

口腔癌(含其他頭頸部癌症) 多專科團隊運作模式及實務

呂宜興醫師

馬偕紀念醫院耳鼻喉科資深主治醫師

馬偕紀念醫院癌症中心執行秘書

馬偕紀念醫院IRB執行秘書

馬偕紀念醫院癌症中心頭頸癌小組召集人

教育部定助理教授



97年與96年國人10大癌症發生率比較

發生序位	死亡序位	原發部位	97年			96年		97年與96年發生率增減*
			個案數	標準化發生率	年齡中位數	個案數	標準化發生率	
1	4	女性乳房(4)	8,136	56.1	51	7,502	53.1	5.6
2	3	大腸(1)	11,004	37.6	68	10,511	37.1	1.3
3	1	肝及肝內膽管(2)	10,565	36.8	65	10,110	36.4	1.1
4	2	肺、支氣管及氣管(3)	9,516	32.2	70	9,059	31.6	1.9
5	7	攝護腺	3,603	24.6	75	3,367	23.5	4.7
6	5	口腔、口咽及下咽(5)	5,781	20.1	53	5,458	19.5	3.1
7	6	胃	3,578	11.9	70	3,612	12.5	-4.8
8	9	子宮頸	1,725	11.8	54	1,749	12.2	-3.3
9	21	子宮體	1,424	9.8	53	1,165	8.3	18.1
10	19	皮膚	2,585	8.6	72	2,427	8.4	3.6
		全癌症	79,818	276.5	63	75,769	270.1	2.4

註：1.序位係以標準化發生率（每10萬人口）排序。

2.年齡標準化發生率，係以西元2000年世界標準人口為標準人口計算。

3.97年與96年發生率增減(%)：97年年齡標準化發生率-96年年齡標準化發生率÷96年年齡標準化發生率×100%。



97年與96年男性10大癌症發生率比較

發生序位	死亡序位	原發部位	97年			96年		97年與96年發生率增減*
			個案數	標準化發生率	年齡中位數	個案數	標準化發生率	
1	1	肝及肝內膽管	7,401	52.6	62	7,210	52.8	-0.4
2	3	大腸	6,277	43.9	68	6,040	43.4	1.2
3	2	肺、支氣管及氣管	6,194	42.6	71	5,898	41.6	2.4
4	4	口腔、口咽及下咽	5,349	37.6	52	5,006	36.0	↑ 4.4
5	7	攝護腺	3,603	24.6	75	3,367	23.5	↑ 4.7
6	5	胃	2,303	15.5	72	2,311	16.2	↓ 4.3
7	6	食道	1,849	12.9	57	1,685	12.1	↑ 6.6
8	12	膀胱	1,476	10.3	71	1,457	10.3	0.0
9	18	皮膚	1,380	9.4	71	1,314	9.3	1.1
10	9	鼻咽	1,162	8.3	49	1,167	8.4	-1.2
		全癌症	45,171	317.3	65	43,330	312.1	1.7

註：1.序位係以標準化發生率（每10萬人口）排序。

2.年齡標準化發生率，係以西元2000年世界標準人口為標準人口計算。

3.97年與96年發生率增減（%）： $(97\text{年年齡標準化發生率}-96\text{年年齡標準化發生率})\div 96\text{年年齡標準化發生率}\times 100\%$



97年與96年女性10大癌症發生率比較

發生序位	死亡序位	原發部位	97年			96年		97年與96年發生率增減*
			個案數	標準化發生率	年齡中位數	個案數	標準化發生率	
1	4	女性乳房	8,136	56.1	51	7,502	53.1	↑ 5.6
2	3	大腸	4,727	31.5	68	4,471	31.1	1.3
3	1	肺、支氣管及氣管	3,322	22.3	67	3,161	21.9	1.8
4	2	肝及肝內膽管	3,164	21.6	69	2,900	20.5	5.4
5	6	子宮頸	1,725	11.8	54	1,749	12.2	↓ -3.3
6	21	甲狀腺	1,561	11.4	47	1,407	10.4	↑ 9.6
7	15	子宮體	1,424	9.8	68	1,165	8.3	↑ 18.1
8	5	胃	1,275	8.5	53	1,301	8.9	↓ -4.5
9	20	皮膚	1,205	7.9	73	1,113	7.6	3.9
10	8	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,110	7.8	51	1,047	7.6	2.6
		全癌症	34,647	237.8	59	32,439	229.7	3.5

