

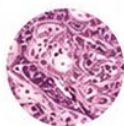
食道癌治療地圖

症狀、診斷、期別、手術、治療與自我照顧

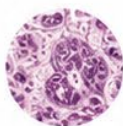
食道癌從警訊、診斷、分期、治療到追蹤照顧的完整路徑

認識食道癌

食道癌多數在早期沒有明顯症狀，
確診時常已屬中晚期。
早期警覺、正確診斷、精準治療與
持續追蹤，是提升存活率的關鍵！



鱗狀細胞癌
(ESCC)



腺癌
(EAC)



1 警訊與風險因子



- 吞嚥困難
- 食物哽噎感
- 體重減輕
- 胸痛或背痛
- 聲音沙啞
- 慢性咳嗽

高風險族群

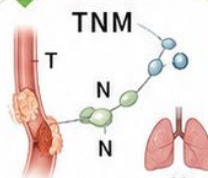
- 吸菸、飲酒
- 厭食檳榔、熱食/熱飲
- 胃食道逆流、肥胖
- 家族史、營養缺乏

2 診斷評估



- 內視鏡檢查 + 切片病理
- 影像檢查 (CT、EUS、PET-CT)
- 實驗室檢查

3 分期 (TNM)



- 腫瘤深度 (T)
- 淋巴結 (N)
- 遠端轉移 (M)
- 分期：0、I、II、III、IV

4 治療策略擬定



多專科團隊共同討論
(外科、腫瘤科、放射腫瘤科、
病理科、影像醫學、營養師、
護理師等)
擬定個人化治療計畫

5 治療方式



手術治療
內視鏡治療



放射線治療



化學治療



免疫治療



標靶治療



支持性照護
(營養、疼痛控制)

6 治療副作用與照護



- 噁心、嘔吐、疲倦
- 食慾不振、體重減輕
- 口腔潰瘍、吞嚥疼痛
- 骨髓抑制、感染風險
- 皮膚反應、腹瀉等

定期評估與適當處置，
提升生活品質

7 治療成效評估

- 影像檢查評估腫瘤反應
- 病理評估 (pCR)
- 指標數據 (ORR、PFS、OS、DFS)
- 定期追蹤與紀錄

8 追蹤與長期照護



- 定期回診與影像檢查
- 監測復發或轉移
- 處理長期副作用
- 心理支持與社會資源
- 戒菸戒酒、規律運動、
均衡飲食

9 與醫療團隊共同決策



與醫師充分溝通，了解治療選擇
的益處與風險，依個人價值觀與
生活目標，做出最適合自己的決定。



持續照護
迎向更好的生活



早期發現
提高警覺
及早檢查



精準治療
依分期與腫瘤特性
選擇最佳治療



全人照護
身心靈支持
提升生活品質



持續追蹤
定期追蹤
降低復發風險



你不是一個人
家人、醫療團隊與社會資源
是您最堅強的後盾

本圖僅供參考，實際治療計畫請與您的醫療團隊討論。

重要醫療聲明

本資料僅供衛教與共同決策前的理解，不能取代醫師診斷或個別處方。藥物劑量、治療順序與是否適用，必須依病理、期別、體能、腎肝功能、共病症與醫院流程由專業團隊決定。

前言

食道癌早期症狀可能不明顯，許多患者在出現明顯吞嚥困難時，疾病已進展至較晚期。食道癌主要分為鱗狀細胞癌與腺癌，兩者的好發部位、危險因子、分子特徵及可使用的標靶藥物並不完全相同。因此，治療不能只看「有沒有癌」，還必須同時看病理類型、TNM 期別、可切除性、體能與生物標記。

目錄

章節	頁次
第一章 認識食道癌	4
第二章 症狀與警訊	7
第三章 如何診斷與分期	9
第四章 癌細胞類型	12
第五章 基因與生物標記	14
第六章 治療策略總覽	17
第七章 如何尋找專業醫療團隊	20
第八章 治療方法與常用療程	23
第九章 治療副作用與處理	28
第十章 療效與預後指標	31
第十一章 病人自我照顧	34
第十二章 結論與共同決策	37
附錄 A 生物標記與可能治療對照	39
附錄 B 常用縮寫與看報告方式	40
參考文獻	42

第一章 認識食道癌

了解食道的構造、功能與癌症的成因與類型，是治療的第一步。



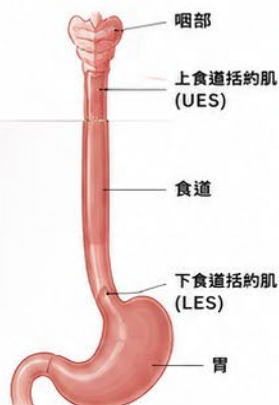
1.1 食道是什麼？

食道是連接咽部與胃部的肌肉管道，負責將食物從口腔送入胃中。

長度
約23~25公分
(成人)

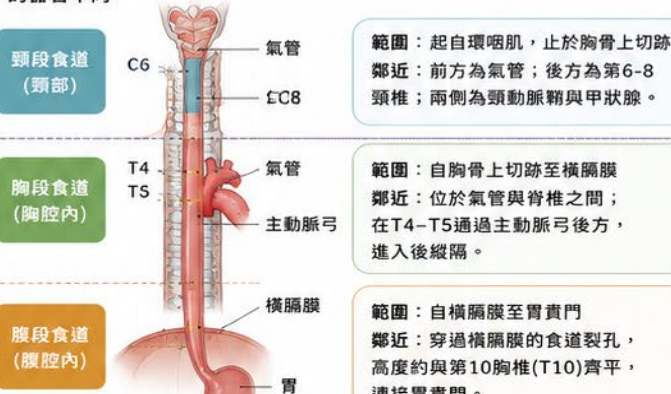
主要功能
藉由蠕動運動將食物往下推進

防止逆流
上下兩端括約肌防止胃酸逆流



1.2 食道的解剖分段

依解剖位置可分為三段：頸段、胸段與腹段，各段鄰近的器官不同。

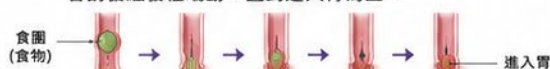


1.3 食道的生理功能

食道蠕動運動

食物進入食道後，藉由肌肉的波浪狀收縮，將食物推送至胃部。

- ✓ 原發性蠕動：吞嚥時產生，將食物往下推進。
- ✓ 繼發性蠕動：若食物未完全推入胃，殘留食團會誘發繼發性蠕動，直到送入胃為止。



在蠕動過程中，下食道括約肌會暫時放鬆，讓食物進入胃部後再關閉，防止胃酸逆流。

逆向排出功能

在特定情況下，食道可將內容物由下往上排出。



若胃酸長期逆流，會損傷食道黏膜，可能導致發炎、潰瘍，甚至增加食道腺癌的風險。

1.4 食道的組織結構 (由內而外)

層次	主要內容
黏膜層 (Mucosa)	- 非角化鱗狀複層上皮 - 固有層含血管、免疫細胞 - 黏膜肌層 (平滑肌)
黏膜下層 (Submucosa)	- 結締組織、血管、淋巴管、神經 - 黏膜下腺體分泌黏液，潤滑食道
固有肌層 (Muscularis propria)	- 內環肌、外縱肌 - 上1/3為骨骼肌，中1/3混合，下1/3為平滑肌 - 肌間神經叢調節蠕動
外膜層 (Adventitia)	- 疏松結締組織 - 食道無漿膜層，腫瘤較易侵犯鄰近器官

1.5 食道癌的主要類型

食道癌主要分為兩大類型：鱗狀細胞癌與腺癌。

	鱗狀細胞癌 (ESCC)	腺癌 (EAC)
起源細胞	來自食道表層的非角化鱗狀上皮細胞	來自腺體上皮細胞，常與巴雷特食道症相關
好發位置	多在食道中段與上段	多在食道下段與胃食道交界處
主要風險因子	吸菸、飲酒、檳榔、熱飲熱食、醃製蔬菜、營養缺乏等	胃食道逆流、肥胖、吸菸、男性、體脂過高等
整體特性	在亞洲較常見，佔多數食道癌病例	在歐美較常見，近年有上升趨勢

1.4 食道癌的風險因子總結



了解食道的構造與功能、癌症的類型與風險因子，有助於早期警覺、正確診斷與選擇最適合的治療策略。

1.1 食道的功能與為何容易侵犯鄰近器官

食道是連接咽部與胃部、長約 23 至 25 公分的肌肉管道。它利用蠕動將食物推入胃部。食道大部分缺乏其他消化器官常見的漿膜層，因此腫瘤較容易向外侵犯氣管、主動脈、心包膜或肺部等鄰近構造。

