



轉移性頭頸癌之治療與支持性照護

從高度晚期全身性治療到全人支持照護之臨床導航

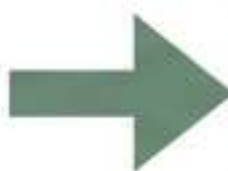
2026年三月

癌症資訊雜貨店與BCOP圖書會

第五章核心：
積極的全身性腫瘤控制



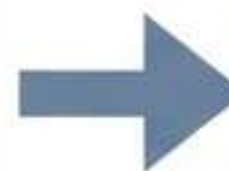
結合免疫治療、標靶與化療，
精準打擊轉移性腫瘤。



第六章核心：
積極的器官功能保留與支持



整合營養介入、疼痛控制與復健，
協助度過生理危機。



轉移性頭頸癌的治療已進入雙軌時代：不僅要透過精準的全身性治療打擊腫瘤，更需依賴多專科團隊（營養師、語言治療師、護理師）協助患者度過生理危機。

定義臨床戰場：高度晚期頭頸癌 (VAHNC)



解剖結構無法切除 (Unresectable T4b)

- 腫瘤已侵犯深部構造
- 包含椎前筋膜、顱底骨、臂神經叢或包圍頸動脈



體能狀態不佳 (Medically Unfit)

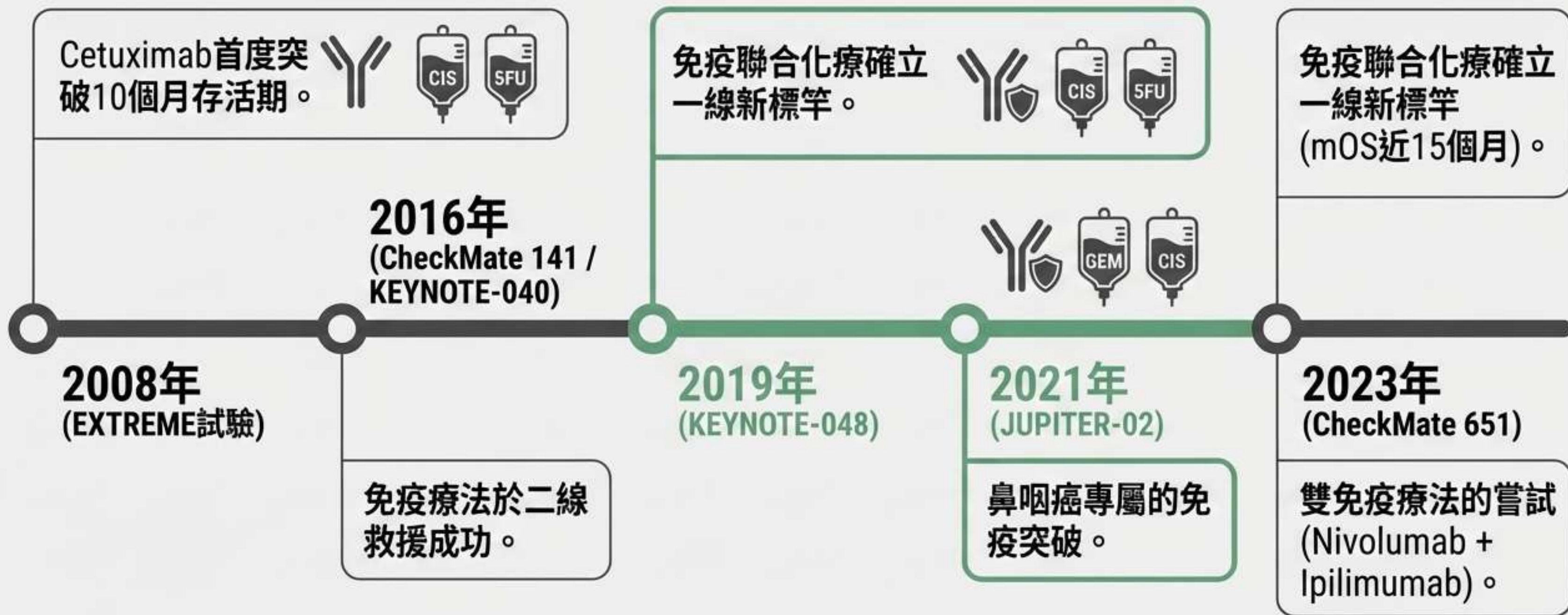
- 高齡或具多重共病
- 不適合接受大型根治性手術
(PS 0-1者優先考慮 CCRT)



