

希望之路 面對口腔癌



中華民國痛症希望協會

希望之路—面對口腔癌

發行單位：中華民國癌症希望協會

法律顧問：莊國偉

編輯顧問：成佳憲、周志銘、侯勝博

執行編輯：蘇連瓊、呂孟儒、陳羿瑾、鄭凱芸、李寶玉、吳翠娥、張婷

〈編輯顧問小檔案〉

成佳憲／國立台灣大學醫學院附設醫院 腫瘤醫學部放射腫瘤科主任

周志銘／萬芳醫院血液腫瘤內科主任

侯勝博／林口長庚紀念醫院耳鼻喉二科主任

口腔癌小檔案

- ◇ 國內流行病學指出：過去的二十年來，台灣罹患口腔癌的患者整體的死亡率增加了 100% 左右。
- ◇ 2006 的十大癌症死因中，口腔癌排名為第六名，約占所有癌症死亡人數的 5.8%；2004 年的發生率排名第五名，該年有 4,435 名的口腔癌病人。
- ◇ 在台灣，與口腔癌有關的環境危險因子包括嚼檳榔、抽菸與喝酒。
- ◇ 一般好發的年齡在 40 至 60 歲之間，以男性居多，而且有年輕化的傾向。

口腔，多功能的接待所

口腔不僅是人體消化道的起點，也是語言發聲的出口，同時也具有呼吸代用道的功能。我們所泛稱的口腔，包括了口腔、舌與咽三部分。

口腔是個橢圓形的空腔，四周被唇、頰黏膜（唇和臉頰的內襯）、舌頭下方的口腔底部、硬顎（口腔頂部的前面部分）所包覆，裡面有牙齒、牙齦、唾液腺體，藉此進行咀嚼食物的功能。

舌是味覺的感受器官，也在語言功能上扮演了重要的角色，由口腔底部橫跨整個口腔，在咀嚼時可發揮攪拌食物的功能。

咽腔則是位於鼻腔、口腔後面，也是呼吸道及消化道唯一相互交叉的地方，上方為鼻咽腔，中間為口咽腔，下方為喉咽腔。與口腔最密切相關的是口咽腔，具有活動閉鎖的功能，食物由此通過進入食道，而扁桃腺也位於這個部位，是防衛細菌進入的重要防線。

爲什麼得口腔癌

口腔癌的發生，與口腔長期受到刺激而產生細胞變性有密切的關係，尤其嚼檳榔、抽菸與喝酒，更是造成口腔癌的主要危險因子。

- ◇ 嚼檳榔：臺灣和西方國家在罹患口腔癌的危險因素上，最不同的一點就是「嚼檳榔」。在口腔癌病人中約有 88%的個案，有長期嚼食檳榔的習慣。檳榔俗稱「菁仔」，其中所含的「檳榔鹼」是個危險的致癌原，而與檳榔一起添加的生碳（俗稱石灰），更是一個促進細胞變成癌症的主要因子。
- ◇ 抽菸：已經有非常多的研究告訴我們，抽菸也是造成口腔癌的元兇之一，而且抽雪茄、煙斗和抽一般香菸的人得口腔癌的風險都差不多，長期使用罹癌的風險更大，還有報告顯示抽煙斗的人特別容易罹患唇癌。
- ◇ 喝酒：酒精會對口腔的細胞產生慢性刺激而導致細胞變性，也可能造成營養不均衡而使免疫力下降。已有可靠的研究發現慢性及大量使用酒精的人，會增加罹患口腔癌的危險。
- ◇ 其他：咬合不正的牙齒或是不適合的假牙，若長期磨擦到周圍組織也容易造成口腔的病變。還有口腔衛生不佳、長期食用熱度過高的食物、維他命 A 的缺乏等等，也都是口腔癌發生的危險因子。

