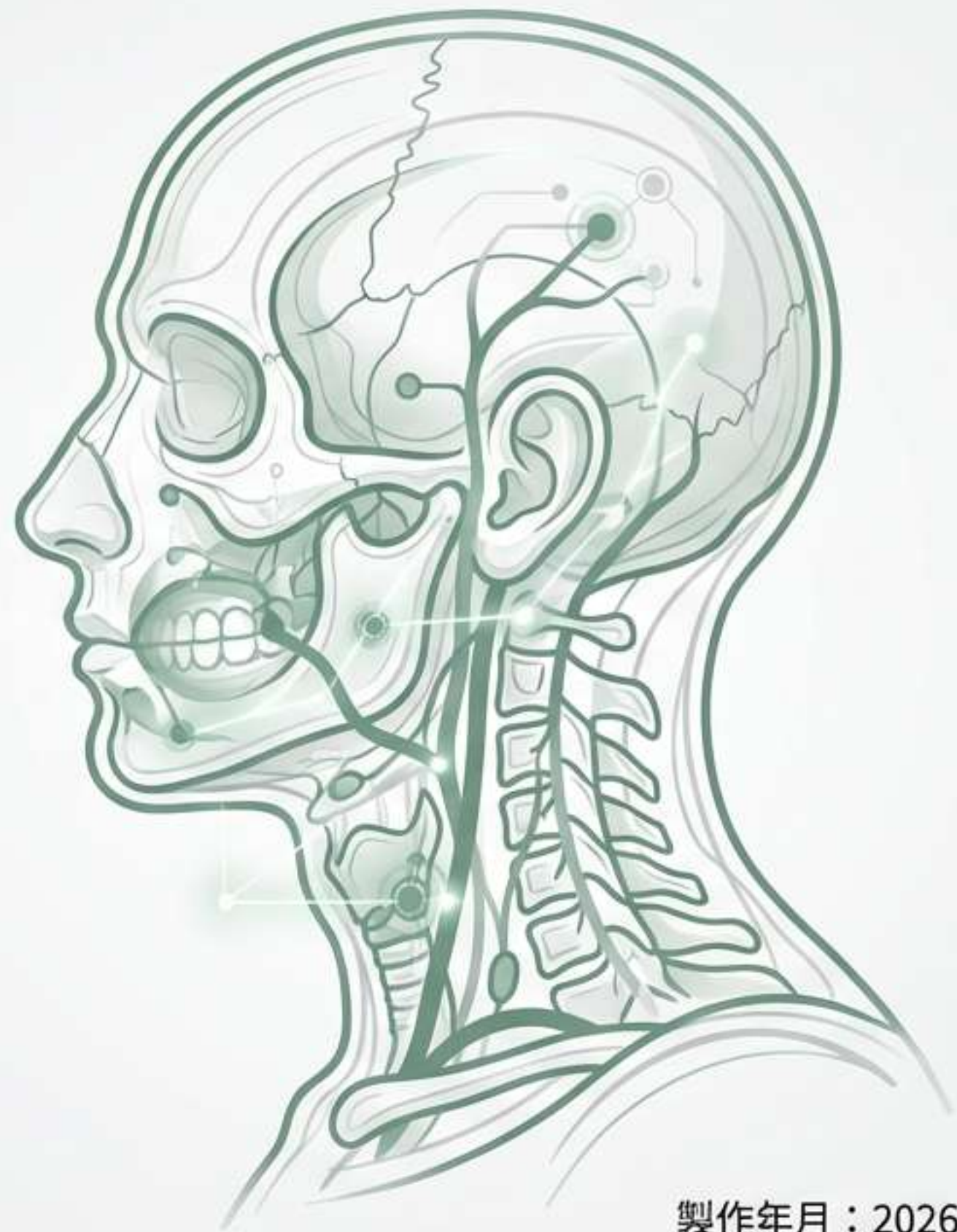


局部晚期頭頸癌 之治療策略

全身性治療之臨床實務與
實證醫學指引



製作年月：2026年三月

作者：癌症資訊雜貨店與BCOP圖書會



根除性主流

CCRT（同步放化療）為首選。針對不適合手術的多數局部晚期患者（M0），結合全身性化療與局部放療是達成根除性目標的標準手段。



器官保留策略

前導性化療（Induction）的介入。針對下咽癌與喉癌，在CCRT前優先給予化療，若反應良好可免除全喉切除手術，大幅提高喉部保留率。



生物標記監控

精準分層與預後監控。鼻咽癌需嚴密監控血漿 EBV DNA 以評估轉移風險；口咽癌則依賴 p16 狀態（HPV關聯性）進行分期與預後評估。

各部位局部晚期治療路徑矩陣

	[前導治療 Induction]	[主要治療 Concurrent/Surgery]	[輔助治療 Adjuvant]
口腔癌		 首選	高風險：  CCRT 或  CCRT  輔助免疫
口咽癌 p16 陰/陽性		 [Cis] CCRT 首選  備選	
下咽癌 / 喉癌	 前導化療 (追求保喉)	 CCRT 無法保喉 → 手術刀	
鼻咽癌	 前導化療 (高風險首選)	 CCRT	 輔助化療

CCRT 的黃金標準：Cisplatin 劑量與頻率之爭

印度 Tata 醫學中心 第III期 RCT

- [P] 300名局部晚期（第III-IV期）頭頸癌患者
- [I] 實驗組：放射線☢️ + 點滴[Cis] (30-40 mg/m² QW 週劑量) 
- [C] 對照組：放射線☢️ + 點滴[Cis] (100 mg/m² Q3W 高劑量) 
- [O] 2年 LRC (局部控制率) 與 mPFS



Cisplatin-unfit 族群的解方：Docetaxel 放射增敏

針對腎功能受損、聽力下降或體能較差者，單用 Docetaxel 合併放療優於單純放療。

DHANUSH 第II/III期 RCT

- [P] 356名局部晚期不適合接受 Cisplatin 之患者
- [I] 放射線 ☢️ + 點滴[Doc] 🧴
(15 mg/m² QW 最多七劑)
- [C] 單獨 放射線 ☢️ (RT alone)
- [O] 2年 DFS (無病存活率) 與 mOS (中位整體存活期)

2年 DFS



mOS (中位整體存活期)



