

頭頸癌治療藍圖 2026：全面解析

從症狀到康復之路的指引

重要 | 使用提醒: 本手冊是一般教育資料，依 NCCN 2026 核心架構整理，但不能取代醫師診斷或個人化處方。藥物核准、健保給付與可取得性會因國家、時間及醫院而異。

三個最重要的閱讀原則

- 先確認「原發部位 + 病理類型 + 分期」，不要只用「頭頸癌」三個字做決策。
- 先確認治療目標：根治、降低復發，或控制復發 / 轉移疾病。
- 從治療第一天就同步做牙科、營養、吞嚥、語言、疼痛與心理支持。

來源 | 資料依據

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Head and Neck Cancers, Version 1.2026 (2025-12-08)，並以 FDA、NCI 與同儕審查臨床試驗補充公開可引用的治療與成效資料。[1,4-13]

目錄

01 認識頭頸癌	13 免疫治療
02 一張圖看懂完整治療路徑	14 標靶治療
03 症狀與警訊	15 副作用管理
04 診斷與分期	16 成效指標與 ORR / OS
05 癌細胞類型	17 病人自我照護
06 基因與生物標記	18 追蹤與長期復健
07 如何找到專業團隊	19 結論與診間問題
08 治療策略總覽	20 參考資料
09 各原發部位的路徑	
10 手術	
11 放射治療	
12 化學治療	

01 認識頭頸癌

常見頭頸癌原發部位與主要差異

頭頸部包含上呼吸消化道與多種腺體結構，不同原發部位之致病因子、常見病理與治療策略皆不同。

頭頸部矢狀切面示意圖

1. 鼻腔與鼻竇



- 位置：鼻腔黏膜、鼻竇
- 常見病理：鱗狀細胞癌
- 相關因素：菸草、職業暴露
- 分期：AJCC 8版
- 治療重點：手術 ± 放射治療

2. 鼻咽



- 位置：鼻咽頂後壁
- 常見病理：非角化型癌
- 相關因素：EBV 密切相關
- 分期：AJCC 8版
- 治療重點：放射治療為主

3. 口腔腔（口腔內部）



- 位置：舌、口底、頰黏膜、硬顎、軟顎、齒齦、口唇
- 常見病理：鱗狀細胞癌
- 相關因素：菸草、檳榔、酒精、HPV（部分）
- 分期：AJCC 8版
- 治療重點：手術為主 ± 放療/化放療

4. 口咽



- 位置：扁桃腺、舌根、軟顎、後咽壁
- 常見病理：鱗狀細胞癌
- 相關因素：高風險 HPV (p16+)
- 分期：AJCC 8版
- 治療重點：化放療為主（部分可手術）

主要致病因子



重點提醒

- 同為頭頸癌，不同部位差異大。
- 治療前需確認 p16/HPV、EBV 等狀態。
- 治療計畫應由多專科團隊共同擬定。

資料來源：1. National Cancer Institute. Head and Neck Cancers. Patient and professional cancer information summaries. Accessed July 2026.
2. National Cancer Institute. Oropharyngeal Cancer Treatment (PDQ®). Updated May 14, 2025.

5. 下咽



- 位置：梨狀竇、後咽壁、環後區
- 常見病理：鱗狀細胞癌
- 相關因素：菸草、酒精
- 分期：AJCC 8版
- 治療重點：多採器官保存化放療或手術合併重建

6. 喉部（喉癌）



- 位置：聲門上區、聲門區、聲門下區
- 常見病理：鱗狀細胞癌
- 相關因素：菸草、酒精、職業暴露
- 分期：AJCC 8版
- 治療重點：早期可手術或放療；晚期以器官保存為主

7. 唾液腺



- 位置：腮腺、顎下腺、舌下腺、小唾液腺
- 常見病理：多形性腺瘤、腺樣囊性病、黏液表皮樣癌等
- 相關因素：部分與基因變異有關（如 HER2、AR、NTRK）
- 分期：依部位使用對應 TNM (AJCC 8版)
- 治療重點：手術為主 ± 放療/標靶治療

8. 其他少見部位



- 位置：甲狀腺、皮膚、神經等
- 常見病理：甲狀腺癌、皮膚癌、肉瘤等
- 相關因素：放射暴露、遺傳症候群等
- 分期與治療：依病理類型與部位而定

圖例說明（解剖區域顏色對照）

- 鼻腔與鼻竇
- 鼻咽
- 口腔腔
- 口咽
- 下咽
- 喉部
- 唾液腺
- 其他部位

頭頸癌主要發生在口腔、咽部、喉部、鼻腔 / 鼻竇與唾液腺。多數黏膜型頭頸癌是鱗狀細胞癌，但鼻咽癌、唾液腺癌及少見病理具有不同的致病因子、分期方式與治療策略。 [2,3]

常見危險因子

- 菸草、檳榔與酒精：會增加口腔、咽、喉癌風險；菸酒合併暴露的風險更高。
- 高風險人類乳突病毒（HPV）：與口咽癌，尤其扁桃腺與舌根癌密切相關。
- Epstein-Barr virus（EBV）：與多數非角化型鼻咽癌密切相關。
- 其他：既往放射暴露、職業暴露、免疫抑制、特定遺傳疾病或家族史，依癌別而異。

安心但不拖延 | 不是所有頸部腫塊都是癌症

感染、甲狀腺或唾液腺疾病也可能造成腫塊；但成人持續性頸部腫塊應儘早由耳鼻喉頭頸外科評估。

02...看懂完整治療路徑

頭頸癌完整照護路徑

從懷疑、診斷、治療到追蹤與康復的全人照護 流程



全程支持性照護 (從診斷開始同步介入)



整體目標



延長存活



根治或控制疾病



維持或改善生活品質



全人、連續、整合的照護

資料來源：1. National Cancer Institute. Head and Neck Cancers. Patient and professional cancer information summaries. Accessed July 2026.

2. National Cancer Institute. Oropharyngeal Cancer Treatment (PDQ®). Updated May 14, 2025.

這張圖如何套用到自己身上？

1. 把病理報告、影像報告、分期與生物標記整理在同一份資料夾。
2. 確認治療建議是否經過頭頸癌多專科會議。
3. 詢問主治醫師：我的治療目標與替代方案是什麼？
4. 在治療前完成牙科、營養、吞嚥 / 語言與必要的聽力、腎功能基線評估。
5. 把副作用處理與復健列入正式治療計畫，而不是當成附加項目。

3

常見症狀與緊急警訊

持續超過 2-3 週、單側、逐漸惡化或伴隨頭部腫塊時，請儘早就醫。

常見症狀（依原發部位）

口腔（口腔癌）



- 口腔內不癒合潰瘍
- 白斑或紅斑
- 口腔內腫塊或硬塊
- 咀嚼或張口困難
- 牙齦出血或疼痛

口咽（扁桃腺/舌根）



- 喉嚨痛、吞嚥痛
- 單側耳痛（放射痛）
- 吞嚥異物感
- 聲音改變或鼻音
- 頭部腫塊（淋巴結）

下咽（下咽癌）



- 吞嚥困難或疼痛
- 異物感
- 聲音改變
- 體重下降

喉部（喉癌）



- 聲音沙啞持續不改善
- 聲音疲勞
- 喉嚨異物感
- 吞嚥困難
- 咳血或痰中帶血

鼻腔/鼻竇（鼻腔/鼻竇癌）



- 鼻塞（單側）
- 鼻血或血絲鼻涕
- 臉部疼痛或壓迫感
- 嗅覺改變
- 牙齒或上顎麻痛

唾液腺



- 臉部或頭部腫塊
- 腫塊逐漸變大
- 疼痛或壓痛
- 嘴巴張口困難
- 臉部神經麻痺（少見）

頭部腫塊的特徵



- ⌚ 成人新出現的頭部腫塊
- ⌚ 持續超過 2-3 週
- 📍 單側
- 🕒 無痛
- ➡ 逐漸變大或固定不動

以上特徵提高頭頸癌風險，應儘早由耳鼻喉頭頸外科專科醫師評估。

就醫警訊（符合任一項，建議儘早就醫）



症狀持續 2-3 週以上，或經一般治療仍未改善



成人出現新的、無痛且持續變大的頭部腫塊



不明原因體重下降或食慾不振



吞嚥困難或疼痛、進食噎咳



口鼻出血或痰中帶血



聲音沙啞、說話費力



持續性單側耳痛或頭頸部疼痛

緊急警訊（立即就醫 / 急診）



呼吸困難、喘鳴或呼吸聲改變



大量口鼻出血



無法吞水或吞嚥口水（唾液）



快速脫水或無法進食造成虛弱



意識改變、昏迷或抽搐

重要提醒



- ✓ 不是所有症狀都代表癌症，但不可輕忽。
- ✓ 早期診斷與治療可提高治癒機會與功能保留。
- ✓ 高風險族群（菸、檳榔、酒精、HPV、EBV）應更提高警覺並定期檢查。



就醫前小提醒：記錄症狀開始時間、部位、持續時間、變化情形、加重或緩解因素，並攜帶用藥紀錄。

資料來源：1. National Cancer Institute. Head and Neck Cancers. Patient and professional cancer information summaries. Accessed July 2026.
2. National Cancer Institute. Oropharyngeal Cancer Treatment (PDQ®). Updated May 14, 2025.