1.2 兩大主要病理類型

比較項目	食道鱗狀細胞癌 (ESCC)	食道腺癌 (EAC)
起源	食道表層的鱗狀上皮	腺體型細胞，常與巴雷特食道相關
好發位置	中段約佔多數，其次為上段	下段與胃食道交界處
主要危險因子	抽菸、飲酒、檳榔、過燙食物 / 飲品、醃製食物、營養缺乏	胃食道逆流、巴雷特食道、肥胖、抽菸、男性
常見分子變化	TP53、NOTCH1、KMT2D、FAT1、NFE2L2；CCND1、SOX2、TP63 擴增	TP53；HER2、CCNE1、KRAS 過度表現；CDKN2A、APC 甲基化
治療差異	免疫治療在晚期治療中重要	可能使用 Trastuzumab、Ramucirumab、T-DXd、Zolbetuximab 等標靶 / 抗體藥物

1.3 台灣與全球概況

- 原始手冊引用 2022 年全球癌症統計：食道癌為全球癌症相關死亡的重要原因，多數國家五年存活率約 10%至 30%。
- 台灣資料：每年新診斷約 2,614 人，男性約 2,413 人、女性約 201 人；台灣病例超過 90%為鱗狀細胞癌。
- 約半數以上患者初次診斷已是第 III 或 IV 期，因此早期辨識吞嚥相關警訊非常重要。

1.4 可以改變的危險因子

- 戒菸、避免二手菸；減少或停止飲酒與檳榔。
- 避免過燙飲食與大量醃製食物；維持均衡飲食與良好口腔衛生。
- 控制體重與胃食道逆流；飯後不立即躺下，睡眠時可抬高上半身。

篩檢提醒

台灣目前沒有全民食道癌篩檢。高風險族群若出現喉嚨異物感、吞嚥疼痛、吞嚥困難或快速減重，應儘早就醫。

第二章 症狀與警訊

食道癌早期常無明顯症狀，當出現以下情形時，可能已進展，請提高警覺並及早就醫檢查。



2.1 常見症狀

症狀會隨腫瘤位置、大小與侵犯程度而不同，以下為最常見的表現：

吞嚥困難 由固體食物開始，逐漸進展至軟質或流質食物。	食物哽噎感 吞嚥時感覺食物卡住或通過困難。	胸痛或背痛 可能表現為悶痛、灼熱感或壓迫感，有時放射至背部。	聲音沙啞 腫瘤壓迫到喉返神經可能導致聲音改變。
慢性咳嗽 腫瘤刺激或吸入性嗆咳所致。	體重減輕 食慾下降、進食困難導致體重明顯下降。	食慾不振 對食物失去興趣，進食量減少。	疲倦、虛弱 腫瘤耗損或營養不良導致全身虛弱。

2.2 依腫瘤位置可能出現的症狀

頸段食道 (上段)	- 吞嚥困難 (早期較明顯) - 聲音沙啞 - 頸部腫塊感 - 呼吸困難 (嚴重時)
胸段食道 (中段)	- 吞嚥困難 - 胸痛或背痛 - 慢性咳嗽 - 體重減輕
腹段食道 (下段)	- 吞嚥困難 - 胸骨後灼熱感或不適 - 嘔心、嘔吐 - 胃食道逆流症狀加劇

💡 症狀因人而異，以上僅供參考。

2.3 高風險族群

若您屬於以下族群，發生食道癌的風險較高，更應留意身體變化並定期檢查。

吸菸、飲酒	嚼檳榔	常喝過燙飲品或食用過燙食物 (>65°C)	長期食用醃製、煙燻、燒烤或高鹽食物	肥胖 (特別與腺癌風險相關)	長期胃食道逆流 (GERD) 或巴雷特食道症	家族中有食道癌或相關癌症病史	長期暴露於化學物質、粉塵或放射線
--------------	------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	-------------------------

2.4 何時需要就醫？

⚠️ 若出現以下任一情況，建議盡快至腸胃科就醫檢查：

- ✓ 吞嚥困難食物時頻繁感到困難或哽噎。
- ✓ 不明原因的體重減輕 (>5% 體重 / 6 個月)。
- ✓ 持續性胸痛、背痛或灼熱感。
- ✓ 持續聲音沙啞或慢性咳嗽，超過 2 週。
- ✓ 長期胃食道逆流且藥物治療效果不佳。
- ✓ 有高風險因子且超過 40 歲。



🚨 越早發現、越早治療，存活機會越高！

2.5 立即就醫的緊急警訊

若出現以下情況，可能為腫瘤阻塞或出血等併發症，請立即至急診：

完全無法吞嚥任何食物或水	嘔血或吐出咖啡色或鮮紅色血液	嚴重虛弱、頭暈或昏厥
呼吸困難或喘不過氣	劇烈胸痛或持續性疼痛	立即就醫！

重點提醒

- ✓ 食道癌在早期通常沒有明顯症狀，許多患者在中晚期才被診斷出來。若您有相關症狀或屬於高風險族群，請主動就醫檢查，守護您的健康。



早期發現



正確診斷



精準治療



持續追蹤

最典型的症狀：漸進性吞嚥困難

許多患者先覺得肉、飯或麵包等固體食物卡住，之後逐漸需要改吃軟質、半流質，最後可能連水或唾液都難以吞嚥。症狀逐步加重是食道腔被腫瘤或狹窄影響的重要警訊。

2.2 其他可能症狀

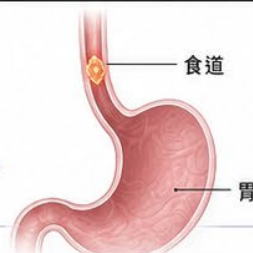
- 胸骨後疼痛、灼熱或異物感
- 食物或酸水逆流、嘔吐
- 喝水嗆咳、聲音嘶啞
- 黑便、吐血或不明原因貧血
- 體重下降、食慾差、疲倦與全身無力
- 呼吸急促、胸悶、發燒

2.3 可能代表侵犯或轉移的表現

可能部位	可能表現
頸部或鎖骨上淋巴結	摸到持續腫大的硬塊
肝臟	黃疸、右上腹不適或肝腫大
胸膜 / 肺部	呼吸變快、胸水、喘或胸壁活動下降
喉返神經或氣管	聲音嘶啞、反覆嗆咳或呼吸道感染

第三章 如何診斷與分期

從內視鏡、影像檢查到 TNM 分期，幫助了解病灶範圍並規劃治療。



3.1 診斷流程總覽

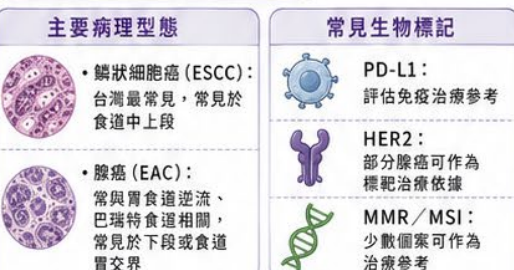


確診食道癌通常需要結合症狀、內視鏡、病理與影像結果。

3.2 重要診斷檢查

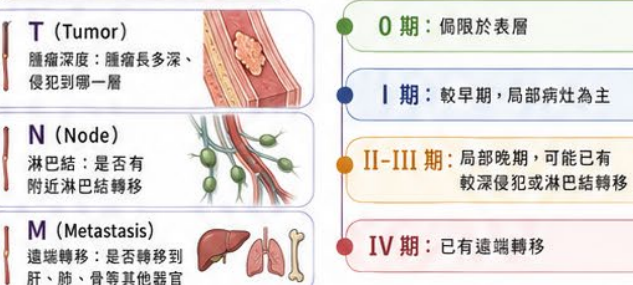


3.3 病理分類與生物標記



不是每位病人都需要做所有標記，請依醫師建議進行。

3.4 TNM 分期是什麼？



實際分期需由醫師依病理與影像結果綜合判定。

3.5 分期如何影響治療？



3.6 看診時可以主動了解什麼？



重點整理



本圖供衛教參考，實際檢查與治療請與專業醫療團隊討論。

3.1 確診關鍵：內視鏡與切片

上消化道內視鏡能直接看到腫瘤位置、長度、環狀阻塞程度與胃食道交界的關係。原始手冊建議針對可疑病灶取得多次切片（通常 6 至 8 塊），供組織學與分子檢測。

- 窄頻影像（NBI）可提升病灶與巴雷特食道的辨識。
- 若是小型早期病灶（例如 Tis、T1a 或部分 T1b），內視鏡切除同時具診斷與治療價值。

3.2 影像與局部分期

檢查	主要用途	限制或補充
胸 / 腹部含顯影劑 CT	找腫大淋巴結、局部侵犯與遠端轉移	對微小轉移較不敏感
內視鏡超音波（EUS）	評估腫瘤侵犯食道壁深度與局部淋巴結	疑似 T1 病灶仍常需內視鏡切除取得精確病理
FDG-PET/CT	尋找影像未見的遠端轉移與治療前範圍	發炎也可能有攝取
支氣管鏡	腫瘤位於氣管隆突以上時，評估氣管 / 支氣管侵犯	依腫瘤位置選用
腹腔鏡分期	特定胃食道交界腺癌尋找微小腹膜轉移	不是每位患者都需要

