

出國報告（出國類別：出席會議）

出席亞太口腔癌防治國際會議報告

(Oral Cancer in the Asia Pacific
- A Regional Update & Networking)

服務機關：行政院衛生署國民健康局

姓名職稱：癌症防治組 專門委員 馮宗蟻

癌症防治組 薦任技士 陳逸嫻

派赴地區：馬來西亞 吉隆坡

出國期間：95.02.16~95.02.19

報告日期：95.05.2

摘 要

本局癌症防治組馮宗蟻專門委員及陳逸嫻薦任技士兩員奉派至馬來西亞吉隆坡出席由口腔癌研究整合中心 (Oral Cancer Research & Coordinating Centre)、馬來亞大學(Faculty of Dentistry, University of Malaya)及馬來西亞口腔顎面協會 (Malaysian Association for Oro-facial Diseases) 主辦的亞太口腔癌防治國際會議，獲取口腔癌防治及檳榔危害防制相關工作經驗。會議時間自九十五年二月十七日至十九日。

檳榔危害防制工作屬於亞洲太平洋、南亞與大洋洲地區特有的流行病學危險因子，促成此區域學者專家學者、甚至世界衛生組織與國際癌症研究總署 (IARC) 專家的關切與努力，致力於提昇口腔癌防治與病患生活品質的研究，提升病人存活率、竭力達成口腔癌病人死亡率下降。本局代表出席會議與 13 國出席人員交換意見，並於 country report 的報告機會，將台灣的癌症防治及檳榔危害防制工作現況介紹週知，更進一步與各國本項領域代表建立合作互聯網絡，並尋求我國與國際癌症研究總署合作之可能。

由亞太各國的資料顯示：嚼食檳榔多為年長、鄉下、與傳統祭典相關之習俗，且嚼食率呈現下降趨勢，僅台灣這一、二十年來嚼食率迅速竄升，與世界潮流不符，已非健康單一議題，恐怕衛生單位無法單打獨鬥，需升高主政層次至更高，以正視此現象加以匡正。

主辦單位馬來西亞牙醫學院之副院長 Dr Zain Raja Latifah Razak 曾出席我國在高雄所辦之「第二屆檳榔與口腔癌國際學術研討會」、與在台北辦理之「第二屆亞太癌症篩檢國際會議」，故對於我國在此領域相關研究與流行病學資料的水準相當瞭解。對我國於此領域之貢獻與國際間不公平的待遇多所認知，故對於所邀請的高雄醫學院團隊與本局代表相對禮遇。

目次

壹、摘要	.....	I
貳、目的	.....	2
參、過程	.....	3
一、會議緣起	.....	3
二、會議議程	.....	5
三、會議內容	.....	10
四、討論重點	.....	15
肆、心得	.....	16
伍、建議	.....	17
附件 1	循克里特宣言.....	18
附件 2	亞太各國遵循克里特宣言進度.....	19
附件 3	高雄宣言.....	20
附件 4	亞太各國遵循高雄宣言進度.....	21

出席亞太口腔癌防治國際會議報告

(Oral Cancer in the Asia Pacific – A Regional Update & Networking)

壹、摘要

本局癌症防治組馮宗蟻專門委員及陳逸嫻薦任技士兩員受派至馬來西亞吉隆坡出席由口腔癌研究整合中心 (Oral Cancer Research & Coordinating Centre)、馬來亞大學(Faculty of Dentistry, University of Malaya)及馬來西亞口腔顎面協會 (Malaysian Association for Oro-facial Diseases) 主辦的亞太口腔癌防治國際會議，獲取口腔癌防治及檳榔危害防制相關工作經驗。會議時間自九十五年二月十七日至十九日。

檳榔危害防制工作屬於亞洲太平洋、南亞與大洋洲地區特有的流行病學危險因子，促成此區域學者專家學者、甚至世界衛生組織與國際癌症研究總署 (IARC) 專家的關切與努力，致力於提昇口腔癌防治與病患生活品質的研究，提升病人存活率、竭力達成口腔癌病人死亡率下降。本局代表出席會議與 13 國出席人員交換意見，並於 country report 的報告機會，將台灣的癌症防治及檳榔危害防制工作現況介紹週知，更進一步與各國本項領域代表建立合作互聯網絡，並尋求我國與國際癌症研究總署合作之可能。