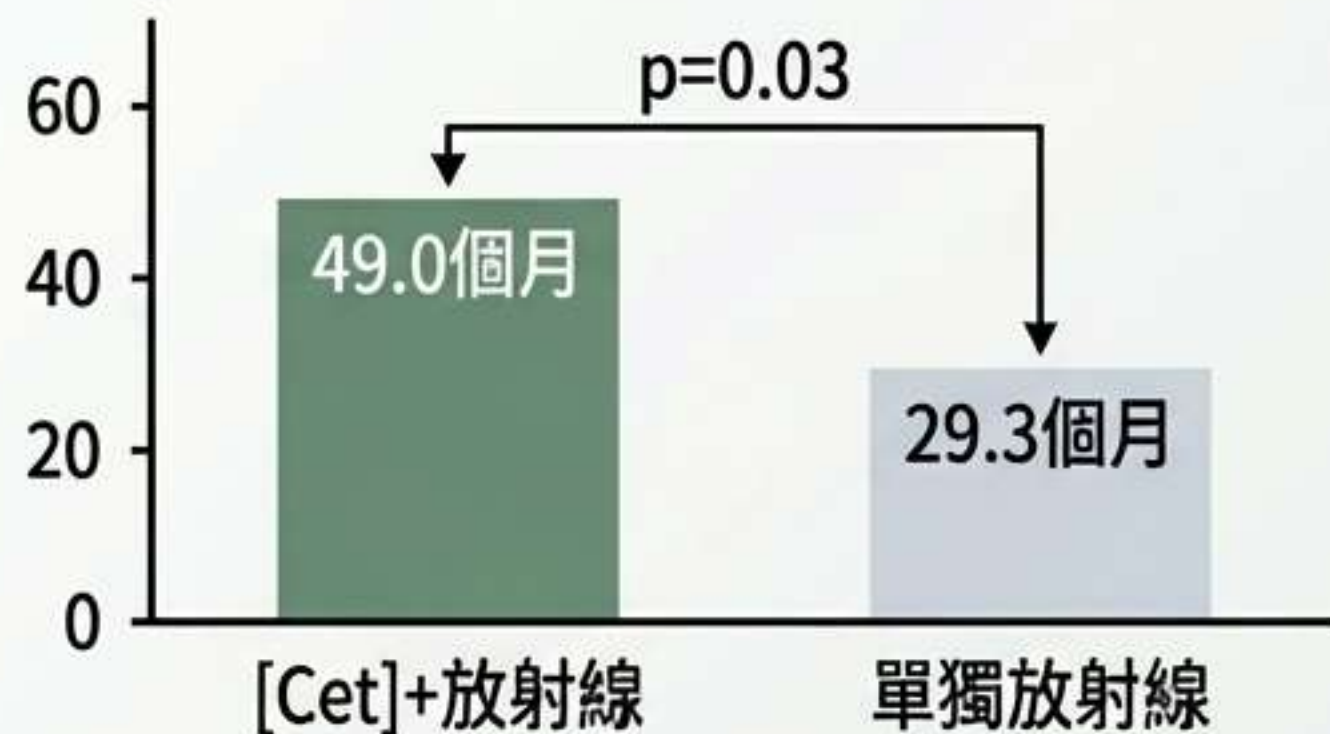
EGFR 標靶 Cetuximab 在局部晚期的局限性

雖能增強單獨放療效果，但無法疊加於 Cisplatin CCRT 之上。

試驗一 (證明加放療有效)

- Study: NCT00004227
- Comparison: 抗體[Cet] + 放射線 ☢ vs 單獨放射線 ☢

mOS (中位整體存活期)