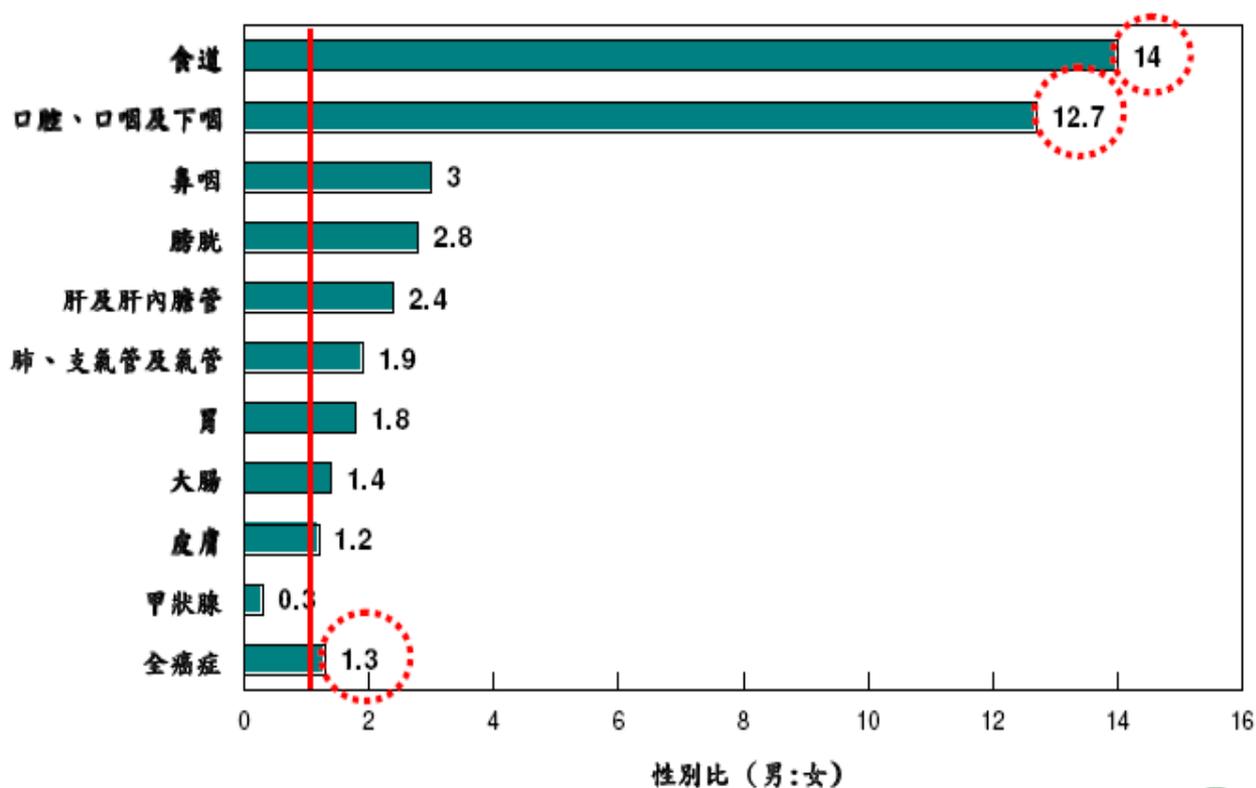
註：1.序位係以標準化發生率（每10萬人口）排序。

2.年齡標準化發生率，係以西元2000年世界標準人口為標準人口計算。

