



早期頭頸癌之治療

初始治療策略與臨床實務指引

癌症資訊雜貨店與BCOP圖書會

2026年三月

NotebookLM

早期頭頸癌治療哲學：單一局部療法

約 30-40% 的患者初診時為早期（Stage I-II）。治療最高指導原則為：透過「單一」局部療法達成腫瘤完全+達成腫瘤完全根除，同時最大化保留關鍵器官功能（發音、吞嚥）。



單一局部手術
(Surgery)

適用於解剖位置利於取得安全邊緣，且對功能影響較侷限之部位。



單一局部放療
(Radiotherapy)

適用於手術困難或為保留關鍵器官功能之部位。

初始治療決策矩陣 (Site vs. Modality)

手術優先 (Surgery Preferred)



口腔癌
Oral Cavity

篩竇癌
Ethmoid Sinus

p16- 口咽癌
p16- Oropharynx

器官保留考量 (Organ Preservation Focus)



喉癌
Larynx

下咽癌
Hypopharynx

需在根除腫瘤與保留喉部發聲功能間取得平衡，依患者條件選擇保喉手術或根除性放療。

放療優先 (RT Preferred)



鼻咽癌
Nasopharynx
(對放療高度敏感)

p16+ 口咽癌
p16+ Oropharynx

外科手術之核心策略



整塊切除 (En bloc resection)

只要可行，強烈建議對原發腫瘤進行單一區塊的完整切除，避免腫瘤破碎導致殘留。



連續性頸部淋巴廓清 (In-contiguity neck dissection)

若原發腫瘤直接延伸至頸部（如 T2+ 口腔癌），需將腫瘤及其連接的淋巴結區域一併清除，降低殘留率。



前哨淋巴結切片 (SLNB)

