

口腔癌

汐止國泰醫院耳鼻喉科/王文弘醫師

✧ 簡介

口腔癌包括上、下唇部、頰部、腭部、舌部、齒齦部、口底部、口咽及下咽部的異常腫塊，或久不癒合的潰瘍；很容易從口腔或頸部的區域，自己觀察或觸摸得到。而其中抽菸、飲酒、嚼檳榔是口腔癌的主要危險因子，三種習慣都有的人，得到口腔癌的機率是一般人的 123 倍。2017 年，國家衛生院的研究中就發現，習慣喝酒的人，得到口腔癌的機率會增加 3.8 倍。世界癌症研究基金會報告也表示，40%以上的口腔癌與酒精有關，抽菸則是 40 歲以下人群罹患口腔癌的禍首。

✧ 流行病學

根據衛福部統計國人十大死因「惡性腫瘤 (癌症)」已經蟬聯 38 年排名第一名，以 2018 癌症死亡人數 48,784 人比照 2017 癌症死亡人數 48,037 人，有增加的趨勢。依據衛生福利部 106 年死因統計，發現口腔癌 (含口腔、口咽和下咽癌) 死亡人數是國人十大癌症的第 5 名。依據衛生福利部國民健康署分析 105 年癌登資料發現，男性勞工階層口腔癌發生年齡為 51 歲，較國人男性其他癌症年輕 4 歲，口腔癌死亡年齡 52 歲，也少於男性其他癌症的 58 歲。根據資料分析顯示，口腔癌經由篩檢發現的個案以早期的病例為主，佔口腔癌的 34.5% (若含癌前病變則為 74.1%)；而早期癌症個案的 5 年存活率口腔癌可達 76.7 ~ 77.4%，存活率明顯高於晚期個案。癌前病變更是可以經由簡單治療，進而預防癌症發生。

◇ 臨床症狀

口腔癌的可能症狀可參考預防口腔癌 5 字訣—破、斑、硬、麻、腫，提供民眾做為預防口腔癌的自我檢查參考。

- 破—在同一部位持續兩星期以上未癒合的口腔潰瘍、嘴破。
- 斑—口腔癌癌前病變，指口腔內出現不明的白斑、紅斑或突起物。
- 硬—口腔內或頭頸部有持續性之腫塊，觸摸時不一定會疼痛，口腔內腫塊偶有伴隨不明原因出血情形。
- 麻—感覺異常，如舌或唇麻木感，說話、吞嚥、咀嚼感覺麻木。
- 腫—因腫瘤而臉型腫脹，或頭頸部左右兩邊不對稱。

若發現有上述任何異常，或有持續性之張口困難、舌頭活動困難、聲音改變、耳朵疼痛（轉移痛）等情形，也應盡速就醫檢查，早期診斷、及早治療。

◇ 診斷方法

目前衛福部推廣每兩年的免費口腔癌篩檢，30 歲以上有嚼檳榔或吸菸民眾，或 18 歲以上有嚼檳榔的原住民，是可以多加利用。目視是最重要的檢查方法，觸診也是常用檢查方式之一，另外染色螢光劑檢查也可使用。病理切片檢查則是最重要的依據，細胞抹片檢查較少使用。電腦斷層、核磁共振用於檢查腫瘤位置、大小及深部，及是否有頸部轉移。

◇ 依細胞型態可分為：

1. 鱗狀細胞癌
2. 疣狀上皮細胞癌

3. 唾液腺癌
4. 淋巴上皮癌
5. 粘膜惡性黑色素瘤
6. 其他惡性腫瘤

◇ 依發生部位可分為：

1. 唇癌
2. 頰癌
3. 舌癌
4. 齒齦癌
5. 腭部癌
6. 口底癌
7. 咽喉癌

◇ 轉移常見部位

- 近處頸部淋巴轉移：顎下區、頰下區、上頸部、中頸部、下頸部、後頸部、鎖骨下區。
- 遠處轉移：肺、骨骼、肝。

◇ 分期

第一期：癌部最大半徑小於或等於二公分，且無淋巴或遠處轉移者。

第二期：癌部最大半徑介二至四公分且無淋巴或遠處移者。

第三期：癌部最大半徑超過四公分或已有淋巴轉移小於三公分者。

第四期：癌症侵犯附近組織或淋巴轉移大於三公分者或已有遠處轉移者。

◇ 治療

口腔癌治療可分腫瘤手術切除、頸部淋巴廓清除，化學治療、放射治療、標靶治療、化學放射同時治療。一般以手術為主，化學治療、放射治療為輔。

本院為台灣口腔顎面外科醫學會之專科醫師訓練醫院，素來既有優良的傳統歷史，對於口腔癌的手術，有不錯的治療經驗。目前本團隊在病人照護上的發展重點之一，是標準化術前與術後照護，加強術前的衛教活動與術後訪視；術後則藉標準流程的建立，監測並提升品質，統一人員的共識與教育，使本團隊的發展，可長可久。