由亞太各國的資料顯示：嚼食檳榔多為年長、鄉下、與傳統祭典相關之習俗，且嚼食率呈現下降趨勢，僅台灣這一、二十年來嚼

食率迅速竄升，與世界潮流不符，已非健康單一議題，恐怕衛生單位無法單打獨鬥，需升高主政層次至更高，正視此現象加以匡正。

主辦單位馬來西亞牙醫學院之副院長曾出席我國在高雄所辦之「第二屆檳榔與口腔癌國際學術研討會」、在台北所辦之「第二屆亞太癌症篩檢國際會議」，故對於我國在此領域相關研究與流行病學資料的水準相當瞭解。對我國於此領域之貢獻與國際間不公平的待遇多所認知，故對於所邀請的高雄醫學院團隊與本局代表相對禮遇。

貳、目的

世界衛生組織的資料顯示：口腔癌為癌症排行第 11 位的死因，但是台灣則為癌症死因第 7 位，男性癌症死因第 4 位，更高居 25-44 歲男性癌症死因第 1 位。因此，口腔癌與檳榔危害議題在台灣非常重要。而東南亞國家有關檳榔危害防制議題，多年來在世界衛生組織相關機構的努力之下，已建立口腔癌死亡率、檳榔嚼食態樣、二者因果關係…等基本資料。我國因無法參加世界衛生組織，僅能以 WHO 周邊組織為據點，各類寶貴資料以學術論述的方式，發表論文或參與國際會議將資料傳布出去，並即時與世界各國交換資訊。。

本次會議源自高雄醫學大學 2005 年七月於高雄所辦理之第二屆檳榔與口腔癌國際學術研討會。當時大會決定延續同年在希臘克

里特召開第十屆口腔癌國際會議之克里特宣言（對口腔癌防治工作展開系列建議），而形成的高雄宣言（對檳榔危害展開系列建言）。馬來西亞專業人士對於自身國家檳榔危害與口腔癌排行比世界平均值前面所產生的使命感，加上學術競爭的驅策，立即於會後整合亞太地區與南亞各國持續對本議題，促成本次會議。

本局因著高雄醫學大學對國內負責口腔癌防治單位的認知，推薦報告台灣口腔癌防治策略而得以受邀出席。高雄醫學大學楊奕馨教授則受邀主持一時段、與報告本局補助該校於高屏山地鄉以教會資源協助原住民拒嚼檳榔之成果。高醫其他教授與醫師則報告其他分子生物研究結果，實質交換資訊與展現實力。

參、會議內容

一、會議緣起

本次會議緣起於2005年4月19日至24日於希臘克里特(Crete)召開第十屆口腔癌國際會議在會議中除對口腔癌防治工作展開系列建議外，為了更有效控制口腔癌，與會人員發表共同宣言(Crete Declaration)，共同合作致力加強七項工作（克里特宣言內容如附件一）。

同（2005）年7月29日至31日於高雄召開的「第二屆檳榔與口腔癌國際學術研討會」，除於會中對檳榔健康危害防制展開系列建

言外，各國與會人員也於會中共同發表高雄宣言(Kaohsiung Declaration)，誓言共同攜手致力於各項工作之努力(高雄宣言重點如附件 3)。

本會接續前二宣言，激盪出亞太地區口腔癌防治與檳榔危害防制之相關行動計畫，會議紀實如下：

二、會議議程

Time	Activity/Topic	Speaker
<i>Day 1: Friday 17th February 2006</i>		
<i>Symposia on Oral Cancer Prevention</i>		
8.30-9.00	Registration	
	KEYNOTE LECTURES	
9.00-9.20	Commitment to Action & Implications for the region	<i>Prof Zainal Ariff - Chairperson</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Declarations for actions (Crete & Kaohsiung Declarations) 	Dr Saman Warnakulasuriya (UK)
9.20-9.40	<ul style="list-style-type: none"> • Oral Cancer Screening 	Dr Sankaranarayanan (IARC)
9.40-10.20	Opening and welcome remarks	Deputy Vice-Chancellor (Academic & Internationalisation) representing the Vice-Chancellor, University of Malaya
10.20-10.40	Tea Break	
	KEYNOTE LECTURES	
10.40-11.00	Commitment to Action & Implications for the region (cont.)	<i>Prof Zainal Ariff - Chairperson</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Oral Cancer Screening in Japan 	Dr Toru Nagao
11.00-11.20	<ul style="list-style-type: none"> • Oral Cancer Screening in Malaysia 	Dato' Dr Wan Mohd Nasir Wan Othman
11.20-11.35	Panel discussion	<i>Dr Tuti Ningseh - Chairperson</i> Panelists - 4 speakers above
	Commitment to Action & Implications for	<i>Dr Siti Mazlipah - Chairperson</i>