針對早期 (T1-T2) 且臨床淋巴結陰性 (cN0) 的口腔癌，以此取代傳統廓清術，有效降低手術創傷。

腫瘤可切除性與病患耐受力評估

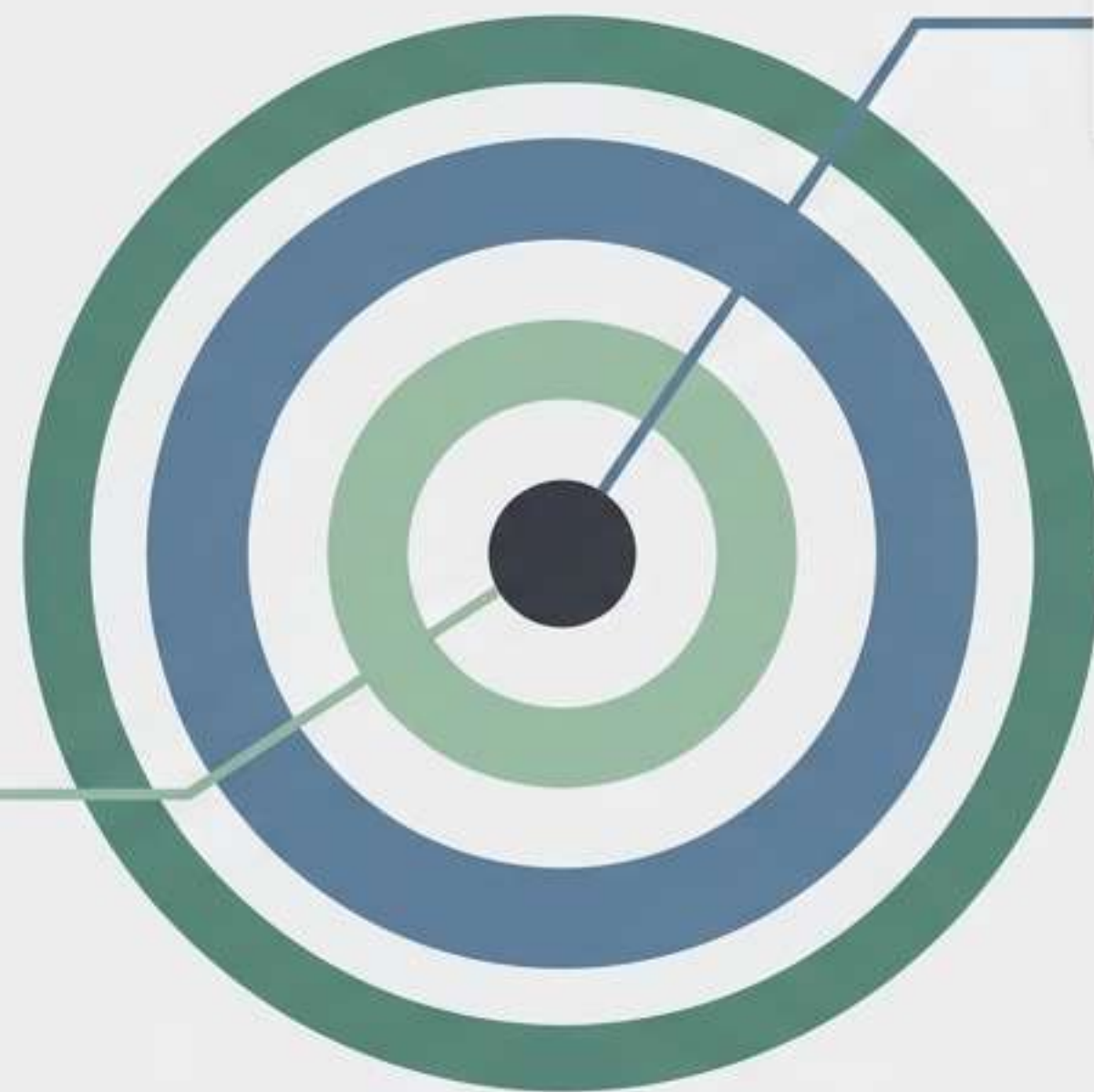
⚠ 腫瘤解剖限制 (不可切除標準)



病患生理耐受力 (ACE-27 共病評估量表)



手術切緣之精準要求 (Precision in Surgical Margins)



聲門癌 (Glottic): 1-2 mm
因解剖空間狹小，此極小距離即
視為足夠。

TORS微創口咽癌: 1.5-2.0 mm
仰賴機器手臂極高精準度。

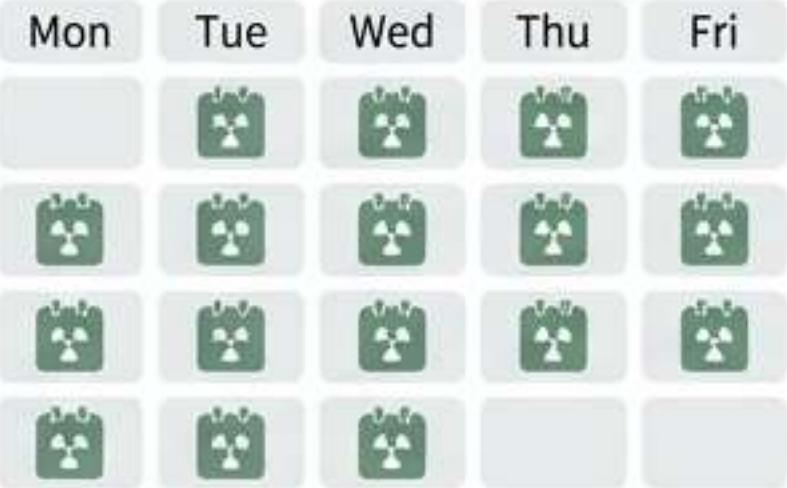
一般標準: 10-15 mm
肉眼可見正常黏膜邊緣外推。

**陽性切緣或過近切緣 (< 5 mm) 是局部復發的最強預測因子。
若無法再次切除，必須追加 CCRT。**

放射治療之時程與分次策略

Radiation

每日 1.8-2.0 Gy，每週 5 次



傳統分次 (Conventional)