發生遠端轉移 (Distant Metastasis, M1)

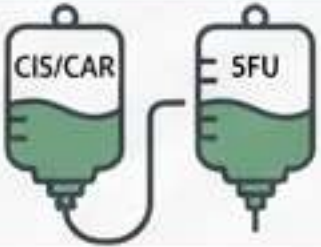
- 初診時即發現病灶擴散
- 已轉移至頸部以外之遠端區域

第一線全身性治療之歷史演進與典範轉移

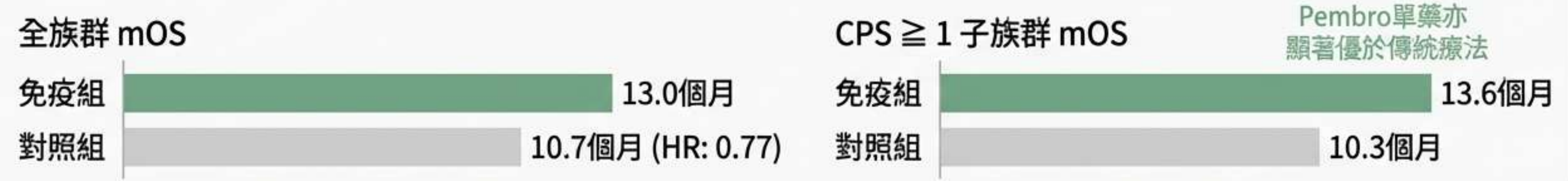


關鍵實證：第一線免疫療法 (KEYNOTE-048)