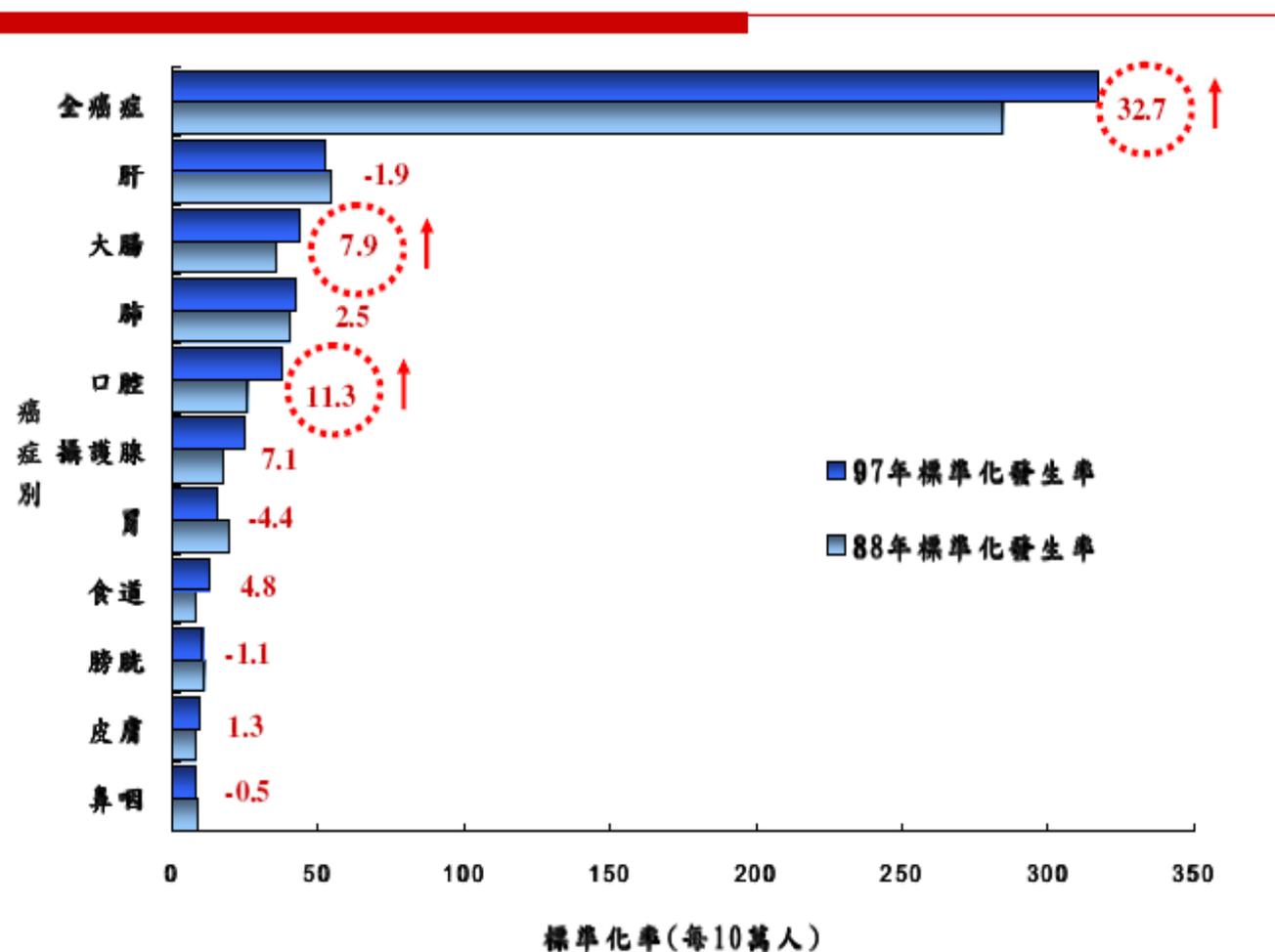
3.97年與96年發生率增減（%）： $97\text{年年齡標準化發生率} - 96\text{年年齡標準化發生率} \div 96\text{年年齡標準化發生率} \times 100\%$