11.35-11.50	the region (cont.)	Ann Tzung-Yee Feng, Taiwan
1150.-12.05	Country reports	Jian Xin-Chun, China
12.05-12.20		Tepirou Chher, Cambodia
12.20-2.30	Lunch/Poster Session/Friday prayers	
Time	Activity/Topic	Speaker
2.30-2.45	Commitment to Action & Implications for the region (cont.)	<i>Dr Siti Mazlipah - Chairperson</i> Anura Ariyawardana, Sri Lanka
2.45-3.00	Country reports	Huynh Anh Lan, Vietnam
3.00-3.15		Maria Jona D. Godoy, Philippines
3.15-3.30		Ravi Mehrotra, India
3.30-3.45	Tea break	
3.45-4.00	Commitment to Action & Implications for the region (cont.)	<i>Dr Siti Mazlipah - Chairperson</i> SC Cox, Australia
4.00-4.15	Country reports	Farida Soetiartra, Indonesia
4.15-4.30		Norlida binti Abdullah, Malaysia
4.30-5.15	Panel discussion	<i>Prof Dato' Dr Ishak Abdul Razak - Chairperson</i> Panelists - 11 speakers above
Day 2: 18th February 2006		
Symposia on Capacity Building in Oral Cancer Research		
	KEYNOTE LECTURES	<i>Dr Cheong Sok Ching & HA Lan - Chairpersons</i>

9.00-9.30	Etiopathogenesis of oral cancer	Dr Salah Ibrahim (Univ of Bergen)
9.30-10.00	Risk habits and oral cancer - the Asia Pacific scene	Dr Peter Reichart (Univ of Berlin)
10.00-10.30	Tea break	
10.30-11.00	KEYNOTE LECTURES The state of art on prognostic / predictive markers - the importance of clinical and pathologic parameters	<i>Dr Cheong Sok Ching & HA Lan - Chairpersons</i> Dr Saman Warnakulasuriya (Kings College, London, UK)
11.00-11.30	The role molecular epidemiology to the clinician, scientists and public health personnel	Dr Ranju Ralhan (All India Institute of Medical Sciences - AIIMS)
11.30-12.00	Panel Discussion	<i>Dr Cheong Sok Ching & HA Lan - Chairpersons</i> Panelist - 4 speakers above
12.00-2.00	Lunch & Sharing (L&S) Experiences: L&S groups: (1) Implementation of Oral Cancer Screening Program (<i>Dr Ramadas</i>) (2) Evaluation of Public Health Programs for Oral Cancer (<i>Dr Yang Yi-Hsin</i>) (3) Molecular Research Techniques #1-Laboratory Techniques (<i>Dr Ranju Ralhan</i>) (4) Molecular Research Techniques #2 -Tissue Collection, Preservation and Storage (<i>Dr Salah Ibrahim</i>)	This will be an informal session where a group of 10 -14 interested participants will share experiences in the particular area. Each participants will be given a discussion room with lunch boxes Each session will be facilitated by a coordinator (name in brackets and italicized) The format of the L&S to be decided by each session' s coordinator

	(5) Clinical Calibration on Oral White and Red Lesions (<i>Dr Saman Warnakulasuriya</i>) (6) Risk Habits in the Region (<i>Dr Peter Reichart</i>)	(depending on the coordinator, there may need to be pre-preparation of materials by some interested participants)
	Poster session	Participants who choose not to be in the L&S will be able to attend to the poster session and also be given lunch boxes
2. 00-2. 20	KEYNOTE LECTURES Building partnerships in oral cancer prevention/management and research in the developing countries	<i>Prof Ab Rani Samsudin - Chairperson</i> Dr Abraham Kuriakose (Amrita Institute of Medical Sciences, India)
2. 20-2. 40	Building partnerships in oral cancer prevention/management and research in Malaysia	Dr Rosnah Zain (Univ Malaya, KL)
2. 40-3. 00	Panel discussion	<i>Prof Ab Rani Samsudin - Chairperson</i> Panelists - 2 speakers above
3. 00-3. 15	FREE COMMUNICATIONS Oral presentations Dr Junichiro Machida (Japan)	<i>Dr Nurul Asyikin Yahya - Chairperson</i>
3. 15-3. 30	Dr Ho Pei-Shan (Taiwan)	
3. 30-3. 45	Dr Dewi Augustina (Indonesia)	
3. 45-4. 00	Prof Elza Ibrahim Auerkari (Indonesia)	
4. 00-4. 15	Dr Pornchai O-Charoenrat (Thailand)	
4. 15-4. 30	Dr Shrestha P (Nepal)	