PICO Dashboard

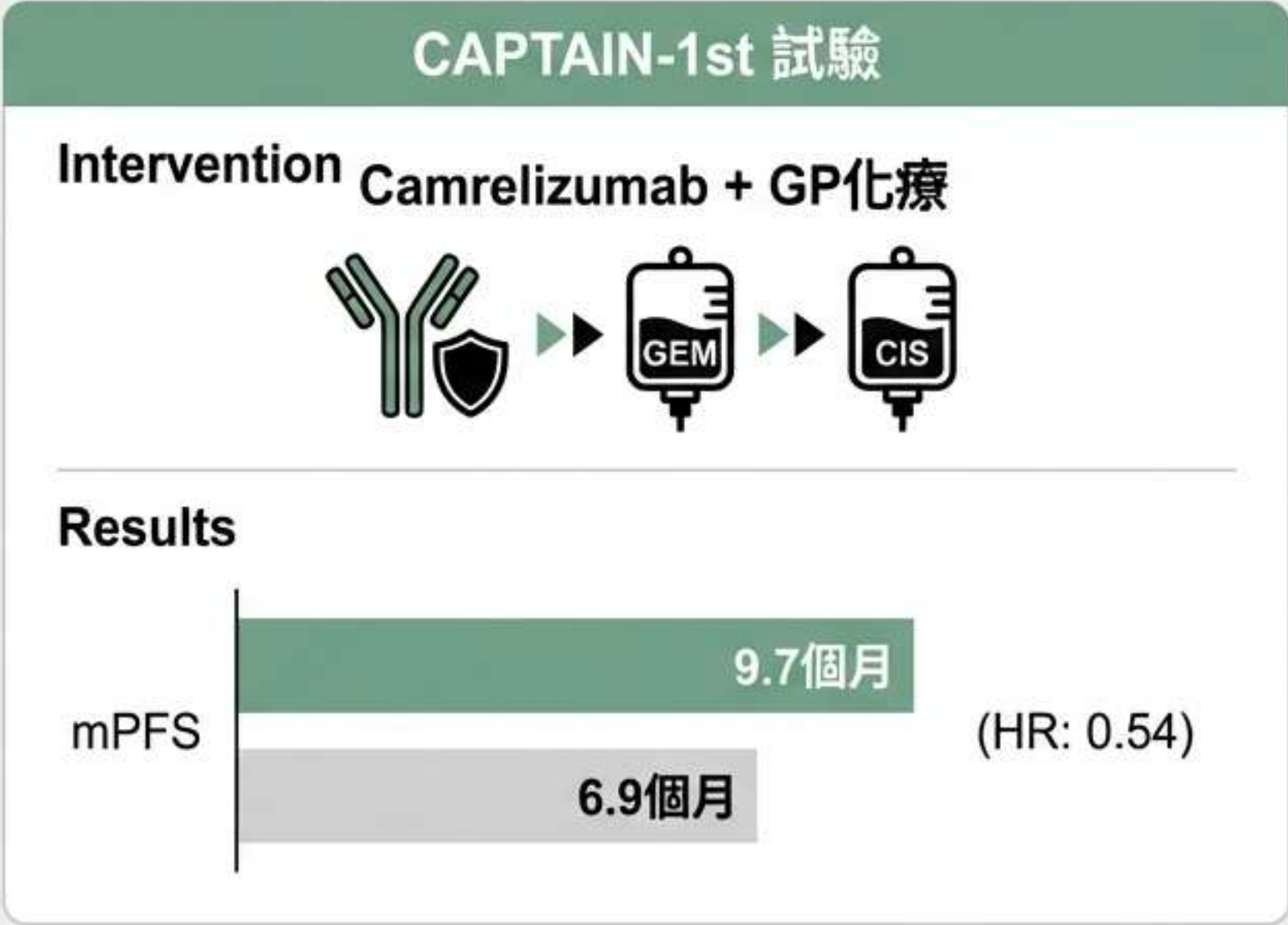
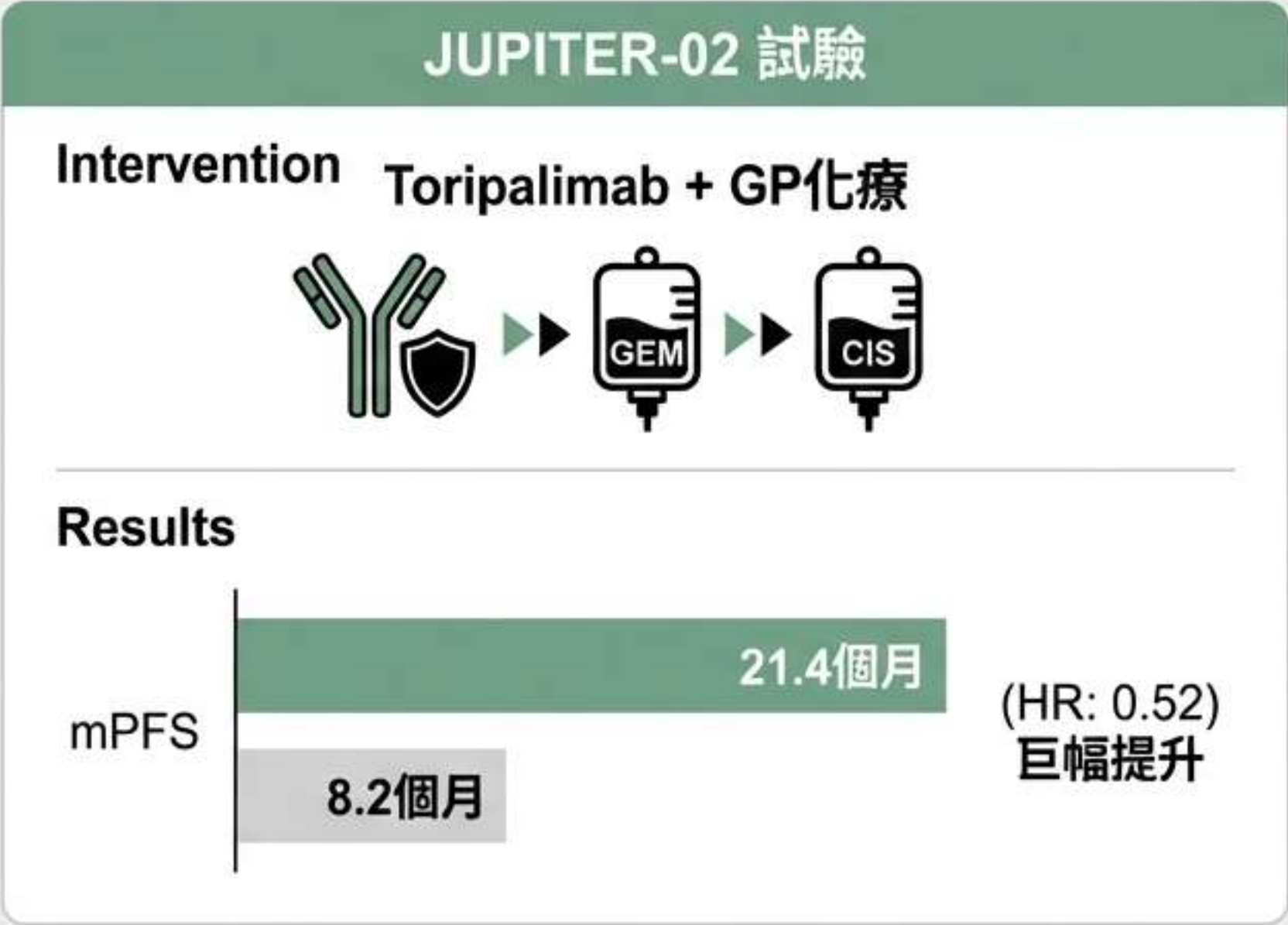
Population (P)	Intervention (I)
高度晚期或轉移性SCCHN患者 (n=882)	Pembrolizumab  ± 
Comparator (C)	Outcome (O)
Cetuximab + 含鉑化療 (EXTREME方案)  	整體存活期 (mOS)