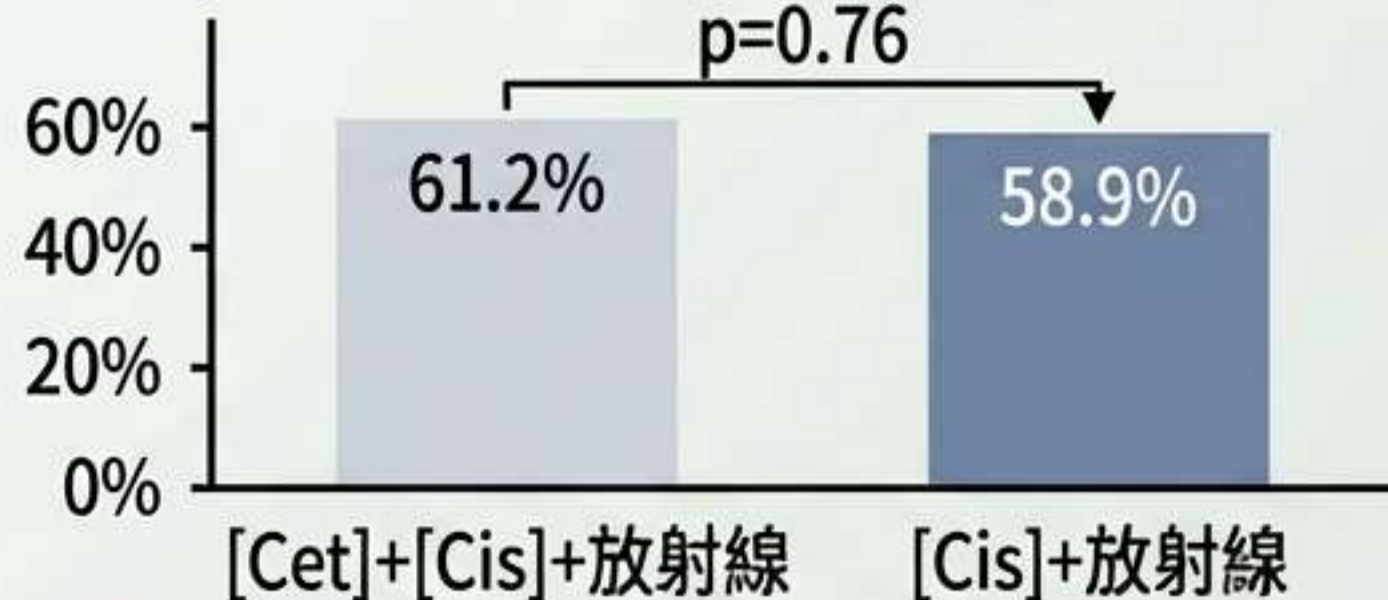


1. Bonner JA, et al. N Engl J Med. 2006.

試驗二 (證明疊加 CCRT 無效)

- Study: RTOG 0522
- Comparison: 抗體[Cet] + 點滴[Cis] + 放射線 ☢ vs 點滴[Cis] + 放射線 ☢

3年 PFS (無病存活率)



加入 Cetuximab 並未改善生存率，反而顯著增加毒性。

2. Ang KK, et al. J Clin Oncol. 2014.

降階治療的警訊：Cetuximab 不可取代 Cisplatin

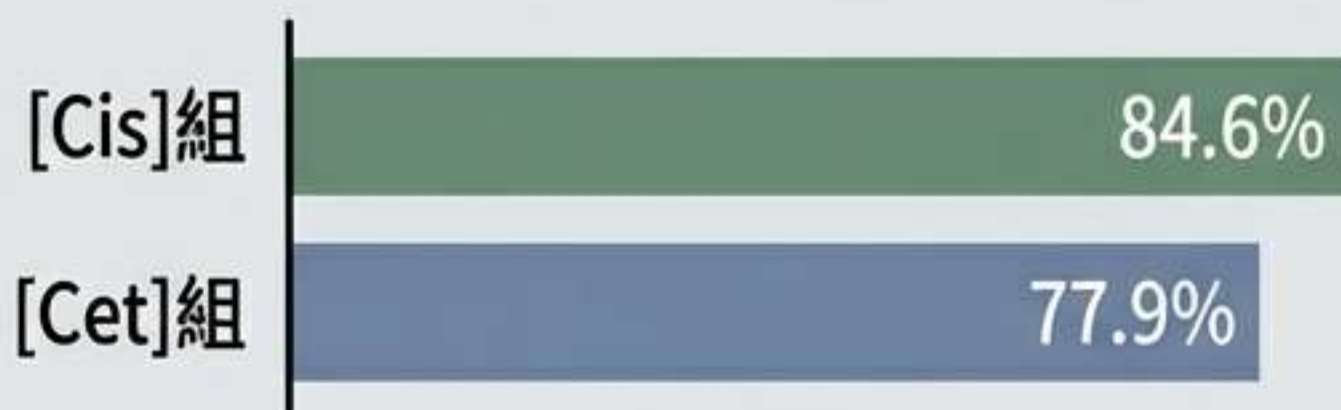
即使在預後極佳的 HPV+ 族群，Cisplatin 仍是放療增敏的唯一黃金標準。

[P] HPV陽性口咽癌患者
(RTOG 1016 &
De-ESCALaTE 試驗)

[I] 降階組：放射線 ☢️
+ 抗體[Cet]
(試圖減少毒性)

