



現階段口腔癌的預防與治療

曾光毅¹ 曾高智²

前言

自從民國71年開始，惡性腫瘤(癌症)就已經躍居為國人十大死亡原因的首位。根據衛生署99年6月初新公佈的資料顯示：98年度國人的死因統計仍是以癌症位居榜首，死於癌症的總死亡人數為39,917人，佔全國所有死亡人數的28.1%，標準化死亡率為每十萬人口132.5人，其中口腔癌排名第六位，佔全部癌症死亡人數的5.6%，標準化死亡率則為每十萬人口中有9.7人，而且罹病死亡的年齡層有逐漸下降的趨勢。雖然政府一直在推行口腔癌防治的政令宣導，但是目前在台灣嚼食檳榔的人口一直存在有一定比例，尤其是在東部與南部地區，再加上口腔癌篩檢推行不易，且民眾的認知差異與接受度不高，常常對於初期病兆輕忽而延誤了就醫診治的寶貴時機，導致每每病兆擴大時再求診便為時已晚，因此如何加強國人對於口腔癌發生的警覺心，特別是紅唇一族，乃是目前預防口腔癌的重要措施！

1 嘉醫診所院長

2 壠新醫院家庭醫學科主治醫師

關鍵字：Arecolin, Arecaidine

概論

定義

何謂口腔癌？顧名思義就是源發於口腔內惡性腫瘤的總稱，其包括口腔與咽喉部。口腔是個橢圓形的空腔，包含的部位為四周被唇、頰黏膜（唇部與臉頰的內部）、牙齒、上下齒齦、臼齒後三角區、硬顎、舌頭下方的口腔底部以及舌頭的前三分之二；咽喉部則包括舌頭的後三分之一、軟顎、扁桃腺及喉嚨後壁。而口腔癌絕大部分是由黏膜細胞惡化所形成，屬於鱗狀細胞癌，組織學上是由正常的口腔黏膜細胞→上皮增生→上皮變異→原位癌，最後才衍變成具侵犯性的口腔癌，另外也有由唾液腺體惡化所形成的少部分腺癌。

流行病學

根據衛生署歷年來的統計資料：民國92年的男性十大癌症死因中，口腔癌排名第四，每十萬人口死亡數14.98%，死亡人數1,723人；民國94年口腔癌亦排名第四，每十萬人口死亡數16.22%，死亡人數1,874人；民國96年口腔癌仍高居第四，每十萬人口死亡數18.55%



，死亡人數2,152人，直至民國98年，口腔癌仍排名第四位，每十萬人口死亡數18.1%，死亡人數2,103人，上述數據在在顯示口腔癌的發生率與死亡率有逐年增加的趨勢。而一般的研究也發現到口腔癌的好發年齡集中在40~70歲之間，且罹病的個案有年齡層下降的趨勢，發生率以台東縣最高，其中又以彰化縣每年增加的個案數最多。另外依病理學分類有兩種主要類型：絕大部分是鱗狀細胞癌，佔有95%以上，其餘只有少數的5%是腺癌。

致病因

口腔癌的發生主要是口腔內黏膜長期受到外界刺激而產生細胞變性，進而引發癌細胞的產生，其中又以嚼食檳榔、抽菸與喝酒為造成口腔癌最主要的三大危險因子。

1.嚼檳榔

台灣與西方國家在罹患口腔癌的危險因子中最不同的便是嚼食檳榔，罹患口腔癌的個案中約有90%有長期嚼檳榔的習慣。

檳榔俗稱“菁仔”，是檳榔樹的果實，主要成分包括植物鹼、多酚化合物、粗纖維及脂肪等，植物鹼中以檳榔素（Arecoline）與檳榔次鹼（或稱檳榔莛Arecaidine）含量最多，這兩種成分會刺激口水的分泌，且具有發汗與加速呼吸及心跳的作用，目前已被國際癌症研究機構（IARC）認定為第一級的致癌物。另外由於檳榔本身的酸性高且口味不佳，因此

國人在嚼食時多會加上荖花或是荖葉等以加強清涼的作用，然而荖花與荖葉含有黃樟素與丁香油酚，也是被認定為第二級的致癌物。再者，額外添加的鹼性石灰（紅灰或白灰），在長期刺激口腔黏膜下，不僅改變了口腔內的酸鹼度環境，產生硝化作用後形成亞硝胺，並且釋出自由基，進而加速口腔病變的產生。