Results Bar Chart



特別聚焦：鼻咽癌 (NPC) 之第一線治療突破

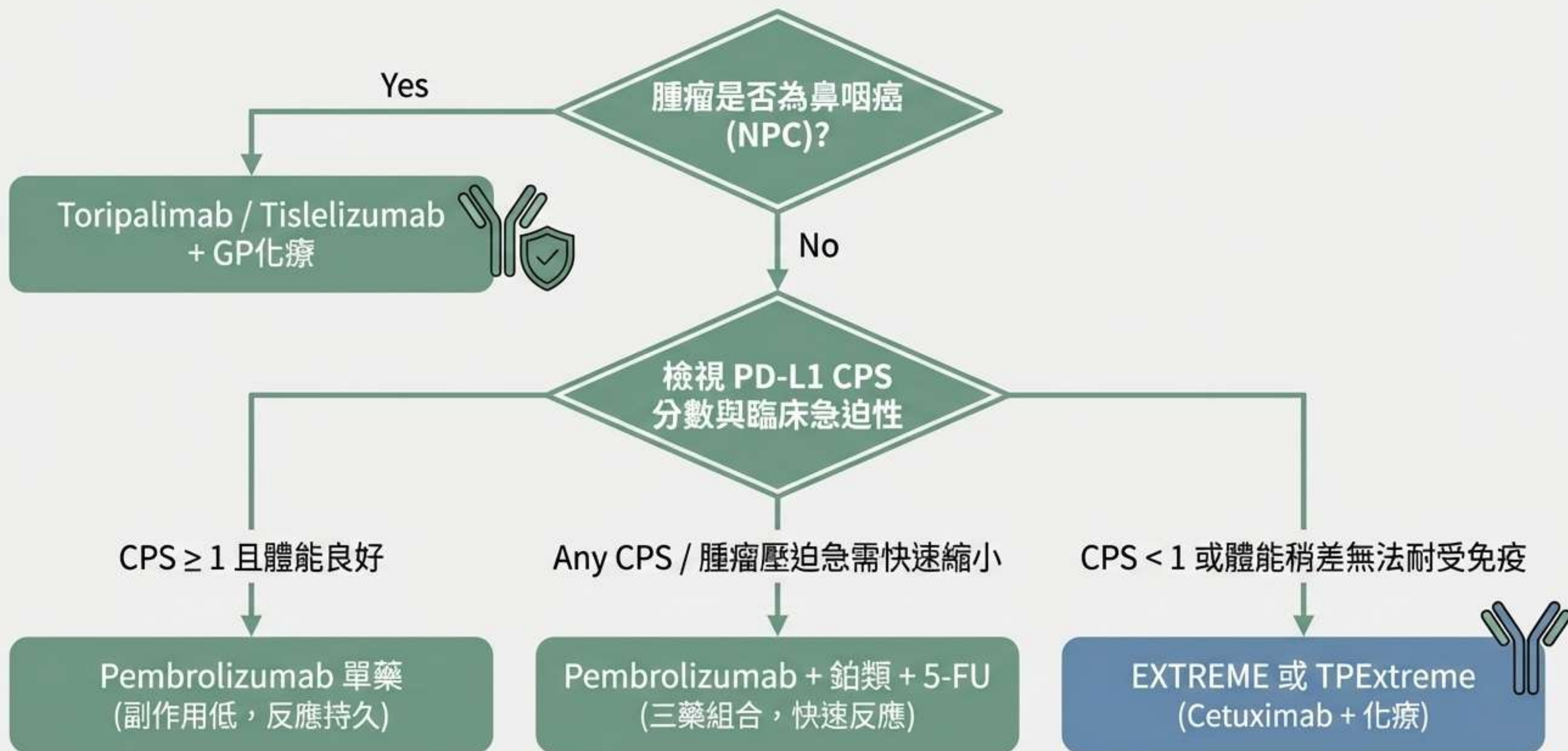
EBV驅動腫瘤對特定免疫療法展現絕佳反應



詳細文獻引用：

1. Mai HQ, et al. Toripalimab Plus Chemotherapy for Recurrent or Metastatic Nasopharyngeal Carcinoma: The JUPITER-02 Randomized Clinical Trial. JAMA. 2023;330(20):1961-1970.
2. Yang Y, et al. Camrelizumab versus placebo... CAPTAIN-1st. Lancet Oncoi. 2021;22(8):1162-1174.

臨床導航決策樹：第一線全身性治療指引



第二線治療策略：克服鉑類耐藥 (Platinum-Refractory)

一線未接受過免疫治療者

首選 Nivolumab 或
Pembrolizumab



CheckMate 141 數據



免疫治療後復發或不適合免疫者

首選 Afatinib
或單藥化療



LUX-Head & Neck 1 數據



局部復發之挑戰：再放射治療 (Re-RT) 風險評估

評估與條件



手術挑戰



- 組織纖維化 (Fibrosis)



- 淋巴膜外侵犯 (ENE)