97年國人主要癌症年齡標準化發生率性別比



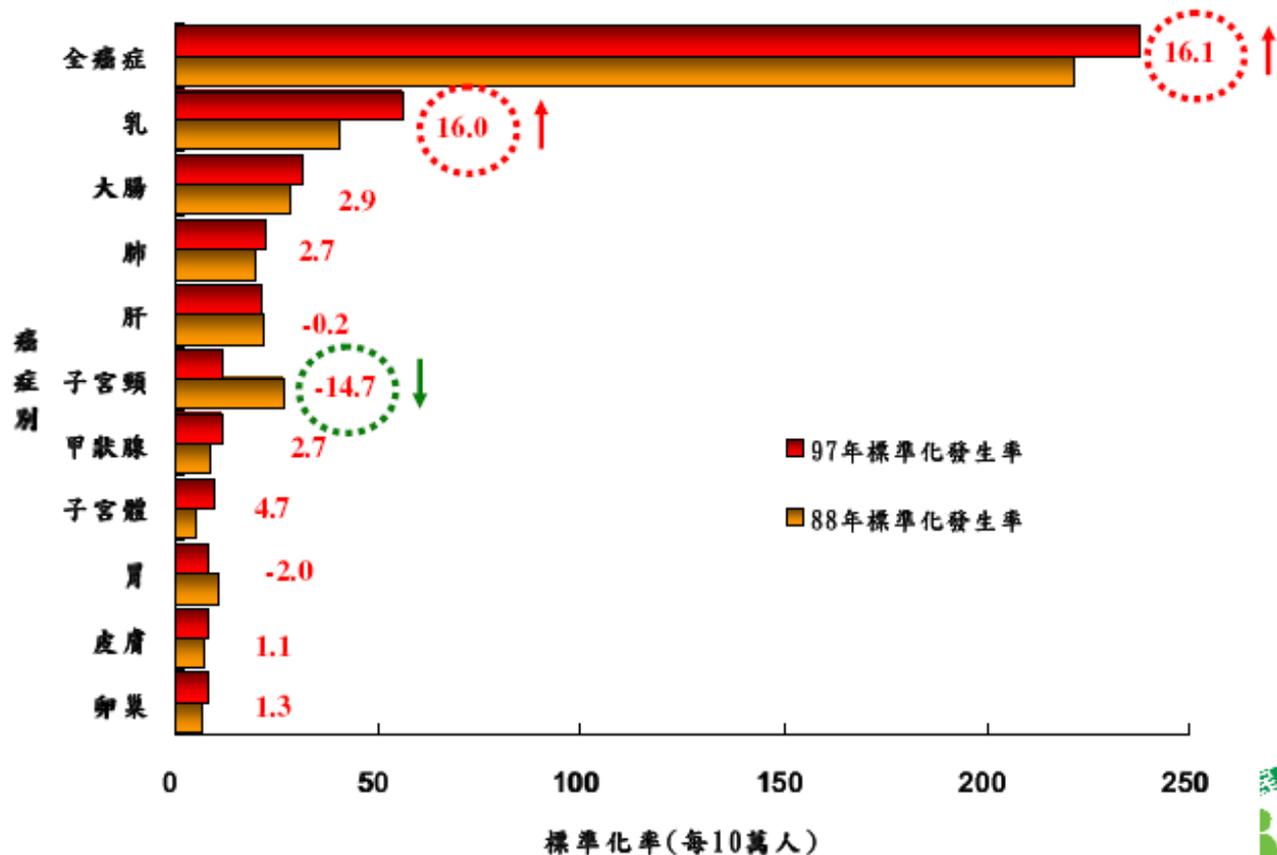
男性10大癌症年齡標準化發生率（民國88年與97年）



註：97年與98年發生率增減數：97年年齡標準化發生率 - 98年年齡標準化發生率



女性10大癌症年齡標準化發生率（民國88年與97年）



註：97年與88年發生率增減數：97年年齡標準化發生率 - 88年年齡標準化發生率



癌症發生死亡比

整體		男性		女性	
癌症別	發生死亡比	癌症別	發生死亡比	癌症別	發生死亡比
女性乳房	5.3	肝	1.3	女性乳房	5.3
大腸	2.6	大腸	2.5	大腸	2.6
肝	1.4	肺	1.2	肺	1.3
肺	1.2	口腔	2.6	肝	1.5
攝護腺	4.0	攝護腺	4.0	子宮頸	2.4
口腔	2.6	胃	1.5	甲狀腺	17.2
胃	1.6	食道	1.4	子宮體	8.6
子宮頸	2.4	膀胱	3.1	胃	1.6
子宮體	8.6	皮膚	11.4	皮膚	12.1
皮膚	11.7	鼻咽	2.0	卵巢	2.7
全癌症	2.1	全癌症	1.8	全癌症	2.5

註：

發生死亡比公式：97年發生人數 ÷ 97年死亡人數。



癌症發生率

- 以癌症發生人數而言，96年發生人數最高依序為大腸癌(10,511人)，肝癌(10,110人)、肺癌(9,059人)、女性乳癌(7,502人)與口腔癌(5,458人)，此5種癌症佔所有癌症數的56%。
- 所有癌症發生年齡中位數為63歲，其中小於55歲的癌症分別為乳癌(51歲)、口腔癌(52歲)、子宮體癌(53歲)與子宮頸癌(54歲)

歷年男性口腔癌死亡率排名

Year	Mortality (Case Number)	Rank
1991	5.0 (494)	7
1992	5.5 (527)	6
1993	6.1 (631)	5
1994	6.3 (689)	5
1995	7.6 (830)	5
1996	8.5 (941)	5
1997	9.4 (1,041)	5
1998	9.6 (1,076)	5
1999	10.5(1,186)	5
2000	12.1(1,375)	5
2001	12.6(1,436)	5
2002	13.1(1,501)	5
2003	15.0(1,723)	4
2004	15.0(1,838)	4