頭頸癌的症狀與原發部位高度相關。口腔癌常見不癒合潰瘍、白斑或紅斑；喉癌可出現持續沙啞；咽癌與鼻咽癌可能以吞嚥痛、單側耳痛、鼻塞、鼻血或頸部淋巴結腫大表現。 [2,3]

何時不要再觀察，需馬上就醫？

- 症狀持續 2–3 週以上，或經一般治療仍沒有改善。
- 成人出現新的、無痛且持續變大的頸部腫塊。
- 同時出現體重下降、吞嚥困難、出血、嗆咳或呼吸聲改變。

立即就醫 | 急診警訊

呼吸困難、喘鳴、大量口鼻出血、無法吞水或唾液、快速脫水、意識改變，應立即急診處理。

4

頭頸癌診斷與治療前評估

完整評估確定診斷、分期與治療計畫，並建立治療前基線以降低風險與副作用。

評估流程



核心檢查項目

檢查項目	主要目的	說明	病人可詢問的問題
 專科理學檢查 與內視鏡	尋找原發病灶、聲帶活動、 氣道與黏膜異常	耳鼻喉頭頸專科檢查，必要時於麻醉下 進行內視鏡檢查與攝影	是否看得到原發位置？ 需不需要麻醉下內視鏡？
 切片 / FNA / core biopsy	確定細胞型態與病理類型	原發病灶切片；頭部腫塊可先取淋巴結組織； 進行必要的病理與生物標記檢測	取得的組織是否足夠？ 是否會做 p16/HPV、EBV 或 PD-L1？
 CT / MRI	評估腫瘤侵犯範圍、骨/軟組織、 神經與淋巴結	依原發部位選擇最適合的影像； 對比增強有助於分期	哪一種影像最適合我的原發部位？ 影像結果會改變治療範圍嗎？
 PET-CT	評估遠端轉移、未知原發 或局部晚期	了解全身代謝活性； 輔助治療計畫與預後評估	PET-CT 有沒有改變分期？ 會不會影響治療策略？
 牙科 / 營養 / 吞嚥 / 聽力等	建立基線、預防治療中斷或 永久功能損害	牙科檢查與治療、營養評估、吞嚥/語言評估、 聽力檢查、腎功能與血液檢查等	我需要拔牙、含氣牙托、營養支、 餵食管或聽力檢查嗎？

常見生物標記檢測

-  p16/HPV
(口咽癌)
-  EBV/EBER
(鼻咽癌)
-  PD-L1 (CPS)
(適用情境)
-  其他 (依病理)
如：HER2、NTRK、
MSI、TMB 等

分期重點 (TNM)

- T** 原發腫瘤：大小、侵犯深度、是否侵入骨骼、
軟組織、喉、神經或其他重要結構。
- N** 頭部淋巴結：數量、大小、側別與是否有
淋巴結外侵犯 (ENE)。
- M** 遠端轉移：肺、骨、肝等器官。



口咽癌需確認 p16/HPV 狀態
(影響分期與預後)。



鼻咽癌需依專屬分期並評估
EBV 狀態。



請妥善保存病理切片、蠟塊與
完整病理報告以利後續使用。

重點提醒

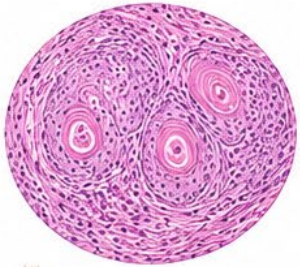
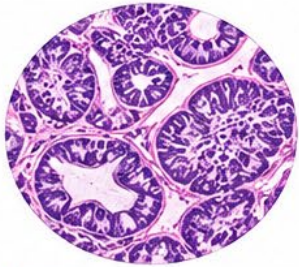
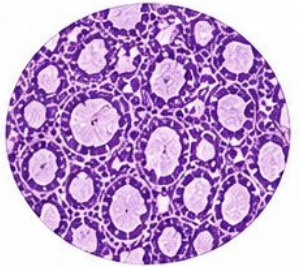
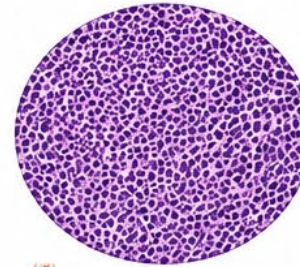
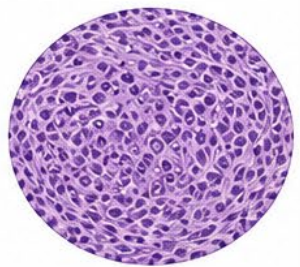
-  完整診斷與分期是擬定治療計畫的基礎。
-  所有結果應於多專科團隊會議中整合討論。
-  治療前完成預防性介入，可降低副作用與併發症風險。

資料來源：1. National Cancer Institute. Head and Neck Cancers. Patient and professional cancer information summaries. Accessed July 2026.
2. National Cancer Institute. Oropharyngeal Cancer Treatment (PDQ®). Updated May 14, 2025.

實用 | 病理報告要保存。後續第二意見、復發治療與基因檢測常會用到原始病理切片、蠟塊與完整報告。

5 常見病理類型

頭頸部癌症中以鱗狀細胞癌最為常見

病理類型	1. 鱗狀細胞癌 (SCC)	2. 腺癌	3. 腺樣囊性癌 (ACC)	4. 鼻咽癌 (多為非角化型 SCC)	5. 其他少見類型
	  口腔、口咽、 鼻咽、喉、 下咽等處最常見	  唾液腺、鼻腔、 鼻竇、咽部等處 較常見	  主要發生於 唾液腺，生長 緩慢但具侵襲性	  鼻咽部常見， 與 EBV 感染 高度相關	 - 黏液表皮樣癌 - 神經內分泌癌 - 肉瘤 - 淋巴瘤等
主要特徵	起源於鱗狀上皮細胞，與菸、酒、檳榔、HPV 等因子相關	來自腺體上皮細胞，依分化程度可為黏液性、非黏液性或特殊型	具篩狀或管狀結構，常見神經侵犯，較易局部復發或遠處轉移	多為非角化型 SCC，對放射線較敏感，早期常有頭部淋巴轉移	依類型不同，生物行為與治療策略皆有差異
常見生物標記	p16 (HPV) EGFR	HER2、Androgen receptor MAML2 (部分腺樣囊性癌)	MYB-NFIB (基因轉位)	EBV (EBER) p16 (部分)	依病理類型而定

重點提醒

- 病理診斷需結合臨床表現、影像檢查與免疫組織化學染色結果綜合判斷。
- 不同病理類型的預後與治療反應差異大，病理報告對治療決策至關重要。
- 建議由具頭頸癌病理經驗的專科醫師進行判讀。

縮寫說明

SCC：鱗狀細胞癌
ACC：腺樣囊性癌
EBV：Epstein-Barr virus
HPV：人類乳突病毒
EGFR：表皮生長因子受體



顯微鏡下病理影像
(代表性 H&E 染色)



好發部位示意

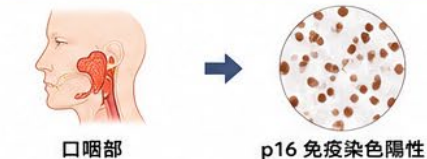
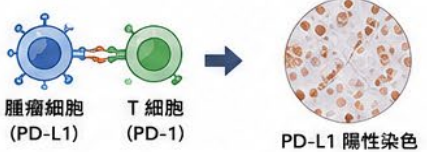


其他常見類型



資料來源：1. National Cancer Institute. Head and Neck Cancers. Patient and professional cancer information summaries. Accessed July 2026.
2. National Cancer Institute. Oropharyngeal Cancer Treatment (PDQ®). Updated May 14, 2025.

協助診斷、預後評估與治療決策

生物標記	檢測方法	陽性意義 / 臨床用途	相關治療 / 應用	示意圖
p16 (HPV) 人類乳突病毒相關蛋白 	- 免疫染色 (IHC) - HPV DNA/RNA 檢測	- 口咽癌常見 - 與較佳預後相關 - 用於區分 HPV 相關與非相關腫瘤	- 預後分層 - 臨床試驗中評估去強度治療策略的依據	 口咽部 p16 免疫染色陽性
PD-L1 (CPS) 程序性細胞死亡配體 1 (組合陽性分數) 	- 免疫染色 (IHC) - CPS 評分	- 預測對免疫檢查點抑制劑治療反應 - CPS ≥ 1 通常視為陽性	PD-1/PD-L1 抑制劑適應症依據 (如 pembrolizumab、nivolumab)	 腫瘤細胞 (PD-L1) T 細胞 (PD-1) PD-L1 陽性染色
EGFR 表皮生長因子受體 	- 免疫染色 (IHC) - 基因檢測 (少見突變)	- 多數頭頸癌高表現 - 與腫瘤生長、復發相關	- 抗 EGFR 標靶治療 (如 cetuximab) - 臨床試驗標的	 EGFR 陽性染色
EBV (EBER) 愛普斯坦-巴爾病毒 (EBER in situ hybridization) 	EBER-ISH (原位雜合檢測)	- 鼻咽癌高度相關 - 診斷、預後評估與分期參考	- 診斷鼻咽癌的重要依據 - 預後分層 (高病毒量預後較差)	 鼻咽部 EBER 陽性 (藍黑色訊號)
其他基因變異 / 融合基因 (依病理類型而異) 	- NGS 次世代基因定序 - FISH / RT-PCR	- 部分病例具可驅動基因變異或融合基因 - 可能影響治療選擇與臨床試驗參與	- 精準醫療與標靶治療 (如 NTRK 融合、RET 融合等) - 臨床試驗標的	 基因變異 / 融合 NGS 定序結果



重點提醒

- 生物標記檢測需結合臨床、病理與影像資訊，綜合判斷結果意義。
- 檢測方法與陽性判定標準可能因試劑與實驗室而有所不同。
- 治療決策應由多專科團隊共同討論，並與病人充分溝通。