4.30-4.50	Tea break	
4.50-5.20	Discussion for International Cooperation	

<i>Day 3: 19th February 2006</i>		
<i>Symposia on Behavioral Change in Oral Cancer Prevention</i>		
Time	Activity/Topic	Speaker
9.00-10.00	KEYNOTE LECTURES Behavioral changes-Principles and practices	<i>Dr Zamros Yuzadi - Chairperson</i> Dr Mohd Raili Hj Suhaili (Ministry of Health, Malaysia)
10.00-10.30	Tea break	
10.30-11.00	KEYNOTE LECTURES Sharing experiences in behavioral change - Program on Betel Quid Cessation	<i>Dr Zamros Yuzadi - Chairperson</i> Dr Yang Yi-Hsin (Oral Health Research Centre, Kaohsiung Medical College, Taiwan)
11.00-11.30	Sharing experiences in behavioral change - Program on Smoking Cessation	Dr Sallehuddin Abu Bakar (Ministry of Health, Malaysia)
11.30-12.15	Panel Discussion - Oral Cancer Prevention	<i>Dr Yang Yi-Hsin - Chairperson</i> Panelists - 3 speakers above
12.15-12.30	Take home messages & closing remarks	Dr Rosnah Zain & Dr Raja Latifah Raja Jalalludin
12.30-2.00	LUNCH	

三、會議內容

本次會議三天議程分別為口腔癌的預防、口腔癌相關研究、行為改變與口腔癌的防治。分述如下：

(一) 口腔癌的預防議題 (Symposia on Oral Cancer Prevention)：

先由英國籍學者 Dr Saman Warnakulasuriya 及 IARC 學者 Dr Sankaranarayanan 就克里特、高雄宣言及口腔癌篩檢 (oral cancer screening) 為題發表演說，做為本議題之開場，緊接著為馬來西亞、泰國、菲律賓、日本、印度、斯里蘭卡、印尼、柬埔寨、越南、大陸、澳洲及我國等國家分別與會中分享各國在檳榔健康危害及口腔癌防制上所作的努力與成果分享。各國分享之成果簡述如下：

- 1、菲律賓：1988-1992 口腔癌為該國男性死亡率第八位，該國總人口近 9 億人合格牙醫師 47000 位實際執業為 20000 人，過去該國並無專一機構 (計畫) 推行口腔癌防治，現配合克里特及高雄宣言該國由口腔顎面外科學院及牙醫師協會合作推行口腔癌防治計畫 (oral cancer awareness program)，訓練現職牙醫師及第一線醫療相關人員進行口腔癌篩檢 (oral cancer screening) 並鼓勵未執業之牙醫師加入此計畫中。
- 2、馬來西亞：1971 年口腔癌盛行率為 0.01；1993 年 0.04，口腔癌個案以印度裔民眾較多，沙巴 (Sabah) 沙撈越 (Sarawak) 等地區較高，但該國口腔癌個案多為 3、4、5 期個案，因此自

1996 年開始推行口腔癌控制計畫 (National Oral Cancer Control Programme) 其計畫目標為 2010 年至少有 50% 個案為第一期口腔癌，針對高危險群 (飲酒者、抽菸者、營養不均衡、少運動者) 由政策、健康教育等方面推行相關防制計畫。

3、柬埔寨：相較於愛滋 (HIV)、肺結核 (TB)、瘧疾來看，口腔癌在該國並不是一個顯著的問題，再由於該國尚未有完整的癌症登記系統，因此在口腔癌的盛行率該國並無一確切數字，但是嚼食檳榔是該國人民常見的習慣，未來口腔癌防治方向會朝向與鄰近國家合作加強不良生活習慣與口腔癌關連性之研究、鼓勵及訓練健康照護人員參與口腔黏膜篩檢工作及衛生教育。

