

頭頸部腫瘤臨床衛教手冊



北長庚頭頸癌研究治療小組 107年1月19日11版修訂

方端仁醫師	張佑良醫師	張東杰醫師	王宏銘醫師	張雅嵐個管師
張凱評醫師	蔡啟穎醫師	曾雁明醫師	廖繼鼎醫師	陳玉燕個管師
黃祥富醫師	黃于真醫師	林倩仔醫師	徐正龍醫師	邱雅雯個管師
康仲然醫師		范綱行醫師	謝佳訓醫師	鍾靜芳個管師
方谷豪醫師		黃炳勝醫師		
王毓謙醫師		洪宗民醫師		
廖俊達醫師				
陳怡如護理師				

～前言～

頭頸部腫瘤大部份為惡性腫瘤，常見者有口腔癌、口咽癌、下咽癌、喉癌等，臨床上如發現頸部腫塊則通常表示癌細胞已由原發部位轉移（擴散）至頸部淋巴腺。國內頭頸癌發生率以口腔癌佔大多數，口腔癌為發生在口腔的一些惡性腫瘤的總稱，可出現在口腔的任何部位，包括唇、舌、口底、頰黏膜、齒齦、硬顎、後白齒區等部位。在台灣地區口腔癌病患超過9成為男性，有很多因素可能與口腔癌有關，其中最重要的因素為嚼檳榔與吸菸，在林口長庚醫院治療之口腔癌患者中85%以上有嚼檳榔與吸菸的習慣。除嚼檳榔與吸菸外，喝酒亦與口腔癌有密切關係，如同時有嚼檳榔、吸菸及飲酒等習慣者，其口腔癌之危險性更加增加。其他如過度的陽光照射(唇癌)、長期營養缺陷、口腔衛生不良、尖銳的蛀牙、殘根及製作不當或破損的補綴物(如假牙、牙套等)對舌頭、齒齦或頰黏膜造成慢性的傷害，都可能是口腔癌發生的原因。

因此預防口腔癌發生的健康行為策略為(1)避免檳榔、菸草、紙菸、菸斗、酒等長期對唇、舌和口腔粘膜的刺激。(2)避免長期直接曝露於強烈的陽光下，必要時，戴寬邊的帽子，或是抹塗防曬油膏。(3)如果有不正的牙齒或假牙，對周圍組織造成磨擦，應該請牙醫師矯正。(4)飲食要正常，食物營養要均衡。有時維他命或其他營養要素缺乏所造成的口腔粘膜變化，可以誘致癌病的發生。(5)經常刷牙漱口，保持口腔衛生。(6)口腔內如果發現有任何腫塊贅肉、脫皮落屑或是顏色變化，且超過兩星期而未好轉，應該要讓醫師檢查看看。

口腔癌如能早期發現，早期治療，其治癒率會提高不少，因此一般民眾需認識口腔癌的癌前病變及早期症狀。口腔癌的癌前病變包括口腔各處黏膜之白斑症、紅斑症、黏膜下纖維化、疣狀增生及慢性潰瘍。所謂癌前病變本

身並非口腔癌，但長期置之不理或刺激源一直存在時，以後有極高的可能性發展成口腔癌。平常大家可以定時面對鏡子照著口腔的各個部位循序自我檢查(包括用眼看及用手摸)，若發現有糜爛潰瘍的地方，有變高、變厚、變紅、變硬的地方，就要儘速看醫生並做進一步的檢查。通常口腔癌初起也許是不痛不癢，但是癌化現象卻是不停地進行，所以千萬不能拖延時日。早期發現，早期治療，不但可以提高根治痊癒的機會，而且可以於手術切除時犧牲最少的組織和機能。

～重大傷病證明～

頭頸部腫瘤需經由切片檢查的病理報告確定是惡性腫瘤(癌症)，才得以發給重大傷病證明。少數情況如口腔癌中較少見的疣狀瘤，須於手術完全切除之後，證實是否為惡性腫瘤才得以發給重大傷病證明。在重大傷病證明下與該癌症相關之治療，除非特例情況(例如：病房差額及健保不給付之止吐藥，或某些化學治療藥物...等)否則病人無須部份負擔醫療費用。

