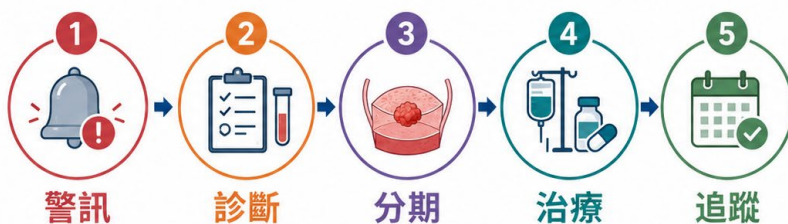
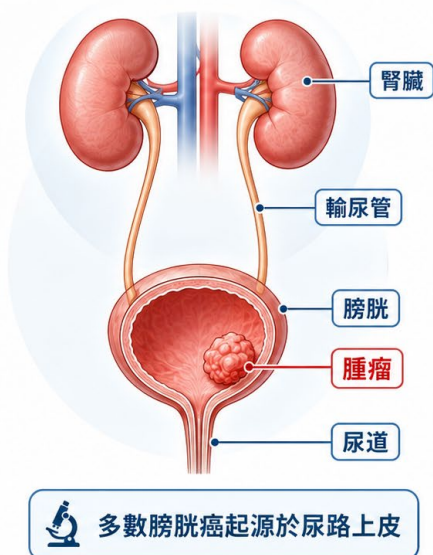


膀胱癌治療地圖

症狀、診斷、期別、手術、治療與自我照顧

膀胱癌治療地圖

症狀・診斷・期別・治療・自我照顧



核心原則



先區分 NMIBC、MIBC 或轉移性膀胱癌



再依風險、體能、腎功能與生物標記共同決策

2026 年新增核准與重要證據以「2026 更新」標示；實際治療仍需依台灣 TFDA 核准、健保給付、醫院藥品可近性與個人狀況決定。

目錄

[1. 膀胱癌介紹](#)

[2. 症狀與就醫警訊](#)

[3. 如何診斷與分期](#)

[4. 癌細胞類型與病理](#)

[5. 基因與生物標記檢測](#)

[6. 治療策略總覽](#)

[7. 如何找到專業醫療團隊](#)

[8. 治療方案與常用療程](#)

[9. 治療副作用與處理](#)

[10. 療效與預後指標](#)

[11. 病人自我照顧](#)

[12. 結論與共同決策](#)

[附錄 A | 看診提問清單](#)

[附錄 B | 名詞解釋](#)

[參考文獻](#)

閱讀提醒 本手冊是病人教育資料，不取代醫師診斷或個人處方。若出現肉眼血尿、尿不出、發燒寒顫、呼吸困難或嚴重皮疹，應立即聯絡醫療團隊或就醫。

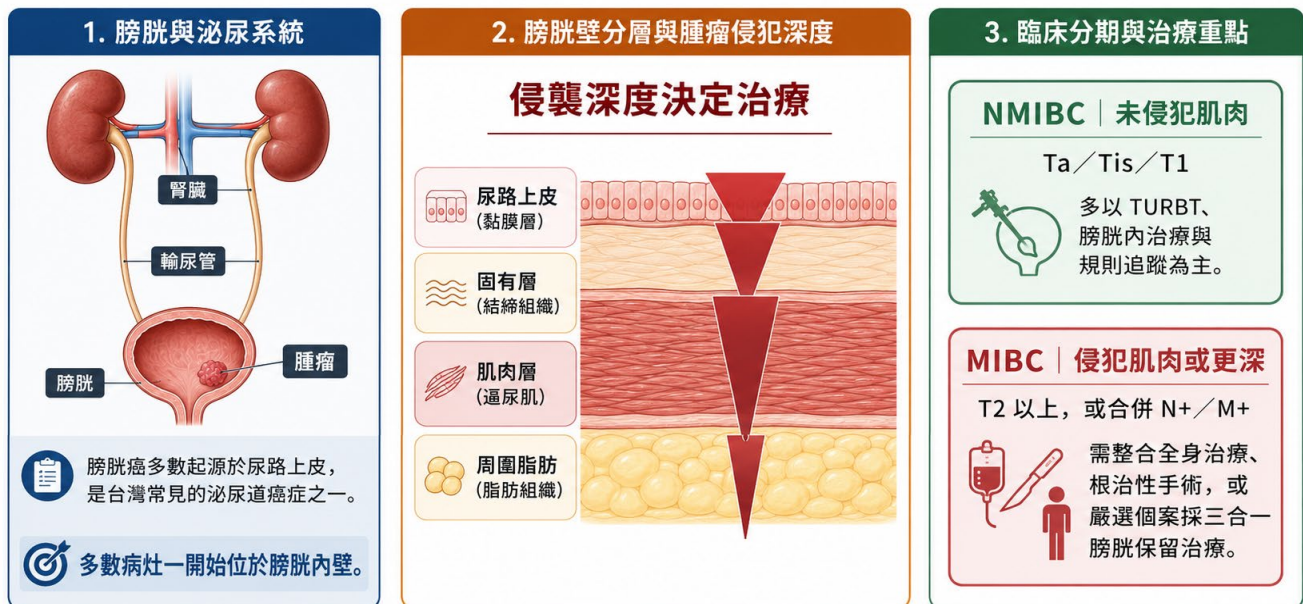
證據範圍 主要依 NCCN Bladder Cancer Version 1.2026、NCCN 2026 更新重點、NCI、FDA 2025–2026 核准資訊與關鍵第三期試驗整理。對於 2026 年 5–7 月才核准的療法，文件明確標示為「2026 更新」。

1. 膀胱癌介紹

[↶ 回目錄](#)

圖1 | 膀胱癌是什麼？

最重要：腫瘤是否**侵犯肌肉層**



膀胱是位於骨盆內、負責儲存尿液的肌肉性器官。膀胱癌多數起源於最內層的尿路上皮；治療最重要的第一個分岔，是先確定腫瘤是否已侵犯膀胱肌肉層。

- 非肌肉侵犯型膀胱癌 (NMIBC)：包含 Ta、Tis (原位癌，CIS) 與 T1。通常先以經尿道膀胱腫瘤切除術 (TURBT) 處理，再依復發與進展風險決定膀胱內灌注治療。
- 肌肉侵犯型膀胱癌 (MIBC)：通常指 T2 以上。治療需整合術前或圍手術期全身治療、根治性膀胱切除，或在嚴格條件下採三合一保膀胱治療。
- 局部晚期或轉移性疾病：以全身治療為主，近年第一線已加入 enfortumab vedotin + pembrolizumab、nivolumab + gemcitabine/cisplatin 等方案。

1.1 主要危險因子

- 吸菸是最重要、最可改變的危險因子。
- 職業性芳香胺暴露，例如染料、橡膠、皮革與部分化學製造相關工作。
- 長期膀胱刺激、慢性感染、結石、長期導尿；部分地區的血吸蟲感染與鱗狀細胞癌相關。
- 曾接受 cyclophosphamide 或骨盆放射治療。
- 年齡增加、男性，以及個人曾有尿路上皮癌病史。