根據 1995 年發表在國際知名的《口腔病理學及口腔內科學雜誌》上的報告顯示，台灣地區抽菸的人罹患口腔癌的風險是一般人的 18 倍；嚼檳榔的人罹患口腔癌的風險則爲 28 倍；若是同時嚼檳榔又抽菸，那麼罹患口腔癌的機會增加爲 89 倍；最危險的是嚼檳榔、抽菸與喝酒三管齊下，罹患口腔癌的機會更進一步高達一般人的 123 倍之多！事實上口腔癌的發生是歷經一段很長時間的醞釀，起初只是細胞的慢性發炎，時間久了細胞會變性造成纖維化，導致白斑或紅斑的形成，最後才演變成癌症，這種「白斑」或「紅斑」的細胞變性稱爲「癌前期病變」。

- ◇ 口腔黏膜白斑症 (Leukoplakia)：白斑症是因黏膜長期受到口腔癌致病因子的刺激而造成，常發生在頰黏膜、舌側緣、下唇、臼齒後區、口腔底。發生的年齡 40 到 70 歲皆有可能，有白斑症的人約有 2~3%的機率可能會轉變成口腔癌。
- ◇ 口腔黏膜紅斑症 (Erythroplakia)：紅斑症的致病原因與白斑症一樣，但紅斑症發生的年齡層較大，約在 60 到 70 歲；與白斑症相較，紅斑症有高達 65%的機會演變成口腔癌。

口腔癌有什麼症狀

口腔癌的好發部位爲舌頭與頰黏膜，另外牙齦與口腔底也有可能發生。口腔是很容易觀察得到的部位，對於任何口腔內的異狀或不舒服，都應多加注意。如果有下列可疑的現象，並持續十天以上，就得盡快找牙科、口腔外科或耳鼻喉科醫師查個清楚。

- ✧ 口腔內有不正常的腫脹、增厚或硬塊。
- ✧ 口腔內的黏膜有無痛的潰瘍，而且超過 10 天以上都沒有癒合。
- ✧ 口腔在沒有刺激的情況下（如刷牙、剔牙），出現不明原因的出血。
- ✧ 口腔內有不明原因的疼痛或麻木。
- ✧ 口腔內黏膜表面出現白色或紅色的斑塊。
- ✧ 頸部摸到異常的硬塊。

如何確定得了口腔癌

如何發現口腔癌？最重要工作就是經常的口腔自我檢查，以早期發現口腔內的病變。口腔自我檢查需在光線佳的地方進行，以免遺漏可疑的病癥，如有假牙也應先取出然後再照鏡子檢查。

口腔自我檢查順序是：

- ✧ 在手電筒照明下，仔細觀察鏡子裡呈現出的口腔各部位，並以手指觸壓嘴唇內外。
- ✧ 翻開嘴唇觀察並觸壓前齒的牙齦。
- ✧ 頭仰後並以手指觸壓口頂部（顎）。
- ✧ 以手指翻開臉頰觀察並觸壓左、右頰部及後齒的牙齦。
- ✧ 將舌頭拉出觀察並觸壓舌頭上下左右及口腔底各部位。
- ✧ 以手指觸壓下巴下方及左右頸部各處有無淋巴結腫大。

如果在口腔中發現了有不正常的病變，可以找牙科、口腔外科或耳鼻喉科醫師作進一步的診斷。通常醫師會從懷疑有病變的部位做切片送檢驗，再由病理科醫師以顯微鏡來確定是否有癌細胞的存在。組織切片檢查並不會造成疾病的惡化，但很多人因錯誤的觀念，拒絕接受切片檢查，而導致無法立即正確診斷，一拖再拖的結果，往往耽誤了最佳治療的時機，或是增加治療的困難度，若是因此而喪失治癒癌病的機會，將是非常可惜的事。

口腔癌有那些種類

絕大多數的口腔癌，是由黏膜上皮細胞惡化所形成的上皮細胞癌，占 95% 左右；少部分是由唾液腺體惡化所形成的腺癌。依癌所在部位而言，在台灣以舌癌及頰黏膜癌占大多數，另外在牙齦、口底等處也可能發生。