3.3 TNM 分期概念

項目	意義	簡化重點
T (Tumor)	腫瘤侵犯深度	T1 侷限黏膜 / 黏膜下；T2 肌層；T3 外膜；T4 侵犯鄰近器官
N (Node)	鄰近淋巴結數量	N1：1–2 顆；N2：3–6 顆；N3：7 顆以上

項目	意義	簡化重點
M (Metastasis)	是否遠端轉移	M0 無遠轉；M1 已有遠端器官或遠端淋巴結轉移

3.4 粗略期別與治療目的

- 早期：癌症尚未超出食道內層，治療以治癒為目標，可考慮內視鏡治療或手術。
- 局部區域 / 局部晚期：已侵犯食道壁或鄰近淋巴結，多需術前化放療、圍手術期化療、手術或根治性化放療。
- 轉移性：癌症已到肝、肺、骨、腦或遠端淋巴結，治療以延長存活、控制症狀與維持生活品質為核心。

第四章 癌細胞類型

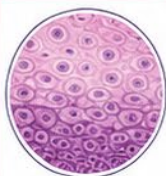
了解不同病理型態，有助於判斷風險、治療方向與預後。



4.1 食道癌有哪些類型？

食道癌最常見分為兩大病理類型：食道鱗狀細胞癌 (ESCC) 與食道腺癌 (EAC)。兩者的起源細胞、好發位置、危險因子與癌前病變不同。

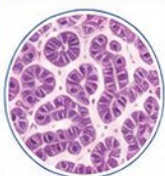
食道鱗狀細胞癌 (ESCC)



- 起源：
食道表面的鱗狀上皮細胞
- 台灣最常見
- 好發位置：
食道上／中段



食道腺癌 (EAC)



- 起源：
腺體化生相關細胞
- 常見於下段食道／胃食道交界
- 好發位置：
食道下段／胃食道交界



4.2 鱗狀細胞癌 (ESCC)



- 常見位置：食道中段、上段
- 常見危險因子：
吸菸、飲酒、嚼檳榔、熱飲熱食、醃漬食物、營養缺乏
- 癌前變化：
正常鱗狀上皮 → 慢性發炎／增生 → 低度／高度異生 → 侵襲性癌
- 流行病學：亞洲與台灣最常見



吸菸



飲酒



嚼檳榔

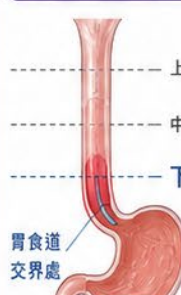


熱飲熱食



醃漬食物

4.3 腺癌 (EAC)



- 常見位置：食道下段、胃食道交界處
- 常見危險因子：
胃食道逆流 (GERD)、巴瑞特食道、肥胖、吸菸、男性
- 癌前變化：
正常腺體／巴瑞特食道 → 異生 → 腺癌
- 流行病學：歐美較常見



胃食道逆流 (GERD)



巴瑞特食道



肥胖



吸菸



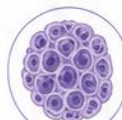
男性

4.4 兩大類型比較

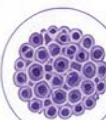
	鱗狀細胞癌 (ESCC)	腺癌 (EAC)
起源細胞	鱗狀上皮細胞	腺體化生相關細胞
好發部位	上／中段食道	下段食道／胃食道交界
重要危險因子	菸、酒、檳榔、熱飲熱食	GERD、巴瑞特食道、肥胖
癌前病變	鱗狀上皮異生	巴瑞特食道與異生
地區特徵	亞洲常見	歐美常見
治療思考	常需合併分期評估與多專科治療	常需評估病理與生物標記

4.5 少見但需要知道的類型

少數病人可能為神經內分泌癌、小細胞癌、未分化癌或其他罕見腫瘤。最終類型需由病理切片報告確認。



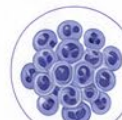
神經內分泌癌



小細胞癌



未分化癌



其他罕見腫瘤

4.6 為什麼癌細胞類型很重要？



幫助判斷
危險因子與病因



影響後續檢查與
生物標記評估



影響治療
策略選擇



幫助預估疾病走向
與追蹤重點



看報告時可主動詢問：

- 1 我是 ESCC 還是 EAC？
- 2 腫瘤位於哪一段食道？
- 3 病理分化程度如何？
- 4 是否需要進一步生物標記檢測？



重點整理：食道癌最常見分為 ESCC 與 EAC。了解病理型態，是後續分期、治療與追蹤的重要基礎。

i 本圖供衛教參考，實際診療請與專業醫療團隊討論。

4.1 病理報告要看什麼

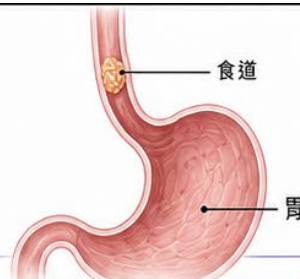
- 組織學類型：最常見為鱗狀細胞癌與腺癌；另有罕見的腺樣囊性癌、未分化癌及神經內分泌腫瘤。
- 腫瘤侵犯深度（T）。
- 淋巴管血管侵犯（LVI）與神經旁侵犯（PNI）：若存在，復發風險較高。
- 切緣狀態：近端、遠端與深層切緣是否有癌細胞。
- 分化程度（Grade）：G1 分化良好、G2 中度、G3 分化不良 / 未分化。

4.2 胃食道交界腫瘤：Siewert 分類

類型	位置	一般處置方向
Type I	胃食道交界上方 1–5 cm	按食道癌處置，通常考慮食道切除
Type II	交界上方 1 cm 至下方 2 cm	真性賁門癌，依個案決定食道或胃部手術
Type III	交界下方 2–5 cm	多按胃癌處置，可能涉及全胃切除與遠端食道切除

第五章 基因與生物標記

了解腫瘤的分子特徵，有助於選擇更合適的治療方式，並幫助醫師評估預後與後續治療規劃。



5.1 什麼是基因與生物標記？



基因變化

癌細胞內的 DNA 可能出現突變、擴增、融合或其他異常。



生物標記

可由病理、免疫染色或分子檢測得到，幫助判斷治療選擇。



重要提醒

大多數檢測是看「腫瘤本身」的特徵，不一定代表遺傳給家人的體質。

5.2 食道癌常見的重要生物標記

1 PD-L1



常用於評估免疫治療的參考指標；常以 CPS 表示。

免疫治療評估

2 HER2



主要見於部分食道腺癌／胃食道交界腺癌，可作為抗 HER2 治療依據。

抗 HER2 治療

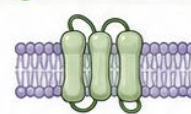
3 MMR / MSI



少數腫瘤可能出現 dMMR 或 MSI-H，可能與免疫治療反應有關。

分子檢測評估

4 CLDN18.2



部分腺癌可檢測此標記，陽性時可作為治療評估參考。

標靶治療評估

5 NTRK 融合 (少見)



屬罕見但可治療的基因異常，必要時可考慮進一步檢測。

TRK 標靶治療

5.3 不同病理型態的檢測重點

鱗狀細胞癌 (ESCC)



- 常見檢測重點：PD-L1
- 若臨床需要，可考慮擴大分子檢測
- 治療上常與免疫治療評估有關

腺癌 (EAC)



- 常見檢測重點：HER2、PD-L1
- 可視情況評估 MMR/MSI、CLDN18.2、NTRK
- 治療上較常結合標靶治療與免疫治療評估

5.4 這些檢查怎麼做？

1 內視鏡切片



取得腫瘤組織

2 病理檢查



確認癌症種類

3 免疫染色 (IHC)