～頭頸部惡性腫瘤分期～

依據國際採行的 2010 年版 AJCC 惡性腫瘤分期，腫瘤通常可分為四期。第一、二期為早期腫瘤，第三、四期為晚期腫瘤。AJCC 以 TNM 三項來分期：T 為原發部位腫瘤大小及侵犯範圍；N 為轉移頸部淋巴腺之大小、數目及單側、雙側或對側轉移；M 為遠端轉移，通常指癌細胞已擴散至頭頸部以外的地方，最常轉移之處包括肺部、骨頭、肝臟等，已有遠端轉移的病友通常不建議接受手術或治癒性放射治療。

～腫瘤之治療前臨床分期與術後病理分期～

治療前是以臨床所見（包括影像檢查）腫瘤大小及淋巴腺有無擴散或遠端轉移，來定出腫瘤分期。以手術為主的治療方式如口腔癌則有所謂的術後病理分期，是依病理報告來重新分期，通常術後病理分期與病人的實際預後(治癒率或稱存活率)較有相關。大部份的口腔癌切除需同時施行頸部淋巴腺切除術來確定是否有淋巴腺轉移，例如：術前並無淋巴腺擴散的第一或第二期，若術後病理化驗(約術後一週)出頸部淋巴腺擴散則變為第三或第四期腫瘤。

～何種檢查最好 → CT ? MRI ? FDG-PET ? ～

所有檢查方式僅可略估腫瘤的大小及擴散範圍，腫瘤細胞本身是非常微小，1公分立方體積的癌細胞約有 10 億個細胞，0.2 公分以下的淋巴腺腫瘤擴散或 1-2 百萬個癌細胞轉移到肺臟、骨頭或肝臟通常是檢查不出來的。以口腔癌為例，術前例行檢查顯示不到百分之一病人有遠端轉移情況，但在術後追蹤的兩年內則約有 10% 產生遠端轉移。斷層掃描 (CT)、磁共振掃描 (MRI)、葡萄糖正子全身斷層掃描 (FDG-PET) 各有其優缺點，安排何種檢查，需由醫師診斷判定向病人解釋。其他評估項目尚包括胸部 X 光檢查 (CXR)，核醫骨骼掃描 (bone scan)，腹部超音波檢查 (abdominal echo) 暨腸胃道內視鏡檢查 (panendoscopy)。抽血檢查，目前頭頸部腫瘤尚無可靠之腫瘤指標 (tumor marker)。任何臨床或影像檢查結果並無法代表腫瘤為良性或惡性，仍需經過組織切片檢查或手術切除後經病理化驗才能證實是否為惡性腫瘤或已有頸部淋巴腺擴散。

～頭頸部腫瘤的治療方式、原則～

手術、放射治療、化學治療、支持療法等都是頭頸部腫瘤的標準治療方式。頭頸部腫瘤的治療方式，會根據不同的原發腫瘤部位而有差異，其治療的大原則，首要的考量是腫瘤的控制治癒率，其次病人的個別病況及治療的相關生活品質也儘量兼顧。口腔癌以手術為主，必要時追加術後放射治療或放射線併行化學治療。咽喉癌病患若考慮器官保留治療，也就是先以放射治療及化學治療，避免手術切除吞嚥肌肉與聲帶，以期提供更好的生活品質；倘若病患不適合器官保留治療、或是器官保留治療失敗後，則必須評估以手術切除咽喉。事實上腫瘤的治療原則並非一成不變，選擇那一種標準治療方式為起始治療，會根據腫瘤部位、腫瘤大小、早期或晚期治癒率的考量、病人年紀體能、病人期望、及是否有足夠的家庭支持等有關，最好的方法是病人及家屬與醫師作充分溝通瞭解後，選擇最適當的治療方式。