口腔癌如何分期

口腔癌的臨床分期除了靠視診、觸診外，還需藉助電腦斷層、核磁共振或正子掃描檢查才得以完成。口腔癌依照腫瘤的大小、頸部淋巴轉移與否、是否有遠端轉移來分期。在 2002 年美國癌症聯合委員會（AJCC），將口腔癌的分期分為第零期到第四期。

- ◇ 零 期：又稱原位癌，病變只局限在口腔黏膜上皮內。
- ◇ 第一期：病灶小於或等於 2 公分，沒有頸部淋巴結的轉移。
- ◇ 第二期：病灶大於 2 公分，但不超過 4 公分，也沒有頸部淋巴結轉移。
- ◇ 第三期：病灶大於 4 公分，或在病灶的同側頸部有一個轉移的淋巴結，但這個淋巴結不超過 3 公分。
- ◇ 第四期：以下任何一種情形都算是第四期。
 - 病灶已侵犯鄰近的組織（如：穿過骨外層，深入深層肌肉、上頷竇、皮膚等）。
 - 頸部淋巴結轉移的數目超過 1 個（不論是在原發病灶的同側、對側或兩側都有），或是淋巴結已超過 3 公分。
 - 已發生遠端轉移。口腔癌容易轉移到肺、肝及骨頭等部位，需特別注意。

該如何治療口腔癌

口腔癌的治療，以手術切除或放射治療為主要方式，化學治療則為輔助療法。在治療的選擇上，疾病的期別為最主要的考量，另外，也要參考病人的年紀及當時的身體狀況。因此，病人與家屬對疾病的診斷與分期應有正確的瞭解，並充分與醫師進行溝通，以了解治療的副作用與處理方式，或是不同治療方式對生活的影響等，以便做好面對治療的準備。

口腔癌的手術治療

◇ 手術的方式

手術切除是口腔癌主要的治療方式，其優點是可以直接切除病灶，對早期癌症的治療很有幫助。缺點是若切除的範圍較廣，會造成病人外觀與功能上的損害。針對不同的期別，手術切除的範圍也有不同：

- 原位癌：只將病變的地方切除。
- 第一期：將病變切除，視病情需要，加做頸部淋巴結切除。

- 第二期：病變處及上頸部淋巴結切除。
- 第三期：廣泛病變處切除及頸部淋巴廓清。
- 第四期（無遠端轉移者）：大範圍切除病變及頸部淋巴廓清術，可能包括臉部皮膚，或是上、下顎骨。

◇ 手術的影響

手術切除後會對病人造成什麼樣的影響，主要是看切除的面積有多大，及對切除區域其他器官功能有無影響而定。如果切除的只是口腔中的小腫瘤，像原位癌及第一期的病人，通常不太會造成太大功能或外觀的問題。但如果切除的面積較廣，像第三、四期的病人，就有可能因為要切除一部分的上顎、舌頭或下巴，因此改變病人咀嚼、吞嚥或說話的能力；這類病人在術後往往需要藉由重建手術來改善因手術而造成的生活不便，或做復健運動來幫忙受損器官的功能恢復。針對手術可能發生的副作用，可以透過以下的復健方式來緩解：

- 臉部浮腫：剛做完手術的病人，臉頰可能會有些浮腫，通常在幾星期之內就會消失；如果同時有做頸部淋巴結切除的話，因為會使淋巴循環減慢，使得淋巴液聚積在組織中，如此所造成的浮腫多半會持續一段較長時間才能慢慢消退。
- 頸部僵硬：做頸部淋巴結切除的病人，可能會在手術時因為神經的切除或拉扯而造成暫時性的損傷，病人會有頸部變得僵硬、無法左右轉動，同時手臂及肩膀都變得軟弱無力而無法上舉、旋轉的情形。所以通常在手術前就會讓病人練習做復健運動，並於術後傷口癒合不錯時就開始做，且要每天勤做，一直到手術後三個月或頸部及手臂恢復正常的功能為止。
- 吞嚥、咀嚼及說話的困難：如果手術切除的範圍有影響到舌頭、牙關節及唇的結構和功能，會造成唇部動作障礙，兩頰僵硬、感覺異常，舌頭控制不良、無力或活動不佳，吞嚥反射遲緩，就會導致容易流口水、食物溢出、延遲吞嚥反射及發音不清楚等障礙。此時除了做吞嚥困難的復健運動外，有些病人可能需要藉整型重建手術來重新建立口腔中的骨骼或組織，或請牙科製作一個人工牙齒或顏面部補綴，藉以協助病人進行復原。另外有說話困難的病人，需要接受語言治療，最好於手術後越快進行越好。