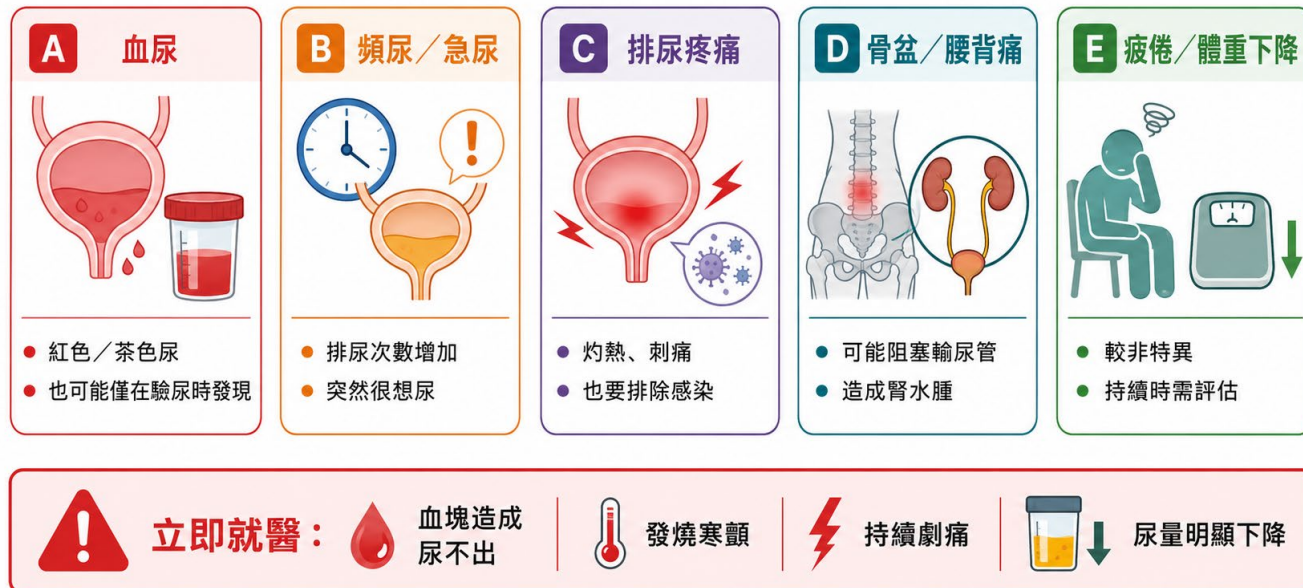
核心觀念 「血尿不痛」不代表安全；「膀胱癌早期沒有痛」也很常見。任何不明原因肉眼血尿都應完成泌尿科評估。

2. 症狀與就醫警訊

[↩ 回目錄](#)

圖 2 | 常見症狀與就醫警訊

無痛性血尿最典型，但可能間歇出現



最典型症狀是間歇性、常常不痛的血尿。尿液可能明顯變紅，也可能外觀看起來正常、只在驗尿時發現顯微血尿。

- 血尿：可反覆出現又自行消失；即使只發生一次，也值得評估。
- 頻尿、急尿、夜尿或排尿疼痛：也可能來自感染、攝護腺或膀胱過動症，因此需要鑑別。

- 骨盆、下腹或腰背痛：若腫瘤阻塞輸尿管，可能造成腎水腫與腎功能下降。
- 較晚期症狀：食慾下降、體重減輕、疲倦、骨痛或下肢水腫。

2.1 何時需要急診或立即聯絡醫療團隊？

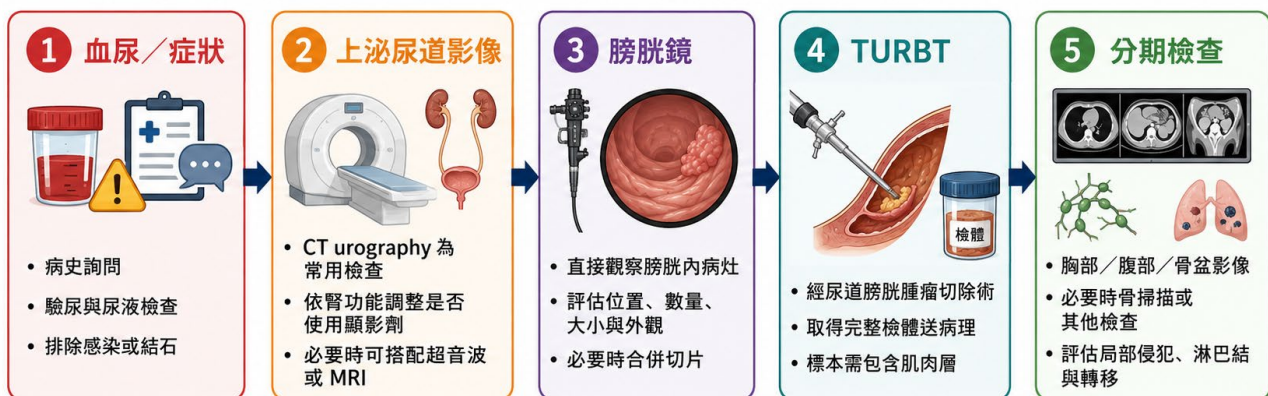
- 大量血尿或血塊造成尿不出、下腹脹痛。
- 發燒 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 、寒顫，尤其在 BCG 灌注、化療或免疫治療期間。
- 單側劇烈腰痛、尿量明顯減少、持續嘔吐或意識改變。
- 治療期間出現呼吸困難、胸痛、嚴重腹瀉、黃疸、廣泛水泡或皮膚剝落。

3. 如何診斷與分期

[↩ 回目錄](#)

圖 3 | 診斷與分期流程

確診關鍵：膀胱鏡+TURBT 病理



病理報告必看

T 分期	低／高級別	肌肉層是否在標本中	CIS	變異型	LVI
------	-------	-----------	-----	-----	-----

高級別 T1、切除不完整或缺肌肉層：常需第二次 TURBT

3.1 初步檢查

- 病史與理學檢查：吸菸、職業暴露、藥物、感染、結石與既往癌症治療。
- 驗尿、尿液培養：確認血尿並排除感染；感染治療後仍有血尿者仍需完成評估。
- 尿液細胞學：對高級別腫瘤與膀胱原位癌(CIS) 較有幫助，但陰性不能排除膀胱癌。
- 上泌尿道影像：常使用 CT urography(電腦斷層尿路造影)；腎功能、對比劑過敏或其他限制時，由醫師改用 MRI、超音波或逆行性腎盂攝影。

3.2 確診：膀胱鏡與 TURBT(經尿道膀胱腫瘤切除術 / 經尿道膀胱腫瘤電切術)

膀胱鏡可以直接觀察膀胱內病灶；TURBT 則同時具有診斷與初步治療功能。病理標本應盡量包含膀胱肌肉層，以判斷是否為 MIBC (肌肉侵犯性膀胱癌或稱肌肉層浸潤性膀胱癌)。

- 病理需報告：細胞型態、腫瘤低 / 高級別、T 分期、CIS、淋巴血管侵犯 (LVI) 及重要變異型。
- 高級別 T1、第一次切除不完整、標本缺少肌肉層或病理與膀胱鏡結果不一致時，常需在約 2–6 週內再次進行 TURBT。
- 若考慮根治治療，通常需胸部及腹 / 骨盆影像；有骨痛或鹼性磷酸酶升高時再評估骨骼。

3.3 一般民眾版 TNM 期別

分期	白話解釋	常見臨床分類
Ta	乳突狀腫瘤，只在表面	NMIBC(非肌肉侵犯性膀胱癌)
Tis	扁平高級別原位癌 (CIS)	高風險 NMIBC (肌肉侵犯性膀胱癌)
T1	進入上皮下結締組織，但未進入肌肉	NMIBC (肌肉侵犯性膀胱癌)
T2	侵犯膀胱肌肉層	MIBC (肌肉侵犯性膀胱癌)
T3	穿過肌肉進入膀胱周圍脂肪	局部進展 MIBC(肌肉侵犯性膀胱癌)
T4	侵犯鄰近器官或骨盆 / 腹壁	局部晚期
N+	骨盆或共同髂淋巴結轉移	區域淋巴結陽性
M1	遠端淋巴結或器官轉移	轉移性疾病

4. 癌細胞類型與病理

[↩ 回目錄](#)