Re-RT 嚴格篩選標準



- ☒ 距離前次放療大於6個月 (建議>1年)。



- ☒ 患者具備良好體能 (PS)，且能理解頸動脈破裂與軟組織壞死之高風險。

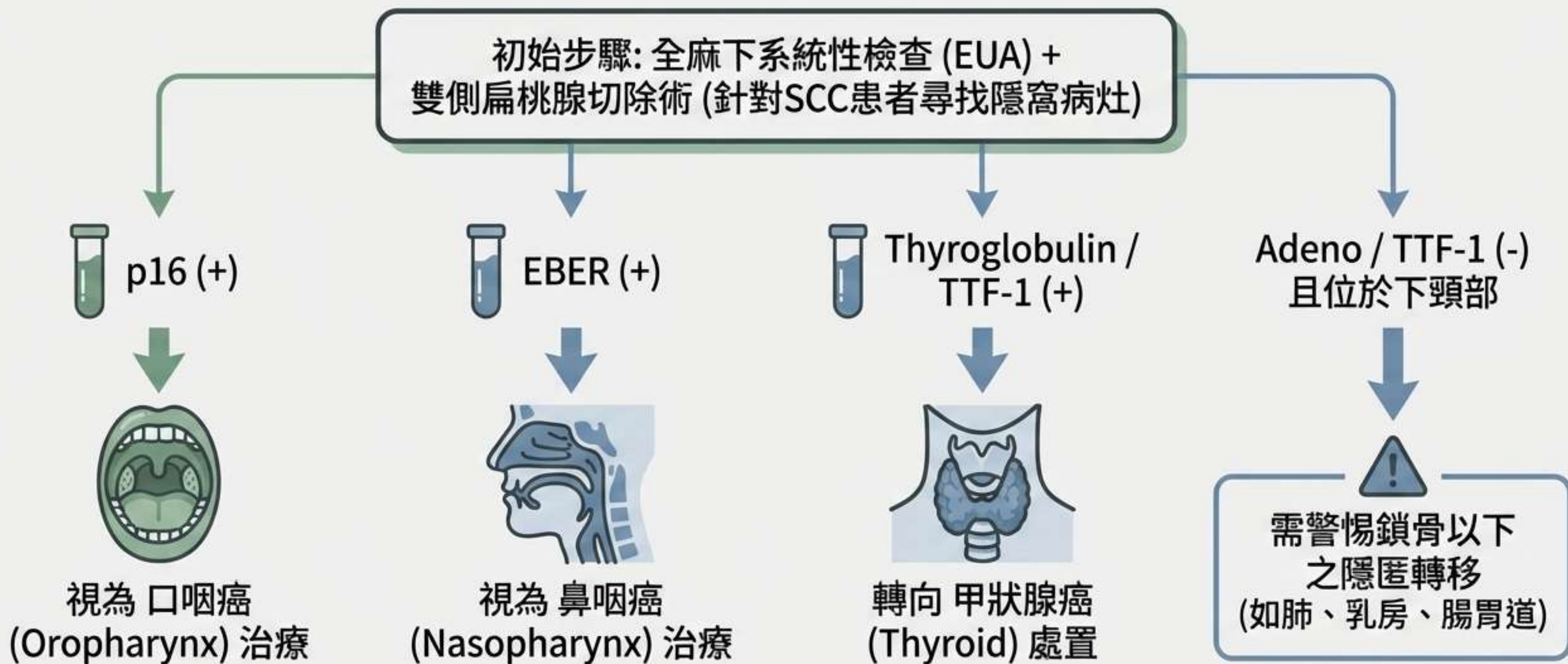
放射技術選擇



- IMRT (強度調控)：基礎精準劑量分配。
- PBT (質子治療)：利用「布拉格尖峰 (Bragg Peak)」特性，劑量抵達腫瘤後瞬間停止，極致保護腦幹與脊髓。
- SBRT (立體定位)：針對極小體積 (<25 cc) 結節，採極陡峭劑量梯度照射。



生物標記導航：原發灶不明之頸部轉移癌 (Occult Primary)



治療後追蹤與監測策略

Timeline Matrix	1-6個月	1-2年	3-5年
理學檢查頻率	每1-3月	每2-6月	每4-8月
影像學追蹤 (CT/MRI/PET-CT/US)	關鍵警告：治療後 12週內避免使用 PET-CT，以免因發炎產生偽陽性。最佳時機為第3個月與第6個月。  頸部超音波 (US) 為監測淋巴結復發最安全、快速的首選工具。		
內分泌與器官功能 監測	 頸部照射者每6-12個月監測TSH。		 顱底曾受照射者，需「每年」檢測腦垂體功能 (防範全面性低下)。

營養支持：經皮內視鏡胃造口 (PEG) 放置策略

預防性放置 (Prophylactic - 治療前)



6個月內體重下降 $>10\%$ 或
1個月內 $>5\%$ 。



嚴重吞嚥困難或心肺功能差導致
的高吸入性肺炎 (Aspiration)
風險。



預期接受大範圍高劑量放射治療。

反應性放置 (Reactive - 治療中)