Crude mortality rate (/10⁵)

25-44 yr

1
1

- 比較87與96年癌症標準化發生率增減情形，男、女性所有癌症標準化發生率增加分別為每10萬人口43.8人與19人，
- 男性增加最多的癌症為口腔癌（每10萬人口增加13.1人）、食道癌(每10萬人口增加9.3人)；下降之癌症為胃癌、鼻咽癌與膀胱癌；
- 女性增加最多的癌症則為乳癌（每10萬人口增加18.8人）；下降人數最多的癌症為子宮頸癌，每10萬人口下降15.3人



頭頸癌(口腔癌為多)患者的特性

- 男性佔絕大多數
- 年齡較輕, 中壯年 (40-60 y/o)
- 可能是家庭中經濟支柱
- 多屬於社會階層中低收入者(鼻咽癌除外)



口腔癌

- 口腔癌定義上包括：
 - 舌癌(44.9%)
 - 頰癌(23.5%)
 - 硬顎癌(17.1%)
 - 齒齦癌(8.1%)
 - 舌根部癌， 口腔底部癌
- 國健局定義：口腔及咽癌(140, 141, 143-146, 148, 149)加上口咽癌(軟顎癌, 扁桃癌)及 下咽癌

- 口腔癌之起因和吸煙, 喝酒, 吃檳榔有關
- 美國WHO認為嚼食檳榔罹患口腔癌機會增加四倍但是同時吸煙喝酒則增加至25倍
- 高雄大學公衛系研究:

喝酒加上吸煙但不吃檳榔罹患口腔癌機會增加22倍 ; 有嚼食檳榔習慣罹患口腔癌機會卻增加28倍

但同時喝酒則增加至54倍

但同時吸煙則增加至89倍

同時吸煙喝酒加上吃檳榔更暴增至123倍



- 檳榔致癌的機轉，目前並不完全明瞭，
最大元兇是檳榔素
在口腔環境中因硝化作用產生亞硝銨
(nitrosamine)而且長期咀嚼，纖維質會
引起口腔黏膜變化，成為前期癌病灶
- 石灰中和鹼性的唾液，使得檳榔素的多
酚類快速氧化，成為過氧化氫或超氧陰
離子，形成大量的自由基，破壞正常細胞
- 荖花含有黃樟素

- 口腔癌症狀：
 - 1) 舌部, 頰部, 口腔各部位發現腫瘤2-4週
或潰瘍經過4週無法癒合
 - 2) 頸部不明腫瘤, 無痛
- 口腔癌患者九成是男性, 平均50-70歲
- 治療後, 五年存活率約五成
頰癌, 口腔底部癌, 最高約七成
其餘預後不佳, 約三-四成

- 口腔癌治療方式

- 1) 手術: 主要方法

- 2) 放射治療: 輔助作用, 尤其是對於臨床分期第3.4期的患者, 有減少復發的功能

- 3) 化學治療: 輔助效用及治療遠處轉移, 無法單獨使用



2004~2006年口腔癌病人整體存活分析

AJCC期別	病人數	死亡數	存活數	存活率%
IS	4	0	4	100.00
I	97	16	81	83.51
II	70	15	55	78.57
III	53	21	32	60.38
IVA	170	79	91	53.53
IVB	35	27	8	22.86
IVC	13	10	3	23.08
總人數	442	168	274	61.99

馬偕醫院癌症中心

頭頸部癌症小組

- 放射腫瘤科：陳裕仁、陳虹汶 醫師
- 血液腫瘤科：張義芳、蘇迺文 醫師
- 口腔外科：劉崇基、鄭介原 醫師
- 耳鼻喉科：呂宜興、李振川 醫師
- 整形外科：蕭弘道、張世幸 醫師
- 放射科：黃榮貴、鄭碩仁 醫師
- 病理科：陳冀寬 醫師