圖 4 | 癌細胞類型與病理分級

細胞型與分級會影響治療策略

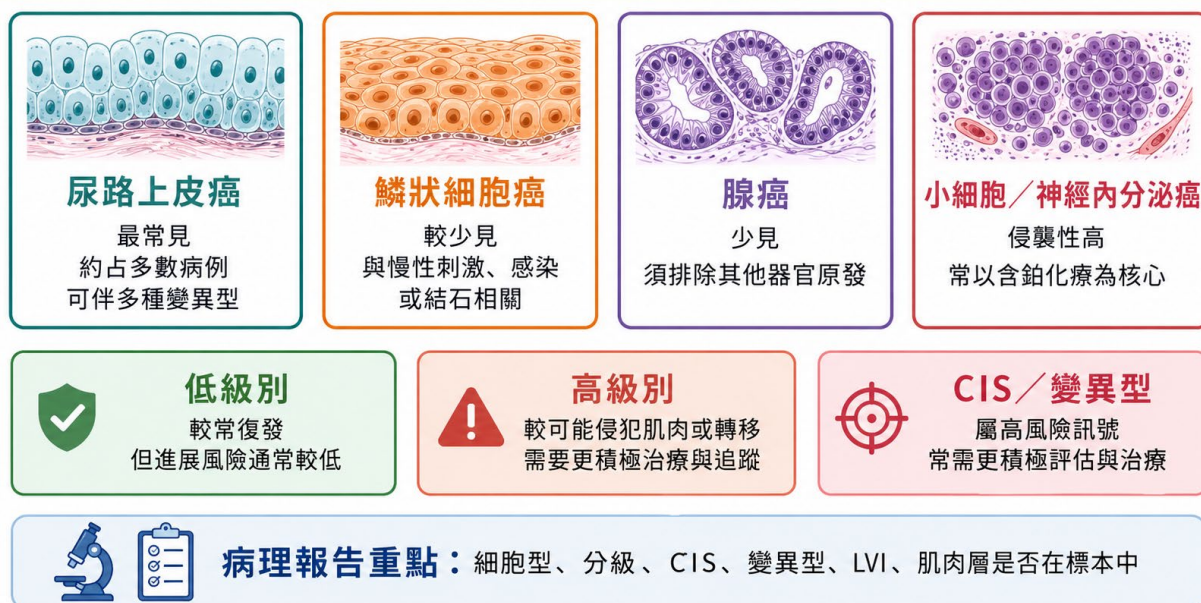


圖 4 | 膀胱癌細胞類型與分級

類型	重點	治療影響
尿路上皮癌	最常見，可發生於膀胱、輸尿管、腎盂與尿道	依 NMIBC / MIBC / 轉移路徑治療；晚期需生物標記
尿路上皮癌變異型	如 micropapillary、plasmacytoid、nested、sarcomatoid 等	部分變異型侵襲性較高，需泌尿病理專家複核並考慮早期積極治療
鱗狀細胞癌	與慢性刺激或血吸蟲相關	若局限，手術常是核心；對一般尿路上皮癌藥物的證據較少
腺癌	少見；需排除結直腸或其他器官轉移	治療依原發部位與病理特徵個別化
小細胞／神經內分泌癌	生長快、早期轉移風險高	通常以 platinum + etoposide 全身治療為核心，再整合局部治療

4.1 低級別、高級別與 CIS(膀胱原位癌：扁平型高級別病灶)

- 低級別：較容易在膀胱內復發，但平均而言進展成侵犯性癌的風險較低。
- 高級別：細胞異型性高，較可能進入肌肉、淋巴結或遠端器官。
- 膀胱原位癌：扁平型高級別病灶(CIS)：扁平、不一定形成明顯腫塊，通常屬高級別；尿細胞學可能陽性而一般白光膀胱鏡不明顯。

5. 基因與生物標記檢測

[↩ 回目錄](#)

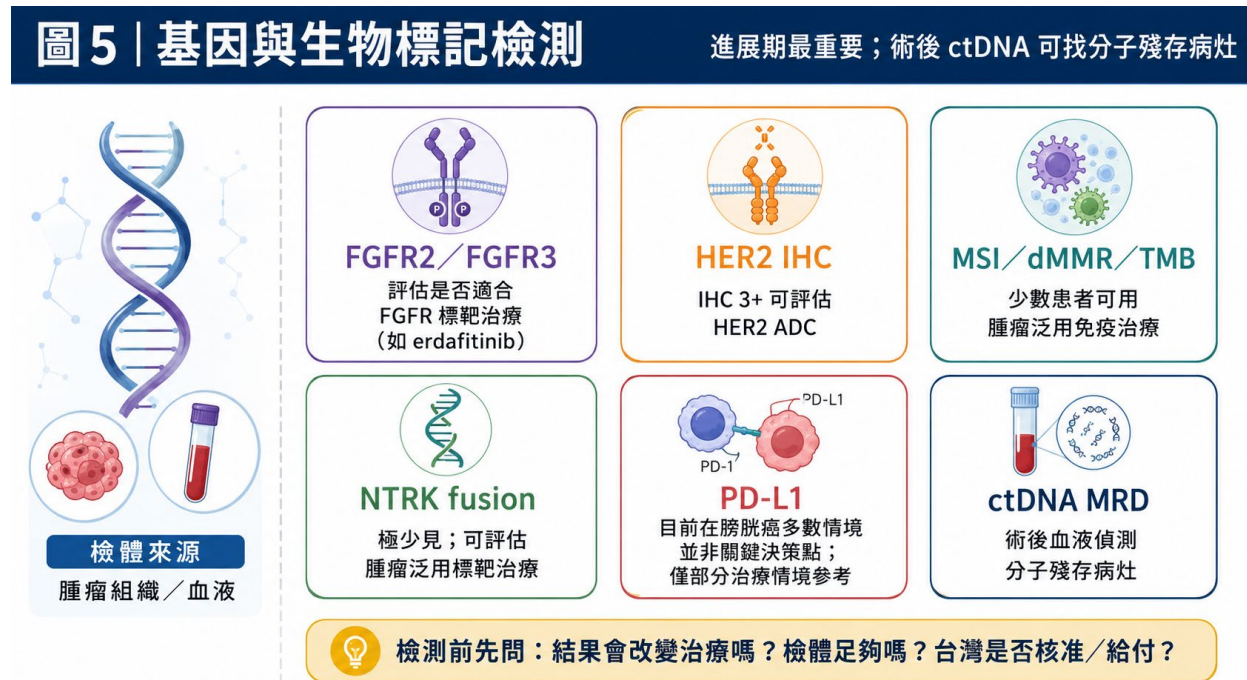


圖 5 | 膀胱癌基因與生物標記檢測

並非每位早期膀胱癌患者都需要廣泛次世代定序；但對局部晚期或轉移性尿路上皮癌，腫瘤分子檢測可直接影響後線治療選擇。

檢測	何時考慮	可能影響
FGFR2 / FGFR3 alteration	局部晚期 / 轉移性尿路上皮癌，尤其準備後線治療時	符合條件者可評估 FGFR 抑制劑 erdafitinib
HER2 IHC	晚期且標準治療後，或考慮臨床試驗時	HER2 IHC 3+ 可能符合腫瘤泛用 trastuzumab deruxtecan 適應症；需依當地核准
MSI-H / dMMR、TMB-H	少數疑似遺傳性或需要腫瘤泛用治療選項者	可能符合 pembrolizumab 等腫瘤泛用適應症
NTRK fusion	極少見，通常由廣泛 NGS 發現	可能使用 larotrectinib 或 entrectinib 等腫瘤泛用標靶
PD-L1	部分免疫治療情境或臨床試驗	不是 EV + pembrolizumab 的必要條件，也不能單獨預測所有免疫治療效果

檢測	何時考慮	可能影響
術後 ctDNA MRD	根除性膀胱切除後，以序列血液檢測尋找分子殘存病灶	2026 FDA 核准 ctDNA MRD 陽性者使用 atezolizumab 輔助治療；需確認 NCCN 最新版與當地可近性