連續10天攝取量低於預估需求
 60% 。

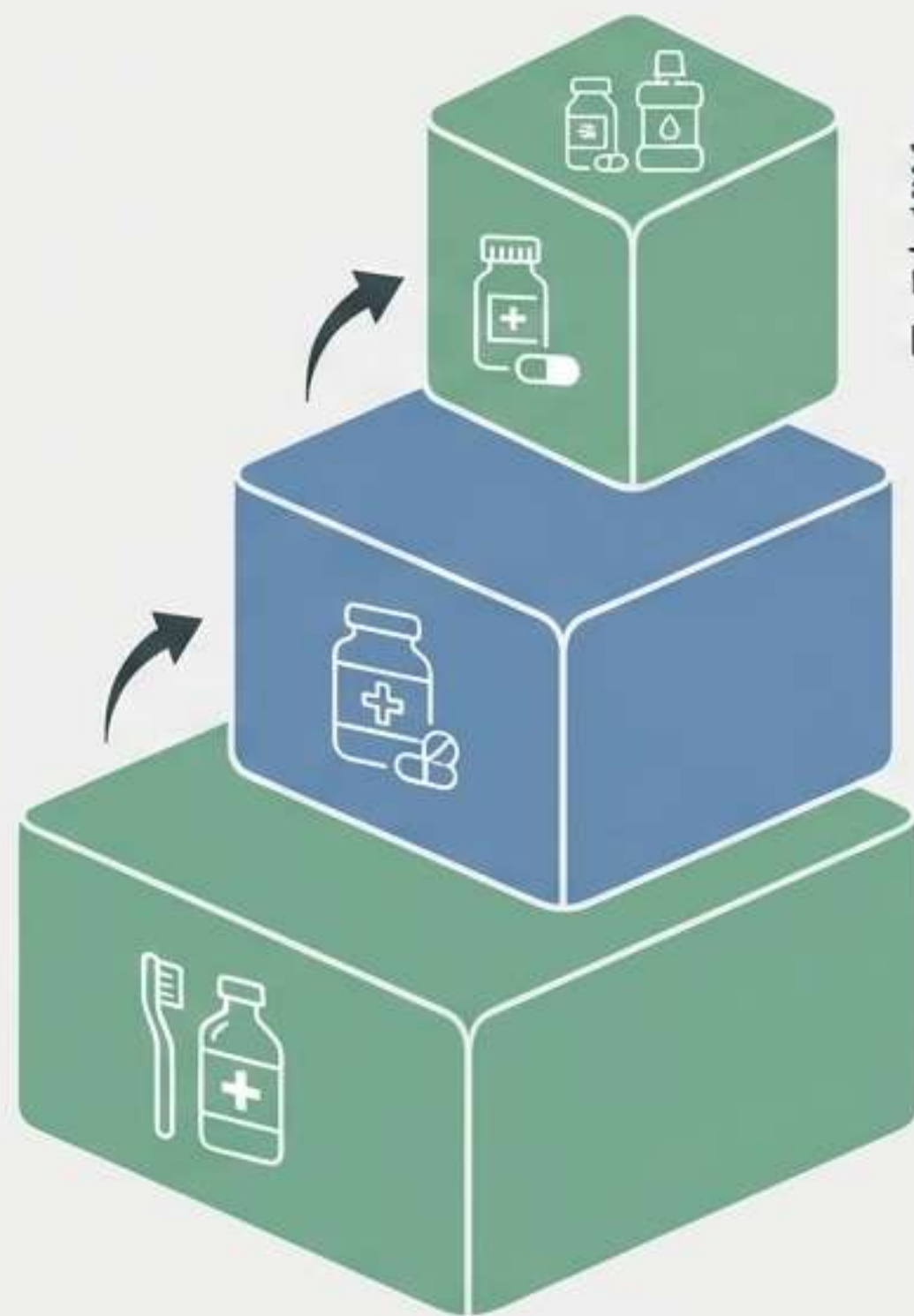


放療期間1個月內體重急速下降
 $\geq 5\%$ 。



出現 Grade 3 以上的嚴重黏膜
炎與吞嚥疼痛。

支持性療法：放療誘發之口腔黏膜炎 (OM) 處置



藥物止痛

高劑量 Gabapentin (2700-3600 mg/day) 或 Doxepin 漱口水。

營養補充

每日補充 L-Glutamine 10-30mg (臨床證實可顯著降低 Grade 3+ 黏膜炎)。

基礎照護

口腔衛生：軟毛刷、生理食鹽水。嚴禁使用含 Chlorhexidine 的抗菌漱口水。

Alliance A221304 試驗數據

PICO



對象：接受放療之頭頸癌患者。



介入：Doxepin 漱口水。

4小時後疼痛分數



詳細文獻引用：

1. Sio TT, et al. Effect of Doxepin Mouthwash... JAMA. 2019;321(15):1481-1490.
2. Elad S, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines... Cancer. 2020;126(19):4423-4431.

全人功能復健與多專科團隊 (MDT) 協作



牙科與骨骼照護 (Dental/Bone)

核心目標：預防致命的放射性骨壞死 (ORN)。

措施：放療前拔除感染牙齒留足癒合期、高濃度局部塗氟、使用木糖醇 (Xylitol) 緩解口乾症。



言語與吞嚥復健 (Speech/Swallowing)

核心目標：維持張口度與吞嚥安全。

- **措施：**FEES/VFSS 影像學評估吞嚥、使用 Pentoxifylline 與客製化張口器治療張口困難 (Trismus)。



淋巴水腫與纖維化 (Lymphedema)

核心目標：軟化受放射線與頸部清掃術破壞的組織。

措施：早期頸部活動度復健、物理治療師介入淋巴減壓按摩。

臨床珍珠與核心帶走訊息 (Key Takeaways)

系統性治療的典範轉移



「免疫聯合化療」已成為 M1/高度晚期患者無庸置疑的 1st-Line 標準，徹底取代過去十年的 EXTREME 標靶方案。

鼻咽癌的特殊地位



EBV 驅動的 NPC 對 GP 化療聯合免疫藥物 (如 Toripalimab) 具極高敏感性，巨幅推升無惡化存活期。

原發灶不明的破局之鑰



p16 與 EBER 等生物標記不是配角，而是精準指引照射範圍與後續治療路徑的「臨床羅盤」。

全人支持即是存活關鍵



精準的 PEG 胃造口介入時機、L-Glutamine 的適時補充，與癌症藥物同等重要，是支撐患者完成根除性療程的基石。