◇ 術後重建

由於國內檳榔文化的因素，口腔癌的排名持續上升。早期發現的口腔癌若病灶比較小，經口腔顎面外科或耳鼻喉科醫師的廣泛性切除後，有的可以直接縫合。

但是國人大多數發現口腔癌時都已經是後期，而需要更廣泛的切除。這些癌症手術後造成的頭頸部組織缺損，往往無法直接縫合或縫合會造成口腔功能的障礙。此時就需要整形外科進行重建手術。

重建的目標包括：恢復吞嚥功能，恢復清晰的發音，避免口水滲漏，避免形成唾液瘻管。此外重建可使成為可接受的外觀，病人能再度走入社會。重建的方式依部位、缺損組織量及復發次數，有所不同。簡介常用的方法如下：

1. 植皮：

對於少數較小的病灶，可以取得大腿內、外側或身體其他部位的薄層皮膚移植。植皮雖然手術簡易，但是卻可能因為植皮區日後的攣

縮，造成嘴巴張開的限制。

2. 局部皮瓣：

頭頸部因為構造的關係，比較缺乏近端皮瓣可用。其中可使用局部的舌頭皮瓣來重建較小的口腔內缺損，卻可能會影響語言及吞嚥的功能減損。在皮膚鬆弛的老年人也可以使用鼻唇皮瓣。遠端皮瓣的選擇就比較多，而且可以覆蓋大面積的缺損。

包括：

- (1)前額皮瓣
- (2)頸部皮瓣
- (3)三角肌胸肌皮瓣
- (4)胸大肌肌皮瓣
- (5)斜方肌肌皮瓣
- (6)闊背肌肌皮瓣
- (7)頸闊肌肌皮瓣
- (8)胸鎖乳突肌肌皮瓣等。

如果伴隨有骨頭缺損時，斜方肌肌皮瓣可合併肩胛骨脊，闊背肌肌皮瓣可合併肋骨，胸大肌肌皮瓣可合併肋骨或胸骨，胸鎖乳突肌肌皮瓣可合併鎖骨來重建。

3. 游離皮瓣：

近年來顯微手術的進步，大大提升了顯微游離皮瓣的成功率。游離皮瓣也因為可以提供足夠的各種組織，更好的血液循環，取代上述的方法而成為口腔癌重建的首選。游離皮瓣的供皮區十分多元，可以合併皮膚、肌肉、骨頭和肌腱同時重建。現在最常為醫師使用的為前外側大腿皮瓣、腓骨皮瓣、橈前臂皮瓣等。

本院為台灣整形外科醫學會之專科醫師訓練醫院，也是國內斷指

再植 (replantation) 的先驅主要醫院，素來即有優良的顯微手術歷史。自 1997 年起即進行游離枝皮瓣 (perforator flaps) 的重建手術，由捐皮區造成很多額外問題的前臂皮瓣，改良至以前外側大腿皮瓣 (anterolateral thigh flap, 近年來已統一簡稱為 ALT flap) 重建為主，大約 2005 年後，由大腿取顯微皮瓣幾乎完全取代前臂的傳統來源。不僅減少併發症與術後恢復的時間，也因為大腿充分的供應區，使更複雜的大型重建手術變得更沒有壓力，例如二十至三十公分缺損的重建。因應口腔外科、牙科病例的增加，本院在使用來自小腿的腓骨游離皮瓣 (fibular flaps) 重建上、下顎骨缺損，恢復咬合功能的經驗亦快速進展。

另外配合病人隱藏傷口的需求，以特殊區域的組織進行小型腫瘤傷口的重建，例如發展腹股溝、上臂、及可直接縫合的前臂皮瓣等。在小腿發展側小腿 (lateral leg flap) 的新型游離枝皮瓣，亦開始學術研究與報告。

晚期口腔癌經過治療與重建後，還是會有癌症復發的情形。而需要多次的切除與重建的手術。隨著復發次數的增加，重建的困難度也越來越高，而可使用的組織也會越來越少。所以預防口腔癌的發生，與早期診斷，早期治療才是上策。

◇ 預後

第一期口腔癌疾病別五年存活率約 84.7%。

第二期口腔癌疾病別五年存活率約 77.9%。

第三期口腔癌疾病別五年存活率約 61.4%。

第四期口腔癌疾病別五年存活率約 51.7%。

◇ 追蹤

治療完成後應密集檢查，第一年每一個月回診一次，第二年二個月回診一次，第三至五年每三~六個月回診一次，第五年以上半年至一年回診一次。

◇ 總結

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。嚼檳榔、抽菸及喝酒者罹患口腔癌之機率較不嚼檳榔、不抽菸且不喝酒者高 123 倍。雖然不是每一個嚼檳榔者都會罹患口腔癌，但戒除嚼檳榔、抽菸、喝酒可以預防大部分口腔癌的發生。當口腔同部位出現 2 周以上無法癒合的口腔潰瘍，或是白斑、紅斑、無痛的口腔潰瘍等癌前病變，應提早就醫檢查。