2.抽菸

許多研究顯示長期抽菸也是引發口腔癌的元兇之一，不管是抽一般的菸或是抽雪茄、抽菸斗，由於所含的尼古丁成份所致，日後發生口腔癌的機率都差不多，另外也有報告指出抽菸斗的人特別容易罹患唇癌。

3.喝酒

由於酒精容易對口腔的黏膜細胞產生慢性刺激而引發細胞病變，進而導致口腔癌的發生，過去的研究顯示：75~80%得口腔癌的患者有喝酒的習慣。而且長期酗酒的個案也可能因為營養失衡，導致免疫力下降，更是增加罹患口腔癌的機率。

4.陽光曝曬

長期曝曬在陽光下或是紫外線輻射過多的環境下則是容易引發唇癌。

5.其他

口腔衛生不佳、齒列不正導致咬合異常，不適合的假牙或牙套，長期食用熱度過高的食物，或是化學物質的刺激對於牙齦、舌頭及咽頰的慢性傷害，以及維他命的缺乏等等因素，均可能導致口腔癌的發生。



6. 少部分口腔癌的罹患可能與人類乳突病毒有所關連，另外也有研究顯示其他的致病菌如單純疱疹病毒、梅毒螺旋體及念珠菌可能與口腔癌的發生有相關性。

目前的長期研究資料顯示：台灣國內嚼食檳榔的人罹患口腔癌機率是一般人的28倍；若是嚼檳榔加上抽菸，罹患口腔癌的機率則是一般人的89倍；如果同時有嚼檳榔、抽菸及喝酒三種嗜好者，其日後罹患口腔癌的機率更是高達一般人的123倍。而有些研究也發現長期嚼食檳榔也會增加喉癌、食道癌及心血管疾病的危險性，甚至傷害中樞神經而引發神經病變，懷孕婦女則是容易有流產、早產、死胎或是產下低體重的嬰兒。

臨床症狀

口腔癌的產生需要經過長期一段時間的刺激與醞釀，剛開始只是單純的細胞慢性發炎，但若是置之不理或是刺激原持續存在時，就可能轉變成癌前病變或是癌前狀態，之後進而引發口腔癌的產生。

癌前病變本身並非是癌症，其所指的是一種仍歸類於良性組織，但是在型態上卻是有所改變，且具有較高度惡性變異的危險性。口腔癌的癌前病變包括：口腔黏膜的慢性潰瘍、疣狀增生、白斑症、紅斑症、糜爛性扁平苔蘚以及口腔黏膜下纖維化症，其中以白斑症最為常見，有3~5%會轉變成癌症，而惡性轉化率則是以紅斑症最高，有5~20%會轉變成癌症

，如果能夠提早發現上述徵象並及早治療與追蹤，預後都是很不錯的。

口腔癌的好發部位為舌頭、口腔底與頰黏膜，大部分人在睡眠不足、飲食習慣改變或是壓力過大的情況下會有口腔潰瘍，甚至是小水泡的產生，通常在1~2星期內會自行癒合，若是超過二個星期的潰瘍未癒合者，則應該要多加注意。

如果有下列症狀，則應該儘快找耳鼻喉科或是口腔外科詳加檢查與評估：

1. 口腔內黏膜有不痛性的潰瘍，且持續超過2星期而未癒合者。
2. 口腔內有局部不正常腫脹、增厚或是硬塊形成。
3. 口腔內有不明原因的疼痛或是麻木感。
4. 口腔內有不正常分泌物、發出惡臭或是不明原因的出血現象。
5. 口腔黏膜出現異常的白斑、紅斑、紅白斑或是褐色的斑塊症狀。
6. 顎骨與牙齦出現局部性腫大現象，有時合併有牙齒動搖現象。
7. 舌頭的活動性有所限制，半側知覺麻木或喪失，進而導致咀嚼、吞嚥或是說話困難。
8. 臉部左右不對稱併有知覺異常，嚴重者甚至牙齒動搖。
9. 喉嚨有異物感，或是喉嚨疼痛久久不癒。
10. 口內或頸部出現異常的腫塊。

診斷方法

1. 病史詢問



詳細詢問並記錄病患的主訴、病史以及過去的就醫紀錄，特別是有無嚼食檳榔、抽菸或是喝酒的習慣。

2. 理學檢查

口腔分為唇部、牙齦、頰黏膜、口底、舌部、臼齒後三角區及軟硬顎等七大部位，在檢查過程中，應該由上而下、由外而內依序檢查：從臉部→上唇→上齒齦→下唇→下齒齦→兩側頰部→軟顎→硬顎→舌背部→舌腹→口底→扁桃腺→口咽部，注意兩側臉部是否對稱、膚色有無改變、有無麻木或疼痛部位，以及是否有異常的潰瘍或是腫塊病灶。

