	ICD-10 國際死因 分類號碼	癌症 死亡 原因	死 亡 人 數	每十萬 女性人 口 死亡率	死 亡 百 分 比 %
C00-C97	惡性腫瘤	24,972	215.0	100.0	C00-C97	惡性腫瘤	13,941	122.5	100.0
		0	0	0			0	0	0
C22	肝和肝內膽管癌	5,483	47.2	22.0	C33-C34	氣管、支氣管和肺癌	2,471	21.7	17.7
C33-C34	氣管、支氣管和肺癌	5,306	45.7	21.2	C22	肝和肝內膽管癌	2,168	19.1	15.6
C18-C21	結腸、直腸和肛門癌	2,480	21.3	9.9	C18-C21	結腸、直腸和肛門癌	1,786	15.7	12.8
C00-C06, C09-C10, 口腔癌 C12-C14		2,079	17.9	8.3	C50	女性乳房癌	1,541	13.5	11.1
C16	胃癌	1,516	13.0	6.1	C16	胃癌	776	6.8	5.6
C15	食道癌	1,320	11.4	5.3	C53, C55	子宮頸及部位未明示 子宮癌	710	6.2	5.1
C61	前列腺(攝護腺)癌	892	7.7	3.6	C25	胰臟癌	571	5.0	4.1
C25	胰臟癌	793	6.8	3.2	C56	卵巢癌	406	3.6	2.9
C11 鼻咽癌		587	5.1	2.4	C91-C95	白血病	366	3.2	2.6
C82-C85	非何杰金氏淋巴瘤	558	4.8	2.2	C82-C85	非何杰金氏淋巴瘤	342	3.0	2.5
	其他	3,958	34.1	15.8		其他	2,804	24.6	20.1
		0	0	0			0	0	0
		0	0	0			0	0	0
C91-C95	白血病	512	4.4	2.1	C23-C24	膽囊和其他膽道癌	248	2.2	1.8
C67	膀胱癌	470	4.0	1.9	C64-C65	腎臟癌	222	2.0	1.6
C23-C24	膽囊和其他膽道癌	300	2.6	1.2	C67	膀胱癌	219	1.9	1.6
C64-C65	腎臟癌	289	2.5	1.2	C54	子宮體癌	166	1.5	1.2
C71	腦癌	231	2.0	0.9	C11 鼻咽癌	161	1.4	1.2	

口腔癌中 9 成以上為鱗狀上皮細胞癌(squamous cell carcinoma 簡稱 SCC) 。由臺灣之口腔癌病例分析來看，有嚼食檳榔之比率約 75~90%，吸煙之比率約 85~90%，同時嚼檳榔和吸煙之比率約 65~70%。根據葛教授之統計上(見下表)，以一般人不嚼檳榔、不吸煙、不喝酒而得口腔癌機率為 1 的話，嚼檳榔得口腔癌是一般人的 28 倍，吸煙是一般人的 18 倍，又嚼檳榔又吸煙者增為 89 倍，同時有檳榔、菸、酒習慣者更高達 123 倍的機率得到口腔癌，因此口腔癌最大風險因子為檳榔、香菸、酒。從動物實驗中得知，檳榔所含之檳榔鹼、檳榔次鹼、多酚類，荖花與荖葉所含之黃樟素及製作檳榔嚼塊所攪拌之紅白灰，都可能產生自由基與基因毒性，造成細胞傷害無法修復，進而產生癌化病變。

各不良習慣與患口腔癌之危險機率

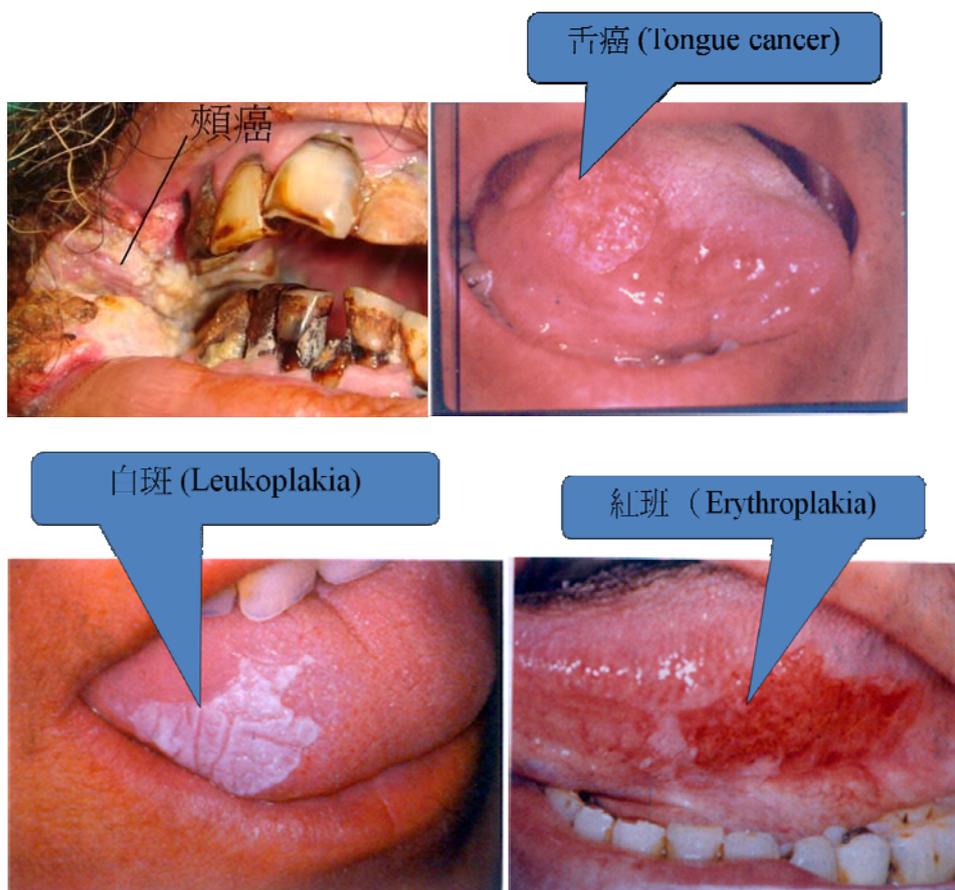
抽煙	酗酒	嚼檳榔	患口腔癌危險機率倍數
N	N	N	假定不抽菸、不酗酒、不嚼檳榔的危險率為1
Y	Y	Y	123
Y		Y	89
	Y	Y	54
		Y	28
Y	Y		22
Y			18
	Y		10