口腔癌的放射線治療

放射線治療與手術治療一樣屬於局部的治療方式，相對於手術治療，放射線治療較可滿足病人對美觀及保留功能的需求，但缺點是對正常組織仍會有傷害，並引起如黏膜損傷、急性炎症等疼痛難捱的副作用，故需考量病人的容忍度。

口腔癌的放射線治療，在臨床使用上概括分為下列四類：

- ✧ 術後輔助性治療：針對手術切除後若病變已侵犯其他鄰近組織（如下巴骨），或有 2 顆以上的淋巴結轉移，或者任何一淋巴結有外膜突破的情形，或是手術切除邊緣不乾淨，仍有殘存的癌細胞。這些情況會使手術切除後局部再復發的風險升高，因此需要在手術後做輔助性的放射線治療，以加強局部的控制。這類放射線治療多在手術後三至六周，傷口大致復原後開始，一般約在六至七周內給予 6000-7000 雷得的治療，照射範圍為原發腫瘤區域和頸部淋巴區域。
- ✧ 局部無法手術切除腫瘤的治療：如果病變的範圍太廣而無法以手術切除時，就可能得以放射線治療為治療的主角，一般給予 7000 雷得以上，約做為期七至八周的治療，治療範圍包括口腔腫瘤及頸部淋巴區域。
- ✧ 手術後加強性「近接治療」：有些病人在進行手術切除時，頭頸外科醫師判斷切除的區域會有較高機會仍有殘存病變，此時會與放射腫瘤科醫師合作，直接於切除區域置放「近接放射線治療」的放射源管子，並在縫合傷口時將管子一端拉出體外，以便在手術後 6 至 10 天後，將放射源導入管子內，進行腫瘤區域的加強性「近接放射線治療」。

這樣的治療通常是針對腫瘤較大的病人，利用這樣的方式可將部分的放射線劑量直接照在腫瘤區域，接著再於手術後給予體外放射線治療，如此便可減少傳統上完全只做體外高劑量放射治療所帶給正常組織的傷害。

- ✧ 緩和治療：針對已有遠處轉移的病人，放射線治療的角色在於緩解症狀而非根治，例如有骨頭轉移時以放射線治療來協助止痛或預防骨折、神經壓迫，或口腔腫瘤出血時，以放射線治療來輔助止血。

口腔癌放射治療的副作用，多在療程的三至四周左右開始出現。

- ✧ 口腔黏膜的發炎反應：由於放射線照射的範圍是在負責吞嚥功能的口咽腔黏膜，所以口腔的黏膜會出現難捱的紅腫疼痛，通常必須等到治療結束後一至二周，黏膜發炎才會逐漸消退。每位病人黏膜發炎的程度不盡相同，少數病人在服用止痛藥後即可維持吞嚥動作，但大部分的病人則在止痛藥外，仍需改採軟性流質飲食，以減少黏膜的刺激；有些病人則可能嚴重到暫時要以鼻胃管灌食，以免因營養不足，進一步延長黏膜復原所需的時間。
- ✧ 皮膚反應：在治療期間會引起治療區域的皮膚反應，通常在療程中的五至六周出現，在照射區域的皮膚會呈現發紅，類似曬傷的疼痛灼熱感，。這類皮膚反應在療程結束後一至二周便會消退，少數病人在下頸部或肩膀有較嚴重，甚至引起破皮的反應，即使如此，在適當敷藥後，通常在一兩周內即可復原，不過時間久了膚色仍會變深。
- ✧ 唾液減少及口乾：放射線治療範圍如果涵蓋唾液腺在其中，就會造成唾液腺功能的喪失，引起長期唾液減少及口乾的情形。
- ✧ 組織纖維化：照射區域的頭頸部組織，長期會有纖維化的發生，造成頸部僵硬，要長期作轉頸運動，以減少纖維化僵硬的程度。下巴的顫顎關節也會因放射治療的影響產生長期纖

