

口腔癌是全世界人類第五大癌症。於台灣，口腔癌的發生率和死亡率，在男性佔第四位，於全人口則佔第六位，口腔癌之病因主要是嚼檳榔、吸菸和喝酒，在台灣約有 200 萬以上人口有嚼檳榔之習慣，約 80% 之口腔癌死亡病例和嚼檳榔習慣有關。口腔癌是國人男性增加最快速的癌症，近 10 年發生率和死亡率已分別增加了 85% 和 56%，目前每年分別有 5 千多人罹患和 2 千多人死於口腔癌。此外，口腔癌為青壯年男性最容易發生的癌症，平均死亡年齡為 54 歲，較其他癌症早 10 年以上。雖然口腔癌可用手術切除、化學治療和放射線治療，或合併上述三種方法中任二者或三者加以治療，於台灣，口腔癌患者的五年存活率仍然很低，約只有 50%。這麼低的五年存活率顯示，口腔癌必須早期診斷，早期治療。而最好的預防策略是於口腔癌前病變之階段，就能將其診斷出來，並加以治療，以防止其進一步演變成口腔癌。

口腔白斑症、口腔紅白斑症和口腔疣狀增生，是台灣三大最主要的口腔癌前病變，此三種病變皆有可能進一步轉變成口腔鱗狀細胞癌或口腔疣狀癌，口腔鱗狀細胞癌和口腔疣狀癌約佔口腔惡性腫瘤 90% 以上。根據統計，均勻且厚的口腔白斑症，其惡性轉變之機率为 1-7%，粒狀或疣狀之口腔白斑症，其惡性轉變之機率为 4-15%，口腔紅白斑症之惡性轉變機率为

為 18-47%，口腔疣狀增生之惡性轉變機率為 3-10%。口腔白斑症、口腔紅白斑症和口腔疣狀增生之高惡性轉變率，更顯示口腔癌前病變早期診斷及早期治療的重要性。

癌症之預防策略分為三段五級：初段預防包括健康促進、特殊保護二級，次段預防包括早期診斷、早期治療（疾病控制）一級，三段預防包括限制殘障、復健二級。衛生署、國民健康局及台大牙醫學系韓良俊教授等積極說明嚼檳榔、吸菸和喝酒和口腔癌之相關性，預防民眾嚼檳榔、吸菸和喝酒，並協助民眾戒嚼檳榔、戒菸和戒酒，此屬於初段預防。最近幾年來，衛生署、國民健康局及全國牙醫師公會聯合會等積極提倡口腔癌篩檢、訓練口腔癌篩檢種子醫師，及協助篩檢出口腔癌和口腔癌前病變患者就醫，此屬於次段預防，韓良俊教授及本人多年來皆積極參與此次段預防之工作。癌症預防之三段五級策略，其實皆非常重要，但考慮成本效益，次段預防其實更有效益，理由是篩檢出口腔癌和口腔癌前病變患者已是較少數，一百人中可能只有三至五位，針對此少數得病患者，曉以大義，要其戒嚼檳榔、戒菸和戒酒，都比較容易，況且目前口腔癌前病變，包括口腔白斑症、紅白斑症和疣狀增生，已有多種有效之治療方法，侵入性療法例如一般手術或雷射手術切除，保守性療法例如局部塗抹 5-胺基酮戊酸之光動力療法（ALA-PDT）和冷凍治療，皆有滿意之療效。口腔癌如能在口腔癌前病變之階段，將其消滅，即可防止其繼續惡化為口腔癌，對患者個