3. 影像學檢查

常規性的頭頸部影像學檢查，包括了環口攝影與頭頸部電腦斷層，可以大約評估腫瘤大小，及其對於顎骨的破壞程度以及頸部淋巴轉移，另外也可以核磁共振來評估病灶大小、侵犯範圍以及頸部淋巴結的轉移情形。

此外，也可運用胸部X光、全身骨頭掃描以及腹部超音波來評估是否有肺部、骨骼或是肝臟遠端轉移的現象

4. 病理切片檢查

一旦發現有可疑的潰瘍或是腫塊形成時，直接的活體切片檢查便可以得知是否為惡性腫瘤。

臨床分期

不同類型的口腔惡性腫瘤各有其不同的分期方式，可以藉由不同的方法如超音波、電腦斷層、核磁共振、正子攝影，甚至是手術探查等方式來評估腫瘤侵犯的程度與可能的轉移部位。一旦腫瘤的分期確定了，便可依據個別狀況來訂定治療

的計劃，而在分期上則是依原發腫瘤的大小（T）、頸部淋巴結轉移情形（N）及是否有遠端轉移（M）之TNM系統來加以區別，可分為四期：

stage 0：又稱原位癌，即癌細胞只侷限於口腔黏膜上皮細胞內。

stage I：腫瘤直徑未超過2cm，且無頸部淋巴結轉移。

stage II：腫瘤直徑大於2cm，但是不大於4cm，且無頸部淋巴節轉移。

stage III：腫瘤直徑未大於4cm，但是在同側頸部有一個小於3cm的淋巴結轉移，或是腫瘤直徑大於4cm，但是沒有頸部淋巴節轉移。

stage IV：

stage IVa：腫瘤已經侵犯至鄰近的組織如皮膚、或是顏面骨，且合併直徑小於6cm的頸部淋巴結轉移，可以手術加以切除；或是未侵犯鄰近組織之任何大小的腫瘤，且合併有同側數目超過一個、對側或是兩側皆有小於6cm的頸部淋巴腺轉移。

stage IVb：任何大小的腫瘤合併直徑大於6cm之頸部淋巴結轉移，或是腫瘤已經無法切除者。

stage IVc：已經轉移至遠端的器官（表一，表二）



表一 口腔癌的分期

Stage		Description	
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage II	T2	N0	M0
Stage III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
Stage IVa	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	Any T	N2	M0
Stage IVb	Any T	N3	M0
Stage IVc	Any T	Any N	M1

治療

在選擇口腔癌的治療方式時以分期為最主要考量，同時也要把患者的年齡與當時身體狀況納入考慮中，可分為手術治療、放射線治療及化學治療，其中以手術切除為最主要方式，而化學治療與放射線治療則是用來輔助並加強手術的療效。然而為了達到較佳的治療效果，並且有效地延長病患的壽命，常常會採用所謂的"結合療法"，也就是說同時合併使用兩種或三種的治療方式，以期達到最大的療效。

在進行治療之前，必須與患者及家屬進行溝通，讓他們對於病況的診斷與分期有著充分的了解，以及在治療過程中可能產生的不適與副作用，並在事先做好完善的心理準備。

手術切除

一般而言，手術完全切除病灶是最可

靠的治療方式，必要時再加上頸部區域的淋巴擴清術，這樣的治療效果最好。因此如果在患者的身體狀況許可下，對於分期在stage IVa之前的患者，手術切除仍是首選的治療方式，然而針對不同期別的患者，手術時所切除的範圍也是會有所不同。