檢測 PD-L1、HER2、MMR 等

4 特殊檢測



ISH、PCR 或 NGS，必要時進一步分析

5 整合判讀



由醫師依病理、期別與身體狀況規劃治療

！ 若檢體不足，醫師有時會建議重新切片或補做檢測。

5.5 生物標記如何影響治療？

PD-L1 陽性／較高

可作為免疫治療評估參考

HER2 陽性

可評估抗 HER2 標靶治療

dMMR / MSI-H

可能較適合評估免疫治療

CLDN18.2 陽性

部分腺癌可評估相關標靶治療

NTRK 融合

少數病人可評估 TRK 標靶治療

⚠ 是否使用某項藥物，仍需結合病理型態、期別、整體健康狀況與藥物可近性。

5.6 看報告時可以主動問醫師什麼？



- ✓ 我是哪一種病理型態？
- ✓ 我有做哪些生物標記檢查？
- ✓ 我的 PD-L1 / HER2 / MMR / MSI 結果是什麼？
- ✓ 我是否需要做更完整的基因檢測？
- ✓ 這些結果會如何影響我的治療？

重點整理

食道癌常見的生物標記包括 PD-L1、HER2、MMR/MSI、CLDN18.2 與少數罕見融合基因。了解這些分子資訊，可幫助醫師更精準地選擇免疫治療、標靶治療與整體治療策略。



精準分型



治療選擇



預後評估



共同決策

5.1 建議檢測的生物標記

檢測	結果如何解讀	可能影響
HER2 (ERBB2)	IHC 3+ , 或 IHC 2+且 ISH / FISH 陽性	晚期腺癌可考慮 Trastuzumab ; 後線可能考慮 T-DXd
PD-L1 CPS	PD-L1 陽性腫瘤細胞、淋巴球與巨噬細胞占活腫瘤細胞比例的綜合分數	影響 Nivolumab 、 Pembrolizumab 、 Tislelizumab 等免疫治療建議強度
MSI-H / dMMR	微衛星高度不穩定或錯配修復缺陷	對免疫檢查點抑制劑可能有較持久反應
CLDN18.2	腫瘤細胞表面表現	HER2 陰性腺癌可能使用 Zolbetuximab + 化療
NGS	可同時找 HER2 、 TMB 、 NTRK 、 RET 、 BRAF 等	尋找罕見但可用藥的驅動變異
ctDNA 液體切片	血液中的循環腫瘤 DNA	可監測病程與抗藥性；陰性不能完全排除腫瘤變異

5.2 罕見但可能有標靶藥物的變異

- NTRK 融合：Larotrectinib 、 Entrectinib 或 Repotrectinib 。
- BRAF V600E：Dabrafenib + Trametinib 。
- RET 融合：Selpercatinib 。

5.3 遺傳性風險 (少數病例)

- 胼胝症 (Tylosis) 與 RHBDF2 突變：可能大幅增加鱗狀細胞癌終生風險，家族成員需專業評估。
- 家族性巴雷特食道：若一等親有巴雷特食道或腺癌，應告知醫師。

- Bloom syndrome 與 Fanconi anemia：屬染色體不穩定疾病，可能增加食道與頭頸部癌症風險。

檢體不足怎麼辦

可詢問是否能以 NGS 或液體切片補充；但液體切片陰性不能當作完全沒有變異的證明。

5.4 腫瘤基因檢測與遺傳檢測不同

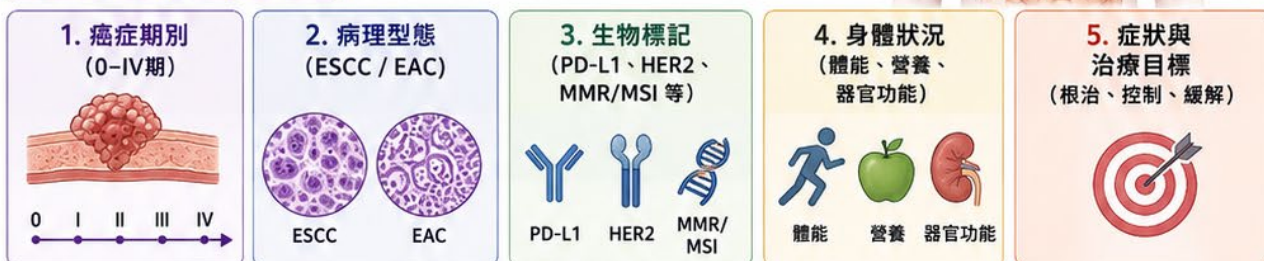
檢測類型	檢體與目的	對家人的意義
腫瘤體細胞檢測	以腫瘤組織或 ctDNA 尋找可用藥變異，主要協助選擇治療	多數變異只存在腫瘤，不代表一定會遺傳
生殖細胞遺傳檢測	以血液或唾液確認出生即存在的變異	陽性結果可能影響一等親，建議遺傳諮詢
何時考慮遺傳諮詢	年輕發病、明顯家族聚集、胼胝症、Fanconi anemia 或 Bloom syndrome	由專業人員討論檢測範圍、心理與家族溝通

第六章 治療策略總覽

依病理類型、期別與身體狀況，規劃最合適的食道癌治療方式。

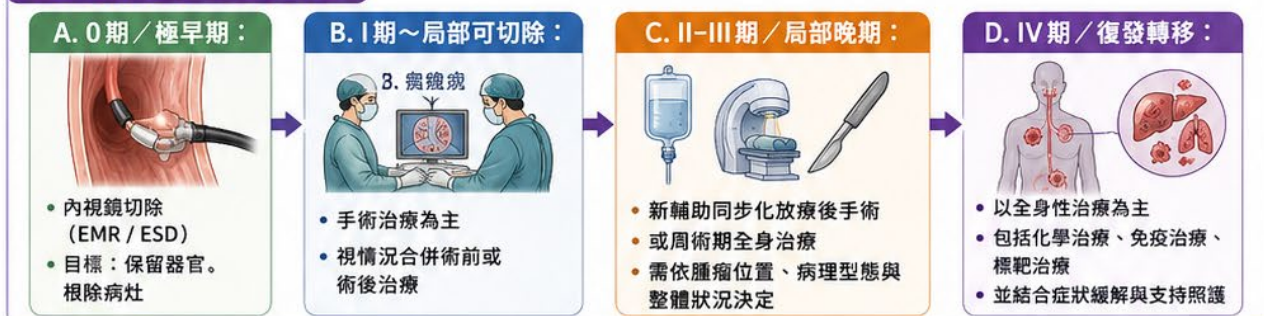


6.1 治療前先評估什麼？



治療規劃通常需由多專科團隊共同評估。

6.2 依期別的整體治療策略



6.3 主要治療方式有哪些？



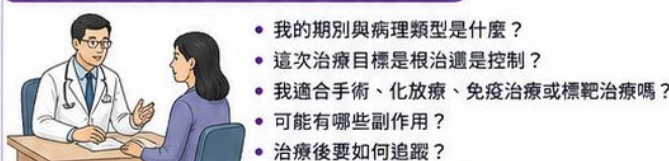
6.4 常見治療組合與流程



6.5 治療目標是什麼？



6.6 看診時可主動和醫師討論什麼？



重點整理

食道癌治療方式很多，需依期別、病理、生物標記與整體健康狀況個別化規劃。及早接受正確治療，並配合營養與支持照護，可提升治療成效與生活品質。

本圖供衛教參考，實際治療請與專業醫療團隊討論。

6.1 先判斷「可切除性」與手術耐受性

腫瘤範圍	可切除性	常見策略
Tis 或 T1a	高度可切除	內視鏡切除，必要時消融殘餘巴雷特食道
T1b 至 T3	潛在可切除	術前化放療或圍手術期化療，之後手術
T4a (胸膜、心包、橫膈等)	部分可切除	多專科評估手術風險與獲益
T4b (主動脈、心臟、氣管、脊柱等)	通常不可切除	根治性同步化放療或症狀導向治療

6.2 分期導向的主要治療路徑

1. 極早期病灶：EMR 或 ESD 切除；巴雷特食道殘餘病灶可配合 RFA。
2. 可切除局部晚期鱗癌：通常以術前化放療後手術為主。
3. 可切除食道 / 胃食道交界腺癌：術前化放療或圍手術期 FLOT 等化療均可能考慮。
4. 無法手術或 T4b：根治性同步化放療是重要治癒性選擇。
5. 晚期 / 轉移性：依 HER2、PD-L1 CPS、MSI / MMR、CLDN18.2 及罕見變異選擇化療、免疫或標靶。

6.3 治療目標要先說清楚

- 治癒性：早期或局部區域疾病，目標是完整切除或根治性控制。
- 疾病控制：晚期疾病，目標是縮小腫瘤、延緩惡化並減少症狀。
- 緩和與生活品質：處理吞嚥困難、疼痛、營養與呼吸問題，可能搭配支架、短療程放療、藥物或營養管路。

6.4 治療決策前的五項確認

確認項目	需要回答的問題
病理與位置	是 ESCC 或 EAC ? 是否位於胃食道交界 ?
期別與可切除性	TNM 為何 ? 是否侵犯氣管、主動脈或遠端器官 ?
身體耐受度	心肺、腎肝功能、體能與營養能否承受手術或合併治療 ?
生物標記	HER2、PD-L1 CPS、MSI / MMR、CLDN18.2 與 NGS 是否完整 ?
治療目標與偏好	治癒、疾病控制或症狀緩解 ? 病人最重視哪些生活目標 ?