大多數放療計畫的標準基石。

Radiation

每日兩次小劑量 (如 1.2 Gy)

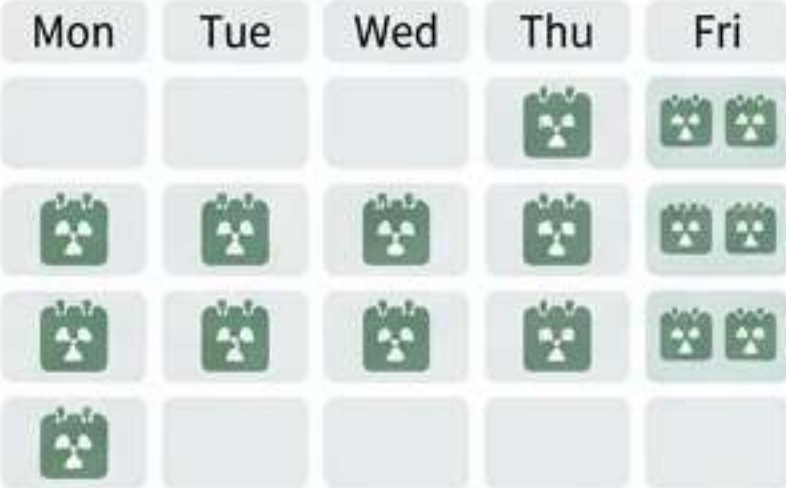


多分次 (Hyperfractionation)

給予更高總劑量卻不增加晚期毒性，適用於病灶鄰近視神經或大腦之患者。

Radiation

縮短總治療天數



加速分次 (Accelerated)

最後兩週每日照射兩次。對抗腫瘤細胞放療過程中的「加速再增殖 (Accelerated repopulation)」機制。

放射劑量階層圖 (Radiotherapy Dosing Hierarchy)



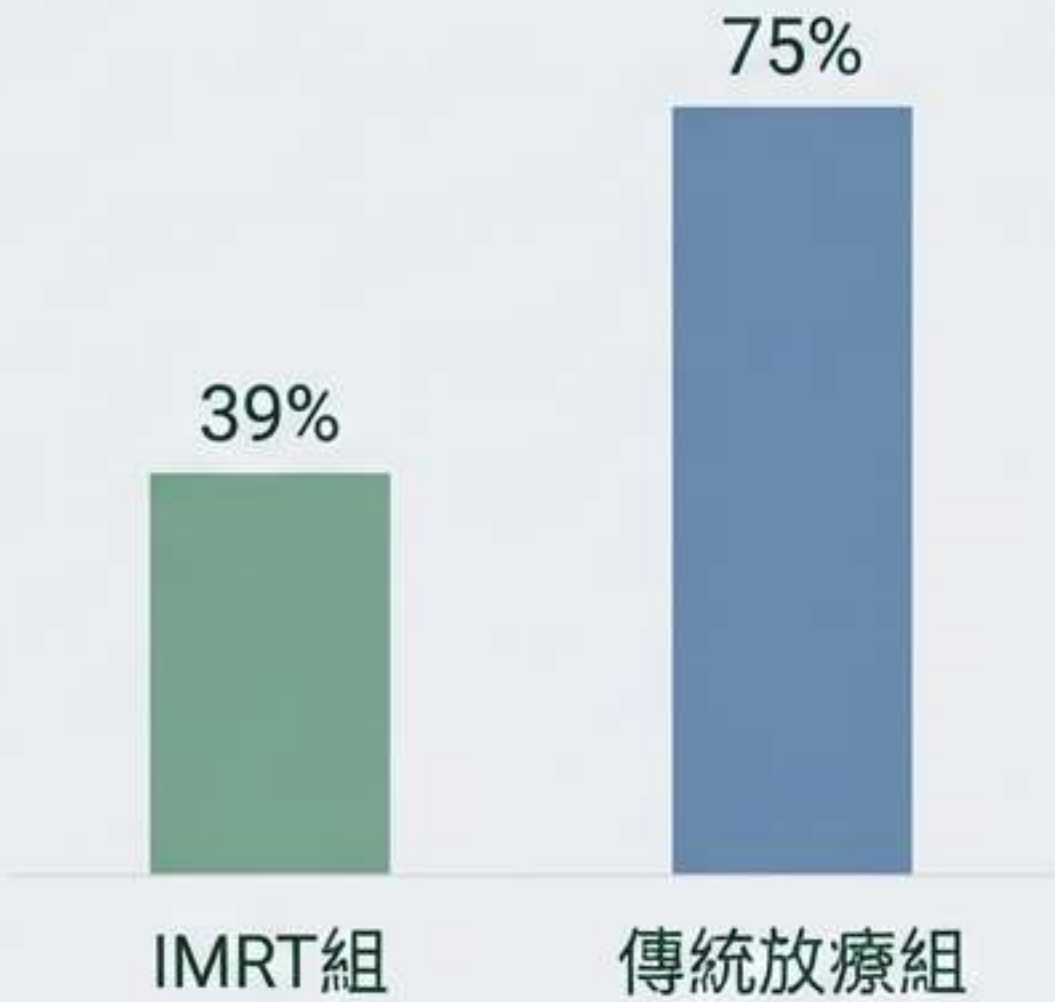
44.4 Gy (QUAD SHOT)：姑息性放療 (Palliative intent)，用於晚期緩解症狀。