根據學者葛應欽教授等人的研究：嚼檳榔比一般人患口腔癌的機率高出28~123倍！

口腔癌相關症狀

口腔癌好發於 40 歲以上(隨著臺灣嚼食檳榔年輕化，發生口腔癌的年齡也逐漸輕化)，但也可能發生在任何年齡，且以男性居多，其中又以舌癌和頰癌最多。有下列幾項症狀時應盡儘速就醫(耳鼻喉科)以確認是否有口腔癌：

1. 口腔潰瘍超過 2 星期未癒合。
2. 口腔內部有腫塊或頸部有腫塊。
3. 口腔黏膜有白斑或紅斑出現。
4. 口腔內任何部份有不明原因的出血、疼痛或麻木感。
5. 吞嚥、咀嚼困難或疼痛。
6. 牙關緊閉、無法張開嘴巴。
7. 牙齦腫脹造成假牙固定不良或不適。



口腔癌的診斷及分期

當醫師高度懷疑口腔有癌病變時，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。至今並沒有證據顯示切片會造成癌細胞轉移，而且切片是確診口腔癌的必要檢查。

當切片檢查證實有口腔癌後，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。

當今口腔癌分期是以 TNM 為依據，分為臨床分期(手術前)和病理分期(手術後，較準確)。

T: 腫瘤大小 T1: $\leq 2\text{cm}$; $2\text{cm} < \text{T2} \leq 4\text{cm}$; $\text{T3} > 4\text{cm}$; T4a 侵犯鄰近組織但仍可切除; T4b 侵犯鄰近組織但無法切除

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

口腔癌的治療

1. 手術: 口腔癌的治療原則上以手術為主，在無遠端轉移情況和從影像學上判斷可切除者，首先應以開刀為主，切除原發癌症腫瘤位置(安全距離 1-2 cm) 和頸部淋巴廓清後，等術後病理報告看有無危險因子、有幾個危險因子再來決定術後是否需要追加輔助療法如放射線治療(RT)或同步放射線、化學治療(CCRT)。

較小的口腔癌(T1; 部份 T2)，手術切除原發癌症腫瘤後，組織缺損可以直接縫合；但是較大的口腔癌(T3; T4; 部份 T2)，手術切除原發癌症腫瘤後，組織缺損太大無法縫合，需靠皮瓣來修補缺損(整型科醫師)。

2. 放射線治療(RT): 對於因其他內科疾病無法接受長時間麻醉手術或恐懼害怕開刀之早期口腔癌病人，可接受放射線治療。另外對於腫瘤太大如 T4b 無法開刀者，可考慮放射線治療或同步放射線、化學治療。

3. 化學治療: 其角色在於加強放射線治療之功效，在口腔癌中主要用於術後同步放射線、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。

4. 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。

5. 光動力療法: 依國外報告對早期、淺層之口腔癌，效果不差。

6. 其他療法: 如基因療法、免疫療法目前仍在研究階段。

口腔癌愈早期發現治療，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。

口腔癌治療後追蹤

口腔癌一旦確認診斷，病患必須要立刻戒除檳榔、菸、酒。從臨床病患反應來看檳榔、酒比較好戒，菸最難戒。根據調查口腔癌病患在治療後，至少還有 1/3 病患戒不掉香菸。從臨床分析得知，口腔癌治療完後，在復發機率上，仍有吸菸者是戒除者的 2 倍；在產生第二種癌症機率上，仍有吸菸者是戒除者的 4 倍。所以，菸雖難戒，更是要戒。

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