～手術、放射治療、化學治療各有其必要性～

口腔癌以手術為主，包括口腔腫瘤切除及局部頸部淋巴腺廓清術，當頸部的淋巴腺術後化驗出被癌細胞侵犯時，通常需追加術後放射治療。此外，術後原發腫瘤癌細胞切除的安全範圍，經化驗後比術中預期來的小很多，或癌細胞分化度較差，侵犯深度很深，如侵犯骨頭、皮膚、神經、淋巴管、血管等也是考慮追加放射治療的因素。倘若淋巴腺有兩顆（含）以上被癌細胞侵犯、或對側淋巴腺轉移、或淋巴腺被癌細胞侵犯且穿破其包膜時，因其復發機會相當高，故建議於放射治療時同時合併化學治療，以提高局部及頸部控制率。放射治療通常建議在術後約 6 週內開始，但仍須考慮傷口癒合情況。若經建議須接受術後輔助治療但未接受者，其治癒率相較於有接受輔助治療者，則

有明顯差異。但對於口咽癌、下咽癌或喉癌來說，基於保留咽喉部的考量，以放射治療及化學治療為主，若無法完全根除，再輔以手術治療。目前本院之放射治療與化學治療大部份在門診治療，因此病患需考慮治療的便利性，建議就近租房子或借住北部親友家，並不鼓勵長途通車接受治療。

～手術的成功率與治癒率（survival rate）～

手術成功率之定義事實上很模糊，就患者而言，一般是指手術的危險性。以口腔癌為例，大部份病人在術中切除腫瘤後的傷口需立即以自由皮瓣修補，自由皮瓣本身是血管顯微手術，由整型外科醫師執行，手術時間有時需長達10小時以上，即使如此，以本院經驗，術中死亡率少於百分之一，其實大部份可能產生的危險是來自術後一個月內發生的心臟、肺部、呼吸道、胃部、腦部等併發症，或是傷口感染、出血、敗血症等。以年齡來說，65歲以上的患者手術危險性（含術後一個月內）較65歲以下多百分之十。肝硬化病患、心臟病患、糖尿病患、腎臟病患者等均較一般人危險度高。

以治癒率來說，本院口腔癌治療經驗，第一、二期以手術治療為主的五年治癒率約百分之80~90，第三期百分之70~80，第四期則降為百分之40~60，但治癒率因所患部位不同或特定危險因子而有所不同，例如：同為第四期的舌癌，其治癒率較頰癌來的低。

～手術的治療流程～

頭頸部腫瘤的手術範圍主要涉及上呼吸道、顏面及頸部等，通常在術後會因考慮口腔內皮瓣或傷口而須暫時放置鼻胃管餵食；部份有危及呼吸道安全之顧慮者，須暫時作氣管切開術，也因而暫時不能講話；通常有1至2條的引

流管引流顏面部及頸部傷口的分泌物；因手術時間較長通常需暫時放置導尿管。手術中切除腫瘤後之缺損部份如需整形外科醫師立即以自由皮瓣修補，則術後需住進整形外科加護病房（顯微手術觀察室）觀察皮瓣約 5 至 7 天再轉回普通病房。自由皮瓣修補的成功率非百分之百，依本院經驗約達百分之 95，因此必需在加護病房由整形外科密切照護。術後種種的管子約在 7~14 天內拔除，但如病情有所需要，病友出院時仍有可能須帶著鼻胃管及氣切管在家自行護理。第一次完成的自由皮瓣因考慮日後的功能及美觀，通常外觀上會明顯較大，所以有時須由整型外科醫師作第二或第三次整形處理(屬於小整形手術，大部分不用住進加護病房)，時機約在術後 6-12 個月之後，如需接受放射治療，則在放射治療結束後 6-12 個月之後。

～住院天數與傷口感染～

頭頸部惡性腫瘤需手術者，住院天數通常在兩週至兩個月之間。以口腔癌為例，術後修補之皮瓣通常是浸泡在口水內，容易造成感染或因口內傷口感染引起頸部傷口感染等，通常傷口感染率在百分之二十左右。另外有些病友有肝硬化、糖尿等都是不利傷口癒合的因素，而對於年長者，則易有心肺功能不佳等情況等，這些都與住院天數息息相關。