放療技術演進：IMRT之臨床實證

Study Design: 第三期隨機對照試驗 (PARSPORT Trial)

P (族群)	88名口咽癌與下咽癌患者
I (介入)	IMRT 強度調控放射治療 [☢️]
C (對照)	傳統放射治療 [☢️]
O (結果)	1年後口乾症 (Xerostomia) 發生率

1年後口乾症發生率



顯示IMRT有效避開唾液腺等危及器官。

術後輔助治療之風險分層 (Post-Op Risk Stratification)

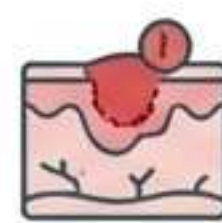
腫瘤切除後，若病理報告出現以下兩項「絕對 (Absolute) 標記」之一，單純放療將不足以控制局部復發，必須立刻升級為輔助性同步放化療 (CCRT)。



紅旗標記 1 (Flag 1)

淋巴結外侵犯 (ENE)

腫瘤突破淋巴結被膜進入周邊脂肪。



紅旗標記 2 (Flag 2)

手術邊緣陽性 (Positive Margins)

切緣處仍有侵襲性癌細胞。

[ 放射線] + [ 點滴: CIS (Cisplatin)]



高風險 = 輔助性 CCRT

術後輔助化放療實證：RTOG 9501

Study Design: 第三期隨機對照試驗 (RTOG 9501)