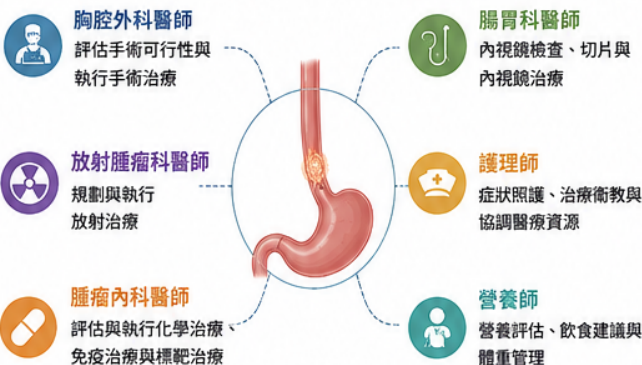
第七章 如何尋找專業醫療團隊

合適的醫療團隊是治療成功與生活品質的重要關鍵。
多專科合作與良好溝通，讓您獲得最完整的照護！



1. 誰是您的醫療團隊？

食道癌治療需要多專科團隊共同照護，提供最完整的醫療服務。



★ 其他重要成員：復健師、心理師、社工師、藥師、緩和醫療團隊等

2. 如何選擇合適的醫療機構？

- 醫院等級與專科經驗**
選擇具備癌症治療經驗的醫學中心或區域醫院，建議每年治療食道癌案例數較高者。
- 多專科團隊 (MDT)**
確認醫院是否有定期的多專科團隊會議，讓不同專科醫師共同討論您的治療計畫。
- 醫療品質與認證**
醫院是否通過癌症品質認證、臨床指引遵循、治療成效公開等。
- 地理位置與交通便利性**
考量治療頻率與交通時間，選擇方便就醫的醫院，可減少往返負擔。
- 病友評價與口碑**
可參考病友經驗分享，但仍需以個人需求與醫療專業為主。

3. 尋找醫師的管道

- 醫院官方網站**
查詢各醫院癌症中心、專科醫師介紹與門診時間。
 - 健保署與衛福部資源**
利用「全民健康保險署」或「衛生福利部」網站，查詢特約醫療院所。
 - 病友團體與基金會**
如癌症希望基金會、食道癌病友協會等，提供醫師或醫院建議。
- 預約門診前，可先電話詢問是否有相關專科醫師與治療服務。

4. 第一次就診前的準備

- 整理病史**
包含症狀出現時間、既往病史、手術史、過敏史等。
 - 攜帶檢查報告**
影像檢查 (如X光、CT、PET-CT)、內視鏡報告與病理報告等。
 - 列出用藥清單**
包含目前服用藥物、保健食品與中藥等。
 - 準備問題清單**
將想了解的問題事先寫下，幫助您與醫師有效溝通。
- 常見問題範例：我的診斷與分期？有哪些治療選擇？治療成效與風險？副作用如何處理？預後與生活品質？治療費用與保險給付？

5. 與醫師溝通的重點



- 主動表達您的想法與擔憂，包含對治療效果的期待與生活品質的考量。
- 了解治療計畫的目標：治癒、延長存活期、減輕症狀或提升生活品質。
- 詢問治療的益處與風險，並了解可能的副作用與因應方式。
- 若有需要，可請家人陪同就診，協助記錄與決策。
- 若對治療計畫有疑問，可尋求第二意見 (Second Opinion)。

第二意見的好處

- 確認診斷與分期是否正確
- 了解是否有其他治療選擇
- 增加對治療計畫的信心

6. 持續合作與追蹤



就醫小提醒

- 帶健保卡與身分證件
- 記錄醫囑與用藥方式
- 與醫療團隊保持聯繫
- 善用醫院資源與衛教服務
- 提早報到以完成相關手續
- 依指示安排檢查與治療

您不是一個人，
專業醫療團隊與您一起
面對治療的每一步！

7.1 理想團隊應具備的專業

- 腸胃內視鏡：能進行高品質內視鏡、EUS、EMR / ESD、消融及支架。
- 胸腔 / 上消化道外科：具食道切除、微創或機器人手術與淋巴結清除經驗。
- 腫瘤內科：熟悉術前、術後、晚期化療、免疫與標靶療法。
- 放射腫瘤科：能進行 IMRT 或質子治療規劃，兼顧心臟、肺與脊髓保護。
- 病理與分子檢測：能確認 ESCC / EAC、HER2、PD-L1 CPS、MSI / MMR、CLDN18.2 與 NGS。
- 營養、護理、藥師、復健、心理與緩和醫療：處理吞嚥、體重、用藥、副作用與生活品質。

7.2 看診前可詢問的五件事

1. 醫院是否有固定食道癌多專科會議？
2. 一年大約進行多少食道切除、ESD 或食道癌放療？
3. 病理與生物標記是否會由專業團隊完整檢測與複核？
4. 能否在治療前完成營養、心肺功能與吞嚥評估？
5. 遇到副作用、發燒、吞嚥惡化或呼吸問題時，如何快速聯絡團隊？

7.3 何時考慮第二意見

- 不同團隊對可切除性、術前化放療與圍手術期化療的選擇不同時。
- 病灶靠近頸部、氣管、大血管或胃食道交界，手術方式複雜時。
- 病理類型、HER2、PD-L1、MSI / MMR 或 CLDN18.2 結果不完整或互相矛盾時。
- 希望了解臨床試驗、質子治療、機器人手術或罕見標靶治療時。

帶去第二意見的資料

內視鏡影像與報告、病理切片 / 玻片、CT 與 PET 影像光碟、EUS 報告、完整用藥與共病清單、體重變化與營養紀錄。

7.4 第一次看診可攜帶的資料

- 健保卡與轉診資料、重要病史及過敏紀錄。
- 目前所有處方藥、成藥、保健品與中草藥清單。
- 最近三個月體重、吞嚥能力與每日進食量紀錄。
- 家屬或主要照顧者同行，協助記錄治療選項與下一步。
- 將最重要的三個問題先寫下，避免看診時遺漏。

第八章 治療方法與常用療程

依期別、病理型態與生物標記，選擇最合適的食道癌治療組合。



8.1 食道癌有哪些主要治療方法？

1. 內視鏡治療 適合極早期病灶，可做 EMR / ESD。	2. 手術治療 切除腫瘤與周邊淋巴結，是可切除病灶的重要治療。	3. 放射治療 控制局部病灶，常與化療合併。	4. 化學治療 使用藥物抑制癌細胞，可術前、術後或晚期使用。	5. 免疫治療 幫助免疫系統辨識並攻擊癌細胞。	6. 標靶治療 針對特定生物標記，如 HER2 或 CLDN18.2。
--	---	--------------------------------------	--	---------------------------------------	---

8.2 依期別常見治療安排

A. 0 期 / 極早期 以內視鏡切除為主，目標保留器官。	B. I 期 ~ 局部可切除 手術為主，部分病人可能需術前或術後治療。	C. II-III 期 / 局部晚期 常見為術前同步化放療後手術，或依病況安排全身治療與局部治療。	D. IV 期 / 復發轉移 以全身性治療為主，包含化療、免疫治療、標靶治療與支持照護。
---	---	---	--

8.3 常用療程範例

1. 術前同步化放療 (CROSS) Carboplatin + Paclitaxel + 放射治療 → 手術。 • 提高手術根治率，改善長期存活。	2. 術前 / 圍手術期化療 FLOT、FOLFOX、CF / FP 等，常依病理型態與病況選擇。 • 降低復發風險，提升手術成功率。	3. 術後輔助治療 若術前同步化放療後仍有殘存病灶，可評估 Nivolumab。 • 降低復發風險，延長存活時間。	4. 晚期或轉移性 ESCC Fluoropyrimidine + Platinum，可依 PD-L1 評估合併 Nivolumab 或 Pembrolizumab。 • 提升治療反應與存活。	5. 晚期或轉移性 EAC / 胃食道交界腺癌 Fluoropyrimidine + Platinum；HER2 陽性可加 Trastuzumab，部分病人可加 Pembrolizumab；CLDN18.2 陽性可評估 Zolbetuximab。 • 依生物標記精準治療。
---	--	--	---	---