5.1 何時考慮遺傳諮詢？

- 發病年齡明顯較輕、同時或先後發生多個 Lynch syndrome 相關癌症。
- 家族中有多位大腸癌、子宮內膜癌、上泌尿道尿路上皮癌或其他相關癌症。
- 腫瘤檢測顯示 dMMR / MSI-H，或病理與家族史提示遺傳性癌症。

6. 治療策略總覽

[↩ 回目錄](#)

圖 6 | 依期別與風險選擇治療策略

治療目標從防止復發、根治到長期控制

 低風險 NMIBC	 TURBT ± 單次膀胱灌注	 保留膀胱、降低復發
 中風險 NMIBC	 膀胱內治療或 BCG + 追蹤	 依復發風險加強
 高風險 NMIBC / CIS	 BCG 誘導 + 維持； 部分患者早期膀胱切除	 避免進展
 MIBC	 圓手術期全身治療 + 根治性膀胱切除 或嚴重患者採三合一保膀胱	 提高治癒機會
 局部晚期 / 轉移	 ADC + 免疫、化療 + 免疫、 標靶、臨床試驗	 延長生存與 維持生活品質
 共同決策：腫瘤風險 × 體能與共病 × 腎功能／聽力 × 膀胱保存與生活品質		

治療不只取決於「第幾期」，還要整合病理、腫瘤數量與大小、是否反覆復發、腎功能、聽力、周邊神經病變、心臟功能、體能、手術風險與病人對膀胱保存的重視。

臨床情境	主要目標	典型策略
------	------	------

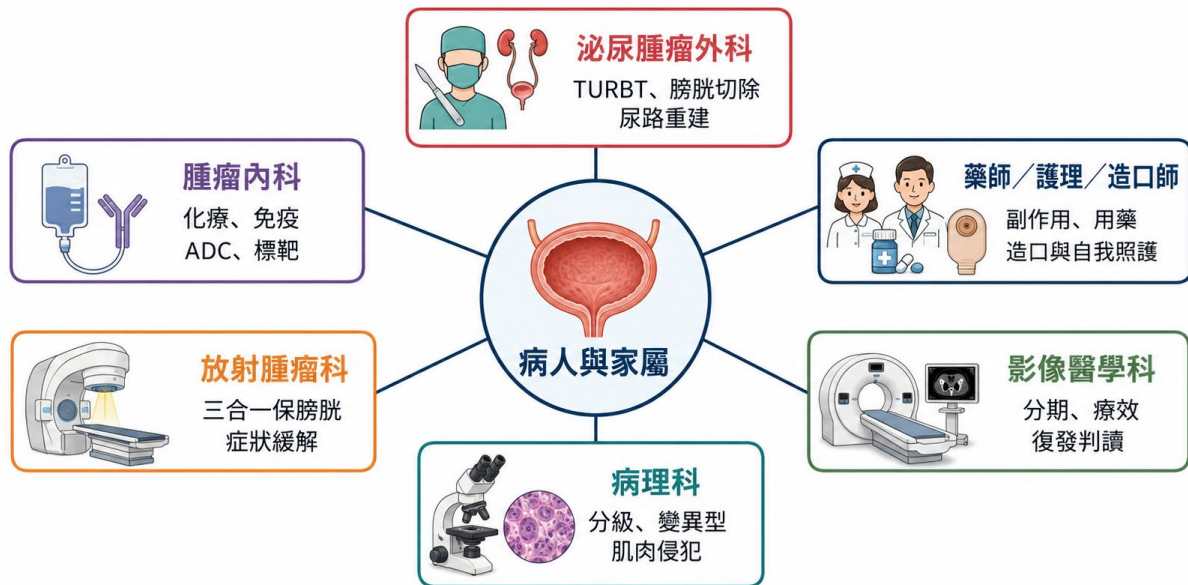
臨床情境	主要目標	典型策略
低風險 NMIBC	清除腫瘤、降低膀胱內復發	完整 TURBT；適合時單次術後灌注；規律膀胱鏡
中風險 NMIBC	降低反覆復發並避免進展	TURBT 後膀胱內化療或 BCG；療程與維持強度依風險
高風險 NMIBC / CIS	避免進展成 MIBC	第二次 TURBT（適用時）+ BCG 誘導與維持；極高風險或 BCG 無反應者討論早期膀胱切除
局限 MIBC	根治並處理微小轉移	圍手術期全身治療 + 根除性膀胱切除；或選擇性三合一保膀胱
轉移性尿路上皮癌	縮小腫瘤、延長生存、控制症狀與維持生活品質	EV + pembrolizumab 為重要優先方案；另有免疫 + 化療、維持免疫、FGFR 標靶與臨床試驗

7. 如何找到專業醫療團隊

[↔ 回目錄](#)

圖 7 | 如何找到專業醫療團隊

膀胱癌需要跨專科共同評估



7.1 建議優先選擇的條件

- 具有泌尿腫瘤專長、可進行高品質 TURBT、根除性膀胱切除與多種尿路重建的團隊。
- 可召開多專科討論，讓泌尿外科、腫瘤內科與放射腫瘤科共同評估手術與保膀胱選項。
- 有泌尿病理專家複核高級別 T1、CIS、變異型與小細胞癌。
- 有造口護理師、腫瘤藥師、營養、復健、心理與社工支持。
- 能提供或轉介臨床試驗，並清楚說明台灣核准、健保給付與自費差異。

7.2 需要第二意見的常見時機

- 高級別 T1、非常高風險 NMIBC 或 BCG 無反應，正在「再保膀胱」與「早期膀胱切除」之間抉擇。
- MIBC 正在選擇根除性膀胱切除或三合一保膀胱。
- 病理顯示 micropapillary、plasmacytoid、小細胞 / 神經內分泌或其他少見型。
- 腎功能不佳、聽力受損或周邊神經病變，無法直接套用標準 cisplatin 方案。
- 需要複雜尿路重建、再次手術或臨床試驗。

8. 治療方案與常用療程

[↩ 回目錄](#)