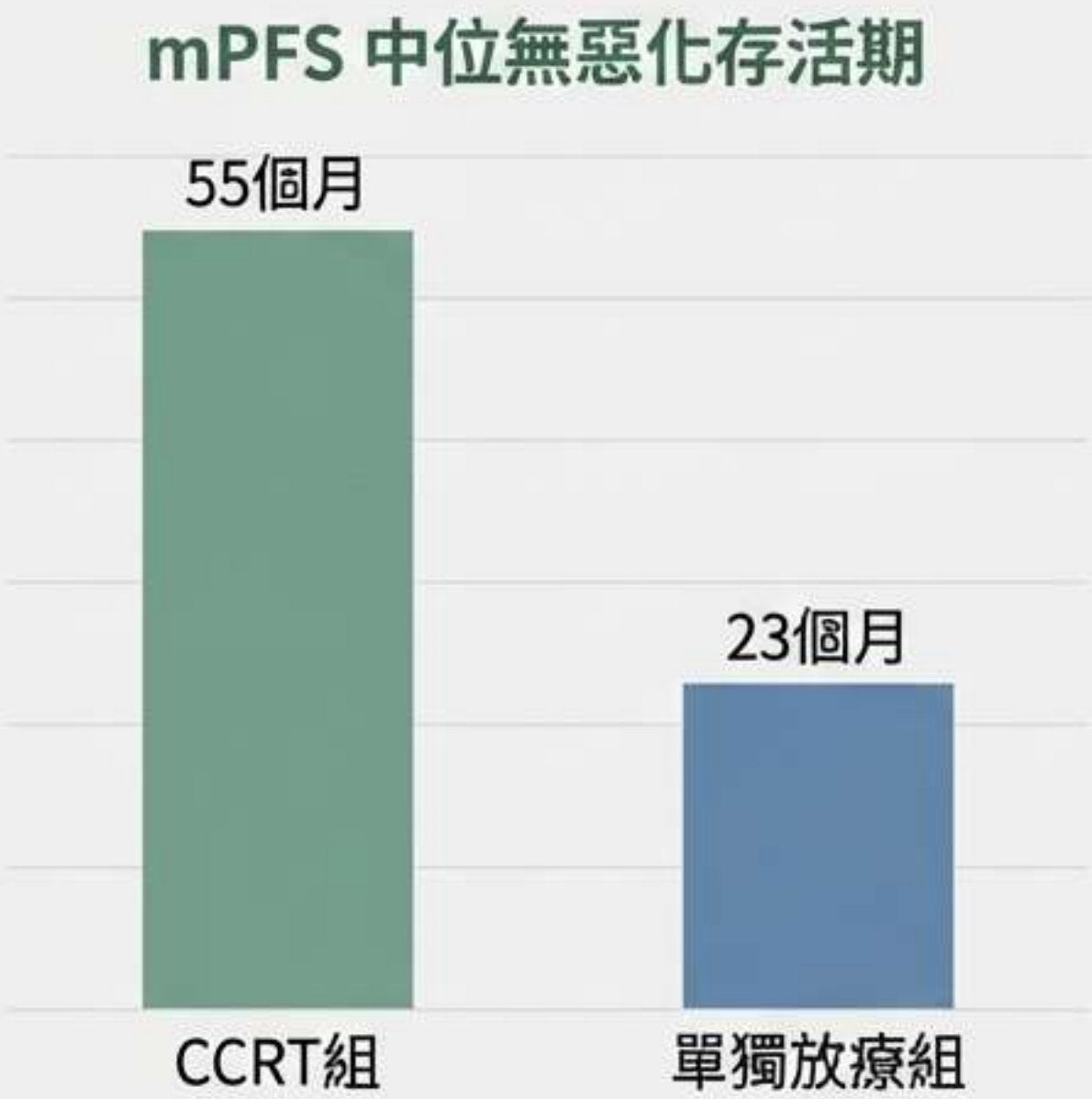
P (族群)	459位術後具高風險特徵 (ENE、切緣陽性等)之頭頸部SCC患者	
I (介入)	CCRT (Cisplatin) [☢️ + 💧 CIS]	
C (對照)	單獨放射治療 RT alone [☢️]	
O (結果)	局部區域控制率 (LRC) & 無病生存期 (DFS)	