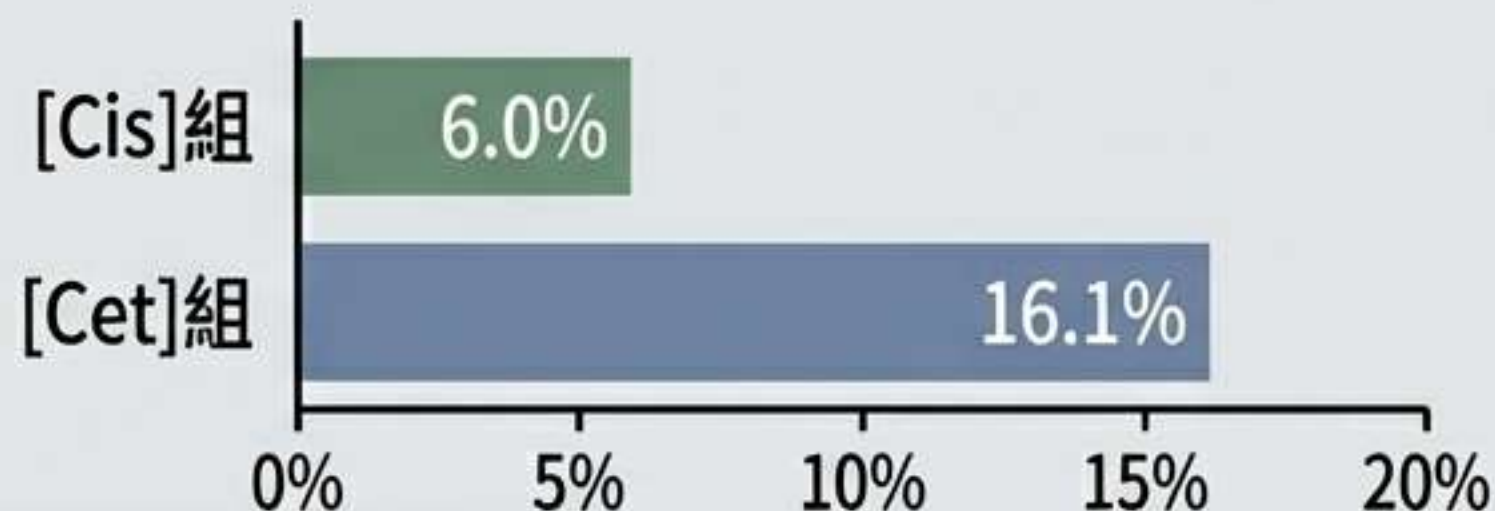
[C] 標準組：放射線 ☢️
+ 點滴[Cis] 💉
(標準 CCRT)

RTOG 1016 (5年 OS)



p=0.016

De-ESCALaTE (2年復發率)