8.1 手術與膀胱內治療

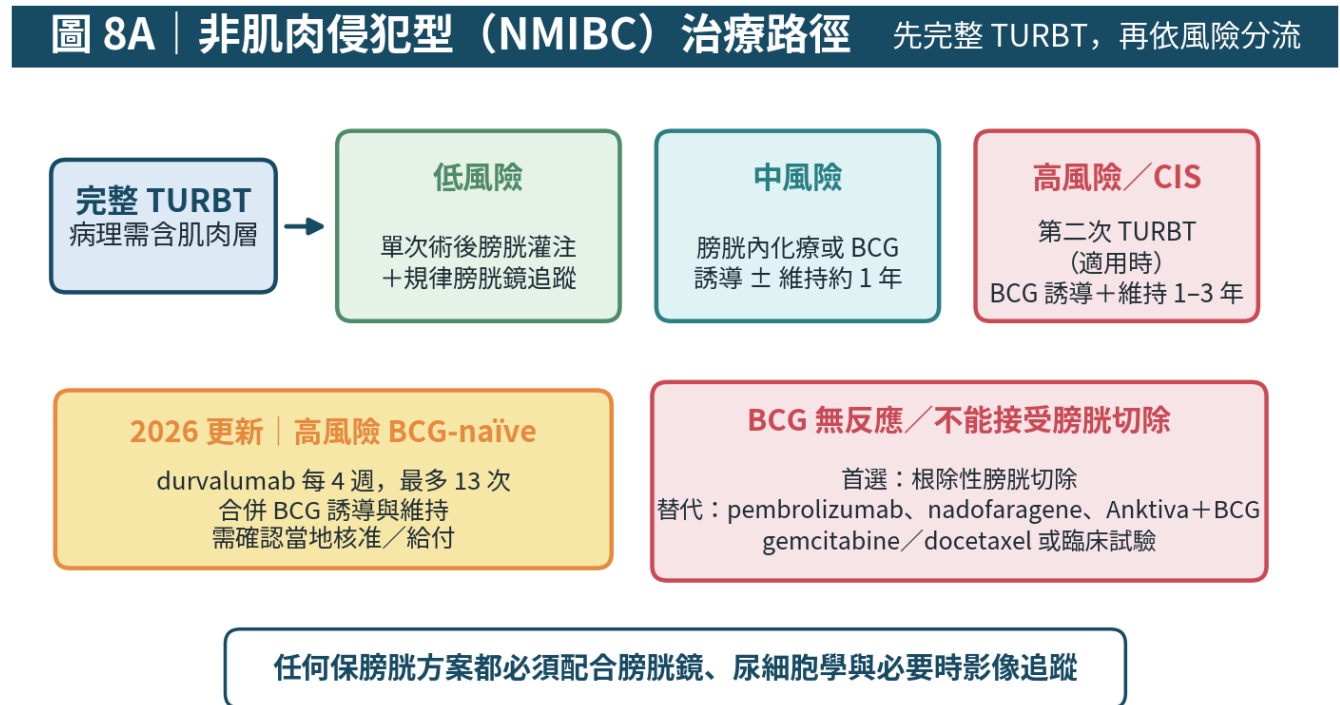


圖 8A | MIBC 根治治療路徑

TURBT 與第二次 TURBT

- TURBT：由尿道進入膀胱切除可見腫瘤，取得深部標本並止血。若懷疑穿孔，通常不做立即灌注。
- 第二次 TURBT：高級別 T1、第一次切除不完整、病理標本缺少肌肉層或有高風險特徵時，常在約 2-6 週內進行。

膀胱內化療與 BCG

情境	常見療程概念	注意事項
低風險 NMIBC	TURBT 後 24 小時內單次 gemcitabine 或 mitomycin (適用且無穿孔疑慮時)	目標是降低腫瘤細胞再種植與早期復發

情境	常見療程概念	注意事項
中風險 NMIBC	每週膀胱內化療或 BCG 誘導約 6 週；依反應與風險維持約 1 年	療程會依復發次數、腫瘤大小與數量個別化
高風險 NMIBC / CIS	BCG 每週一次約 6 週誘導；有反應者按週期維持 1–3 年	持續高燒、全身症狀需排除播散性 BCG 感染
2026 更新：BCG-naïve 高風險 NMIBC	durvalumab 1,500 mg 每 4 週，最多 13 次，合併 BCG 誘導與維持（FDA）	POTOMAC 顯示 DFS 風險下降；台灣核准與給付需另確認
BCG 無反應 CIS ± 乳突腫瘤	根治性膀胱切除為首選；不能或不願手術者可考慮 pembrolizumab、nadofaragene、Anktiva + BCG、膀胱內 gemcitabine/docetaxel 或試驗	替代保膀胱治療需要更密集追蹤，且不能保證避免進展

根治性膀胱切除與尿路重建

- 男性通常切除膀胱、攝護腺、精囊及骨盆淋巴結；女性切除範圍依腫瘤位置、器官侵犯與保留性功能需求個別化。
- 尿路重建選項：迴腸導管（造口袋）、原位新膀胱、可控式儲尿囊。選擇需考量腎功能、尿道安全性、手部功能、認知與自我照護能力。
- 部分高風險 NMIBC，如 BCG 無反應、極高風險 T1、某些侵襲性變異型，也可能在尚未進入肌肉層前討論早期膀胱切除。

8.2 MIBC：根治性手術與保膀胱

圖 8B | 肌肉侵犯型（MIBC）根治治療

手術路徑或嚴選患者三合一保膀胱

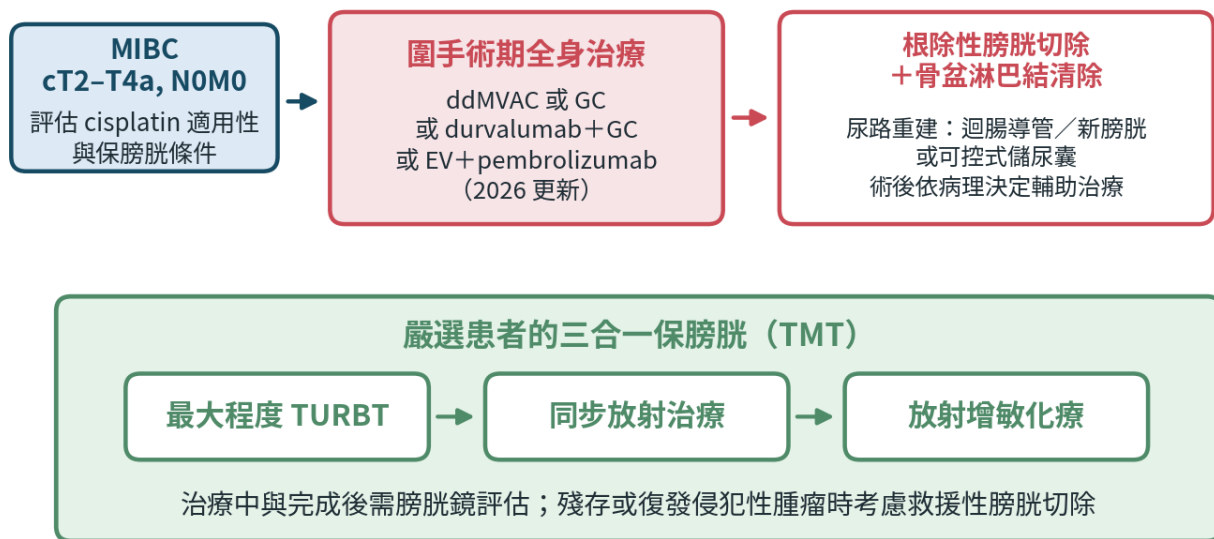


圖 8B | MIBC 根治治療路徑

cisplatin 適用的常用術前 / 圍手術期方案

方案	常見架構	重點
ddMVAC	通常每 2 週一療程，搭配白血球生長因子，總計約 3-6 療程，再手術	強度高；需良好腎功能、骨髓與心臟耐受度
Gemcitabine + cisplatin (GC)	通常每 3 週一療程，約 4 療程，再手術	常用且較易執行；仍需監測腎、聽力與神經毒性
Durvalumab + GC (NIAGARA)	術前 durvalumab 合併 GC 4 療程 → 根除性膀胱切除 → 術後 durvalumab	2025 FDA 核准；NCCN 2026 列為重要圍手術期選項
Enfortumab vedotin + pembrolizumab	術前 3 療程 → 膀胱切除 → 術後 EV + pembrolizumab，之後完成 pembrolizumab	2025 先核准 cisplatin 不適用者；2026 年 7 月 FDA 擴大至 MIBC 圍手術期使用，需依最新標籤與 NCCN 版本

何謂 cisplatin 不適用？

臨床常綜合腎功能、ECOG 體能、聽力、周邊神經病變與心衰竭等判斷。單一數值不足以自行決定；部分患者可在專業團隊評估後使用分次 cisplatin，部分則應改選非 cisplatin 策略。

三合一保膀胱治療

- 組成：最大程度 TURBT + 同步放射治療 + 放射增敏化療。
- 常用放射增敏藥：cisplatin、低劑量 gemcitabine、5-FU + mitomycin；依腎功能與中心經驗選擇。
- 較適合：單一腫瘤、可完整 TURBT、無廣泛 CIS、無明顯腎水腫、膀胱功能良好且願意長期密集追蹤者。
- 治療中與治療後需膀胱鏡；若殘存或復發肌肉侵犯癌，應及時評估救援性膀胱切除。