8.4 不同治療方式的角色

根治機會 早期以內視鏡 / 手術為主，達成根治目標。	局部控制 放射治療對局部腫瘤控制與緩解症狀非常重要。	全身控制 化療、免疫治療、標靶治療食責抑制體內癌細胞擴散。	症狀緩解與支持照護 食道支架、營養支持、止痛與支持照護，提升生活品質。
--	--	---	---

8.5 治療前後你可能會遇到什麼？

1. 診斷與分期 檢查與評估 確定病期與狀況	2. 多專科討論 消化、外科、腫瘤、放射等團隊討論	3. 選定療程 依期別、病理、生物標記與狀況擬定治療計畫	4. 執行治療 依計畫進行手術、放療、化療或其他治療	5. 影像 / 病理評估 影像與病理檢查評估治療效果	6. 追蹤或下一步治療 定期追蹤或依評估調整治療策略
-------------------------------------	-------------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

常見情境
 術前治療 → 手術 → 術後評估
 同步化放療 → 反應評估
 第一線全身治療 → 疾病控制評估 → 後續治療

8.6 看診時可以主動問醫師什麼？

1. 我的期別與病理類型是什麼？	2. 目前治療目標是根治還是控制？	3. 我適合手術、化療、免疫治療或標靶治療嗎？	4. 是否需要做 HER2、PD-L1、MMR/MSI、CLDN18.2 等檢測？	5. 這個療程的預期效果與可能副作用是什麼？
-------------------------	--------------------------	--------------------------------	--	-------------------------------

重點整理

食道癌治療不是只有一種方式，而是依「期別、病理、生物標記與身體狀況」量身期劃。常見療程包含手術、放療、化療、免疫治療與標靶治療，治療前後都需要與醫療團隊密切合作。

個別化治療	療效評估	持續追蹤	共同決策
-------	------	------	------

8.1 內視鏡治療

方法	適用情況	特色與風險
EMR	較小、侷限的黏膜病灶	圈套切除；手術時間短，但大病灶可能分片，影響病理判讀
ESD	較大、位置困難或需完整分期的早期病灶	整塊切除率較高、復發較低；手術較久，可能穿孔或狹窄
RFA / 冷凍消融	切除後殘餘巴雷特食道或異型增生	降低殘餘病灶復發；需定期內視鏡追蹤
金屬支架 / 擴張	不可切除或復發造成嚴重吞嚥困難	支架緩解最快；但可能疼痛、移位、出血、瘻管，且會影響後續手術

8.2 食道切除手術

術式	吻合位置 / 切口	常見適用
Ivor Lewis	腹部 + 右胸，胸腔內吻合	中下段食道癌，視野與淋巴結清除範圍佳
McKeown	腹部 + 右胸 + 頸部，頸部吻合	上段病灶或需要較寬近端切緣
經食道裂孔術式	腹部 + 頸部，不開胸	部分體能較差或胃食道交界腺癌的替代方案
MIE / RAMIE	胸腹腔鏡或機器人輔助	可降低部分肺部、心臟或整體手術併發症，長期存活與開放手術相近

手術前需評估心肺功能與營養。若需要術前治療，原手冊較偏向使用空腸造口 (J-tube) 支持營養，避免胃造口影響後續胃管重建。

8.3 放射治療

- 術前：常用 41.4–50.4 Gy。
- 術後切緣陽性：常用 45–50.4 Gy。

- 根治性同步化放療：常用 50–50.4 Gy；原手冊指出提高至 64.8 Gy 未改善存活，反而增加毒性。
- 通常每日 1.8–2 Gy 分次。IMRT 為標準，可較精確保護肺、心臟與脊髓；質子治療可能降低整體不良事件，但存活資料相近。

8.4 可切除局部晚期：術前化放療

常用療法	手冊列示劑量 / 節奏	重要證據
Carboplatin + Paclitaxel + 放療 (CROSS)	Paclitaxel 50 mg/m ² IV 每週； Carboplatin AUC 2 每週，共 5 次；放療 41.4 Gy	CROSS：mOS 48.6 vs 24.0 個月；R0 切除 92% vs 69%
FOLFOX + 放療	Oxaliplatin 85 mg/m ² D1；Leucovorin 400 mg/m ² ；5-FU 400 mg/m ² 推注 + 2400 mg/m ² 持續 46 小時，每 2 週；手冊 列為較易施打替代	SWOG S0356：pCR 28%； 3 年 OS 45.1%
Cisplatin + 5-FU + 放療	Cisplatin 100 mg/m ² 於第 1 及第 5 週； 5-FU 1000 mg/m ² /日，D1–D4	CALGB 9781：mOS 4.5 vs 1.8 年

8.5 腺癌：圍手術期化療

療法	手冊列示劑量 / 節奏	重要證據
FLOT	Docetaxel 50、Oxaliplatin 85、 Leucovorin 200、5-FU 2600 mg/m ² 持續 24 小時；每 2 週，術前 4 週期 + 術後 4 週 期	FLOT4：mOS 50 vs 35 個月； pCR 16% vs 6%
ECF / ECX	Epirubicin 50、Cisplatin 60 mg/m ² D1； 5-FU 持續輸注或 Capecitabine 口服；每 3 週，術前 3 + 術後 3 週期	MAGIC：5 年 OS 36% vs 23%
Cisplatin + 5-FU	Cisplatin 100 mg/m ² D1；5-FU 800 mg/m ² /日 D1–D5，每 28 天	ACCORD 07：5 年 OS 38% vs 24%

原手冊引用 ESOPEC 試驗：可切除食道腺癌中，圍手術期 FLOT 的 3 年 OS 為 57.4%，術前化放療組為 50.7%；治療選擇仍需考量病灶位置、淋巴結、體能及放療適合度。

8.6 術後輔助治療與根治性化放療

- 術前化放療 + 手術後仍有殘餘病灶：CheckMate-577 支持 Nivolumab 術後輔助一年；手冊列示 240 mg 每 2 週 16 週，再 480 mg 每 4 週。
- 未接受術前治療的部分腺癌患者：可能考慮術後 XELOX；鱗癌 R0 切除後常密切觀察，若切緣陽性則考慮術後同步化放療。
- 不適合手術或 T4b：常以 Paclitaxel + Carboplatin 或 FOLFOX 合併 50–50.4 Gy 放療。

8.7 晚期 / 轉移性第一線治療

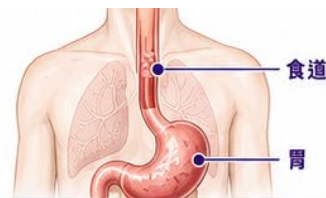
病理 / 標記	常見選項 (依手冊)	重要條件
HER2 陽性腺癌	Trastuzumab + 含 Fluoropyrimidine / Platinum 化療；PD-L1 CPS $\geq$ 1 可加 Pembrolizumab	需 HER2 IHC / ISH 確認
HER2 陰性鱗癌	Pembrolizumab + 化療、Nivolumab + 化療、Tislelizumab + 化療，或 Nivolumab + Ipilimumab	手冊多以 CPS $\geq$ 1 作為適用條件
HER2 陰性腺癌	Nivolumab + 化療或 Tislelizumab + 化療	CPS $\geq$ 5 時 Nivolumab 獲益較明顯
MSI-H / dMMR	Pembrolizumab、Nivolumab 或 Dostarlimab 等免疫治療	可不受 CPS 高低限制
CLDN18.2 陽性 / HER2 陰性腺癌	Zolbetuximab + mFOLFOX6 或 CAPOX	需積極預防噁心與嘔吐

8.8 第二線與後線

- 腺癌：Ramucirumab + Paclitaxel 為標準二線之一；無法耐受神經毒性時，可考慮 Ramucirumab + FOLFIRI。
- HER2 陽性腺癌且曾用 Trastuzumab：T-DXd 可提高 ORR，但要警覺間質性肺炎。
- 鱗癌：若一線未使用免疫，可考慮 Nivolumab、Pembrolizumab 或 Tislelizumab；若一線已用免疫，常改用 Taxane 或 Irinotecan 單藥化療。
- 罕見變異：NTRK、BRAF V600E、RET 融合可考慮相對應標靶。
- 三線以上胃 / 胃食道交界腺癌：可吞服藥錠者可能考慮 Trifluridine / Tipiracil。