4、斯里蘭卡：國家防癌計畫 (NCCP) 自 1980 年開始實施，1990 年將癌症登記納入國家防癌計畫，在口腔癌防治策略為利用大眾媒體宣導、辦理公共衛生護士及健康從業人員口腔癌篩檢訓練，鼓勵其參與口腔癌篩檢服務、並加強相關研究計畫之進行。

5、越南：口腔癌佔越南癌症盛行率第七位，男女性別比上為 1993 年為 1/1.53; 2000 年為 1.06/1; 2001 年為 1.3/1，年齡分布 60-75 歲約佔 68%; 45 歲以下佔 19.75%，男女口腔癌性別比的改變係因女性檳榔嚼食行為減少。口腔癌位置上在男性分別為舌 (tongue) 43.9%、舌下 (floor of the mouth) 16.6%、上顎 (palate) 15%; 女性為頰部黏膜 (buccal mucosa) 27.9

%、舌 (tongue) 23.1%、唇 (lips) 22.4%。男性 66.37% 有抽菸習慣；54.09% 有飲酒習慣，在女性 71.5% 有嚼食檳榔習慣。口腔癌發現個案大都屬 3、4 期之晚期個案。因此未來將對牙醫師提供口腔癌相關之在職訓練，藉由診斷工具的協助提升早期癌症發生率。

6、澳洲：2003 年澳洲共有 693 人死於口腔癌，在澳洲有一癌症諮詢委員會 (cancer council) 在癌症相關資料 (data) 之收集是由 NCSCH (national cancer statistics clearing house) 此機構所負責，NCSCH 的任務包括計算及出版癌症統計相關資料、癌症個案追蹤與轉診服務、促進癌症登記技術之交流及提升標準化的癌症分類、促進國內及國際間癌症相關研究。

在 2001 年口腔癌患者男性有 21% 有抽菸的習慣；女性為 18%，在菸、酒方面澳洲有二項重要的公共政策分別為公共場所禁止抽菸及嚴禁酒後開車。近年來澳洲有部分的亞洲移民能維持此傳統文化習慣 (如嚼食檳榔、菸草等)，對於口腔癌高危險群則使用大眾媒體宣導，並訓練第一線工作人員口腔癌與不健康習慣 (抽菸、喝酒等) 之相關知識。

7、日本：口腔癌並不是日本常見的疾病，但其在男性的發生率確有偏高的趨勢，1999 年唇、口腔、喉癌 (lip、oral cavity、pharynx) 發生率為男性：8.4/100,000；女性 2.7/100,000，在 1998 年男性口腔癌發生率為 3.0/100,000；女性為

1.3/100,000; 口腔白斑發生率男性為 409/100,000; 女性為 70/100,000, 由個國家癌症中心所統計出來資料顯示在日本口腔癌個案五年存活率約 50%, 許多口腔癌個案被是在第三、四期時發現。根據 2000 年的國家營養調查, 日本男性抽菸率為 47.4% 女性為 11.5%, 雖然男性抽菸率較過去趨緩但與其他已開發國家相比仍是偏高, 而女性吸菸率雖較已開發國家低, 但在 20-30 歲女性吸菸率卻有上升的趨勢。

在 1997 年約有 2 億 4 千人純酒精攝取量超過 150 毫升, 因酒癮在醫院接受治療的患者 1968 年為 14720 人, 1999 年增為 19400 人。

因此在預防作法上應於第一線醫療人員及牙醫師在職教育中機強口腔癌及口腔癌前病變相關知識, 並建立有效的早期癌症轉診系統, 推展口腔黏膜篩檢, 加強衛生教育提升民眾相關知識。

8、大陸：目前中國大陸人民沒有常規接受口腔黏膜篩檢的習慣, 醫療人員對於口腔癌相關知識之認識也不充足, 在 1987 年的一項流行病學調查中發現白斑人數約有 134492 人, 盛行率約為 10.17% (男性 14.78%; 女性 2.11%), 未來將朝向下述方向努力包括運用報紙、新聞、雜誌等媒體來宣導口腔癌相關知識喚醒民眾對口腔癌得認知; 藉由第一線參與提升口腔黏膜篩檢人數; 研擬口腔癌篩檢策略及相關法令期早期診斷早期治療;