圖示說明



病毒



免疫相關



受體 / 訊號



基因 / 檢測



病理染色結果

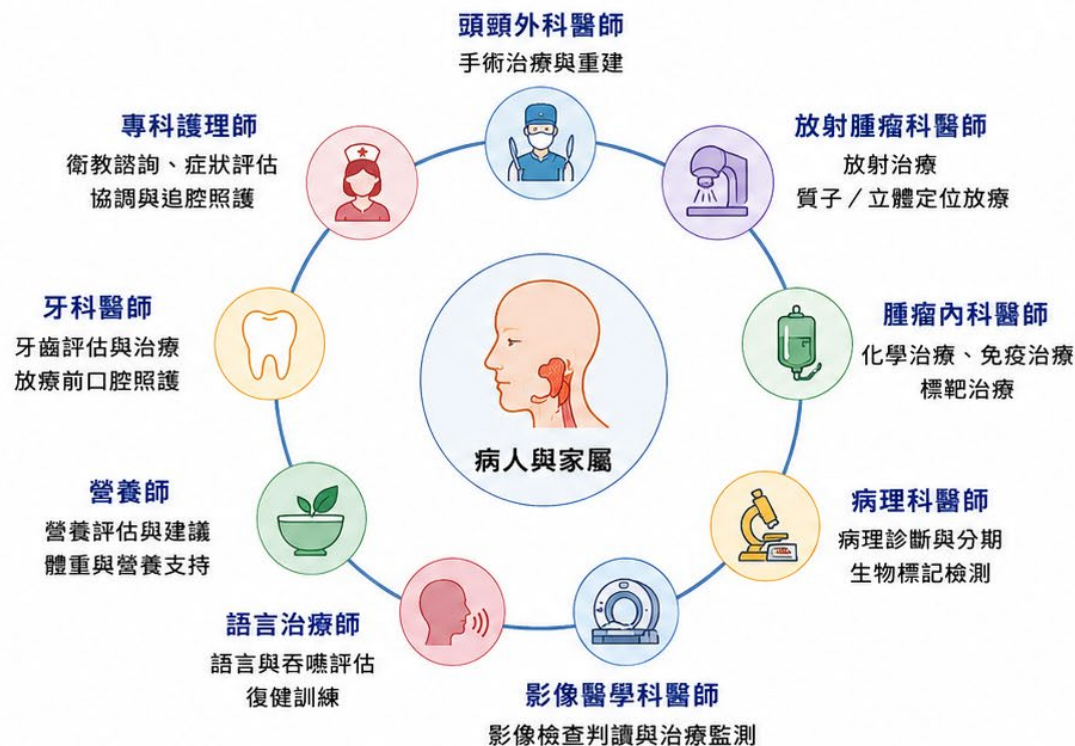
資料來源：1. National Cancer Institute. Head and Neck Cancers. Patient and professional cancer information summaries. Accessed July 2026.

2. National Cancer Institute. Oropharyngeal Cancer Treatment (PDQ®). Updated May 14, 2025.

07 頭頸癌多專科團隊



集中專業、整合資源、共同決策，提供以病人為中心的完整照護



多專科團隊（MDT）核心任務



整合病理、影像、生物標記與分期
制定個人化治療計畫



召開多專科會議
討論治療策略與替代方案



設定治療目標
(治癒、器官保存、緩解症狀、提升生活品質)



預防與處理副作用
並規劃復健與長期追蹤



提供病人及家屬支持
協助心理、社會與經濟層面的需求

團隊協作的好處



提高治療準確度與療效



降低副作用與併發症風險



提升生活品質與功能保留



優化照護流程與資源運用



病人參與團隊的方式



提供完整病史、
藥物過敏與用藥資訊



主動提問、表達
需求與治療目標



與團隊共同討論
治療選擇與風險



參與治療與追蹤計畫
落實自我照護



頭頸癌治療需要跨專科整合與病人參與，才能達成最佳的治療成果與生活品質。

如何尋找與比較

1. 優先查找衛福部國民健康署癌症診療品質認證醫院名單。[14]
2. 透過台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會與醫院官方網站確認頭頸腫瘤專長。[15]
3. 帶齊病理玻片 / 蠟塊、影像光碟與報告，取得第二意見時請對方重新確認病理與可切除性。
4. 詢問一年處理相同原發部位與分期的病例量、重建與功能結果、是否有專責個案管理師。

共同決策 | 第二意見不代表不信任原醫師

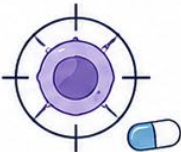
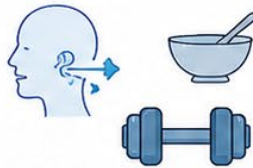
頭頸癌常有「手術導向」與「放療導向」兩種可治癒方案。第二意見能幫助比較腫瘤控制與功能代價。

08 頭頸癌治療策略總覽



治療目標：根治腫瘤、保留功能、減少副作用、維持生活品質、預防復發與轉移

依疾病狀態與治療目標選擇主要策略

1. 手術治療	2. 放射治療	3. 化學治療	4. 免疫治療	5. 標靶治療	6. 支持性與復健治療
 - 切除原發腫瘤與頸部淋巴結 - 可搭配重建手術 - 適用於可切除病灶	 - 外部放射治療 (EBRT) - 精準放射治療 (IMRT) - 立體定位放射治療 (SBRT) - 適用於手術前/後或無法手術者	 - 可單獨使用或合併放療 - 常用於局部晚期或轉移性疾病 - 可作為輔助或同步治療以提升療效	 - 啟動免疫系統攻擊癌細胞 - 適用於復發/轉移性或特定情境 - PD-1/PD-L1 抑制劑為主要藥物	 - 針對特定分子標記 (如 EGFR、HER2 等) - 適用於特定病理類型或復發/轉移性疾病 - 可單獨或合併其他治療	 - 營養支持 - 吞嚥/語言復健 - 牙科照護 - 心理支持 - 提升生活品質與治療耐受性

依期別與治療目的考量

期別	早期 (I-II期)	局部晚期 (III-IV期)	轉移性 / 復發性
治療目的	以單一治療為主 (手術 或 放療) 治癒機會高，副作用較低 	多為多重治療合併 (手術 + 放療 ± 化療) 提升局部控制與存活率 	以全身性治療為主 (化療、免疫、標靶) 延長存活，緩解症狀 

治療選擇的關鍵考量

-  腫瘤特性：部位、分期、病理類型、生物標記
-  病人狀況：年齡、共病、體能狀態、器官功能
-  功能與生活品質：吞嚥、語言、外觀、心理需求
-  病人價值與偏好：治療目標、可接受的風險與副作用
-  多專科團隊討論：整合證據與臨床經驗，提供最適方案



重點提醒

- 沒有單一「最好」的治療，只有「最適合」個別病人的策略。
- 治療計畫應由多專科團隊共同討論，並與病人充分溝通後決定。
- 治療中持續評估療效與副作用，必要時調整策略。
- 支持性與復健治療是整體治療不可或缺的一部分。

資料來源：1. NCCN Guidelines® Head and Neck Cancers. Version 3.2024.

2. 台灣頭頸部腫瘤醫學會·頭頸癌臨床治療指引·2023 年版。

早期、局限疾病

許多第 I-II 期頭頸癌可用「單一局部治療」達到根治：手術或根治性放療。選擇取決於原發部位、可切除性、預期吞嚥 / 聲音 / 外觀、病人偏好與醫療團隊經驗。 [2,3]

可手術、局部晚期疾病

口腔癌多採手術導向；其他部位可能在手術與器官保存化放療間選擇。手術後依切緣、是否已突破淋巴結外層、淋巴結與其他病理風險決定觀察、放療或同步化放療。2025 年 FDA 核准部分 Stage III-IVA、可手術且 PD-L1 CPS $\geq$ 1 的 HNSCC 使用圍手術期 pembrolizumab 路徑。 [4]

不可切除或以器官保存為目標

對適合 cisplatin 的局部晚期 HNSCC，同步 cisplatin 化放療仍是重要標準。誘導 TPF 化療不是所有人的固定前置步驟，隨機試驗未證實對所有患者優於直接同步化放療。 [3]

復發或轉移

先評估是否仍可用救援手術或再放療根治；若不可，治療依 PD-L1 CPS、症狀速度、腫瘤負荷、體能與既往治療選擇 pembrolizumab 單藥、pembrolizumab + platinum + 5-FU、nivolumab 或其他方案。 [7-9]

09

各原發部位的典型治療路徑

原發部位是治療地圖的第一個岔路，決定主要治療策略與功能保留的取捨。



重點提醒

- 治療需依分期 (TNM)、病理與生物標記調整。
- 多專科團隊共同討論，個別化決定。
- 功能保留與治療成效需取得最佳平衡。

原發部位	特點與常見表現	典型治療路徑 (依期別)		關鍵考量
		早期 (I-II 期)	局部晚期 (III-IV 期)	
口腔癌 (舌、口底、頰黏膜、硬顎、牙齦等) 	• 最常見的頭頸癌之一 • 舌癌與口底癌與吸菸、嚼檳榔、飲酒有關 • 常見表現：口腔潰瘍不癒、腫塊、疼痛、出血	 手術為主 • 腫瘤切除 • 選擇性頸部淋巴結治療 (必要時)	 手術合併治療 • 廣泛切除 + 頸部淋巴結治療 • 術後依病理風險給予 • 放射治療或同步化放療 (± 化學治療)	☒ 切緣是否乾淨 ☒ 頸部淋巴結狀態 (ENE) ☒ 神經周圍侵犯 (PNI) ☒ 淋巴血管侵犯 (LVI) ☒ 侵犯深度 (DOI)
口咽癌 (扁桃腺、舌根、軟顎後壁) 	• 需確認 p16/HPV 狀態 • HPV 相關者預後較佳 • 常見表現：吞嚥異物感、喉嚨痛、頸部腫塊	 手術或放療 • 經口手術 (TLM/TORS) + 頸部處理 • 或 放射治療 (± 化學治療)	 同步化放療為主 • 放射治療 + 同步性化學治療 (以順铂為主) • 降階治療建議僅於臨床試驗	☒ p16/HPV 狀態 ☒ 淋巴結 ENE ☒ 治療毒性與長期功能 ☒ 降階治療應限於臨床試驗
喉癌與下咽癌 (聲門、聲門上、聲門下、下咽) 	• 與吸菸、飲酒高度相關 • 常見表現：聲音沙啞、咳血、吞嚥困難、呼吸困難	 器官保存治療 • 內視鏡切除 (早期喉癌) • 部分喉切除或放射治療	 器官保存治療或手術 • 同步化放療 (器官保存策略) 或 • 全喉切除 ± 術後放療 / 同步化放療	☒ 腫瘤侵犯範圍與功能狀態 ☒ 喉功能與吞嚥功能 ☒ 軟骨侵犯或氣道安全性 ☒ 病人偏好與生活品質
鼻咽癌 (鼻咽頂後壁) 	• 多為非角化型 • 與 EBV 相關 • 常見表現：鼻塞、鼻血、耳閉塞感、頸部腫塊、頭痛複視	 放射治療為主 • 高劑量放射治療 • 合併化學治療 (同步或輔助)	 輔助治療 • 晚期或復發轉移需考慮化學治療或免疫治療	☒ TNM 分期 ☒ EBV DNA ☒ 遠端轉移狀態 ☒ 治療期間營養與聽力管理
唾液腺癌 (腮腺、顎下腺、舌下腺、小唾液腺) 	• 病理型態多樣 • 多數與吸菸無關 • 常見表現：無痛性腫塊、臉部神經麻痺 (部分)	 手術為主 • 腫瘤切除 • 視需要處理頸部淋巴結	 術後放療 ± 系統性治療 • 依高風險病理特徵給予放療 • 特定亞型可考慮標靶 / 免疫治療	☒ 病理型態與分級 ☒ 切緣與神經侵犯 ☒ 基因標記 (HER2、AR、NTRK 等)