維化，使病人張嘴的靈活度降低，為避免長期張嘴的寬度減小造成未來進食的困難，提醒病人隨時練習張嘴的運動，使纖維化的程度減輕，功能能夠維持。在放射線治療過程中，不建議繼續配戴假牙，有許多病人發現在治療之後一年內無法戴上假牙，因為支撐假牙的口腔組織可能在治療過程中或治療後發生改變，使得假牙無法吻合，所以在治療結束之後，病人可能會需要重新安裝或更換假牙。

- ◇ 放射性骨壞死：這是口腔癌放射治療較為嚴重的一種長期副作用有些病人在手術時，下巴骨會被切開，以利腫瘤完整移除。切斷的下巴骨會以金屬支架固定連接，而放射線治療對手術切過的下巴骨有較大的傷害，使少數病人在長期追蹤時，出現放射性骨壞死的副作用，引起表皮至骨組織間難癒合的傷口或固定支架的鬆脫。這樣的副作用多集中在合併手術與放射治療的病人，發生率約有 10~15%，主要和放射劑量大小、手術方式、牙齒及口腔衛生狀況有關。一旦發生，必須以手術清除壞死組織，及配合高壓氧治療，以增加組織氧含量及復原機會。

口腔癌的化學治療

化學治療對口腔癌的病人而言，一般都當作輔助的治療。不論是由靜脈或頸動脈給予化學治療，即使腫瘤順利變小或消失不見，也不代表光靠化學治療就可以把癌症根治，如果因此拒絕接受更重要的手術或放射線治療，反而喪失治癒的機會。

以往化學治療常常是在手術之後當作加強治療的一環，希望藉以降低復發率、改善局部的控制率和降低遠端轉移的機率。最近幾年，由於藥物的進步以及強調保留器官功能的前提下，很多患者不經手術，直接接受放射線治療合併同步做化學治療，而獲得與手術治療差不多的療效。甚至對於局部非常大的腫瘤，也可考慮先給與化學治療（前置式，neoadjuvant），將腫瘤縮小一些後再去開刀或施予放射線治療，也可達到縮小手術範圍與困難度的好處。

口腔癌常用的化學藥物，包括靜脈注射的藥物有 5-FU、cisplatin（順鉑）、bleomycin mitomycin-c，methotrexate 等以及口服的 ufur（友復），這些都是醫治其他腫瘤常用到的藥物。一些新藥，例如 paclitaxel（taxol，太平洋紫杉醇）、docetaxel（taxotere，歐洲紫杉醇）、gemcitabine（gemzar，健擇）、vinorelbine（navelbine，溫諾平）、capecitabine（xeloda，截瘤達）等也具有優越的療效，只是健保目前並不給付這些藥物於這個癌病。

其中大概以 5-Fu 合併 cisplatin 的組合療法用得最廣，常被當做標準治療，除了本身具有的抗癌療效外，兩者都可加強放射線治療的效果，因此最常被用來作為同步放射與化學治療的首選藥物。不過 5-FU 與放射線治療都會造成口腔黏膜的傷害，合併使用時要特別留意這種副作用可能非常明顯，而須給與適當的治療或減量。

化學治療運用在口腔癌還有另外一個值得一提的用途，那就是當作預防口腔癌發生的藥物（chemoprevention）。我們知道，口腔癌與檳榔、菸和酒等致癌物的長期接觸，導致黏膜細