術後輔助治療

- 若未接受術前 cisplatin 化療，且術後為 pT3 / pT4a 或淋巴結陽性，可評估 cisplatin-based 輔助化療。
- 高復發風險者可評估 nivolumab 或 pembrolizumab 約 1 年；選擇與給付依病理、既往治療及當地規範。
- 2026 更新：根除性膀胱切除後、序列血液檢測為 ctDNA MRD 陽性者，FDA 核准 atezolizumab 最多 1 年。

8.3 局部晚期 / 轉移性尿路上皮癌

圖 8C | 局部晚期／轉移性尿路上皮癌

第一線已進入 ADC + 免疫治療時代

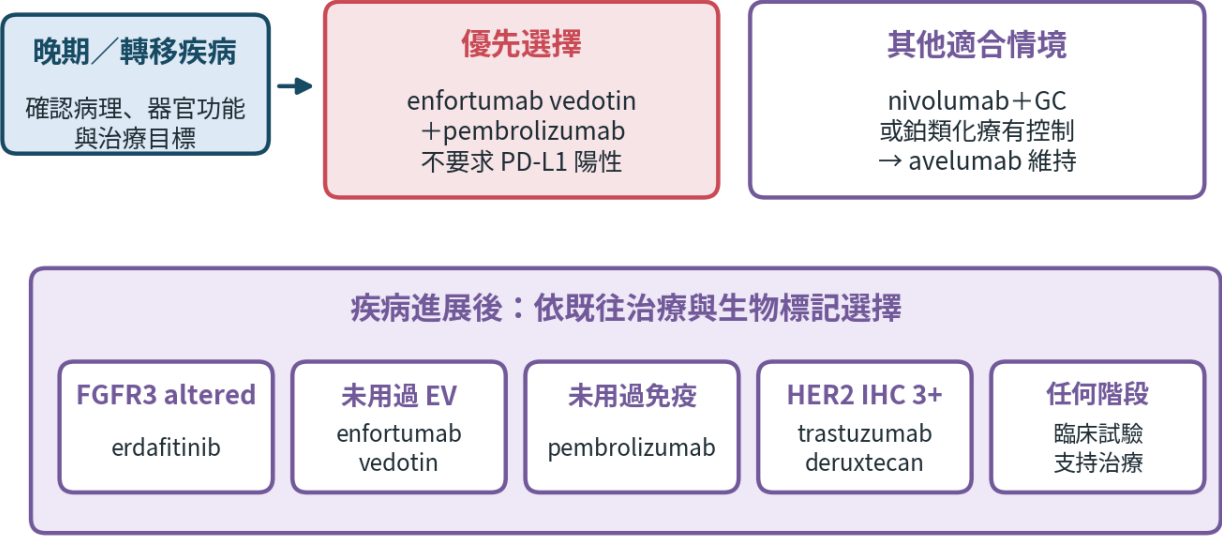


圖 8C | 轉移性尿路上皮癌治療路徑

治療線別 / 情境	優先或重要選項	說明
第一線，多數患者	Enfortumab vedotin + pembrolizumab	EV-302 顯著改善 PFS、OS 與 ORR；不要求 PD-L1 陽性
第一線、cisplatin 適用	Nivolumab + gemcitabine/cisplatin，之後 nivolumab	CheckMate 901 改善 OS、PFS、ORR 與完全緩解持續時間
第一線鉑類化療策略	Gemcitabine + cisplatin 或 carboplatin；未惡化者轉 avelumab 維持	適合無法或暫不使用 EV + pembrolizumab 的患者；維持治療需在疾病未進展時開始
FGFR3 altered，疾病進展	Erdafitinib	需分子檢測；監測血磷與眼底 / 視網膜
尚未使用 EV 或免疫治療	依既往療程補上 EV 或 pembrolizumab 等	治療順序依毒性、腫瘤速度與可近性個別化
HER2 IHC 3+，標準治療後	Trastuzumab deruxtecan（腫瘤泛用適應症）	需確認當地核准；注意間質性肺病

治療線別 / 情境	優先或重要選項	說明
所有線別	臨床試驗、局部放療、骨轉移治療、疼痛與營養支持	支持治療應與抗癌治療同時進行，而非最後才開始

8.4 重要藥物的作用方式

類別	代表藥物	白話機轉
免疫檢查點抑制劑	pembrolizumab、nivolumab、durvalumab、avelumab、atezolizumab	解除 PD-1 / PD-L1 煞車，讓 T 細胞重新辨識與攻擊癌細胞
抗體藥物複合體 (ADC)	enfortumab vedotin、trastuzumab deruxtecan	抗體找到癌細胞表面標的後，把細胞毒性藥物帶入或釋放到腫瘤附近
FGFR 標靶	erdafitinib	阻斷帶有 FGFR2 / 3 活化改變的腫瘤生長訊號
BCG 膀胱灌注	Bacillus Calmette-Guérin	在膀胱局部引發免疫反應，清除高風險表淺腫瘤與 CIS
膀胱內基因治療	nadofaragene firadenovec	利用非複製型腺病毒，將 interferon alfa-2b 基因送入尿路上皮細胞

9. 治療副作用與處理

[↩ 回目錄](#)

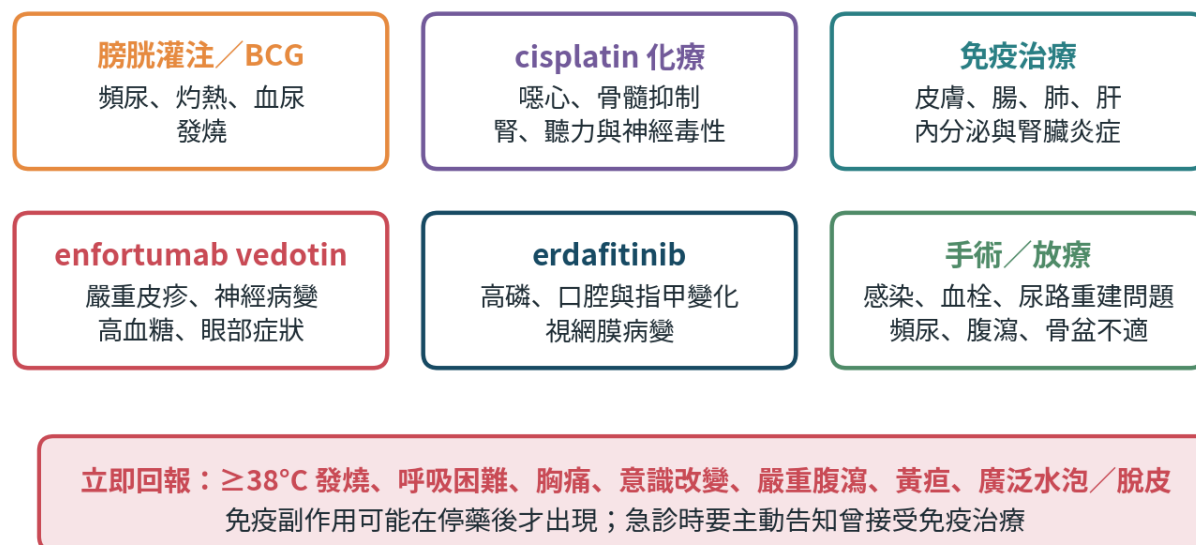


圖 9 | 膀胱癌治療副作用與紅旗警訊

治療	常見副作用	自我監測與處理重點
TURBT / 膀胱切除	血尿、疼痛、感染、血栓、腸蠕動慢、尿路重建相關問題	依指示活動、呼吸訓練、導管 / 造口照護；尿量下降、發燒或傷口惡化立即回報
BCG / 膀胱灌注	頻尿、急尿、灼熱、輕微血尿、低燒	短暫局部症狀常見；高燒、寒顫、呼吸或肝功能異常需排除全身性 BCG 感染
Gemcitabine / cisplatin / ddMVAC	噁心、疲倦、骨髓抑制、感染、腎毒性、聽力下降、周邊神經病變	治療前驗血與腎功能；補液、止吐；發燒或耳鳴 / 麻木惡化應回報
免疫治療	皮疹、甲狀腺異常；較少但嚴重的肺炎、腸炎、肝炎、腎炎、腦 / 心肌炎、腎上腺危象	任何新症狀都可能是免疫副作用；不要自行用止瀉藥或類固醇掩蓋，先聯絡團隊
Enfortumab vedotin	皮疹、嚴重皮膚反應、周邊神經病變、高血糖、乾眼、疲倦	每天看皮膚與血糖；水泡、脫皮、發燒、視力變化或走路不穩立即處理
Erdafitinib	高血磷、口腔炎、指甲 / 皮膚變化、乾眼與中心性漿液性視網膜病變	定期血磷與眼科檢查；視力模糊或變形需停下來聯絡醫療團隊