頭頸癌手術後遺症

- 外觀：破相, 害怕走入人群
- 呼吸：氣管切開管
- 進食：吞嚥困難, 鼻胃管,
- 語言：說不清楚
- 與社會脫節
- 口乾, 皮膚

Stage of swallowing

- Oral preparatory stage

 - 頭頸癌患者重點

- Oral stage

 - 頭頸癌患者及中風重點

 - Duration < 1-1.5 sec

- Pharyngeal stage

 - 電療後患者重點

 - Pharyngeal transit < 1 sec

- Esophageal phase

 - 10-20 sec



多專科團隊經驗

- 多專科團隊的組成
- 利用院際討論會



- **3.1 癌症防治醫療機構應由多專科醫療團隊針對不同癌症訂定診療指引，並依據實證醫學原則定期改版並紀錄。**
- **1. 六大癌（乳癌、子宮頸癌、大腸直腸癌、肝癌、口腔癌和肺癌）之癌症診療指引。**
- **2. 診療指引制定過程、修訂機制及改版修訂記錄，或相關佐證資料。**



注意事項

- 請記得定期改版
- 參考版本
- NCCN guideline



- **3.2**癌症防治醫療機構應提供癌症病人專屬治療規劃（計畫）書。
- **C**：不符合**B**項。
- **B**：機構已制訂癌症治療計畫書格式，內含基本必要項目，且抽查之病歷
- 中半數（即**50%**）以上之計畫書均至少填載基本必要項目。
- **A**：符合**B**項，並能即時反映治療計畫動態（治療改變、特殊考量...），所抽查病歷中至少**1/3**之治療計畫書經多專科團隊確認，且治療是依計畫書執行。



填寫治療團隊的各科意見

李財旺 34232296 版本：2007/10/16 14:09 - [癌症治療計畫表---34232296 2007.10.23 08:32:00]

病歷查詢 病摘 SOAP 患者概況 檢驗/檢查 X光 手術 治療 提出會診 處置 TPN 化療 過敏/ADR 工具 其他 問題反應 說明

李財旺(台北) 34232296 男 42歲 (7W) 0711C 0kg

癌症治療計畫表

修改 病歷號碼：34232296 姓名：李財旺 身分證號碼：A122733465
出生日期：1965/08/30 性別：男 診斷醫師：4640 呂宜興

ICD9：1419 舌部、未明示者惡性腫瘤

臨床T：T2 臨床N：N1 臨床M：M0 臨床期別組合：Stage III
病理T：T2 病理N：N1 病理M：M0 病理期別組合：Stage III

病理GRADE：AJCC版本：第六版

團隊會議： 是 否 團隊會議時間：2007/10/26 其他分期法：0:無

癌症既往史：Nil 共病 comorbidity 及重要影響預後因子：Nil

手術治療 | 放射治療 | 化學治療 | 全身性治療 | 局部性治療 | 緩和照護 | 中斷

手術治療

2007/11/02 20:34:52

預定手術日期：2007/10/24 執行醫師：4640 呂宜興 事前討論： 是

手術計劃：composite resection with right RND, midline mandibulotomy

備註：
張義芳醫師 CCRT is indicated
劉士華醫師 for RT planning and CCRT
張源清醫師 for port-A

治療經過

治療日期	治療項目	執行醫師
2007/10/24	1:手術	呂宜興

- **3.4**癌症防治醫療機構應訂定多專科醫療團隊會議召開之適當頻率並確實執行。
- 機構訂定的會議召開頻率，至少兩週一次。
- **C**：不符合**B**項。
- **B**：已訂定多專科醫療團隊會議召開頻率，且召開頻率達原訂之**90%**，並有相關佐證資料。
- **A**：符合**B**項，且核心成員（指科別）出席率皆達**70%**以上。



注意事項

- 六大癌症中，任何一多專科醫療團隊會議召開頻率，且召開頻率未達**90%**，本項評為**C**。
- 且核心成員（指科別）出席率未達**70%**以上，本項評為**B**。
- 解決辦法

- **3.5** 全院性之癌症委員會(或類似單位)，應針對不同癌症別訂定每年平均應提多專科醫療團隊討論之百分比，且「討論個案」中至少應有一半以上之比例著重於問題解決、治療前評估、癌症分期或治療策略。
- **C**：任一癌症別提送多專科醫療團隊討論之百分比未達**10%**。
- **B**：各癌症別提送多專科醫療團隊討論之百分比均達**10%**，且其中屬事前討論者達該癌症別個案總數的**5%**。
- **A**：符合**B**項，並能將事前討論之結果呈現於病歷上。