胞的變性（白斑、紅斑等癌前期病灶）有直接關係，因此幾年前就有人研發預防用的藥物，希望能讓這些變性的黏膜細胞再恢復正常，藉以遏止進一步轉變為癌細胞。

其中最成功的要算是類維生素 A 酸（retinoid acids）如 Roaccutane 的研究，在已發表的幾篇文獻中，一再發現每日口服類維生素 A 酸可以有效的讓 60 至 70% 的口腔白斑、紅斑等癌前期病灶回復為正常細胞。也就是確實可以預防口腔癌的發生，這是一項突破性的發現，後續的研究也證實對於罹患口腔癌但已經成功切除的患者，給與類維生素 A 酸仍可以有效降低第二個口腔癌發生的機會。不過要別強調兩點：第一、病人一定要先戒菸、酒和檳榔，才會有效（一邊吃類維生素 A 酸，一邊吸菸或吃檳榔的效果會變差）；第二、類維生素 A 酸並不是大家熟悉的維生素 A 或胡蘿蔔素，所以不要誤以為吃一大堆胡蘿蔔就有這種防癌的效果，基本上類維生素 A 酸是一種醫師處方用藥，仍有一些不可忽略的副作用存在。

口腔癌的標靶治療

標靶治療（Target Therapy）是一種嶄新的腫瘤治療用藥，這類型藥物與傳統化學治療不同，基本上多半作用在癌細胞特有或特殊的生長因子，藉由對該生長因子的抑制或阻斷，影響癌細胞的生長或生存，進一步導致細胞凋亡，達到控制癌症的目標。最近的研究顯示，部分的標靶藥物，若與放射治療或化學治療併用，可以增加療效，即使單獨使用也會有一些效果。其中使用較多的標靶治療是一種稱為「cetuximab」（Erbix，爾必得舒）的藥物，它是屬於單株抗體製劑，抑制上皮細胞生長素接受器。在局部晚期之口腔癌或咽喉癌治療，爾必得舒合併放射治療比單獨使用放射線治療的效果明顯較好，可以延長病患存活期。

標靶治療一般不會產生化學治療常見的噁心、嘔吐、骨髓抑制（免疫力下降）的問題，若與放射治療或化學治療合併使用，也不太會增加原本化學治療或放射治療的副作用發生率或嚴重度。「爾必得舒」最常見的副作用是皮膚反應及過敏反應，皮膚反應包括皮膚乾燥、紅疹、青春痘，可以請醫師針對症狀嚴重程度給與適當用藥即可改善。

面對口腔癌

口腔癌是近十年來癌症排行榜上竄升最快的腫瘤之一，口腔是比較容易覺察有問題的器官，只要掌握早期發現，早期治療的原則，早期口腔癌一般有不錯的預後。但不可諱言，口腔占顏面很大的比例，如果治療的面積過大，勢必造成外觀上的改變，甚至阻礙了語言與進食的功能，對社交與工作將有一定的影響。再者，一般口腔癌患者的年齡平均為 45 至 60 歲，近年來更有年輕化的趨勢。這些中壯年的男性，通常是家庭主要經濟的支柱，一旦工作與社交受到影響，對家庭經濟亦將產生衝擊，家人如何同心協力共同面對這些轉變，將是重大的課題。

◇ 復健要及時

在治療中遵循醫護人員的說明，勤做相關的復健運動，如口腔復健運動（顫顎關節運動、舌部運動、唇部運動、下巴運動…等），以避免關節緊繃而導致口齒不清等副作用；還有

肩頸部的復健運動，以保持肢體關節的靈活性。如此一來，能維持較好的生理狀態與生活品質。如有需要，亦可尋求專家協助，進行口語復健，以增強溝通的能力，恢復自信。

✧ 心中有陽光

經過放射治療之後，患者臉部皮膚十分敏感，紅腫、膚色變黑是很普遍的副作用，通常醫師會建議盡量不要曝曬在陽光底下，這樣一來口腔癌患者所能參加的活動或許會受到影響，有些人甚至會將自己孤立起來，不願再和人來往。其實這是不必要也不妥的作法。因此，家人和朋友一定要協助並鼓勵病人，建立適合的休閒模式或培養興趣，勇敢地再站起，回到社會，即使無法盡情曝曬在陽光下，但是心中仍能享受陽光的溫煦。