p=0.0007



降階治療導致存活率下降與
復發率倍增。不可輕易替換。

免疫療法加入 CCRT：Pembrolizumab 的探索

雖未達全族群統計顯著門檻，但在 PD-L1 陽性族群展現潛力。

KEYNOTE-412 第III期 RCT

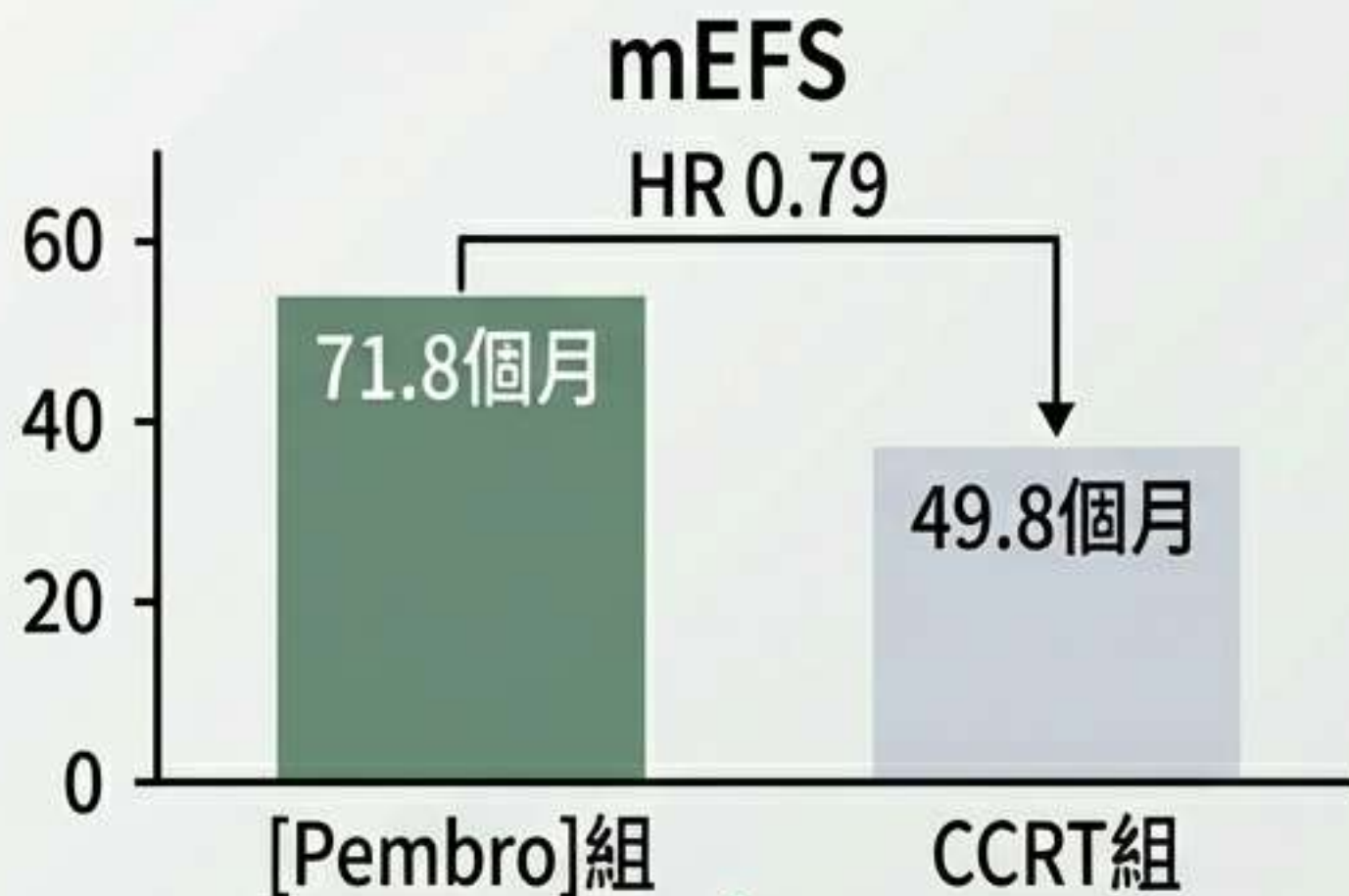
Morandi Green PICO Card

[P] 804位局部晚期頭頸癌患者

[I] 免疫🛡️+Y[Pembro]
+ 點滴[Cis] + 放射線☢️

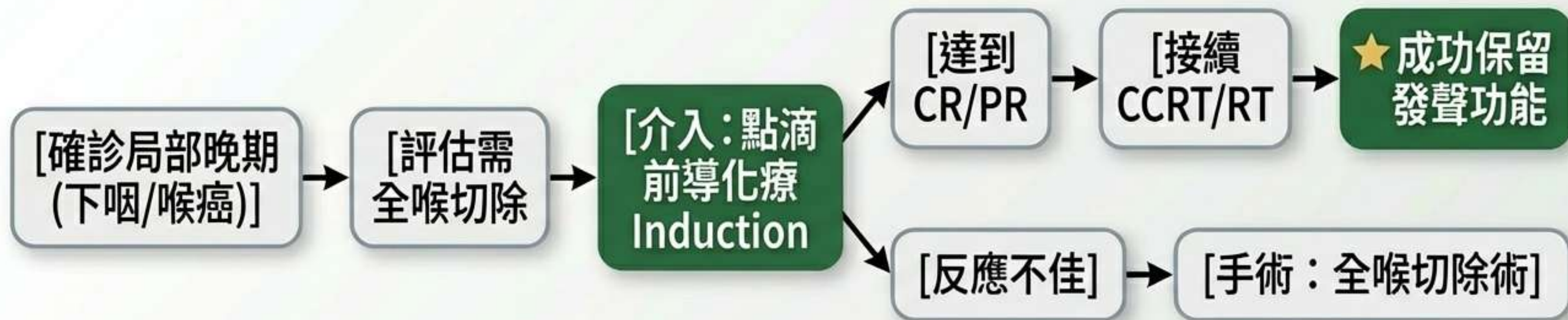
[C] 安慰劑 + 點滴[Cis] + 放射線☢️
(標準 CCRT)