stage 0：只將病變的部位切除即可

stage I：將病變部位廣泛性切除。

stage II：將病變處廣泛性切除，必要時可施行頸部淋巴結完全切除。

stage III：將病變處廣泛性切除，再加上頸部淋巴結廓清術。（所謂廣泛性切除是以病變處為基準點，向外切除1.5cm的正常組織）

stage IV：大範圍切除病變部位（包括臉部皮膚與骨骼），再合併廣泛性頸部淋巴廓清術。



表二 TMN classification Description

Tumor (T)	
T0	No evidence of primary tumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Greatest diameter of primary tumor 2cm or less
T2	Greatest diameter of primary tumor more than 2cm but less than 4cm
T3	Greatest diameter of primary tumor more than 4cm
T4	Massive tumor more than 4cm in diameter with deep invasion involving pterygoid muscles,base of tongue and skin of neck
Nodal involvement (N)	
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Metastasis in a single ipsilateral lymph node,3cm or less in greatest dimension
N2	Metastasis in a single ipsilateral lymph node,more than 3cm but not more than 6cm in greatest dimension,or none more than 6cm in greatest dimension,or contralateral lymph node,none more than 6cm in greatest dimension
N2a	Metastasis in a single ipsilateral lymph node, more than 3cm but not more than 6cm in greatest dimension
N2b	Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6cm in greatest dimension
N2c	Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, less than 6cm in greatest dimension
N3	Metastasis in lymph nodes more than 6cm in greatest dimension
Metastasis (M)	
M0	No metastasis
M1	Metastasis

在腫瘤切除後，依病患手術狀況施行口腔重建手術，以便回復口腔的功能與外觀，重建方式則包括局部直接縫合、皮瓣重建術或是植皮等。

影響

手術切除後會對病患產生什麼樣的影響呢？主要還是依所切除的部位及面積大小而定。初期的患者手術後較不受影響，而第三、第四期患者可能要切除部分上顎、舌頭或是下巴，因此會影響到患者日後咀嚼、吞嚥及語言能力，所以必須進行重建手術來改善其生活上的不便，或是復健運動以協助受損組織功能的回復。

1. 臉部浮腫：手術完成後臉部會有暫時性的浮腫現象，通常在數星期內會消退，然而如果有施行頸部淋巴結廓清術的患者，將會使得淋巴流通的速率減緩而積存於組織中，而且會持續一段時間才會慢慢消退。
2. 咀嚼、吞嚥及語言障礙：如果手術範圍包括舌頭、唇部及上下顎時，便會影響到病患的舌頭控制、吞嚥動作以及發聲障礙，因此必須進行重建手術與加強復健運動來回復其固有的功能。
3. 頸部僵硬：接受頸部淋巴結廓清術的患者，可能在手術過程中受到拉扯或



是切除到神經，導致頸部僵硬且左右轉動困難，嚴重者連手臂都會變得無力而無法舉起，因此也是要在術後積極進行相關動作的復健運動。

放射治療

放射治療主要是利用游離輻射（ionization radiation）照射病變區，藉由阻礙癌細胞內細胞核物質的合成來影響其生長，細胞本身的分化越不完全或是複製的速度越快，則對放射線的感受性也就越大。當然除了殺死腫瘤細胞外，照射區域內的正常細胞也是會受到影響，因此在進行放射線治療時，要特別注意照射區域的設定範圍，並且採用多射源、多次的方式來減少對正常組織的傷害。

其在臨床上的運用可分為三大類：

1. 輔助性治療

針對手術切除後的邊緣仍殘存有癌細胞、病變已經侵犯其他的鄰近組織，或是有2顆以上的淋巴結轉移，且於術後局部復發的風險較高，因此需要在手術後3~6週進行輔助性的放射線治療，照射區域包括腫瘤部位及頸部淋巴結範圍，一般給予的劑量為6000~7000rad，約做6~7週。

2. 無法手術切除的治療

少部分人由於腫瘤病變區域太大而無法以手術完全切除，因此先給予放射線治療，一般為7000rad以上並持續7~8週，等腫瘤縮小後再行手術切除，而照射的範圍也是包括腫瘤部位與頸部淋巴結區域。

3. 緩和治療

針對全身轉移的患者，放射線治療

是用來減緩不適的症狀，例如當腫瘤出血不止時，可以放射線來協助止血。

綜合言之，當腫瘤越大、頸部淋巴結已轉移，或是侵犯至血管、神經時，便需要輔助性放射治療來加強局部控制率以減少復發的機率。

影響

1. 口腔黏膜發炎反應：口腔黏膜在放射線照射後會呈現紅腫疼痛的現象，一般持續至治療後1~2週，而且每位患者的發炎狀況並不相同，建議可以服用Acetaminophen來改善其疼痛感，並且改吃流質食物，以減少黏膜的刺激。
2. 口乾及唾液減少：如果照射的範圍包含唾液腺，則可能會破壞唾液腺分泌唾液的功能，進而引起口乾、唾液減少、吞嚥困難，甚至齲齒發生等現象，因此建議使用特殊的牙刷或氟化物來維持牙齒的健康，另外也可以使用漱口水及人工唾液來保持口腔內的清潔與濕潤度。
3. 在治療過程中，照射部位的皮膚會發紅及顏色加深，嚴重者會有破皮現象，因此要保持通風並避免日曬，且非經醫師指示不要使用任何護膚乳液或乳霜，該症狀一般在療程結束後1~2週便會逐漸復原。另外在治療過程中，男性患者的鬍鬚可能會部分或全部掉落，治療結束後便會再長回來，治療期間最好使用電動刮鬍刀，以防刮傷脆弱的皮膚而引起感染現象。
4. 照射部位的組織長期下來會產生局部