✧ 巧心多裝扮

面對外觀上的改變，病人也可以多運用帽子、頭巾等衣飾來裝扮自己，不僅藉由修飾外觀，使自己更自信更快樂，也可以阻擋陽光曝曬，增加活動的機會。如此一來，就能盡量維持與朋友間的接觸，也能在有限制的生活下為自己爭取最大的空間。

在面對口腔癌的治療與預後，常讓病人與家屬充滿許多不確定感，而這也將成為生活焦慮的主要來源，因此在生活中安排一些近期的計畫，藉由計畫的安排與實現，讓病人與家屬了解到生活中必然的不確定感，但仍有可掌握的部分，進而重拾病人對自己的信心與角色功能。

在口腔癌風暴之後

以目前的醫學發展而言，癌症其實已經不是絕症，大多數癌症只要早期發現治療，預後十分良好，尤其口腔癌更是如此。可是往往患者心存恐懼，害怕接受事實，拒絕接受正當的治療，而延誤了治療的良機。

在台灣第一期口腔癌的病人，五年存活率可高達 80%以上；第二期的病人則約在 60%左右；第三期約 40 至 50%以下；至於第四期的病人，如有遠端轉移，則治療機會較小。

口腔癌的復發多見於治療後一年內，所以治療後的第一年應每個月返診，第二年每二個月返診一次，第三年每三個月一次，第四年以後每六個月一次即可。追蹤檢查的項目除了觸診之外，每半年應接受一次胸部 X 光檢查和其他必要的影像檢查（依各醫院的準則而定），以評估有無遠端轉移。

罹患口腔癌的病人，有較高的風險於口腔中或頭頸部的其他部位再出現第二原發的癌症，約有 20 至 30%易得到食道癌、咽喉癌、肺癌等，因此不論病人及家屬皆要留意是否有上呼吸道或消化道癌症的可能症狀。

雖然如此，並不需要將自己陷於恐慌。最好要盡可能遠離高危險因子，拒絕檳榔、菸、酒，就是挽回健康的第一步。其次，充實防癌知識，並遵守醫師所訂的回診日期，萬一發現復發，更要積極接受正規的治療，以爭取最佳的療效。再者，在能力與體力許可的狀況下，盡量做到自我照顧，並回到工作崗位。這就是所謂的「回歸社會」，藉由貢獻自己的能力，將更有助

於自我肯定，而獲得更有意義的生活。

相關資源

1. 台灣癌症資訊全人關懷協會
網址：www.totalcare.org.tw
2. 台灣癌症臨床研究發展基金會
網址：www.tccf.org.tw
3. 咱 e 厝~全國癌症病友服務中心
網址：www2.cch.org.tw/ourhome
4. 陽光社會福利基金會-口腔癌照護資訊網
網址：online.sunshine.org.tw/oral/sunshine.asp
5. 美國癌症協會
網址：www.cancer.org
6. 美國癌症協會-加州華人分會 (CCU)
網址：www.acs-nccu.org
7. 加拿大防癌協會
網址：www.cancer-asian.com
8. 香港癌症基金會
網址：www.cancer-fund.org
9. 新加坡癌症協會
網址：www.singaporecancersociety.org.sg



HOPE 中華民國
癌症希望協會
HOPE SOCIETY for CANCER TREATMENT

台北市延吉街131巷39號2樓 電話：(02) 8772-1386 傳真：(02) 8772-1349

網址：www.ecancer.org.tw

希望諮詢專線：0809-010-580（鈴一鈴、我幫您）

本刊由行政院衛生署國民健康局補助經費刊印