～治療的後遺症～

頭頸部惡性腫瘤治療的目的是把腫瘤根除，但相對的也有所謂治療後之後遺症，不論是手術、放射治療或化學治療皆有其後遺症。許多口腔癌的病人在術前已有嘴巴張不開的情況（或因為口腔黏膜纖維化，或因為腫瘤的關係），

多數患者期望術後嘴巴可以張的更開，事實上口腔癌手術是一項破壞性的手術，完整的切除腫瘤(根除性手術，radical surgery)須包括切除腫瘤周圍 1 至 2 公分的正常組織，因此手術的主要目的是把腫瘤切除乾淨，術後張嘴的程度頂多是和術前相同，但是在一般情況下是更張不開。治療的後遺症與所切除的口腔相關位置及範圍息息相關，以最常見的口腔之舌癌及頰癌來說，切除部份舌頭後雖有皮瓣修補，但舌頭的靈活度及講話吞嚥功能皆受影響。切除部份頰黏膜或牙床、牙齒等雖有皮瓣修補，仍會影響食物的咀嚼及口內的感覺。切除嘴角後，雖有皮瓣修補，但仍會影響外觀及容易造成食物、口水自嘴角滲漏。切除顏面部皮膚，雖有皮瓣修補，但仍會造成顏面醜形。切除懸雍垂，雖有皮瓣修補，但食物仍容易跑至鼻腔。切除後的牙床、牙齒如範圍較大，在日後如能重新作回假牙(約術後 2 年)，通常需包括植牙，整付假牙處理下來所費不貲。以上列舉的副作用，飲食的不便、講話不清晰、外觀的醜形、傷口處的麻木酸痛，或肩膀手舉困難(頸部淋巴腺切除術或放射治療引起)等，都可能造成工作及日常生活的不便，或影響工作機會。部份的後遺症可經由復健或整形美容獲得改善，部份則不可能恢復。另須作全舌切除術的病友，其鼻胃管及氣切管則有可能長期無法拿掉。

～勞工農民失能診斷書與身心障礙鑑定表(殘障手冊)～

頭頸癌病患在治療後如有一定程度的後遺症，可以申請失能診斷書與身心障礙鑑定表，申請診斷書與鑑定表一般需經過語言治療師的相關語言吞嚥檢查。以口腔癌術後病患為例，語言吞嚥的鑑定檢查通常是在術後半年，而顏面外觀的鑑定依勞農保規定是在術後壹年。

～治療後的口腔照顧～

不論術前是否有蛀牙或牙周病，頭頸部惡性腫瘤治療後，病患的口腔照顧會因嘴巴打不開而變的更困難，以致於口臭、牙痛、牙齦出血等毛病會一直伴隨並困擾著患者。以積極的態度來照顧口腔才能使問題降到最低，例如三餐飯後及睡前的刷牙和漱口，一定不能省略。因手術或放射治療常導致口腔粘膜炎和潰瘍，為預防刺激，刷牙時請儘量使用兒童用的小牙刷，牙膏也應選擇不含有薄荷等刺激性物質或顆粒粗糙的，如牙粉與一些標示清涼為主的牙膏儘量不要使用，患者可以選擇使用鹼性牙膏。每餐後的漱口可以清水或鹽水為主，不一定要用市售之漱口藥水，若要使用也以不含酒精的為佳。學習使用牙線，方能將深藏在牙齦囊袋中的污垢清除，每天至少睡前一次，以減少牙周病與齒根蛀牙的危險。若是張口太小而不便使用牙刷的患者，可以考慮使用沖牙機來沖洗口內與牙縫。若戴有活動假牙，則最好每餐飯後都能清洗，不方便時應至少每天拿出來清洗一次。口腔粘膜與牙齦的局部發炎和潰瘍，最好是以棉棒沾優碘水劑塗擦之後，再塗抹口內膏。定期的牙科檢查與牙齒塗氟處理，不但可減少牙齒齲蛀和牙痛的發生，也可以降低口腔粘膜受刺激與發生口腔內黴菌感染的機會。一旦有長時間不癒合的口腔粘膜傷口或潰瘍，就應隨時回診檢查。