有系統的推行公共衛生政策、公共衛生教育、專業人員的在職教育及相關資料的收集及相關研究之推行。

(二) 口腔癌相關研究 (Symposia on Capacity Building in Oral Cancer Research) :

第二天的的議程包括由瑞典柏根大學(Univ of Bergen) 的 Dr Salah Ibrahim 介紹口腔癌及口腔黏膜下纖維化 (OSF) 的分生流行病學、臨床及病理上的變化、與柏林大學(Univ of Berlin)的 Dr Peter Reichart 主講流行病學口腔癌相關的危險嗜好 (菸、酒、檳榔) 等。口腔癌的發生與菸、酒、檳榔等物質關係密切，但在亞洲很多地區嚼食檳榔 (或檳榔菸草一併嚼食) 已融入亞洲城市民眾的生活習慣，因此會議中專家亦提出改變民眾嚼食檳榔 (或檳榔菸草一併嚼食)、飲酒、吸菸等習慣未來才能有效降低口腔癌的發生率及盛行率。

(三) 行為改變與口腔癌預防 (Behavioral Change in Oral Cancer Prevention)

良好的生活習慣可以減少疾病及癌症的產生，而口腔癌常發生在檳榔、菸及酒精使用者身上，因此降低口腔癌最好的途徑就是改變民眾減少使用檳榔、菸及酒精的習慣，因此在第三天的議程中馬來西亞分享該國戒菸 programme，我國則由高雄醫學大學楊奕馨副教授分享我國原住民社區藉由教會介入之檳榔戒除模式及相關教材分享。

最後，大會並整理各國口腔癌防治與檳榔危害防制工作的進度（亞太各國遵循克里特宣言與高雄宣言進度如附件），並做成吉隆坡行動計畫（Kuala Lumpur Action Plan，簡稱KLAP），完成區域性的行動計畫。

四、會議討論重點

由於全球化的趨勢，量產包裝的乾燥檳榔（Pan Masala）隨著本區域人口的外移而散布到澳洲與英國、德國，對口腔癌防治的公共衛生專業人士不啻為一警訊，實應及早防範任何嚼食檳榔或嚼食菸草的風氣蔓延。

對亞太及南亞地區的年輕族群而言，嚼食檳榔已經不再是時髦的象徵，加上公共衛生宣導政策的推波助瀾，本地區的檳榔與菸草嚼食率，開始有緩步下降的趨勢。不幸的是，口腔癌的其他風險因子：吸菸與飲酒的盛行已然開始，菸商的促銷造成吸菸率上升，尤其是年輕族群吸菸率迅速竄升，年輕女性吸菸人口更甚以往任何時期，達成歷史新高。全球化促成各式酒精飲品的風行，亞洲各國的單位人口的酒精消耗量早已超越釀酒的生產地。

細分口腔癌病理部位，已不同於以往頰側、齒齦部位為主，變成以舌癌、咽喉癌為主之癌症分布。國內因為所嚼食之檳榔不含菸草，以流行病學方法反複證實，口腔癌的發

生在吸菸、飲酒與嚼檳榔各有不同程度的貢獻。就如檳榔開始盛行之後、臨床醫師漸漸感覺口腔癌病患增加，但當時口腔癌尚未進入十大癌症之列，得不到社會應有的重視。現在各項證據顯示口腔癌的發生，不單單是吸菸、嚼食檳榔所造成，飲酒量上升僅對酒後駕車所引發的事故傷害引起社會的注意，飲酒與口腔癌的關係可能漸形重要。

肆、心得

能上台報告實在多虧本局平日癌症防治業務面向的多元與豐富，資料準備起來只會過多、不會不足，雖然忍痛刪除許多資料，到了現場與各國資料相較算是充份，畢竟代表國家出席，短短十幾分鐘報告展現的是平常工作的實力，絲毫不敢大意，平日英文還可以的情形之下仍然逐字擬稿、反覆背誦，以爭取最佳表現。

國內相關專業人才濟濟，較少有整合或院際的互助，由於口腔癌為上升速度最迅速之癌症，議題的重要性使本局有機會積極參與工作發展，與專家學者共同解決癌症防治問題，並藉機會在國際專業領域中發聲。故宜於本項領域投注更多注意力，造福國民健康，並維持領先各國的優勢。