共同原則

完整分期與
生物標記評估多專科團隊
共同討論治療目標：
治療 + 功能保留副作用管理與
復健併入計畫定期追蹤與
長期照護

口腔癌

- 可切除者多以手術為主，常合併選擇性或治療性頸部淋巴結處理。
- 手術後，醫師會根據病理報告評估復發風險，包括：腫瘤是否切除乾淨、癌細胞是否已突破淋巴結外層（ENE）、淋巴結轉移的數量與範圍、癌細胞是否侵犯神經（PNI）或淋巴、血管（LVI）、T 分期與侵犯深度決定放療或同步化放療。

口咽癌

- 需確認 p16 / HPV；治療可採經口手術 + 頸部處理，或放療 / 同步化放療。
- HPV+ 預後通常較佳，但以 cetuximab 取代 cisplatin 並未降低整體毒性，且存活較差；降階治療應限於臨床試驗。[3,11]

喉癌與下咽癌

- 小型腫瘤可用內視鏡手術、部分喉切除或放療。
- 局部晚期需比較器官保存同步化放療與全喉切除；已有喉功能不良、軟骨廣泛侵犯或窒息風險者，手術可能更合適。

鼻咽癌

- 以 IMRT 為核心。早期可單用放療；第 II–IVA 期常需同步 cisplatin，部分高風險病人加入誘導化療。
- 復發 / 轉移可使用 toripalimab + gemcitabine / cisplatin 等鼻咽癌專屬方案。[13]

唾液腺癌

- 多以手術為主，依病理型態、神經侵犯、切緣與分期考慮術後放療。
- 復發 / 轉移或不可切除時，應檢查 HER2、AR、NTRK 等可治療標記。

10 頭頸癌手術治療



治療目標：完整切除腫瘤、控制疾病、保留或重建功能、維持生活品質

手術的主要目的



移除原發腫瘤

達到切緣陰性，降低局部復發風險



處理頸部淋巴結

評估並清除轉移淋巴結
(治療性或選擇性)



提供病理資訊

確認分期與風險因子
指導後續治療



功能保留或重建

維持吞嚥、語言、呼吸、外觀
與生活品質

常見手術類型

原發腫瘤切除

(口腔、口咽、喉、下咽等)



- 局部切除／部分切除
- 廣泛切除

頸部淋巴結手術

(頸部廓清術)



- 選擇性頸部廓清術
- 根治性頸部廓清術

內視鏡手術

(經口／經鼻內視鏡手術)



- 經口機械人手術
- 內視鏡雷射／冷刀微創切除

重建手術

(缺損修補與功能重建)



- 游離皮瓣重建
- 局部皮瓣／植皮
- 結構性重建(如下頷骨)

手術適用情境 (依部位與分期決定)



口腔癌

- 早期以手術為主
- 局部晚期依風險決定合併術後放療／同步化放療



口咽癌

- p16/HPV 陽性或陰性皆可考慮手術
- 可採經口手術 (TORS/TLM) + 頸部處理



喉癌

- 早期：內視鏡切除或部分喉切除
- 局部晚期：器官保存治療或全喉切除



下咽癌

- 多需廣泛切除
- 常合併頸部廓清與重建



鼻咽癌／唾液腺癌

- 鼻咽癌以放療為主，手術用於特定情境
- 唾液腺癌依病理型態決定手術範圍

手術前評估重點



病人狀況

- 年齡、共病
- 體能狀態 (ECOG)
- 營養與體重



影像評估

- CT/MRI/PET-CT
- 腫瘤範圍與深度
- 血管與重要結構



牙科評估

- 拔除高風險牙齒
- 治療牙周病
- 預防術後骨壞死



功能評估

- 呼吸、心肺功能
- 吞嚥／語言評估
- 聽力評估 (必要時)

手術可能風險與併發症



出血／血腫



感染／
傷口癒合不良



神經損傷
(感覺異常、
肩膀活動受限等)



吞嚥／
語言功能障礙



呼吸道併發症
(如肺炎)



皮瓣壞死／重建
失敗 (罕見)

術後照護重點



傷口與引流管照護



早期活動與復健



病理報告討論



疼痛控制



營養與吞嚥訓練



後續治療規劃



重點提醒



- 手術範圍越大，功能影響越高，需與主治醫師充分討論取捨。
- 切緣陰性是降低局部復發的關鍵，但需綜合考量功能與生活品質。
- 多專科團隊共同評估，才能決定最適合的手術方式與是否需要合併其他治療。

資料來源：1. NCCN Guidelines® Head and Neck Cancers, Version 3.2024. 2. 台灣頭頸部腫瘤醫學會・頭頸癌臨床治療指引・2023 年版。

功能 | 術後復健要早開始 (肩頸活動、淋巴水腫、吞嚥與語言訓練越早介入，越有機會降低長期失能。)

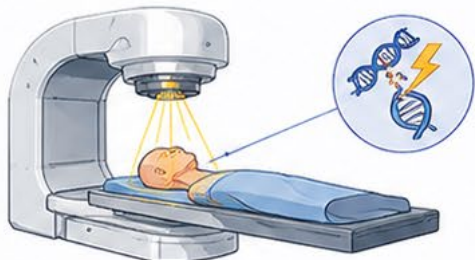
11 頭頸癌放射治療



治療目標：局部控制腫瘤、器官功能保存、緩解症狀、提升生活品質與存活率

放射治療的原理

高能量射線破壞癌細胞的 DNA，使其無法分裂與增生而死亡。



放射治療優點

- ✓ 可保留器官與外觀
- ⊕ 可做為主要治療或輔助治療
- ⊕ 可精準定位，減少對正常組織傷害

常見放射治療技術

傳統二維放療
(2D-RT)



- 技術成熟
- 適用於部分簡單病例

三維適形放療
(3D-CRT)



- 依腫瘤形狀客製化
- 減少正常組織劑量

調強式放療
(IMRT)



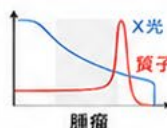
- 劑量分佈更精準
- 降低副作用
- 局部晚期頭頸癌常用

影像導引放療
(IGRT)



- 治療前影像校正定位
- 提升精準度與安全性

質子治療
(Proton Therapy)



- 布拉格峰效應
- 減少劑量至重要器官
- 部分病例可考慮

放射治療適用情境



根除性治療（主要治療）

早期喉癌、部分口咽癌、鼻咽癌等，以放療為主體治療。



術後輔助治療

手術後若有高風險病理因子（如切緣陽性、淋巴結轉移、ENE 等），以降低復發風險。



同步化學放射治療

局部晚期頭頸癌（III-IV 期）常採用，可提升局部控制率與存活率。



緩解性放療（姑息治療）

用於無法根除之晚期或轉移性疾病，以緩解疼痛、出血、阻塞等症狀。

治療流程

1. 門診評估



- 病史、理學檢查
- 確認治療目標

2. 模擬定位



- 固定裝置
- CT 模擬定位

3. 計畫設計



- 勾畫腫瘤與危險器官
- 劑量規劃

4. 治療執行



- 每週 5 天，約 6-7 週
- 每次約 10-20 分鐘

5. 治療評估



- 定期評估療效與副作用
- 必要時影像追蹤

常見急性副作用（多在治療期間或結束後數週內）



口腔黏膜炎
疼痛、潰瘍



吞嚥困難
疼痛、噎咳



皮膚反應
紅斑、乾癢、脫皮



口乾
影響味覺、進食



疲倦
體力下降

長期可能副作用



口乾
唾液腺功能受損



齲齒
牙齒脆弱



頭頸纖維化
僵硬、活動受限



甲狀腺功能低下
需長期追蹤



聽力影響
(若治療區域靠近)



罕見：放射性腦病變
(通常在多年後)



重點提醒

- ✓ 放療計畫需個人化，平衡腫瘤控制與器官功能保存。
- ✓ 治療期間配合口腔照護、營養支持與症狀管理，可減輕不適。
- ✓ 治療結束後仍需定期追蹤，及早發現並處理長期副作用。
- ✓ 與多專科團隊（放腫、牙科、營養、語言治療等）密切合作，可提升治療耐受性與生活品質。

治療前與治療中必做

- 治療前完成牙科評估；必要時拔除高風險牙齒並預留癒合時間。
- 建立體重、營養、吞嚥、口腔、疼痛與皮膚基線。
- 每天使用固定面罩維持位置；若體重快速下降，需重新評估面罩與計畫。
- 每週與團隊評估水分、止痛、黏膜炎、感染、體重與餵食需求。