人身心健康及整個國家醫療成本之節省，皆有大效益。

以局部塗抹 5-氨基酮戊酸之光動力療法（ALA-PDT）為例說明，於過去的八年內，我們利用 ALA-PDT，治療了 36 例口腔疣狀增生，97 例口腔白斑症，及 20 例口腔紅白斑症。我們發現所有 36 例口腔疣狀增生病變，經每星期一次的 ALA-PDT 治療後，病變皆完全消失（圖一 A1、A2、B1 和 B2），平均每一病變治療次數為 3.8 次，且經追蹤 6-56 個月後，病變無再發之情形。對於 97 個口腔白斑症之病例，65 例接受每星期一次之 ALA-PDT 光動力治療，另 32 例接受每星期二次之 ALA-PDT 光動力治療。前者 65 例中，有 5 例為完全反應，33 例為部分反應，27 例為無反應。後者 32 例口腔白斑症病例，每星期接受二次的 ALA-PDT 光動力治療，其中 11 例呈現完全反應，21 例呈現部分反應。對於 20 個口腔紅白斑症之病例，經每星期一次的 ALA-PDT 光動力治療，其中 17 例得到完全反應（圖一 C1 和 C2），平均每一病變治療次數為 3.7 次，3 例得到部分反應。由以上之 ALA-PDT 光動力治療經驗，我們獲得的結論是口腔疣狀增生病變，若以局部塗抹 ALA 之光動力療法，每星期治療一次，通常只要少於 7 次（平均 3.8 次）的療程，都可以使病變完全消失治癒。至於口腔白斑症病例，每星期治療二次的光動力療法，比每星期治療一次的光動力療法，其療效明顯較佳。利用每星期治療二次的 ALA-PDT 治療口腔白斑症之病例，約三分之一病變可得到完全反應，約三分之二病變可得到部分

反應。另外口腔紅白斑症病例，當以局部塗抹 ALA 之光動力療法，每星期治療一次時，其療效比以相同方法治療之口腔白斑症病例之療效，明顯較佳。

另外我們針對療效較差之 60 例口腔白斑症病例，施以棉棒冷凍治療，所有 60 例口腔白斑症病例，在經過平均 6.3 次棉棒冷凍治療之後，均呈現完全反應。當口腔白斑症病變位於舌以外的口腔黏膜上、面積小於 2 平方公分、上皮發生變異、或表面角質層厚度小於 55 微米時，其達到完全反應所需要的治療次數，明顯少於其位於舌（圖一 D1 和 D2）、面積大於或等於 2 平方公分、上皮無變異、或表面角質層厚度大於或等於 55 微米者。

以多變項統計分析顯示，口腔白斑症病變的位置與面積，為影響棉棒冷凍治療達到完全反應療效的獨立預測因子。此顯示保守性、非侵入性之冷凍治療，對口腔白斑症病例之療效也不錯。至於口腔癌前病變之療法，患者要如何選擇，對於希望快速可達到療效之患者，可能可以選擇侵入性療法例如一般手術或雷射手術切除。對於害怕手術切除，且時間不是重要因素之患者，則可以選擇非侵入性療法例如 ALA-PDT 光動力療法和冷凍療法，光動力療法和冷凍療法之另一個好處是治療後病變的位置很少產生瘢痕組織。

癌症三段五級之預防策略，其實皆非常重要，但若從初段預防著手，費力

多，且長時間才可達到效果，若從三段預防著手，雖然可限制殘障、幫助患者復健，但不免為時已晚，且會浪費整個國家大量醫療成本。若從次段預防著手，則用力少，而成果佳。由以上所述之光動力療法和冷凍療法，治療口腔癌前病變成果可知，口腔癌前病變，包括口腔白斑症、紅白斑症和疣狀增生，如能早期診斷、早期治療，其療效極佳，口腔癌可以獲得很好的控制。口腔癌次段預防包括早期診斷、早期治療之策略，政府衛生單位應該特別提倡，以進一步造福特別是得到癌前病變之民眾。

圖一：



(A1)左下唇及左口角之疣狀增生病變。



(A2)經四次光動力治療後，病變完全消除。



(B1)左口角之疣狀增生病變。

(B2)經三次光動力治療法後，病變完全消除。



(C1)右頰黏膜之紅白斑症病變。

(C2)經七次光動力治療後，病變完全消除。

(D1)右舌背之白斑症病變。

(D2)經十七次冷凍治療後，病變才完全消除。

提醒您： 30 歲以上有嚼檳榔或吸菸習慣之民眾，請每二年至牙科或耳鼻喉科定期接受口腔黏膜健康檢查

牙科部 江俊斌醫師