治療	常見副作用	自我監測與處理重點
骨盆放射治療	頻尿、排尿疼痛、疲倦、腹瀉、直腸不適；晚期可能膀胱容量下降或血尿	補水與飲食調整；嚴重腹瀉、出血、尿路阻塞需評估

9.1 免疫治療病人必備的「急診一句話」

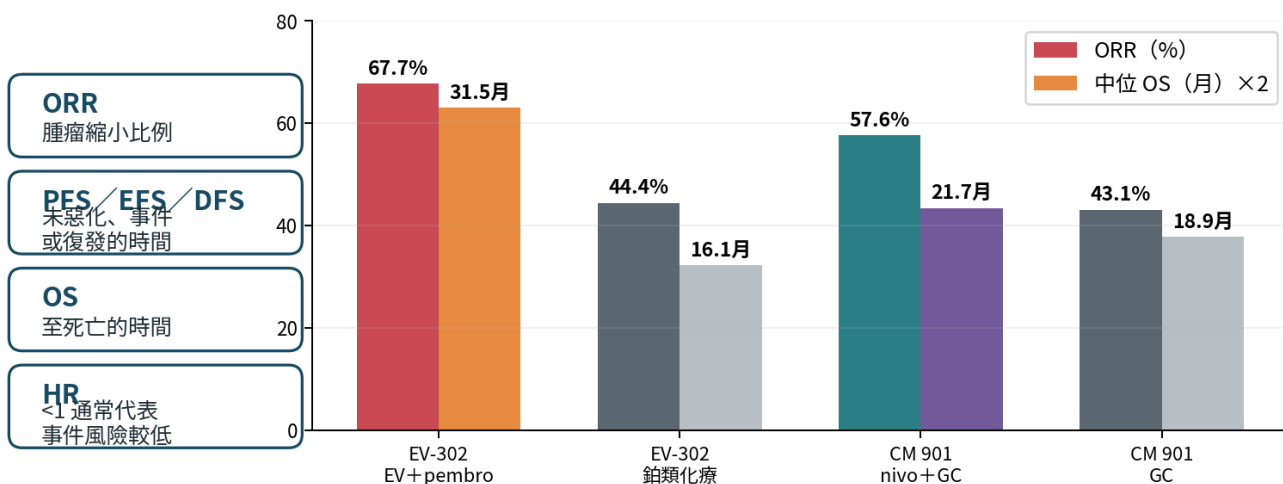
請主動告知 「我正在 / 曾接受 PD-1 或 PD-L1 免疫治療，現在的症狀可能是免疫相關副作用。」免疫毒性可能在最後一次治療數週或數月後才發生。

10. 療效與預後指標

[↩ 回目錄](#)

圖 10 | 療效與預後怎麼看？

不同試驗不可直接橫向比較



腫瘤縮小不一定等於長期存活；也要看反應持續時間、生活品質與副作用

圖 10 | ORR 與 OS 的意義及代表性第三期試驗

10.1 常見指標

指標	中文	白話解釋
CR	完全緩解	影像可見腫瘤消失；不等於永遠不復發

指標	中文	白話解釋
PR	部分緩解	腫瘤縮小達規定幅度
ORR	整體反應率	CR + PR 的患者比例
DCR	疾病控制率	CR + PR + 穩定疾病
PFS	無惡化生存期	從治療開始到腫瘤惡化或死亡
EFS	無事件生存期	事件定義依試驗，可能含未能手術、復發、進展或死亡
DFS	無病生存期	完成根治治療後到復發或死亡
OS	總生存期	從隨機分組或治療開始到死亡
HR	風險比	HR 0.68 可粗略理解為研究期間事件瞬時風險降低約 32%，不是「治癒率增加 32%」

10.2 代表性試驗數據

試驗與族群	比較	ORR / 局部療效	OS / 主要生存結果
EV-302，未治療局部晚期 / 轉移性 UC，n=886	EV + pembrolizumab vs platinum + gemcitabine	ORR 67.7% vs 44.4%； CR 29.1% vs 12.5%	中位 OS 31.5 vs 16.1 個月；HR 0.47
CheckMate 901，未治療不可切除 / 轉移性 UC，n=608	nivolumab + GC vs GC	ORR 57.6% vs 43.1%； CR 21.7% vs 11.8%	中位 OS 21.7 vs 18.9 個月；HR 0.78
NIAGARA，cisplatin 適用 MIBC	perioperative durvalumab + GC vs neoadjuvant GC	病理完全反應率提高 (試驗報告)	24 個月 EFS 67.8% vs 59.8%；24 個月 OS 82.2% vs 75.2%
POTOMAC，BCG-naïve 高風險 NMIBC，n=1,018	durvalumab + BCG vs BCG	主要看高風險復發 / 進展	DFS HR 0.68；兩組中位 DFS 均未達
IMvigor011，膀胱切除後 ctDNA MRD 陽性，n=250	atezolizumab vs placebo	主要看復發	中位 DFS 9.9 vs 4.8 個月；中位 OS 32.8 vs 21.1 個月

如何閱讀試驗：不同試驗的患者、期別、追蹤時間與對照組不同，不能只看一個百分比直接比較哪個藥「最好」。個人預後還取決於病理、器官轉移、體能、治療反應與是否能完成後續治療。

11. 病人自我照顧

[↔ 回目錄](#)

圖 11 | 病人自我照顧

把每日觀察、營養、活動與回診資料變成治療的一部分



圖 11 | 膀胱癌病人八大自我照顧面向

11.1 治療期間

- 每天記錄體溫、尿色、尿量、排便、皮疹、麻木、呼吸與疲倦程度；把變化帶到回診。
- 水分依腎功能、心臟功能與醫療團隊建議調整，不要勉強大量灌水。
- 少量多餐、足夠蛋白質與熱量；噁心、口腔炎、腹瀉或體重下降時及早轉介營養師。
- 維持可承受的步行與肌力活動；術後依復健計畫逐步增加，降低血栓與失能。
- 完整列出處方藥、成藥、中草藥與保健品。免疫治療、標靶與化療期間不要自行加用「增強免疫」產品。
- 手術前主動討論性功能、射精 / 陰道與子宮保留、生育保存與新膀胱排尿訓練。

11.2 造口與新膀胱

項目	迴腸導管 / 造口	原位新膀胱
每日觀察	造口顏色應紅潤濕潤；看周圍皮膚、尿量與黏液	按時排尿或導尿；記錄殘尿、夜間漏尿與黏液
常見問題	滲漏、皮膚刺激、造口回縮或旁造口疝	尿滯留、感染、酸鹼失衡、夜間失禁
何時回報	造口變暗 / 發黑、尿量下降、持續滲漏、發燒	無法排尿、下腹脹痛、發燒、虛弱、呼吸變深或意識改變
長期追蹤	腎功能、電解質、維生素 B12、上泌尿道影像	同左，並評估排尿功能與殘尿