纖維化現象，有的患者會頸部僵硬而轉動不易，有些則是顫顎關節纖維化，導致張口的靈活度受限，因此必須進行復健運動。

5. 在接受放射治療前，建議要進行牙齒的評估，先將預後不良的牙齒先行拔除，以免產生後續性的放射性骨壞死的感染，且在治療一個月內避免拔牙或進行切片檢查，以免影響傷口的癒合。另外，在接受放射治療過程中可能會改變口腔組織的結構，患者的假牙會變得不合適而必須整修或是更換。

放射治療的臨床效果是腫瘤會日漸縮小體積，且潰瘍部位也會逐漸癒合，最後被正常完整的黏膜所覆蓋。然而影響癌細胞生存的因素很多：例如受照射部位環境是否缺氧、每天照射劑量的品質與多寡，以及腫瘤周邊正常組織受照射後的修復能力等，這些都與放射治療的成效有著密切的相關。

化學治療

針對口腔癌的處置，化學治療是用來加強手術或放射線療法的輔助性方式，藉以改善局部的控制率，並且降低復發率與遠端轉移率。許多種類的化學藥劑對於口腔癌有部分療效，單一種藥劑的治療反應率約為20~40%，合併多種藥劑的反應率則可達到50~70%。然而隨著使用藥物的增多，對於人體所產生的毒性與副作用也是隨之增加，因此針對狀況較好的患者可以考慮合併多種藥物的治療，而狀況較差者則考慮使用單一藥劑治療。

化學治療是以藥物影響腫瘤細胞的成長，一般是從供應腫瘤的動脈或是靜脈注射給藥，由於藥物可以在全身內循環，因此對於有遠端轉移者特別重要。目前以5-FU + cisplatin合併使用最為廣泛，除了本身的治癌效果外，兩者都可以當作敏感劑加強放射線的療效。

影響

由於化學藥劑是在身體內循環作用，因此所產生的副作用也是全身性的，其中最常見的併發症是對於骨髓造血細胞的破壞，使得病患的紅血球、白血球及血小板數目降低，導致容易有頭暈、感染以及出血現象，另外噁心、嘔吐、口腔黏膜潰瘍、掉髮及肝腎功能異常也是可能發生的副作用。

標靶治療 (Target Therapy)

標靶治療是一種新的腫瘤治療方式，主要是針對腫瘤細胞特有的生長因子，加以抑制或阻斷來影響其生長，進而導致腫瘤細胞凋亡而達到治療的效果。目前發現有部分的標靶藥物，若是與放射治療或是化學治療合併使用，可以增強其療效，而現今使用最多是稱為cetuximab (Erbix, 爾必得舒) 的藥物，屬於單株抗體製劑，其主要是抑制上皮細胞的生長接受器。針對晚期的口腔癌，cetuximab合併放射治療比單獨使用放射治療的效果更好，可以延長患者的存活期，但是價格相當昂貴，且健保沒有給付，目前仍在臨床實驗當中。

標靶治療不會產生化學治療過程中



常見的噁心、嘔吐、掉髮甚至是骨髓抑制的情形，其最常見的是皮膚過敏反應如乾燥或是紅疹發生等，而且也不太會增加原本放射治療或是化學治療副作用的發生率與嚴重度。

營養

口腔癌手術後常見的飲食營養問題，包括有：進食困難、傷口癒合不佳甚至感染、體重減輕及長期營養不良等，因此在術後應該避免由口進食，改由鼻胃管灌食，並且經由醫院專業的營養師設計適合個人的管灌飲食，以避免不當的飲食導致營養不良，甚至影響到手術傷口的癒合。

在鼻胃管拔除後的飲食原則應該是少量多餐（即每天6~8餐），以軟質或流質且容易消化為原則，均衡攝取醣類、脂質、蛋白質及蔬果類等食物，然而如果有發生嚴重噎食或吞嚥困難時，應回診接受評估，必要時再插回鼻胃管或施行胃造瘻管術以利營養的補充。