～復健～

頭頸癌治療無論是手術或者放射線、化學治療，治療後可能會影響生理功能，如手腳無力、關節僵硬變形、口腔功能不佳、局部組織纖維化或水腫、肩部不適、頸部僵硬等問題，所以需依照不同階段配合進行復健運動。「口腔功能

復健」主要針對嘴巴開合、臉部肌肉、舌頭的動作。「肩膀運動」主要針對接受過頸部淋巴結廓清手術及放射線治療的患者，大多數會有肩膀痠痛、無力、抬不高的問題，需要復健治療專業人員，針對患者問題，提供儀器、設計個別化的運動計劃，以達到止痛、增強肩膀關節活動度及肌耐力的目的。除了到達疾病控制外，也要保有良好的功能，所以復健治療是很重要的一門課題。於重建手術後，整形外科復健治療中心人員會主動協助安排復健運動計劃，但是正確的復健運動是以不讓組織受傷為原則，若是傷口癒合不佳或是放射治療中已經產生組織發炎時，都應暫停過度的組織拉扯動作，以免造成皮瓣傷口裂開感染，或是正在發炎的皮膚、黏膜裂傷而造成往後更嚴重的纖維化。一旦皮瓣傷口癒合完全、或是放射線之急性副作用漸漸消退(大約放療結束一個月後)，則應把握黃金時間，儘早的復健運動並且持之以恆，將有助於提升較好的生活品質。

～頭頸部惡性腫瘤治療後應追蹤多久～

以口腔癌為例，治療後復發的病人中，百分之八十的復發發生在一年內，百分之九十發生在二年內，因此建議根據病情嚴重度來定期追蹤，如能早期找出復發病灶，可以較有效進行救援治療。治療後第一年應每 1 至 3 個月追蹤一次，第二年 2 至 4 個月追蹤一次，第三年至第五年 4 至 6 個月追蹤一次，第五年後 6 至 12 個月追蹤一次。追蹤的時程及檢查主要是依照腫瘤分期及腫瘤危險因子，將會由您的主治醫師來為您安排。大部份的頭頸部惡性腫瘤仍無法經由驗血得知是否有復發傾向，因此建議病患即使剛回診不久，如有出現異樣，仍應隨時回診，而不應拖延至下次約診時間，以免延誤病情。如需提早就診，可當日至您的主治醫師門診為您加診。大部分的頭頸癌病友因為

過去曾暴露於菸、酒、檳榔、或其它致癌因子，以致於可能有其它新生腫瘤的風險，以口腔癌為例，新腫瘤的發生率約每年百分之三的機率，所以除了追蹤是否復發或遠端轉移情形外，嚴密監測是否產生新的第二個、第三個腫瘤，也是我們持續追蹤的重點。

～頭頸部惡性腫瘤治療後的生活～

完成療程後，除須戒除不良的生活習慣外，儘可能的維持正常的生活作息。充足的睡眠、營養，在體力能負荷的情況下保有適度的運動(但應避免過度劇烈運動)，以及保有良好的親密關係(包括：性生活)都有助於您的恢復。切勿封閉自己，在家人或朋友面前沒有信心，不願跨出自己的心門與人互動。志工及病友團體是專門為癌症患者成立的，可藉由參與支持團體或病友會，增加與人之間的互動來改善社交生活。

～頭頸癌病友的心理調適～

恐懼、不安、沮喪、震驚、無法置信，幾乎是每個癌症患者甚至是家屬都會經驗到的情緒，其實這樣的情緒反應是正常的。然而研究顯示，過度的情緒壓力會影響內分泌以及免疫系統，進而影響到治療預後，以下提供一些調適方式：

- 1.對病情以及後續治療，應積極與醫療團隊溝通，主動尋求答案，請不要自己瞎猜，也勿輕信偏方而延誤病情。
- 2.讓家人陪同就診，做醫療決定時，才有人可以商量，並且得到親友的支持。
- 3.與親友分享心情，不要羞於表達憂鬱或無望、無助感，讓別人有關心支持的