11.3 長期追蹤

NMIBC 的膀胱鏡頻率依風險而不同；高風險通常最密集。MIBC 根治治療後需要影像、腎功能、代謝、尿路重建與復發症狀監測。實際時間表由治療團隊依期別、病理、治療方式與復發風險安排。

12. 結論與共同決策

[↩ 回目錄](#)

圖 12 | 結論：把複雜治療變成五個決策問題

每次回診都可重新確認



圖 12 | 膀胱癌共同決策五個問題

膀胱癌治療已從過去「只看手術或化療」，現進入風險分層、器官保存、ADC、免疫治療、標靶與 ctDNA 導向治療的時代。越多選項也代表越需要有系統地共同決策。

- 1. 確認完整病理：細胞型、級別、T 分期、肌肉層、CIS、LVI、變異型與淋巴結。
- 2. 先把疾病放進正確路徑：低 / 中 / 高風險 NMIBC、MIBC、局部晚期或轉移。
- 3. 在治療前評估腎功能、聽力、神經病變、心肺功能、體能、營養、認知與社會支持。
- 4. 需要時完成 FGFR、HER2、MSI / dMMR、NTRK、PD-L1 或 ctDNA MRD 等檢測。
- 5. 把「治療效果、可能毒性、膀胱保存、生活品質與個人價值」放在同一張決策表上。

一句話總結 先確認「腫瘤到哪一層、風險多高」，再用多專科團隊把局部治療、全身治療、生物標記與生活目標整合成個人化路徑。

附錄 A | 看診提問清單

[↩ 回目錄](#)

完成	問題	筆記
☐	我的病理是低級別或高級別？有 CIS、LVI 或變異型嗎？標本有包含肌肉層嗎？	
☐	我是低、中或高風險 NMIBC，還是 MIBC / 轉移性疾病？	
☐	需要第二次 TURBT 嗎？若需要，建議何時做？	
☐	BCG、膀胱內化療與早期膀胱切除的利弊各是什麼？	
☐	我是否適合 cisplatin？判斷依據是腎功能、聽力、神經病變還是其他原因？	
☐	我適合根除性膀胱切除或三合一保膀胱？若保膀胱失敗，救援手術是否可行？	
☐	尿路重建有哪些選擇？哪一種最符合我的手部功能、生活方式與照顧支持？	

完成	問題	筆記
☐	需要做 FGFR、HER2、MSI / dMMR、PD-L1 或 ctDNA MRD 嗎？結果會改變哪個治療？	
☐	這個方案的治療目標、療程長度、最常見與最危險副作用是什麼？	
☐	若治療無效，下一線方案與臨床試驗是什麼？	
☐	哪些症狀要當天打電話？哪些要直接急診？	
☐	台灣目前的 TFDA 核准、健保給付、自費與院內可近性如何？	

附錄 B | 名詞解釋

[↩ 回目錄](#)

縮寫	中文解釋
ADC	Antibody-drug conjugate，抗體藥物複合體。
BCG	卡介苗膀胱灌注，用於高風險 NMIBC。
CIS	Carcinoma in situ，扁平高級別原位癌。
ctDNA MRD	血中循環腫瘤 DNA 顯示的分子殘存病灶。
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group 體能狀態分級，0 表示活動正常，數字越高代表需要越多協助。
EV	Enfortumab vedotin，標的 Nectin-4 的 ADC。
GC	Gemcitabine + cisplatin。
MIBC	Muscle-invasive bladder cancer，肌肉侵犯型膀胱癌。
NMIBC	Non-muscle-invasive bladder cancer，非肌肉侵犯型膀胱癌。
NGS	Next-generation sequencing，次世代基因定序。
PLND	Pelvic lymph node dissection，骨盆淋巴結清除。

縮寫	中文解釋
TMT	Trimodality therapy · 最大程度 TURBT + 同步放射治療 + 放射增敏化療。
TURBT	Transurethral resection of bladder tumor · 經尿道膀胱腫瘤切除術。
UC	Urothelial carcinoma · 尿路上皮癌。

參考文獻

[↩ 回目錄](#)

1. Flaig TW, et al. Bladder Cancer, Version 1.2026, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2026;24(5):186 [\[來源\]](#)
2. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Bladder Cancer. Version 1.2026. [\[來源\]](#)
3. National Cancer Institute. Bladder Cancer. [\[來源\]](#)
4. Chung Shan Medical University Hospital. 泌尿道系統癌治療指引 Clinical Guideline 2026, version 18.1. [\[來源\]](#)
5. US Food and Drug Administration. FDA approves durvalumab in combination with BCG for high-risk non-muscle invasive bladder cancer. May 28, 2026. [\[來源\]](#)
6. US Food and Drug Administration. FDA approves atezolizumab for adjuvant treatment of MIBC in patients with molecular residual disease. May 15, 2026. [\[來源\]](#)
7. US Food and Drug Administration. FDA approves pembrolizumab with enfortumab vedotin for muscle invasive bladder cancer. July 10, 2026. [\[來源\]](#)
8. US Food and Drug Administration. FDA approves pembrolizumab with enfortumab vedotin for cisplatin-ineligible muscle invasive bladder cancer. November 21, 2025. [\[來源\]](#)
9. US Food and Drug Administration. FDA approves durvalumab for muscle invasive bladder cancer. March 28, 2025. [\[來源\]](#)
10. Powles T, et al. Perioperative durvalumab with neoadjuvant chemotherapy in operable bladder cancer. N Engl J Med. 2024. doi:10.1056/NEJMoa2408154. [\[來源\]](#)
11. Powles T, et al. Enfortumab vedotin and pembrolizumab in untreated advanced urothelial cancer. N Engl J Med. 2024;390:875-888. doi:10.1056/NEJMoa2312117. [\[來源\]](#)
12. van der Heijden MS, et al. Nivolumab plus gemcitabine-cisplatin in advanced urothelial carcinoma. N Engl J Med. 2023;389:1778-1789. doi:10.1056/NEJMoa2309863. [\[來源\]](#)

13. Powles T, et al. Avelumab maintenance therapy for advanced or metastatic urothelial carcinoma. N Engl J Med. 2020;383:1218-1230. doi:10.1056/NEJMoa2002788. [\[來源\]](#)
14. Bajorin DF, et al. Adjuvant nivolumab versus placebo in muscle-invasive urothelial carcinoma. N Engl J Med. 2021;384:2102-2114. doi:10.1056/NEJMoa2034442. [\[來源\]](#)
15. Apolo AB, et al. Adjuvant pembrolizumab versus observation in muscle-invasive urothelial carcinoma. N Engl J Med. 2025. doi:10.1056/NEJMoa2401726. [\[來源\]](#)
16. Loriot Y, et al. Erdafitinib or chemotherapy in advanced or metastatic urothelial carcinoma. N Engl J Med. 2023;389:1961-1971. doi:10.1056/NEJMoa2308849. [\[來源\]](#)
17. Balar AV, et al. Pembrolizumab monotherapy for BCG-unresponsive high-risk NMIBC with CIS (KEYNOTE-057). Lancet Oncol. 2021;22:919-930. [\[來源\]](#)
18. Boorjian SA, et al. Intravesical nadofaragene firadenovec gene therapy for BCG-unresponsive NMIBC. Lancet Oncol. 2021;22:107-117. [\[來源\]](#)
19. US Food and Drug Administration. FDA approves nogapendekin alfa inbakicept with BCG for BCG-unresponsive NMIBC. April 22, 2024. [\[來源\]](#)
20. Eisenhauer EA, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). Eur J Cancer. 2009;45:228-247. [\[來源\]](#)

— 文件結束 —