安全 | 不要自行使用偏方漱口水或中斷療程

含酒精、刺激性或成分不明的產品可能加重黏膜炎；任何補充品與草藥應先告知醫療團隊。

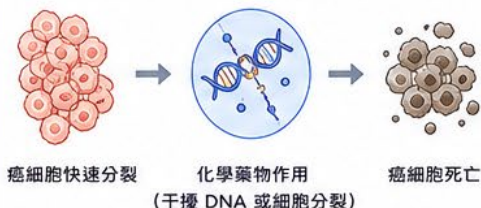
12 頭頸癌化學治療



治療目標：殺死癌細胞、控制腫瘤、預防復發與轉移、延長存活期並緩解症狀

化學治療的原理

利用藥物干擾癌細胞的生長與分裂，造成 DNA 損傷或阻斷細胞分裂，使癌細胞死亡。



常用化學治療藥物與用途

藥物類別	常用藥物 (範例)	主要用途
鉑類藥物	Cisplatin (順鉑) Carboplatin (卡鉑)	- 同步放化療之主要藥物 (器官保存治療) - 輔助化療 (高風險病理因子)
抗代謝藥物	5-Fluorouracil (5-FU) Capecitabine	- 與鉑類藥物合併提升療效 - 局部晚期或轉移性疾病
紫杉醇類	Paclitaxel (紫杉醇) Docetaxel (多西紫杉醇)	- 與鉑類合併治療 - 對部分復發/轉移性病例有效
其他藥物	Methotrexate, Bleomycin, Cetuximab (具抗體性質) 等	- 適用於特定情境或臨床試驗 - 可與其他藥物組合使用

* 實際藥物選擇依腫瘤部位、分期、病理、體能狀況與合併治療而定。

給藥方式



靜脈注射 (IV)

- 多數化療藥物以靜脈輸注給藥
- 於門診或住院進行，依療程週期給予



口服藥物

- 如 Capecitabine 等
- 需遵照醫囑固定時間服用



治療週期

- 依藥物組合不同，每 1~3 週為一週期
- 通常治療 3~6 個週期，再評估療效

依疾病狀況與治療目的的常見化療策略

1. 同步化學放射治療 (局部晚期)



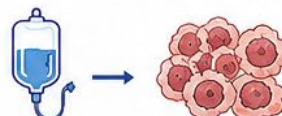
- 與放射治療同時進行
- 常用藥物：Cisplatin (高劑量每 3 週) 或每週低劑量 Cisplatin
- 可提升局部控制率與存活率

2. 輔助化學治療 (術後)



- 適用於高風險病理因子 (切緣陽性、ENE、淋巴結多顆等)
- 降低復發風險，改善存活率

3. 誘導化學治療 (部分情境)



- 先以化療縮小腫瘤，再進行手術或放療
- 適用於局部晚期、器官保存策略
- 非所有病人皆適用，需個別評估

4. 治療轉移或復發疾病



- 全身性化療為主，可合併標靶或免疫治療
- 目標為延長存活、緩解症狀與提升生活品質

常見副作用與處理



口腔副膜炎

- 疼痛、潰瘍
- 保持口腔清潔、使用漱口水、疼痛控制



噁心嘔吐

- 常見於鉑類藥物
- 預防性止吐藥、少量多餐、補充水分



骨髓抑制

- 白血球減少、貧血、血小板低下
- 定期抽血監測、必要時使用升白針或輸血



掉髮

- 多為暫時性
- 治療結束後數週至數月將逐漸恢復



腎毒性 (鉑類藥物)

- 可能影響腎功能及聽力
- 治療前後補充水分、監測腎功能與電解質、必要時調整劑量



聽力影響 (鉑類藥物)

- 可能出現耳鳴或聽力下降
- 定期聽力檢查、早期發現與評估

♥ 若出現發燒、嚴重出血、持續嘔吐或無法進食等症狀，應立即就醫。

化學治療重點

- 化療可單獨使用或與放療、手術、標靶、免疫治療合併使用。
- 藥物選擇與劑量依個人情況調整，並非越強劑量越好。
- 治療期間需定期回診與抽血檢查，評估療效與副作用。
- 良好營養、充足休息與感染預防，有助於順利完成治療。

重點提醒

- 治療期間請告知醫師所有正在使用的藥物與保健品，避免交互作用。
- 若副作用影響日常生活，請主動告知醫護人員調整處理。
- 治療目標不只是延長存活，更要兼顧生活品質與個人需求。

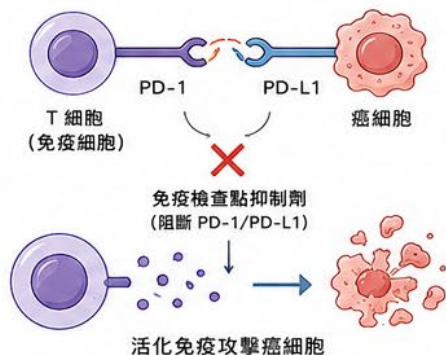
13 頭頸癌免疫治療



治療目標：活化免疫系統辨識並攻擊癌細胞、控制腫瘤、延長存活並緩解症狀

免疫治療的原理

癌細胞會利用 PD-L1 與免疫細胞表面的 PD-1 受體結合，關閉免疫攻擊。免疫檢查點抑制劑可阻斷此訊號，讓免疫細胞重新辨識並攻擊癌細胞。



常用免疫檢查點抑制劑與主要適應症

藥物 (作用機轉)	主要適應症 (頭頸癌)	給藥方式
Pembrolizumab (抗 PD-1)	- 復發/轉移性頭頸鱗狀細胞癌 (用於含鉑化療失敗後，且 PD-L1 CPS ≥ 1) - 部分局部晚期可手術患者之圍手術期治療 (特定條件)	靜脈注射 每 3 週
Nivolumab (抗 PD-1)	復發/轉移性頭頸鱗狀細胞癌 (用於含鉑化療失敗後)	靜脈注射 每 2 週 或每 4 週
Cemiplimab (抗 PD-1)	皮膚鱗狀細胞癌 (含頭頸部皮膚癌)	靜脈注射 每 3 週
Durvalumab (抗 PD-L1)	與含鉑化療併用於復發/轉移性頭頸鱗狀細胞癌 (特定適應症)	靜脈注射 每 3 週

* 實際適應症與給付條件依各國/地區法規與健保規定而定。

可能適合的病人族群



復發/轉移性疾病
且已接受含鉑化療失敗



PD-L1 表現
可協助治療決策
(CPS ≥ 1 較可能受益)



身體狀況良好，可耐受
免疫相關副作用之病人



是否適合使用免疫治療，需由專業醫師
依病情、病理特徵與整體狀況綜合評估。

常見免疫相關副作用 (irAE)

皮膚	腸胃道	內分泌	肝臟	肺臟	其他
皮疹、搔癢	腹瀉、結腸炎	甲狀腺炎、甲狀腺功能低下 腎上腺炎、糖尿病等	肝炎、肝功能異常	免疫性肺炎	腎炎、肌炎、眼炎等
發生率：約15~25%	發生率：約10~20%	發生率：約10~15%	發生率：約5~10%	發生率：約3~5%	發生率：約1~5%

⚠ 若出現持續發燒、嚴重腹瀉、呼吸困難、黃疸、視力改變、嚴重疲倦或任何不適，請立即回診。

免疫治療流程



免疫治療的優點

- ✓ 對部分病人可達長期控制甚至長期存活
- ✓ 不易造成掉髮、噁心等化療常見副作用
- ✓ 治療選擇多元，可與化療或標靶併用

可能的限制

- ⚠ 並非所有病人皆有效
- ⚠ 可能發生免疫相關副作用，嚴重時需使用類固醇或免疫抑制劑處理
- ⚠ 治療費用較高，需考慮健保給付條件



重點提醒

- 免疫治療可為復發/轉移性頭頸癌病人帶來新的希望，仍需個別評估。
- 治療期間請與醫療團隊保持密切聯繫，及早發現與處理副作用。
- 良好營養、規律作息與心理支持，有助於提升治療耐受性與生活品質。

資料來源：1. NCCN Guidelines® Head and Neck Cancers. Version 3.2024.

2. 台灣頭頸部腫瘤醫學會·頭頸癌臨床治療指引·2023 年版。

A. 圍手術期 pembrolizumab：新加入的局部晚期路徑

FDA 於 2025 年核准用於可手術、Stage III–IVA HNSCC 且 PD-L1 CPS $\geq$ 1：術前 pembrolizumab 2 個週期 → 手術 → 術後 pembrolizumab 與放療合併；切緣陽性或 ENE 等高風險可合併 cisplatin → 再以 pembrolizumab 維持。建議劑量為 200 mg every 3 weeks 或 400 mg every 6 weeks；實際採用依當地核准與團隊評估。[4]

B. 第一線復發 / 轉移 HNSCC

臨床情境	常見選擇	取捨
PD-L1 CPS $\geq$ 1、症狀發展較慢、腫瘤負荷較低	pembrolizumab 單藥	反應率較低但反應可能持久，通常較少化療型毒性；初期仍可能進展。
需要較快縮小、症狀明顯、腫瘤負荷高，或 PD-L1 不適合單藥	pembrolizumab + platinum + 5-FU	反應率較高，但血球、感染、黏膜炎、腎功能與噁心等毒性較多。
platinum 後進展	nivolumab 或 pembrolizumab 等後線免疫治療	少數病人有長期反應；需監測免疫相關副作用。

C. 復發 / 轉移鼻咽癌

toripalimab + gemcitabine / cisplatin 已獲 FDA 核准作為第一線治療；platinum 後進展也有單藥情境。JUPITER-02 顯示整體存活改善；POLARIS-02 單藥 ORR 21%，中位反應持續 14.9 個月。[13]