LRC 局部區域控制率

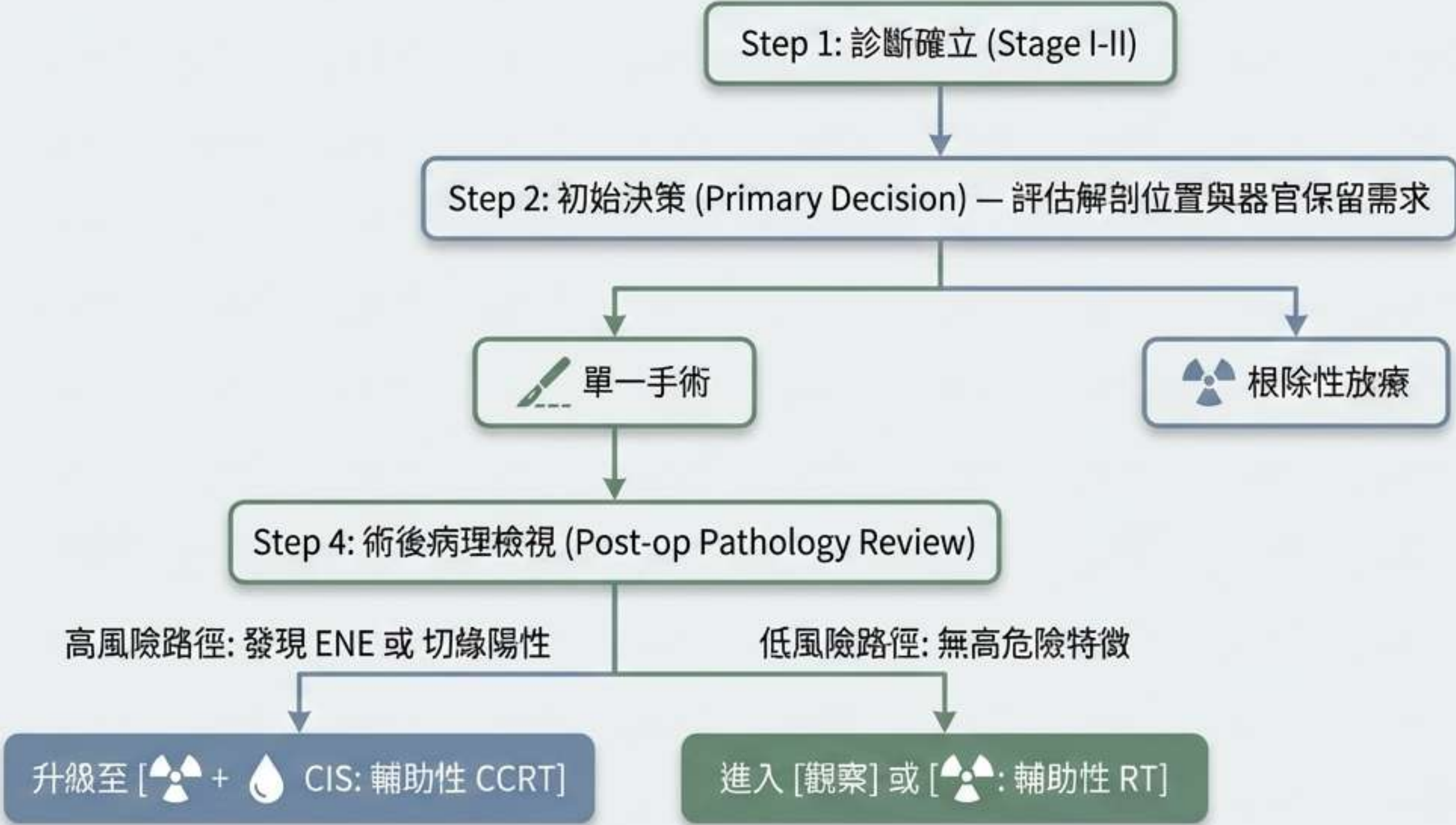


術後輔助化放療實證：EORTC 22931

Study Design: 第三期隨機對照試驗 (EORTC 22931)		
P (族群)		334位經手術且具高風險特徵之頭頸部SCC患者
I (介入)		CCRT (Cisplatin) [ +  CIS]
C (對照)		單獨放射治療 RT alone [
O (結果)		中位無惡化存活期 (mPFS) & 5年整體存活率 (OS)



早期頭頸癌治療總結路徑圖 (Summary Pathway)



「個人化精準治療的終極目標：在最大化腫瘤控制率的同時，將器官功能缺損降至最低。」