

# 頭頸癌復健之實證與經驗

◎基隆長庚復健科主治醫師 何建輝

**根** 據台灣衛生福利部統計處資訊顯示，口腔癌位居 2018 年十大癌症死亡率第 5 位（死亡人數每 10 萬人口為 3,027 人，死亡率 8.1%），另鼻咽癌占男性死亡率第 12 位（死亡人數每 10 萬人口 504 人，死亡率 2.9%）。在上述頭頸部癌症治療期間，患者易有副作用產生，如肌肉軟組織纖維化、關節攣縮、淋巴回流受阻、神經壓迫及傷害、咀嚼吞嚥疼痛、黏膜炎等，間接導致營養不良，統計上有約 30% 進行放射線治療的頭頸癌病人有體重減輕的情形，也因此提供適時適當的復健治療以減少患者併發症的發生或嚴重度相形重要。

「醫師，為什麼我放化療結束後，整個嘴巴張不開、口齒不清、無法吞東西，另外，整個後頸跟肩膀旁肌肉都很僵硬而且疼痛」，這時候腫瘤科醫師可能會跟你說：「看起來你需要做癌症復健了。」在美國頭頸癌協會於 2016 年 3 月出版的頭頸癌治療後照護指引中，提出各項頭頸部癌症治療後的建議，包含了照護、追蹤、健康促進及復健。指引中針對復健的建議達到證據等級一的項目包含：副神經麻痺評估與復健轉

介、疲倦評估與體能訓練指引、語言評估與復健轉介。指引建議經頸部淋巴廓清術患者出現肌肉無力導致日常活動困難者須轉介復健治療。建議第一線照護者評估患者疲倦的可能性（考慮包含貧血、甲狀腺異常、心肺功能異常），建議患者維持規律體能活動並可轉介運動治療。可評估患者語言溝通能力，如有異常建議應照會語言治療師進行復健。

而證據等級二的建議包含：肩頸部肌肉僵直疼痛評估及復健轉介、淋巴水腫評估及復健、牙關緊閉評估及復健介入、吞嚥困難嗆咳評估及復健治療。指引建議第一線照護者評估患者肩膀肌力、活動度、夾擊症候群以及斜頸可能性，如肩頸出現併發症須會診復健科進行關節活動及肌力訓練。建議使用美國國家癌症研究所發布的「常見不良事件評價標準」表單評估患者淋巴水腫嚴重度，或輔以尺規測量、超音波、照相、內視鏡測量口咽黏膜等方式評估。建議會診復健進行徒手淋巴引流、彈繃壓力帶治療。若發現早期出現牙關緊閉建議會診復健進行張口訓練或拉伸裝置、給予神經穩定劑緩解張力及疼痛。

最後，口咽及下咽與喉癌之患者若

採取手術切除腫瘤及腫瘤邊緣，容易造成吞嚥功能受損或喪失，常只能使用流質飲食，病人容易營養不良。這些與營養相關的問題包括體重減輕、頭頸部組織缺損、口腔黏膜炎、口咽部疼痛、噁心、嘔吐、咀嚼或吞嚥困難以及味覺或嗅覺改變。研究指出，頭頸癌病人長時間的吞嚥障礙會導致進食量不足，進而造成營養不良及體重減輕，影響生活品質。目前建議在治療階段進行中，及早進行口腔動作訓練以及吞嚥語言治療有助於患者減少可能的併發症。

國外有論文追蹤頭頸癌相關併發

症，統計其發生率如下：75.3% 患者發生淋巴水腫；放療後肌肉纖維化症候群所造成頸部活動度限制的發生率在 2.3~11.3% 之間；出現副神經麻痺約占 77%，將導致肩部活動不等程度的限制；一年後出現牙關緊閉的患者約占 28%，牙關緊閉嚴重度與癌症分期呈高度相關。

依據筆者近兩年來處理頭頸癌患者癌症治療後的復健照護經驗，統計基隆長庚放射腫瘤科治療後 30 位頭頸癌病人（29 位男性、1 位女性）之癌症併發症如下：

	頸側彎異常	轉頭異常	頸部曲仰異常	肩外展異常	肩部曲伸異常
正常角度	40-45 度	60-80 度	35-45 度	180 度	屈曲 180 度/ 後伸 50-60 度
異常占比 (人數)	93% (28/30)	63% (20/30)	26% (8/30)	50% (15/30)	20% (6/30)
	張口間距	吞嚥功能 <sup>A</sup>	發音狀況 <sup>B</sup>	功能性由口進食量表 (FIOS) <sup>C</sup>	
標準值	35mm	正常	清晰	完全由口進食	
異常占比 (人數)	56% (17/30)	40% (12/30)	46% (14/30)	76% (23/30)	