[O] 中位無事件存活期 (mEFS)



臨床指引：若 PD-L1 CPS ≥ 1 且未達 N3 轉移，免疫藥物介入可為特定局部晚期病患帶來長尾獲益。

前導性化療的定位：喉部保留策略 (Larynx Preservation)



1991 VA Trial

前導點滴[PF]^{*3} ➔ 放射線☢️。存活率(68%)與直接手術相當，首創保喉先例。

2003 RTOG 91-11

確立直接 CCRT 保喉率 (88%) 最高。Induction 退居 2A/2B 類輔助建議，嚴格限縮其必要性。

首選前導化療方案：TPF 療法的優勢

處方解析

舊標準 (PF) :



新標準 (TPF) :



TAX 324 第III期 RCT

Morandi PICO Card

[P] 501位第III/IV期鱗狀
上皮頭頸癌患者

[I] TPF誘導*3 → RT

[C] PF誘導*3 → RT

[O] 中位無事件存活期
(mEFS)

3年預估存活率



mPFS



臨床警語：接受 TPF 誘導後，後續 CCRT 不建議使用高劑量 Cisplatin 三週療法，以避免嚴重累積毒性。

強強聯手未必更佳：Induction + CCRT 的極限

在強效的 CCRT 之前加入 TPF 前導化療，無額外生存獲益且增加毒性。

PARADIGM 試驗

[P] 不適合手術新診斷患者。

[對比] TPF*2 → CCRT vs. 單獨 CCRT

[結果] 3年 OS: 73% vs 78%
($p=0.77$)。無顯著差異。

DeCIDE 試驗