警訊 | 免疫副作用可能延後出現

新發喘、持續腹瀉、黃疸、嚴重皮疹、嗜睡、心悸或尿量下降，應立即聯絡團隊。

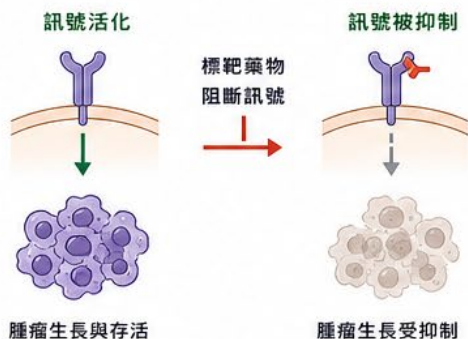
14 頭頸癌標靶治療



治療目標：精準抑制腫瘤相關分子訊號，控制腫瘤、延長存活並緩解症狀

標靶治療的原理

腫瘤細胞過度活化特定訊號路徑，導致細胞增生與存活。
標靶藥物可精準阻斷這些分子訊號，抑制腫瘤生長或促進凋亡。



常見標靶藥物與適應症

標的分子	常見藥物	適應症（頭頸癌）	給藥方式
EGFR	Cetuximab (單株抗體)	- 復發/轉移性頭頸鱗狀細胞癌（與化療併用或單獨使用） - 局部晚期不可手術病人，可與放療併用	靜脈注射 每1週
HER2	Trastuzumab (單株抗體)	HER2過度表現之唾液腺癌（如：唾液腺癌）	靜脈注射 每3週
AR (雄性素受體)	Enzalutamide (抗雄性素藥物)	雄性素受體陽性之唾液腺癌（進展後治療選擇）	口服 每日一次
NTRK 融合	Larotrectinib / Entrectinib (TRK 抑制劑)	NTRK 融合基因陽性之實體瘤（含唾液腺癌）	口服 每日1-2次

* 實際用藥需依病理檢測結果、臨床狀況與健保給付條件決定。

適用條件與檢測



生物標記檢測

- HER2、AR、NTRK 融合等
需以免疫染色（IHC）、FISH、
NGS 等檢測確認



適應症評估

- 依腫瘤型別、分期、既往治療
與整體狀況綜合評估



多專科討論

- 與腫瘤科、病理科、頭頸外科等
團隊共同決定是否使用標靶治療



健保與給付

- 依健保給付規定與適應症使用
部分藥物須事前審查

常見副作用與處理

皮膚毒性 (EGFR 抑制劑)

- 痤瘡樣皮疹、乾燥、搔癢
- 加強保濕、防曬
- 必要時使用外用藥膏或
口服抗生素

輸注反應 (單株抗體)

- 發燒、寒顫、呼吸困難、
血壓變化等
- 初次輸注需密切監測
- 嚴重時需暫停並給予治療

腹瀉 (EGFR 抑制劑)

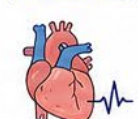
- 輕中度腹瀉常見
- 補充水分與電解質
- 必要時使用止瀉藥物

肝功能異常



- 定期監測肝功能
- 異常時調整劑量或暫
停用藥

心臟毒性 (Trastuzumab)



- 可能影響心臟功能
- 治療前與治療中定期評估
心臟超音波（LVEF）

副作用處理原則

- 早期發現、早期處理可降低嚴重度，避免影響治療效果。
- 任何不適症狀請主動告知醫療團隊，勿自行停藥或調整劑量。

治療效果評估



影像評估

- 每8-12週進行影像檢查
(CT / MRI / PET-CT)
- 依 RECIST 準則評估腫瘤反應



症狀與生活品質

- 評估症狀緩解程度與生活品質改善
- 疼痛、吞嚥、呼吸等功能評估



生物標記追蹤

- 部分腫瘤可監測腫瘤標記或
基因變異變化（如 EBV DNA）
- 協助評估治療反應與疾病監測



治療調整

- 依療效與耐受性調整劑量、間隔
或更換治療策略

標靶治療的優點與限制

優點

- 精準作用於特定分子，對正常細胞影響較小
- 可與化療、放療或免疫治療合併使用
- 部分病人可獲得較長的控制時間與生活品質改善

限制

- 需有明確生物標記陽性才可能受益
- 可能產生抗藥性，效果會隨時間減弱
- 仍可能有副作用，需持續監測與處理
- 藥物費用昂貴，需符合健保給付條件

重點提醒

- 標靶治療需個人化評估與專業團隊共同決策，
依據分子檢測結果、疾病狀況與治療目標，
選擇最適合的治療策略。

使用標靶治療前，請與醫師討論以下問題：



我的腫瘤有
哪些基因檢測結果？



此治療適合我的
病情與階段嗎？



預期療效與可能
副作用有哪些？



治療需要持續多久？
如何評估效果？



健保給付條件與
自費負擔為何？



若治療無效，後續的
治療選擇有哪些？

資料來源：1. NCCN Guidelines® Head and Neck Cancers. Version 3.2024. 2. 台灣頭頸部腫瘤醫學會，頭頸癌臨床治療指引，2023年版。

15 頭頸癌副作用管理



治療目標：及早預防與處理副作用，維持治療完整性與生活品質

常見副作用與處理原則

副作用	可能原因	常見症狀	處理與預防	何時就醫
口腔黏膜炎 	放射治療、化學治療、標靶治療	口腔疼痛、紅腫、潰瘍，影響進食與說話	- 口腔清潔與含氟漱口水 - 避免刺激性食物 - 疼痛控制（局部麻醉凝膠、止痛藥） - 營養師評估飲食調整	- 無法進食或喝水 - 嚴重疼痛不受控制 - 潰瘍持續惡化或出血
吞嚥困難 	放射治療、手術、神經損傷、黏膜炎	噎咳、進食困難、體重下降	- 吞嚥復健訓練（語言治療師） - 調整食物質地與濃稠度 - 必要時放置鼻胃管或胃造口	- 嚴重噎咳或吸入性肺炎 - 體重快速下降 - 脫水或營養不良
皮膚反應 	放射治療、標靶治療、部分化療	皮膚紅腫、乾燥、脫屑、疼痛或潰瘍	- 溫和清潔與保濕 - 避免陽光直射與刺激物 - 醫師評估藥膏或敷料使用	- 皮膚破損或感染 - 嚴重疼痛或滲液 - 影響日常活動
口乾 	放射治療、部分藥物	口乾舌燥、說話困難、增加蛀牙風險	- 多喝水、含無糖口香糖 - 人工唾液或保溫凝膠 - 定期牙科檢查與氟化物使用	- 嚴重影響進食或說話 - 反覆口腔感染或齦齒 - 無法改善的持續口乾
疲倦 	放射治療、化學治療、免疫治療、貧血、營養不良、心理壓力	疲倦、虛弱、注意力下降、影響日常活動	- 規律作息與適度運動 - 均衡營養與水分補充 - 處理貧血、甲狀腺等併發症 - 心理支持與放鬆技巧	- 嚴重影響生活品質 - 休息後仍極度疲倦 - 合併呼吸困難或胸痛

多專科支持與介入



醫師
評估與處理副作用，調整治療計畫



護理師
提供衛教、症狀監測與日常照護指導



營養師
營養評估與飲食建議，維持體重與營養



語言治療師
吞嚥與語言復健訓練，預防噎咳與誤吸



牙科醫師
口腔照護、預防感染與蛀牙管理



心理師
情緒支持、壓力調適與心理諮商

副作用處理的黃金原則

- ✓ 及早發現、及早處理，避免惡化
- ✓ 主動回報症狀，不要忍耐
- ✓ 個人化處理計畫，依需求調整
- ✓ 持續追蹤與評估，確保安全與效果

自我照護小提醒



多喝水，保持身體水分



保持口腔清潔，定期漱口



選擇柔軟、易吞嚥的食物，少量多餐



適度活動，維持體力與心情愉快



尋求家人與朋友支持，參與支持團體

何時需要立即就醫？



發燒 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 或寒顫



持續出血或無法止血



呼吸困難、嚴重噎咳



體重在1週內下降 $>5\%$



劇烈疼痛或其他異常症狀



重點提醒

- 副作用是治療的一部分，多數可透過預防與處理來控制。
- 良好的副作用管理有助於完成治療，提升療效與生活品質。
- 與醫療團隊保持密切溝通，是安全有效治療的關鍵。

問題	居家可做	應聯絡團隊 / 急診
口腔黏膜炎與吞嚥痛	規律止痛、溫和漱口、軟質高熱量飲食、避免菸酒辛辣	痛到無法喝水、尿量下降、頭暈、持續體重下降。
口乾與牙齒風險	含氟牙膏 / 牙托、頻繁飲水、無糖口香糖或唾液替代品	牙痛、腫脹、顎骨暴露；放療區拔牙前一定先詢問團隊。
皮膚炎	溫和清潔、保濕、避免摩擦與日曬；依放療團隊指示用藥	濕性脫皮、大範圍水泡、感染、快速惡化。
血球下降與感染	量體溫、保持衛生、避免接觸感染者	發燒 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 、寒顫、呼吸困難、意識改變。
cisplatin 腎 / 聽力毒性	依醫囑補液與檢查；回報耳鳴、聽力改變	尿量明顯下降、嚴重耳鳴、持續嘔吐或無法進食。
免疫相關副作用	記錄症狀，攜帶免疫治療卡，避免自行用類固醇	新發喘、嚴重腹瀉、黃疸、胸痛、嗜睡、嚴重皮疹或肌無力。

營養 | 餵食管不是失敗

短期鼻胃管或胃造口可在嚴重吞嚥痛時維持營養與水分；是否預防性放置需依體重、腫瘤範圍、治療計畫與吞嚥功能個別化。

16 常見療效評估指標

1. 客觀腫瘤反應 (依 RECIST 1.1)

CR 完全反應
所有目標病灶消失，
淋巴結短徑 < 10 mm。



PR 部分反應
目標病灶總和縮小
≥ 30%。



SD 疾病穩定
未達部分反應或
疾病進展的標準。



PD 疾病進展
目標病灶總和增加
≥ 20%，且絕對值
至少增加 5 mm，
或出現新病灶。



4. RECIST 影像評估概念 (1.1 版重點)

- 測量所有可測量的目標病灶，採「最長徑」。
- 選擇最多 5 個目標病灶（每個器官最多 2 個）進行總和。
- 非目標病灶以「非 CR/非 PD」或「PD」記錄。
- 新病灶的出現視為疾病進展 (PD)。