<sup>A</sup> 吞嚥功能分級：1. 正常 2. 唇閉合不足偶爾流口水 3. 惟喝水噎咳 4. 費力吞嚥/食物散在口腔 5. 食物全殘留

<sup>B</sup> 發音分級：1. 清晰 >80%；2. 輕度 60-80%；3. 中度 40-60%；4. 中重度 20-40%；5. 重度 <20%

<sup>C</sup> FIOS：L7：完全由口進食 L6：完全由口進食但須避免特殊材質或液體 L5：完全由口進食多種材質但需特別準備 L4：完全由口進食單一材質 L3：管灌食合併部分由口進食 L2：管灌食合併不定時由口嘗試 L1：無口進食

在肩頸部活動度的受限上患者在頸部的活動度受限明顯較論文統計高上數倍之多，尤其在頸部側彎與轉頭的動作

表現上特別明顯。相較於頸部較差之活動度，本院患者在肩部活動明顯優於論文統計數據。推測可能原因為，目前放

射腫瘤科透過強度調控放射治療與影像導引放射治療減少許多特定神經損傷後遺症。而由於患者初期放療後肌肉纖維化症候群症狀不甚明顯，往往拖延頸部運動治療到相當程度限制才來找復健協助，卻也錯失治療先機。

在吞嚥溝通功能上，有超過 4 成的患者出現症狀，尤其牙關緊閉的情況也較論文提及的 28% 多兩倍。推測與目前癌症治療後接續復健的推廣與普遍性仍不高，患者常會等到疼痛或被迫使用管灌時，才開始接受復健療程。

目前共 12 位患者接受過至少一個完整復健療程，後續追蹤表現如下：

動作角度	頸側彎	轉頭
治療前後	+14 % 度數	+10% 度數
頸部曲仰	肩外展	肩部曲伸
+26% 度數	+11% 度數	+7% 度數
	吞嚥功能	發音狀況
進步一個分級以上	17% (2/12)	33% (4/12)
	功能性由口進食量表 (FIOS)	
	25% (3/12)	

在復健運動部分，台灣復健醫學會指引建議每天至少早晚各做一回合肢體復健。未接受放射治療患者應維持復健運動至少 3 個月，若有接受放射治療者，運動維持期需要更長，以避免遲發性的放療副作用（如：放療後肌肉纖維化症候群）。運動建議包含胸鎖乳突肌肌力訓練、聳肩運動、斜方肌肌力訓練、肩胛骨回縮運動、轉頸伸展、側頸

伸展與後頸伸展。

吞嚥訓練最重要的是每日不間斷的練習。自我訓練一套動作原則上建議每天做 2~3 遍。

- 一、唇臉運動：練習發音，如ㄅ、ㄆ等音（可對著鏡子練習）。抿嘴唇、微笑，咧嘴笑、鼓雙頰（像要吹氣球）、嘟嘴做出「屋」的口形、張大口做出「啊」的口形等動作。
- 二、顫顎關節運動：下巴向左右兩側移動、下顎向前移動（扞斗動作）、嘴巴用力張開。
- 三、舌部運動：練習發音，如ㄉ、ㄊ、ㄌ、ㄍ、ㄊ等音。舌頭前伸、縮回、抬高頂上顎、向上捲、推兩側臉頰、做清潔牙齒動作。
- 四、咽喉運動：喉頭發出「哈～克～～～」持續 3~5 秒，可合併雙手推牆增加胸內壓。
- 五、頭頸活動：低頭、仰頭、頭轉左右側、頭歪左右側。

## ● 結語

近年來頭頸癌的治療逐年進步，患者的存活率和存活時間增加。腫瘤對人體的破壞及治療常造成患者吞嚥困難與肢體活動障礙等併發症。腫瘤治療療程執行的完整度、後續追蹤及對復健訓練的執行，對患者的預後有決定性的影響。正所謂「醫療為生命增添歲月，復健為歲月增添生命」，藉由積極的頭頸癌復健，期能增進癌友日常生活品質與功能表現。☺