- 3.6.2經由討論後建立院內常用輔助或新輔助（Neoadjuvant）化學治療處方，並製成文書供相關醫療人員參用。



- 5.2針對六大項癌症(即乳癌、子宮頸癌、大腸直腸癌、肝癌、口腔癌和肺癌)建立核心測量指標監測機制。



多專科團隊經驗

- 多專科團隊的組成
- 利用院際討論會



- **3.1 癌症防治醫療機構應由多專科醫療團隊針對不同癌症訂定診療指引，並依據實證醫學原則定期改版並紀錄。**
- **1. 六大癌（乳癌、子宮頸癌、大腸直腸癌、肝癌、口腔癌和肺癌）之癌症診療指引。**
- **2. 診療指引制定過程、修訂機制及改版修訂記錄，或相關佐證資料。**



注意事項

- 請記得定期改版
- 參考版本
- NCCN guideline



- **3.2**癌症防治醫療機構應提供癌症病人專屬治療規劃（計畫）書。
- **C**：不符合**B**項。
- **B**：機構已制訂癌症治療計畫書格式，內含基本必要項目，且抽查之病歷
- 中半數（即**50%**）以上之計畫書均至少填載基本必要項目。
- **A**：符合**B**項，並能即時反映治療計畫動態（治療改變、特殊考量...），所抽查病歷中至少**1/3**之治療計畫書經多專科團隊確認，且治療是依計畫書執行。



填寫治療團隊的各科意見

李財旺 34232296 版本：2007/10/16 14:09 - [癌症治療計畫表---34232296 2007.10.23 08:32:00]

病歷查詢 病摘 SOAP 患者概況 檢驗/檢查 X光 手術 治療 提出會診 處置 TPN 化療 過敏/ADR 工具 其他 問題反應 說明

李財旺(台北) 34232296 男 42歲 (7W) 0711C 0kg

癌症治療計畫表

修改 病歷號碼：34232296 姓名：李財旺 身分證號碼：A122733465
出生日期：1965/08/30 性別：男 診斷醫師：4640 呂宜興

ICD9：1419 舌部、未明示者惡性腫瘤

臨床T：T2 臨床N：N1 臨床M：M0 臨床期別組合：Stage III
病理T：T2 病理N：N1 病理M：M0 病理期別組合：Stage III

病理GRADE：AJCC版本：第六版

團隊會議： 是 否 團隊會議時間：2007/10/26 其他分期法：0:無

癌症既往史：Nil 共病 comorbidity 及重要影響預後因子：Nil

手術治療 | 放射治療 | 化學治療 | 全身性治療 | 局部性治療 | 緩和照護 | 中斷

手術治療

2007/11/02 20:34:52

預定手術日期：2007/10/24 執行醫師：4640 呂宜興 事前討論： 是

手術計劃：composite resection with right RND, midline mandibulotomy

備註：
張義芳醫師 CCRT is indicated
劉士華醫師 for RT planning and CCRT
張源清醫師 for port-A

治療經過

治療日期	治療項目	執行醫師
2007/10/24	1:手術	呂宜興

- **3.4**癌症防治醫療機構應訂定多專科醫療團隊會議召開之適當頻率並確實執行。
- 機構訂定的會議召開頻率，至少兩週一次。
- **C**：不符合**B**項。
- **B**：已訂定多專科醫療團隊會議召開頻率，且召開頻率達原訂之**90%**，並有相關佐證資料。
- **A**：符合**B**項，且核心成員（指科別）出席率皆達**70%**以上。



注意事項

- 六大癌症中，任何一多專科醫療團隊會議召開頻率，且召開頻率未達90%，本項評為C。
- 且核心成員（指科別）出席率未達70%以上，本項評為B。
- 解決辦法

- **3.5** 全院性之癌症委員會(或類似單位)，應針對不同癌症別訂定每年平均應提多專科醫療團隊討論之百分比，且「討論個案」中至少應有一半以上之比例著重於問題解決、治療前評估、癌症分期或治療策略。
- **C**：任一癌症別提送多專科醫療團隊討論之百分比未達**10%**。
- **B**：各癌症別提送多專科醫療團隊討論之百分比均達**10%**，且其中屬事前討論者達該癌症別個案總數的**5%**。
- **A**：符合**B**項，並能將事前討論之結果呈現於病歷上。

- 3.6.2經由討論後建立院內常用輔助或新輔助（Neoadjuvant）化學治療處方，並製成文書供相關醫療人員參用。



- 5.2 針對六大項癌症(即乳癌、子宮頸癌、大腸直腸癌、肝癌、口腔癌和肺癌)建立核心測量指標監測機制。



American Head and Neck Society Clinical Resources

2007 Hayes Martin Lecture: Head and Neck Surgery: Meeting the Needs of the 21st Century -- Jesus Medina, MD

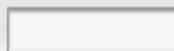
macromedia FLASHPAPER 56% 1 / 89

Hayes Martin Lecture

“Head and Neck Surgery:
Meeting the Needs of the 21st
Century”