病灶類型	測量方式
實質器官病灶	測量最長徑 (Longest Diameter, LD)。
淋巴結病灶	測量短徑 (Short-axis Diameter, SD)。

2. 整體反應率指標

ORR (客觀反應率)

$$ORR = CR + PR$$

反映治療後腫瘤明顯縮小的比例。



DCR (疾病控制率)

$$DCR = CR + PR + SD$$

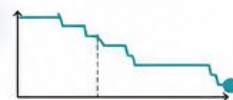
反映治療後腫瘤被控制（縮小或穩定）的比例。



3. 存活期指標

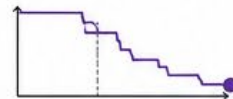
PFS：無惡化存活期

自治療開始至疾病進展或死亡的時間。



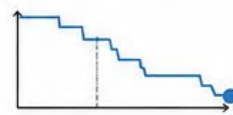
OS：總存活期

自治療開始至任何原因死亡的時間。

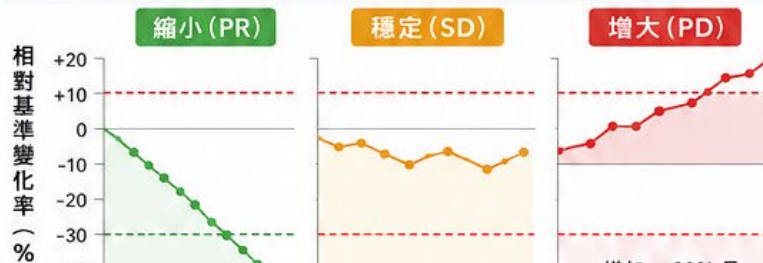


EFS：無事件存活期

自治療開始至發生事件（疾病進展、復發、第二原發癌或死亡）的時間。

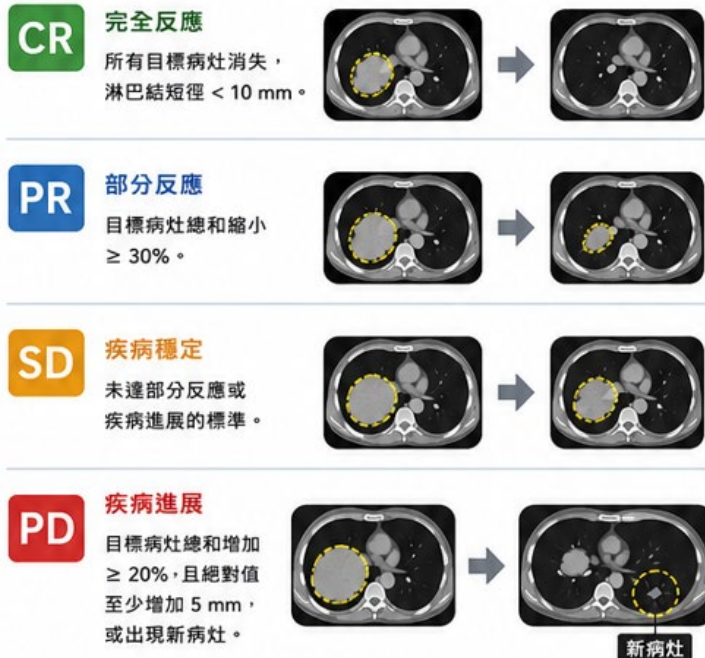


5. 腫瘤變化的科學性示意圖 (以目標病灶總和為例)



16 常見療效評估指標

1. 客觀腫瘤反應 (依 RECIST 1.1)



常見評估時間點

全身治療：常在治療數個週期後以 CT/MRI 重新評估，實際頻率依方案與症狀。

根治性化療後：通常待急性發炎下降後再做完整臨床與影像評估；PET-CT 過早可能出現假陽性。

手術後：以最終病理評估切緣、淋巴結與病理反應，決定後續治療。

每次都要同時問：疼痛、吞嚥、聲音、體重、口乾、活動與生活品質是否改善或惡化？

2. 整體反應率指標

ORR (客觀反應率)

$$ORR = CR + PR$$

反映治療後腫瘤明顯縮小的比例。



DCR (疾病控制率)

$$DCR = CR + PR + SD$$

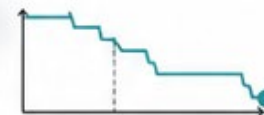
反映治療後腫瘤被控制 (縮小或穩定) 的比例。



3. 存活期指標

PFS：無惡化存活期

自治療開始至疾病進展或死亡的時間。



OS：總存活期

自治療開始至任何原因死亡的時間。



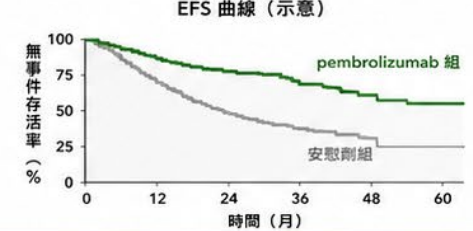
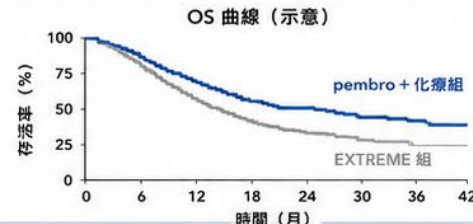
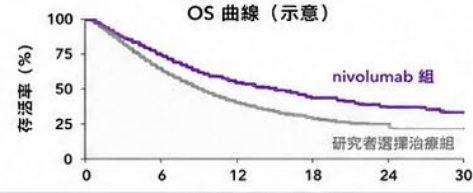
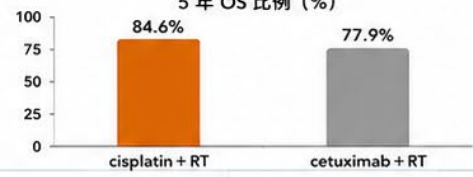
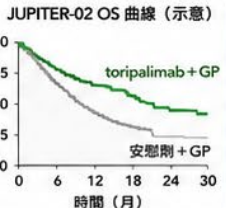
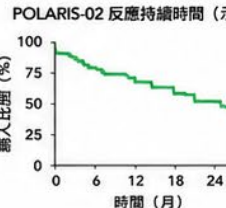
EFS：無事件存活期

自治療開始至發生事件 (疾病進展、復發、第二原發癌或死亡) 的時間。



17 代表性臨床試驗結果

不同試驗不能直接橫向排名；以下只呈現最具代表性的數據。
試驗族群、治療線別與終點不同，請由醫師解讀是否適用於您。

試驗／族群	治療比較	主要結果 (中位數，除非另註)	主要圖示 (趨勢示意)	一般民眾怎麼看
KEYNOTE-689  可手術 Stage III-IVA HNSCC； PD-L1 CPS ≥ 1	 圍手術期 pembrolizumab (新輔助+輔助) + 標準治療 vs.  安慰劑 + 標準治療	中位 EFS (無事件存活期) 59.7 個月 vs. 29.6 個月 HR 0.70 (95% CI 0.55–0.89) OS 尚未成熟	 EFS 曲線 (示意)	 顯示復發／事件風險降低 - 中位 EFS 差距大，代表延後發生復發或死亡的時間。 - 不能解讀成每位病人都多活 30 個月。
KEYNOTE-048  第一線復發／ 轉移 HNSCC	 pembrolizumab + 化學治療 vs.  EXTREME (cetuximab + 化學治療)	中位 OS (總存活期) 13.0 個月 vs. 10.7 個月 ORR (客觀反應率) 35.6% vs. 36.3%	 OS 曲線 (示意)	 反應率相近但存活改善 - 合併治療的存活較佳。 - 單藥 pembrolizumab 反應率較低，但反應可能更持久。
CheckMate 141  platinum 後進展 HNSCC	 nivolumab vs.  研究者選擇治療 (單一藥物)	中位 OS (總存活期) 7.5 個月 vs. 5.1 個月 ORR (客觀反應率) 13.3% vs. 5.8%	 OS 曲線 (示意)	 少數人可有長期反應 - 平均數看似不大，但有一部分病人可明顯受益。 - 適合體能狀況與 PD-L1 狀況合適的病人。
RTOG 1016  HPV+ 口咽癌	 cisplatin + 放射治療 (RT) vs.  cetuximab + 放射治療 (RT)	5 年 OS (總存活率) 84.6% vs. 77.9%	 5 年 OS 比例 (%)	 cetuximab 非等效降毒替代 - 在 HPV+ 口咽癌中，cisplatin 仍有較佳存活。 - 降毒策略需在臨床試驗或醫師評估下進行。
JUPITER-02 / POLARIS-02  復發／轉移 鼻咽癌	 toripalimab + GP 化學治療 (JUPITER-02) vs.  安慰劑 + GP 化學治療	JUPITER-02 中位 OS 18.4 個月 vs. 14.0 個月 POLARIS-02 單藥 (後線) ORR 21% 中位 DOR 14.9 個月	 JUPITER-02 OS 曲線 (示意)  POLARIS-02 反應持續時間 (示意)	 鼻咽癌有專屬治療證據 - toripalimab 合併治療改善存活。 - 單藥在後線有不錯反應與持續時間。 - 不能直接套用一般 HNSCC 路徑。

縮寫說明

EFS：無事件存活期 OS：總存活期 ORR：客觀反應率 DOR：反應持續時間 HR：風險比 CI：信賴區間 PD-L1 CPS：腫瘤比例分數 GP：Gemcitabine + Cisplatin

資料來源

參考 NCCN Guidelines (2026) 及公開臨床試驗文獻。[1,4–13]

18 治療期間八大自我照護面向



核心目標

積極的自我照護可減輕治療副作用、提升生活品質、降低感染風險，並促進身心健康與治療完成率。

1 營養與飲食



- 均衡飲食：多樣化攝取六大類食物。
- 足夠熱量與蛋白質：維持體重與肌肉。
- 小份多餐，依耐受度調整食物質地與份量。
- 避免生食、生菜與未煮沸的食物，降低感染風險。
- 多喝水：每日建議 1500-2000 ml，依醫師指示調整。