[P] N2/N3高腫瘤負荷患者。

[對比] TPF*2 → CCRT vs. 單獨 CCRT

[結果] 30個月 OS: 75% vs 73%
($p=0.70$)。無顯著差異。

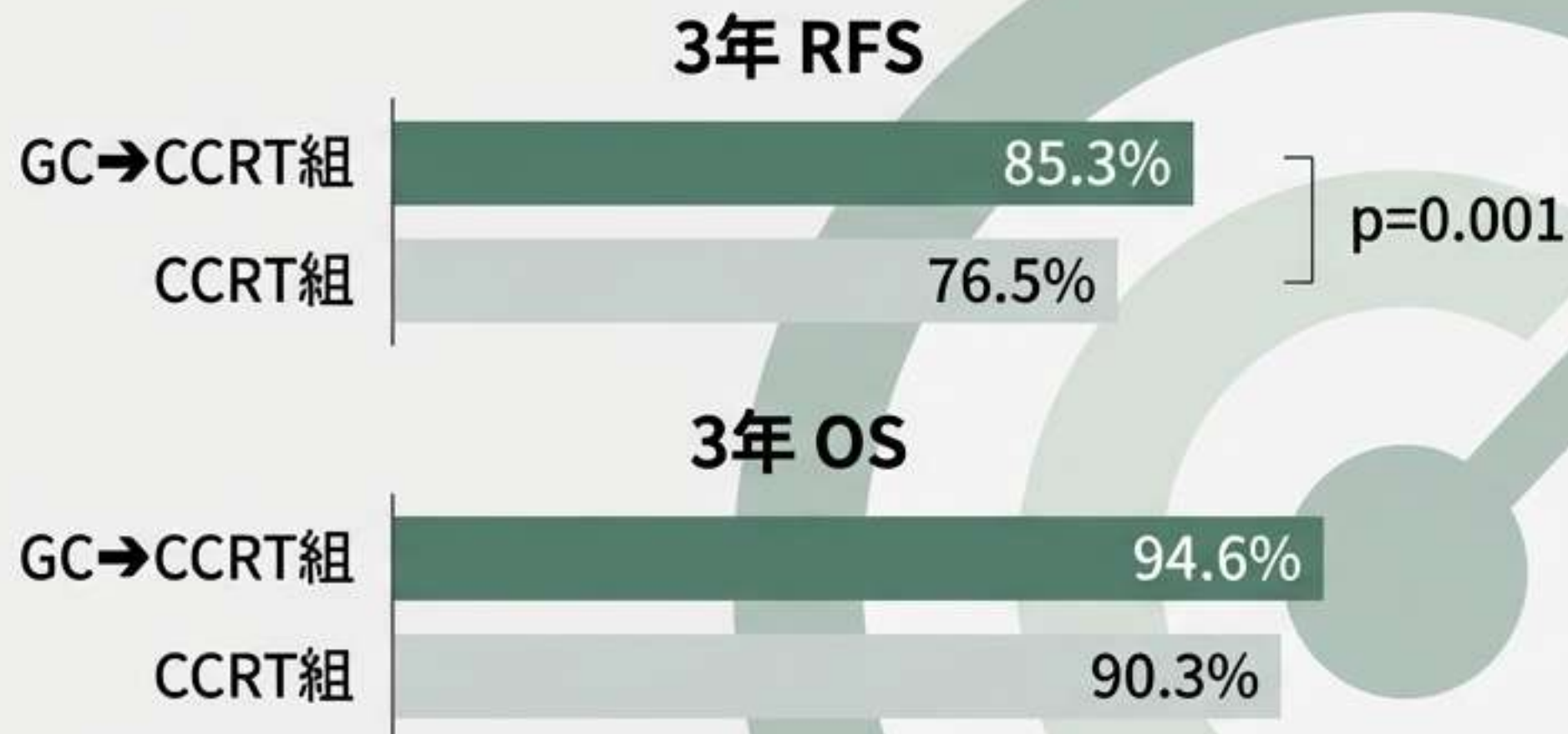
**結論：常規局部晚期患者不應常規使用 Induction 接續 CCRT。
Induction 應嚴格保留於「器官保留策略」或「鼻咽癌高風險」情境。**

鼻咽癌的前導化療標準：GC 方案的突圍

EBV 相關鼻咽癌易遠端轉移，GC 前導療法顯著提升存活率。

NCT01872962 第III期 RCT

- [P] 480位局部晚期 (第III至IVB期) 鼻咽癌患者
- [I] 點滴[Gem]+點滴[Cis] (GC) 前導*3 → CCRT
- [C] 單獨 CCRT



成效洞察：GC 方案獲益主因是控制遠端復發，獲 NCCN 第一級推薦。

確保治療完成的後盾：黏膜炎與營養管理



營養支持 (PEG)

- 體重 1 個月內下降 $\geq 5\%$ ，或吞嚥困難達 3 級。
- 積極介入經皮內視鏡胃造口 (PEG)，確保中長期營養路徑穩定。



放射性口腔黏膜炎管理

- [預防] 補充 L-Glutamine (10-30 mg/day)，顯著降低 3 級以上黏膜炎。
- [止痛] 高劑量 Gabapentin/Pregabalin，顯著減少鴉片類藥物依賴。
- [局部] Doxepin 或 三合一漱口水 (Alliance A221304 實證有效)。

局部晚期頭頸癌：全身性治療決策樹