Jesus E. Medina, MD, FACS
Professor and Chairman, Department of
Otorhinolaryngology
Paul & Ruth Jonas Chair in Cancer Treatment and
Research
The University of Oklahoma Health Science
Center





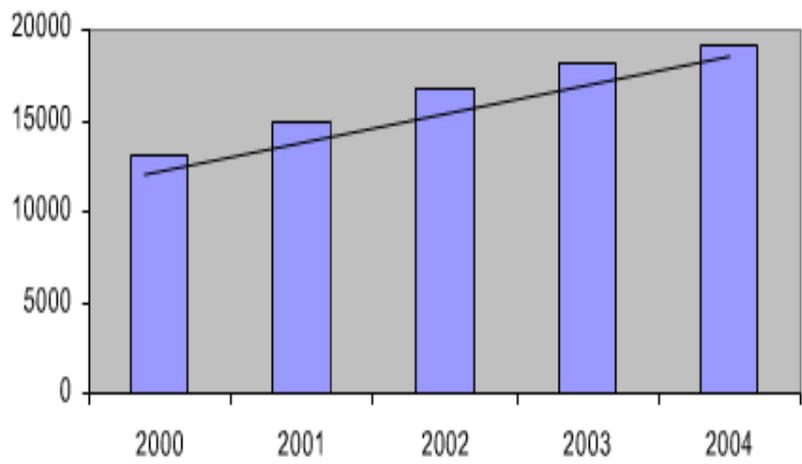
56%



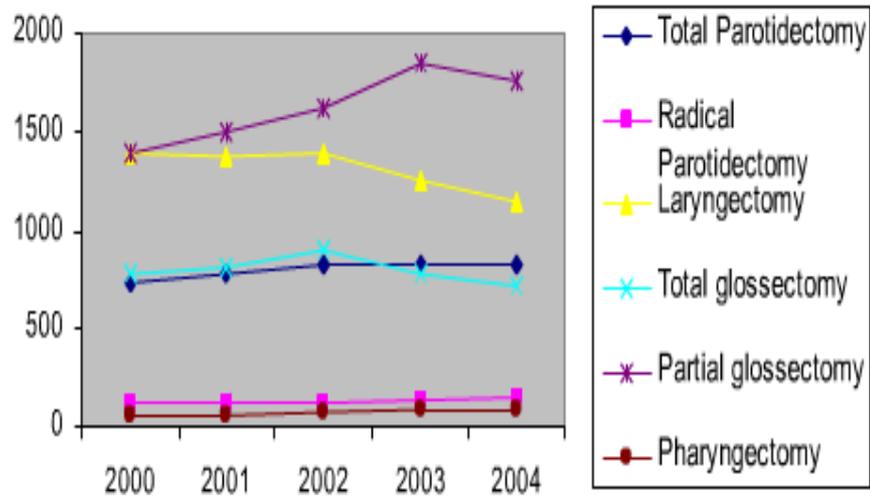
15 / 89

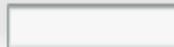


Total Number of Head and Neck Operations



Operations for Head and Neck Cancer





FUTURE EXPECTATIONS

The Latest
Effectiveness

Cancer care concentrated in

...sses the
...rise and
...omes.

Future Head and Neck Cancer Care

- Fewer Head and Neck Surgeons
- Practicing in "Selected Centers"

There will be a shortage of 26,000

Head and Neck Surgeons in the future

Physicians in the USA

macromedia FLASHPAPER

56% 65 / 89

The emphasis on organ preservation in the treatment of head and neck cancer attempts to relegate surgery to a “salvage” role.....

Future management of HNSCC-1

Take home message

- Combined therapy:
- + operation
- + chemotherapy
- + radiotherapy (IMRT or IGRT)
- + targeted therapy
- + immune therapy (HPV or EBV positive)
- + gene therapy



Future management of HNSCC-2

Take home message

- Gene therapy: p53 protein
- EGFR: Erbitux ®, Irresa ®, Tarceva ®...
- Vascular endothelial growth factor (VEGF): Avastin®, Sutent® (VEGF+PDGF),
- Targeted cytotoxic cell therapy: cisplatin-derived drug, Xeloda®(5FU)
- Anti-angiogenesis agents: UFUR®,..