第九章 副作用與處理

及早辨識不適、正確處理與主動回報，可減少併發症並提升生活品質。



9.1 常見副作用有哪些？

1. 手術治療 - 傷口疼痛 - 吞嚥不適 - 胃食道逆流 - 食慾下降 - 類似傾倒症候群	2. 放射治療 - 食道炎 - 吞嚥疼痛 - 皮膚紅腫 - 疲倦	3. 化學治療 - 噁心、嘔吐 - 血球低下 - 感染風險增加 - 口腔黏膜潰瘍 - 手腳麻木	4. 免疫治療 - 皮膚疹 - 腹瀉 - 肝炎 - 肺炎（肺炎） - 甲狀腺異常	5. 標靶治療 - 腹瀉 - 皮膚疹 - 輸注反應 - 疲倦 不同藥物副作用有所不同
--	---	---	--	--

9.2 不同治療的重點處理

A. 吞嚥痛、食道炎 - 選擇軟質、溫和食物 - 避免辛辣、堅硬、過燙食物 - 使用醫師開立之止痛藥	B. 噁心、嘔吐 - 少量多餐 - 依指示使用止吐藥 - 維持水分補充	C. 白血球低下 / 感染風險 - 勤洗手 - 避免人潮與生病接觸 - 定期監測體溫	D. 腹瀉或皮膚疹 - 補充水分與電解質 - 避免刺激性食物 - 皮膚保持清潔與保溫 - 及時告知醫療團隊	E. 疲倦與體重下降 - 適度休息 - 輕度活動 - 營養補充 - 尋求營養師協助
--	---	--	--	--

9.3 何時要立刻就醫？

 發燒 $\geq 38^{\circ}\text{C}$	 完全無法進食或喝水	 呼吸困難或胸痛	 嚴重嘔吐、脫水	 解黑便或吐血	 嚴重腹瀉、意識改變或黃疸	 出現以上情況，請立即聯絡醫療團隊或就醫。
----------------------------------	---------------	-------------	-------------	------------	------------------	---------------------------------

9.4 日常自我照顧

 少量多餐	 足夠水分	 口腔清潔	 皮膚保養	 適度活動與休息	 按時服藥	 記錄症狀變化	 定期回診與抽血追蹤
----------	----------	----------	----------	-------------	----------	------------	---------------

9.5 醫療團隊可以提供什麼幫助？

 疼痛控制 使用止痛藥，減輕不適。	 止吐止瀉藥物 提供止吐、止瀉藥物，緩解症狀。	 營養諮詢與補充 營養師評估，提供飲食建議與營養補充。	 血液檢查與支持藥物 定期檢查血球等，必要時給予支持性藥物。	 治療計畫調整 依副作用狀況調整治療時程或劑量。	 心理支持與症狀諮詢 提供心理支持，解答疑問與情緒支持。	 多專科團隊陪伴，幫助您安心完成治療
--------------------------------	--------------------------------------	--	---	---------------------------------------	---	------------------------------

9.6 看診時可以主動問醫師什麼？

 1. 我目前最需要注意哪一種副作用？	 2. 哪些症狀可以在家觀察，哪些要立刻回報？	 3. 我需要準備哪些止吐、止瀉或止痛藥？	 4. 飲食與營養要如何調整？	 5. 這些副作用會影響下一次治療嗎？
-------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------	-------------------------------

 重點整理	食道癌治療副作用可來自手術、放療、化療、免疫治療與標靶治療。及早發現、正確處理與主動回報，可降低風險、幫助順利完成治療。	 早期辨識	 正確處理	 持續追蹤	 共同決策
-----------------	--	----------	----------	----------	----------

圖 9 | 不同治療的主要副作用

9.1 手術後常見問題

問題	可能原因	照護重點
營養不良 / 吸收不良	胃被管狀化並拉入胸腔，容量變小	監測體重；營養師評估；留意維生素 B、葉酸、維生素 D、鈣
胃排空延遲	幽門失去神經支配	少量多餐；減少高脂、高纖；必要時胃腸科評估
早期傾倒症候群	高滲食物使水分快速進入腸道	餐後腹痛、腹瀉、頭暈、心悸；少量多餐，避免高糖與邊吃邊大量喝水
晚期傾倒症候群	餐後胰島素過度分泌	餐後 1-3 小時低血糖、冒汗、手抖；調整碳水與就醫評估
逆流	下食道括約肌功能喪失及胸腔負壓	餐後不躺；抬高上半身；醫師評估 PPI

9.2 放射治療副作用

- 放射性食道炎：吞嚥疼痛、灼熱、進食量下降；需止痛、制酸、止吐與營養支持。
- 血液毒性：治療期間通常每週監測 CBC，嚴重白血球低下時調整化療或給予支持治療。
- 心臟毒性：可能出現心包膜積水、心肌纖維化、冠狀動脈病、瓣膜病或心律不整；原手冊指出多數臨床事件在治療後 2 年內出現。
- 水分與腎臟：化放療期間需維持水分，必要時點滴，避免腎損傷。

9.3 化療相關周邊神經病變 (CIPN)

- 表現：手腳麻、刺痛、灼熱、疼痛、扣鈕扣或走路變困難。
- 高風險者：原本有神經病變、糖尿病或遺傳性神經疾病者。

- 處置：延後給藥、減量或改用較少神經毒性的療法；Duloxetine 是原手冊列出的唯一具實證止痛藥。
- 冷凍、加壓、針灸與運動可能有初步訊號，但證據仍不足；鈣鎂、Gabapentin / Pregabalin、NAC、維生素 B / E 等不建議用於預防。

9.4 特定藥物的重要安全警訊

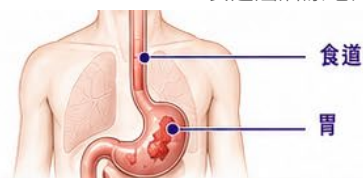
藥物 / 療法	手冊中特別提醒
T-DXd	發燒、咳嗽、呼吸困難時要警覺間質性肺炎並及早處理
Zolbetuximab	噁心與嘔吐常導致停藥；被列為高致吐性單株抗體，需相應止吐預防
Selpercatinib	可能出現高血壓與肝指數上升
食道支架 + CCRT	手冊引用回溯研究：3 級以上副作用 71% vs 27%；需謹慎評估
食道支架	嚴重且無法控制疼痛時，應立即回診評估是否移除

不要等下次門診

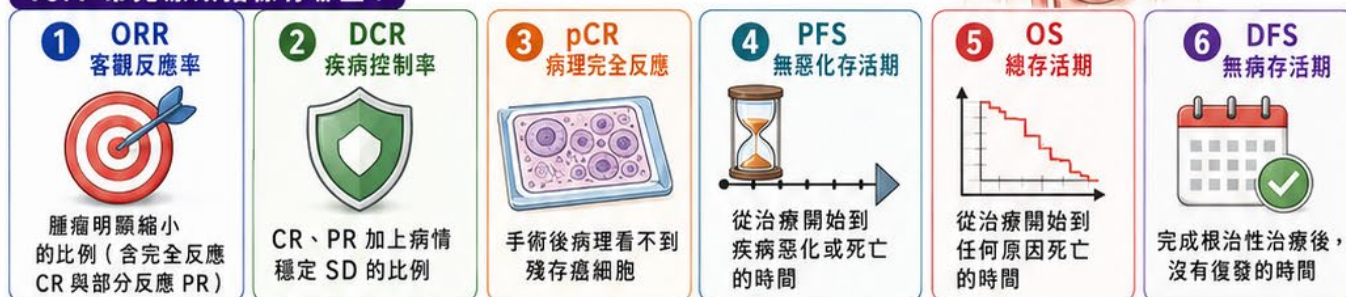
新出現呼吸困難、持續發燒、無法喝水、尿量顯著下降、黑便 / 吐血、嚴重腹瀉、意識改變或突然劇烈胸痛，應立即聯絡醫療團隊或急診。