接受放射治療或是化學治療的患者，常常因為口腔粘膜破損、牙齦腫脹或是吞嚥困難等因素而營養不良，因此在用餐的過程中：建議從自己喜愛的食物或是營養度高的食物先吃，避免過度辛辣、粗糙太硬、過熱、醃製類及刺激性的飲料，選擇容易咀嚼吞嚥的細碎軟嫩食品，或是用果汁機把食物打成半流質以使用吸管吸取，

預後

根據歷年來的臨床研究顯示：罹患 stage I 的口腔癌，其五年存活率可以高達80%；stage II 的五年存活率約為60%，stage III 只有40%左右，而stage IV則降至20%以下。由上述數據可以發現“早期診斷、早期治療”是提高口腔癌患者存活率的唯一方法，因此一旦發現口腔內有異常徵象，應該要立即就醫，及早接受進一步的檢查與治療。

治療後追蹤

口腔癌的復發通常發生在治療後的三年內，其中有80%出現在局部或是頸部，20%則是發生遠端轉移，所以在治療後的例行性追蹤檢查是非常重要的，其目的便是為了要早期發現局部復發的腫瘤或是繼發性腫瘤。

一般在治療後的第一年內，應該要每個月追蹤檢查一次，第二年改成每2~3個月檢查一次，第三年則改為每3~4個月檢查一次，第四年以後每半年檢查一次即可。而在追蹤期間要特別注意是否有第二原發性腫瘤（發生機率15~20%，常見於口腔、食道或肺臟等）及遠端轉移（常見於肺臟、肝臟或骨骼）的發生。

預防

1. 避免檳榔及菸酒對於唇部、舌頭及口腔黏膜的長期刺激，也就是要戒檳榔、戒菸及戒酒。
2. 避免長期食用刺激性或是熱度過高的食物。



3. 如有牙齒不正或是不適合的假牙造成周邊組織持續磨擦破皮者，應儘速尋求牙科醫師處理。
4. 每天固定刷牙並餐後漱口，以保持口腔衛生。
5. 避免長期直接曝曬在強烈的陽光下，必要時需塗抹防曬藥膏或是戴有寬邊帽緣的帽子。
6. 一旦發現口腔內有潰瘍久久未癒、異常顏色變化，或是發現有不明腫塊時，應該立即就醫接受檢查。
7. 攝取均衡的營養，維生素或是其他營養素缺乏時所造成的口腔粘膜變化，也是可能誘發口腔癌的發生。
8. 由衛生單位製作並貼示禁食檳榔、菸、酒之標語及圖片。
9. 加強社區衛教以認識口腔癌，並且定期實施口腔癌的篩檢。
10. 加強宣導平時的口腔自我檢查。

結語

口腔癌的診斷與治療是一整個醫療團隊的整體照護，而且在各種癌症當中，是屬於最容易且最可能及早發現、及早治療而痊癒的。但是由於國內嚼食檳榔的

人數一直居高不下，再加上菸酒的盛行，且對於口腔內的變化毫不在意而錯失寶貴的治療時機，使得罹患口腔癌的個案日益增多，年齡層也有逐年下降的趨勢。因此身為醫療第一線的家醫科醫師，在看診之際應該對於有嚼檳榔、抽菸或酗酒病患多多進行必要之衛教，減少上述刺激物的接觸，並且定期自我檢查口腔，發現有異狀應立即就醫，才能及早發現癌症並治療而達到完全治癒的目標！

參考資料

1. Kaya S, Yilmaz T, Gursel B, Sarac S, Sennaroglu L: The value of elective neck dissection in treatment of cancer of the tongue. *Am J Otolaryngol* 2001; 22:59-64.
2. Pugliano FA, Piccirillo JF, Zequeira MR, Fredrickson JM, Perez CA, Simpson JR: Clinic-severity staging system for oral cavity cancer : five-year survival rates. *Otolaryngol Head & Neck Surg* 1999; 120:38-45.
3. Chen YK, Huang HC, Lin LM, Lin CC: Primary oral squamous cell carcinoma : an analysis of 703 cases in southern Taiwan. *Oral Oncol.* 1999; 35:173-9.
4. 陳金勝，陳中和：口腔鱗狀細胞癌存活率之相關研究。高雄醫誌1996；12：317-25。
5. 蕭士軒，徐茂銘：口腔癌。當代醫學2002；29：438-44。