2 身體活動與體能



- 規律運動：每週至少 150 分鐘中等強度有氧運動。
- 肌力訓練：每週 2-3 次，維持肌肉量與力量。
- 減少久坐：每坐 1 小時，起身活動 5-10 分鐘。
- 依體力調整強度，避免過度疲勞。
- 運動前如有不適，請先諮詢醫療團隊。

3 症狀管理



- 常見症狀：噁心、嘔吐、疼痛、疲勞、失眠、情緒困擾等。
- 依醫囑用藥，勿自行停藥或更改劑量。
- 記錄症狀發生時間、頻率與誘因，回診時與醫師討論。
- 善用非藥物方法：放鬆技巧、深呼吸、音樂等。
- 症狀持續或惡化時，及早告知醫療人員。

4 感染預防



- 勤洗手：使用肥皂正確洗手至少 20 秒。
- 避免出入人多擁擠場所，配戴口罩。
- 避免接觸生病的人。
- 食物煮熟、飲水煮沸，注意個人與環境衛生。
- 依醫囑接種流感、肺炎鏈球菌等疫苗。

5 口腔與皮膚照護



- 每日刷牙至少 2 次，使用軟毛牙刷。
- 飯後與睡前漱口，保持口腔清潔。
- 避免刺激性食物、菸酒與過燙食物。
- 皮膚保持清潔與保濕，避免搔抓與曝曬。
- 如有潰瘍、紅腫或出疹，及早告知醫療人員。

6 心理與情緒調適



- 接受情緒起伏是正常反應。
- 學習與鬆技巧：深呼吸、冥想、正念等。
- 與家人、朋友或支持團體分享感受。
- 必要時尋求心理諮商或專業協助。
- 保持希望與正向思考。

7 休息與睡眠



- 維持規律作息，固定睡覺與起床時間。
- 營造舒適的睡眠環境：安靜、黑暗、適溫。
- 睡前避免咖啡因、酒精與使用 3C 產品。
- 白天適度活動，避免長時間躺臥。
- 如有失眠困擾，與醫療人員討論。

8 醫療溝通與用藥安全



- 清楚了解治療計畫、藥物作用與副作用。
- 遵從醫囑用藥，勿自行停藥或更改劑量。
- 準備問題，主動與醫療人員溝通。
- 攜帶用藥清單與過敏史就醫。
- 遇到用藥疑問或不適，及時聯絡醫療團隊。



重點提醒

- ✓ 每個人狀況不同，請依個人需求與醫療團隊討論後調整照護方式。
- ✓ 出現發燒（ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）、呼吸困難、嚴重出血、劇烈疼痛或其他緊急症狀，請立即就醫。
- ✓ 自我照護是治療的重要夥伴，持續照護自己，提升治療成效與生活品質。



把「吃得下、喝得夠、能吞嚥、能活動」視為治療的一部分。

每日簡易紀錄

項目	每天記錄什麼	何時回報
體重 / 進食	體重、能吃的份量、蛋白質、飲水量	一週快速下降、連續 24 小時幾乎無法進食或喝水。
疼痛 / 吞嚥	0–10 分疼痛、固體 / 液體吞嚥、嗆咳	止痛後仍無法吞水、反覆嗆咳、濕濁聲音或呼吸急促。
體溫 / 感染	每天量體溫；口腔、皮膚、傷口狀況	發燒 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 、寒顫、膿性分泌物、紅腫快速擴大。
排尿 / 排便	尿量、顏色、腹瀉次數、便秘	尿量明顯下降、一天多次水瀉、血便或嚴重腹痛。
活動 / 情緒	走路、睡眠、焦慮、憂鬱、照顧壓力	持續失眠、無望感、無法自我照顧或出現自傷念頭。

營養與吞嚥實用原則

- 少量多餐，優先高蛋白、高熱量、柔軟濕潤食物；避免過燙、辛辣、酸、粗糙與酒精。
- 吞嚥運動需由語言治療師依腫瘤位置與安全性指導；嗆咳不代表只要「練更多」。
- 放療期間維持口腔使用與安全吞嚥，有助降低長期纖維化，但不能以吸入風險換取練習量。
- 停止菸、檳榔與酒精；需要時使用戒菸門診、藥物與心理支持。

19

治療後追蹤的重點時間軸

定期追蹤可及早發現復發、第二原發癌與治療相關副作用，並持續支持身心與功能的恢復。



- 心理與社會：憂鬱、焦慮、外觀、語音、親密關係、工作與財務壓力。

復發警訊 | 新的症狀不要等下次例行回診

新頸部腫塊、持續疼痛、吞嚥明顯變差、咳血 / 出血、體重下降、呼吸改變或神經症狀，應提前聯絡團隊。

診間提問與結論

20 共同決策的八個核心問題

與醫療團隊一起討論，選擇最符合您價值與目標的治療方案。

1 我的治療目標是什麼？  - 根治、降低復發風險，還是延長壽命、改善生活品質？ - 對我目前最重要的是？	2 有哪些治療選擇？  - 各選項的治療流程是什麼？ - 是否有非手術或降強度的選擇？	3 每個選擇的效益（機會）有多大？  - 控制疾病的機會？ - 存活期或無復發期的預期？	4 可能的風險與副作用是什麼？  - 常見與嚴重副作用？ - 可能影響的功能（說話、吞嚥、味覺、外觀等）？	5 治療需要多久？會如何影響生活？  - 治療時間、住院或往返頻率？ - 對工作、家庭與日常生活的影響？	6 費用與資源是什麼？  - 健保給付與自費項目？ - 經濟負擔與可用的協助資源？	7 如果疾病復發或進展，下一步是什麼？  - 可能的後續治療選擇？ - 臨床試驗的機會？	8 什麼對我而言最重要？  - 我的價值觀與人生目標是什麼？ - 什麼治療能讓我活出想要的生活？
--	--	---	---	---	--	---	---

共同決策的關鍵

- ✔ 帶著問題與家人一起參與討論
- ✔ 需要時間思考，沒有立即決定也沒問題
- ✔ 確認理解：請醫療團隊用您能理解的方式說明
- ✔ 定期回顧與調整：治療過程中持續溝通

頭頸癌治療的成功，不只看影像上的腫瘤是否消失，也要看病人能否安全吞嚥、清楚溝通、維持營養、避免感染、回到家庭與社會生活。選擇有經驗的多專科團隊，將病理、分期、生物標記、功能與個人價值放在一起，才能得到真正個人化的治療地圖。最後提醒不要用網路上的單一存活率預測自己；同一癌別在 HPV / EBV、分期、體能與治療年代不同時，結果差異很大。不要自行用「標靶較輕」「免疫一定更好」或「手術一定最徹底」做結論；每個選項都有適用條件與代價。有疑問時，請帶著本手冊的八個問題與自己的優先順序，和團隊進行共同決策。把治療從「醫師說什麼」轉成「我們共同決定什麼」。

結語 | 本手冊的定位

提供一般民眾一份可理解、可提問、可追蹤的治療框架；最終治療仍應由完整掌握病理、影像、體能與個人目標的專業團隊制定。

參考資料

1. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Head and Neck Cancers. Version 1.2026. December 8, 2025. (本手冊僅依核心架構摘要，未重製原始演算法。)
2. National Cancer Institute. Head and Neck Cancers. Patient and professional cancer information summaries. Accessed July 2026.
3. National Cancer Institute. Oropharyngeal Cancer Treatment (PDQ®). Updated May 14, 2025.
4. U.S. Food and Drug Administration. FDA approves neoadjuvant and adjuvant pembrolizumab for resectable locally advanced head and neck squamous cell carcinoma. June 13, 2025.
5. Uppaluri R, et al. Neoadjuvant and Adjuvant Pembrolizumab in Locally Advanced Head and Neck Cancer (KEYNOTE-689). N Engl J Med. 2025. doi:10.1056/NEJMoa2415434.
6. Burtneess B, et al. Pembrolizumab alone or with chemotherapy versus cetuximab with chemotherapy for recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck (KEYNOTE-048). Lancet. 2019;394:1915-1928. doi:10.1016/S0140-6736(19)32591-7.
7. Harrington KJ, et al. Updated Results of the Phase III KEYNOTE-048 Study. J Clin Oncol. 2023;41:790-802. doi:10.1200/JCO.21.02508.
8. Tahara M, et al. 5-year follow-up from the randomized phase III KEYNOTE-048 study. Oral Oncol. 2025;163:107276.
9. Ferris RL, et al. Nivolumab for Recurrent Squamous-Cell Carcinoma of the Head and Neck (CheckMate 141). N Engl J Med. 2016;375:1856-1867. doi:10.1056/NEJMoa1602252.
10. Bonner JA, et al. Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck. N Engl J Med. 2006;354:567-578; 5-year update Lancet Oncol. 2010;11:21-28.
11. Gillison ML, et al. Radiotherapy plus cetuximab or cisplatin in HPV-positive oropharyngeal cancer (RTOG 1016). Lancet. 2019;393:40-50.
12. Mehanna H, et al. De-ESCALaTE HPV. Lancet. 2019;393:51-60.
13. U.S. Food and Drug Administration. FDA approves toripalimab-tpzi for nasopharyngeal carcinoma. October 30, 2023; includes JUPITER-02 and POLARIS-02 efficacy summaries.
14. 衛生福利部中央健康保險署。次世代基因定序檢測（NGS）專區；並連結癌症診療品質認證醫院名單。查詢日期：2026 年 7 月。
15. 台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會官方網站。查詢日期：2026 年 7 月。
16. Cooper JS, et al. Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. N Engl J Med. 2004;350:1937-1944.
17. Bernier J, et al. Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. N Engl J Med. 2004;350:1945-1952.
18. National Cancer Institute. Oral Complications of Cancer Therapies and Nutrition in Cancer Care (PDQ®). Accessed July 2026.

更新 | 版本與更新

指引、藥物核准與給付會持續更新。若本手冊與最新醫療團隊建議不同，應以當下完整指引、藥品仿單、當地法規與個人臨床狀況為準。