本次會議接續去年（2005）高雄醫學大學的會議之後，在短短的半年時間促成本次會議，邀集世界衛生組織與國際癌症研究

總署口腔癌相關專家出席、整合亞太與南亞地區各國資源，共商預防口腔癌與檳榔危害大計，動作迅速確實值得學習。

會後，馬國更利用遠到專家的專才，辦理口腔癌分子生物基因實驗室研究討論會，提昇馬來亞大學牙醫學院的學術能力，一舉數得。以馬來亞大學侷限的經費而能成事，全拜主事者積極任事的意志力所致。

伍、建議事項

- (一) 國人口腔癌之風險因子中較針對菸品與檳榔危害努力，未來可增加飲酒對口腔癌危害的宣導。
- (二) 對於多數檳榔嚼食者，由接觸檳榔至真正成癮之間的關鍵時刻，建議研究其間嚼食行為不可逆的因素，作為未來預防嚼食者成癮之重要施政。
- (三) 由於檳榔健康危害相關研究水準頗高，建議國內相關研究者儘量參與國際活動，提高台灣在國際能見度。

附件 1：克里特宣言

1. 以流行病學資料有系統的檢視口腔癌風險，特別是發展中國家。
2. 以生物科學、行為科學及社會心理科學方法，強調口腔與全身健康之間互動關係之研究。
3. 將口腔癌整合至全國疾病登記系統，以分析危險因子。
4. 透過各種可能的管道宣導口腔癌之預防與照護。
5. 主動參與衛生專業人士之危險因子控制預防工作，如菸、酒與食物（檳榔）危害防制。
6. 訓練基層保健人員口腔篩檢與口腔照護工作。
7. 設立口腔癌預防、篩檢及治療通路，並提昇治療水準以改善患者生活品質。

附件 2：亞太各國遵循克里特宣言進度（#請參考附件 1 內容）

國家\項目別#	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
柬埔寨	0	*	*	*	*	*	0
中國	**	*	*	*	**	*	*
台灣	***	**	***	***	**	***	***
越南	*	*	**	*	*	0	0
斯里蘭卡	*	*	*	*	*	*	*
印度	***	*	0	*	*	0	*
印尼	*	0	*	0	0	0	0
菲律賓	*	*	*	*	*	*	*
澳大利亞	***	**	***	**	**	**	***
馬來西亞	**	**	**	**	**	**	**

0 = 完全沒做

* = 開始階段，如企劃初始之際

** = 執行階段，開始有系統接觸

*** = 有國家層級計畫，發展成熟的執行與評價系統

附件 3：高雄宣言

1. 在本區域有系統地收集、通報與研究與檳榔、菸品潛在相關之惡性腫瘤。
2. 宣導口腔癌風險因子，以社區教育改善健康生活形態。
3. 訓練牙醫師、醫師及其他基層保健人員執行篩檢，轉介至適當醫療機構。
4. 鎖定高危險群體，發展口腔癌篩檢模式。
5. 發展國際研究合作，建立互聯網絡以進一步研究口腔癌病理學、基因體學、蛋白質學特質，以發展口腔癌病灶分子生物學標記。
6. 依據區域特性發展適當的治療或預防方法來介入檳榔的嚼食。
7. 使用現有及潛在的區域資源促進衛生教育的提升預防口腔癌的發生。
8. 建立區域間技術及訊息之交流以提升研究能力。

附件 4：亞太各國遵循高雄宣言進度（#請參考附件 3 內容）

國家\項目別#	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
柬埔寨	1	*		0	0	0	*	0
中國	**	*	**	0	**	**	*	**
台灣	***	***	***	***	***	***	***	***
越南	*	0	**	0	*	0	0	*
斯里蘭卡	0	*	*	*	*	0	*	*
印度	***	*	*	***	*	*	0	*
印尼	0	0	0	0	*	0	0	0
菲律賓	*	*	*	*	*	0	*	*
澳大利亞	***	**	***	**	**	**	**	***
馬來西亞	**	**	**	**	**	**	*	**

0 = 完全沒做

* = 開始階段，如企劃初始之際

** = 執行階段，開始有系統接觸

*** = 有國家層級計畫，發展成熟的執行與評價系統