機會。

- 4.家人朋友的鼓勵，不一定要與患者說很多話，但可以適時地輕撫背部、拍拍肩膀、眼神的接觸等肢體語言動作，讓患者感受到關心。
- 5.找到放鬆的方法，比如可以聽音樂、閱讀等等。體力許可的範圍，做一些輕鬆的運動。
- 6.盡量維持正常的生活作息，做一些身體可以負擔的家事，讓生病後改變的生活，重新由自己掌握。
- 7.身體因治療而改變的部分，可藉由一些小技巧輔助，讓自己看起來更有精神、更有自信。
- 8.可參加病友團體(心靈關懷講座、陽光基金會等)，與社工或過來人談談，適當享有福利諮詢及相關人員的支持與鼓勵：
 - ◆ 每週二、五會有病友志工訪視關懷，分享治療經驗，相互鼓勵。
 - ◆ 社服課定期舉辦心靈關懷講座，邀請腫瘤身心科醫師分享壓力的調適與紓解方式。
 - ◆ 協助轉介陽光基金會，評估給予相關資源，例如：營養品補助、心理支持及輔導、生理復健服務等。地點：復健大樓 12 樓頭頸部腫瘤協談室，時間：每週二下午 13：30。
- 9.極度焦慮憂鬱時，請尋求心理衛生專業人員協助。腫瘤身心門診地點：病理大樓 5 樓，時間：每週四下午 13：30。
10. 營養諮詢門診地點：病理大樓 5 樓，質子大樓 1 樓。
11. 若您有任何關於本身醫療照護的問題，請聯絡您的個案管理師。

～家庭、朋友、親戚、病友、社工等支援的重要性～

醫師、護理師、個管師、營養師等頭頸癌治療團隊人員僅能提供在院期間的照顧，往後照護的日子很長，病患絕對需要他(她)人的扶持，因此家庭支援、親友支援、其他病友支援及社工人員的支援顯得很重要。若沒有這些支援可能會改變整個療程，如影響病人心理、免疫系統或可能間接提高復發機會。期待我們都能盡一己之力以寬容、大愛的心給予病患適度的關懷及祝福。

備註：

1. 此份手冊引用之資料為林口長庚醫院的臨床經驗，並已有許多相關英文文獻發表，但並不代表其他醫療院所之治療經驗。如欲參考臺灣口腔癌存活率相關文獻可至 Pubmed 網站輸入 oral cavity cancer and survival and Taiwan 查詢。
2. 各個病患之病況及實際治療過程均有所不同，請以您的主治醫師所解釋的病情為依據。您的主治醫師屬於林口長庚醫院頭頸癌團隊，而每位病患的治療會經過頭頸癌團隊會議討論。

林口長庚醫院口腔鱗狀細胞癌治療時程表

切片*	手術*	放療/放化療*
切片日至手術: 20 天	頸部淋巴廓清術: 93% (雙側, 14%)	放療: 29%
林口長庚: 15 天 (68% 病患)	上顎或下顎骨切除: 55%	-- 6000 cGy
其他院所: 25 天 (32% 病患)	皮膚切除: 33%	放化療: 22%
	鼻胃管: >95%	-- 6600 cGy
術前評估(住院)至手術: 5-7 天	氣管切開術: 48%	(200cGy/天)
	自由皮瓣重建: 84%	
	手術至顯微手術加護病房: 5-7 天	
	手術至移除氣切管: 8-12 天	
	手術至移除鼻胃管: 10-14 天	
	手術至放療/放化療, 6 週內(含 6 週): >90%	

*時程表上之數據為大多數病患之統計

術後追蹤 (依據病患病情與疾病嚴重度而定):

放療/放化療: 每 1-2 週一次

第 1 年: 1-3 個月一次

第 2 年: 2-4 個月一次

第 3-5 年: 4-6 個月一次

第 6 年起: 6-12 個月一次