第十章 療效與預後指標

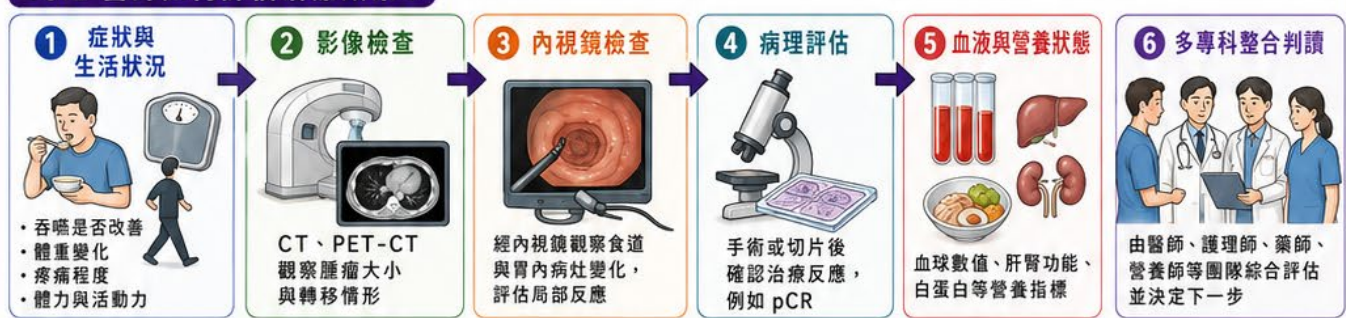
了解治療是否有效、疾病控制多久，以及哪些因素會影響未來預後。



10.1 常見療效指標有哪些？



10.2 醫師如何評估治療效果？



10.3 哪些因素會影響預後？



10.4 不同情境下的預後概念

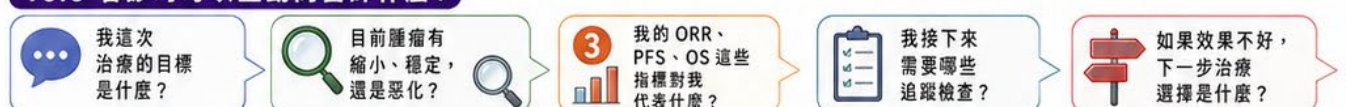


※ 此為概念性說明，實際預後因人而異，請與醫師詳細討論。

10.5 追蹤時會看什麼？



10.6 看診時可以主動問醫師什麼？



重點整理

療效評估不只看腫瘤有沒有變小，還要綜合症狀改善、影像變化、病理結果、追蹤時間與整體身體狀況。了解預後指標，有助於與醫療團隊共同規劃下一步治療與追蹤。



定期追蹤



了解指標



及早應對



共同決策

圖 10 | 常見療效與預後指標

10.1 看懂常見指標

縮寫	中文意義	如何理解
ORR	客觀反應率	完全反應 + 部分反應的比例；反映腫瘤縮小機會
PFS	無惡化存活期	從治療開始到疾病惡化或死亡的時間
OS	總存活期	從治療或隨機分組起算至死亡的時間
pCR	病理完全反應	手術檢體中沒有可見活癌細胞；常代表較佳預後
DFS	無疾病存活期	完成治癒性治療後，沒有復發或死亡的時間
R0 切除	顯微鏡切緣陰性	腫瘤被完整切除，手術切緣沒有癌細胞

10.2 期別與存活率（原手冊粗略數值）

粗略期別	原手冊列示五年生存率	解讀
早期	可高達 95%	病灶小、未侵犯淋巴結時，治癒機會高
局部晚期	約 28–36%	結果受病理類型、淋巴結、能否完整治療與治療反應影響
轉移性	約 6%	族群平均值；個人結果會因標記與治療反應差異很大

10.3 關鍵臨床試驗結果（選錄）

試驗	比較 / 族群	關鍵結果
CROSS	術前 Carboplatin / Paclitaxel + 41.4 Gy + 手術 vs 手術	mOS 48.6 vs 24.0 個月；R0 切除 92% vs 69%

試驗	比較 / 族群	關鍵結果
ESOPEC	圍手術期 FLOT vs 術前化放療 (可切除腺癌)	3 年 OS 57.4% vs 50.7% ; 3 年 PFS 51.6% vs 35.0%
CheckMate-577	術後 Nivolumab vs 安慰劑 (有殘餘病灶)	mDFS 22.4 vs 11.0 個月
KEYNOTE-590	Pembrolizumab + 化療 vs 化療	mOS 12.4 vs 9.8 個月
CheckMate-648	Nivolumab + 化療 / Nivolumab + Ipilimumab / 化療 (鱗癌)	mOS 13.2 / 12.7 / 10.7 個月
CheckMate-649	Nivolumab + 化療 vs 化療 (CPS $\geq$ 5 腺癌)	mOS 14.4 vs 11.1 ; mPFS 7.7 vs 6.0 個月
KEYNOTE-811	Pembrolizumab + Trastuzumab + 化療 vs Trastuzumab + 化療	CPS $\geq$ 1 : mOS 20.5 vs 15.6 個月
SPOTLIGHT	Zolbetuximab + mFOLFOX6 vs 對照	mOS 18.2 vs 15.5 ; mPFS 10.6 vs 8.7 個月
RAINBOW	Ramucirumab + Paclitaxel vs Paclitaxel	ORR 28% vs 6% ; mOS 9.6 vs 7.4 個月
DESTINY-Gastric01	T-DXd vs 化療 (HER2 陽性後線)	ORR 51% vs 14% ; mOS 12.5 vs 8.4 個月
Larotrectinib basket trial	NTRK 融合陽性固體腫瘤	ORR 75% ; 1 年 DOR 71%

第十一章 病人自我照顧

圖 11 | 食道癌治療期間的自我照顧重點



11.1 吞嚥與營養

- 依吞嚥能力調整食物；固體切小、充分咀嚼；必要時改成軟質、泥狀或流質。
- 少量多餐，例如每日5餐；食道切除後常有早飽，硬撐大餐反而增加不適。
- 避免高糖精緻碳水，減少傾倒症候群；若餐後頭暈、心悸、冒汗或腹瀉，記錄食物與時間。
- 若每日熱量明顯不足、體重持續下降或只能喝水，應及早由營養師與醫師評估腸道營養。

依吞嚥能力調整食物質地



少量多餐
每日5餐



避免高糖
精緻碳水



記錄食物與時間，
觀察身體反應



11.2 逆流與睡眠

- 飯後不要立即躺下；睡眠時以楔形枕或抬高床頭，使上半身抬高。
- 避免完全趴睡；將誘發逆流的食物、飲料與時間記錄下來。



常見誘發逆流的食物與飲料



11.3 水分、口腔與活動



水分

- 化放療期間維持水分。
- 若喝水疼痛或尿量下降，回診評估是否需要點滴。



口腔護理

- 保持口腔清潔，減少疼痛與感染。
- 吞嚥疼痛時依處方使用制酸、止痛或局部麻醉藥。



活動與復健

- 依體力規律走路與復健，避免長期臥床。
- 若有CIPN，注意跌倒與燙傷。



11.4 追蹤時程 (依原手冊)

治療情境	追蹤重點
Tis/T1a/T1b內視鏡治療後	第一年每3個月、第二年每6個月、之後每年一次上消化道內視鏡
II-III期根治性CCRT後	前2年每3-6個月胸/腹CT與內視鏡；之後逐步延長，影像最長追蹤至第5年
術前治療 + 手術後	前2年每6個月胸/腹CT，之後每年一次至第5年；內視鏡適常依症狀安排
長期存活者	注意殘餘食道新癌症或其他器官第二原發癌



11.5 建議準備的病人紀錄



每日記錄

- 每日體重、飲食量、水分與排尿。



吞嚥分級

- 0 正常固體
- 1 需切小
- 2 只能半固體
- 3 只能液體
- 4 連液體或唾液都不能吞



症狀與用藥

- 體溫、疼痛、腹瀉、嘔吐、手腳麻、呼吸症狀與服藥時間。



回診前準備

- 每次回診前列出最重要的三個問題，並帶完整用藥清單。



自我照顧是治療成功的重要夥伴，若有任何不適或疑問，請及時與醫療團隊聯繫。

11.1 吞嚥與營養

- 依吞嚥能力調整食物：固體切小、充分咀嚼；必要時改成軟質、泥狀或流質。
- 少量多餐，例如每日 5 餐；食道切除後常有早飽，硬撐大餐反而增加不適。
- 避免高糖精緻碳水，減少傾倒症候群；若餐後頭暈、心悸、冒汗或腹瀉，記錄食物與時間。
- 若每日熱量明顯不足、體重持續下降或只能喝水，應及早由營養師與醫師評估腸道營養。

11.2 逆流與睡眠

- 飯後不要立即躺下；睡眠時以楔形枕或抬高床頭，使上半身抬高。
- 避免完全趴睡；將誘發逆流的食物、飲料與時間記錄下來。

11.3 水分、口腔與活動

- 化放療期間維持水分；若喝水疼痛或尿量下降，回診評估是否需要點滴。
- 保持口腔清潔，減少疼痛與感染；吞嚥疼痛時依處方使用制酸、止痛或局部麻醉藥。
- 依體力規律走路與復健，避免長期臥床；若有 CIPN，注意跌倒與燙傷。

11.4 追蹤時程（依原手冊）

治療情境	追蹤重點
Tis / T1a / T1b 內視鏡治療後	第一年每 3 個月、第二年每 6 個月、之後每年一次上消化道內視鏡
II–III 期根治性 CCRT 後	前 2 年每 3–6 個月胸 / 腹 CT 與內視鏡；之後逐步延長，影像最長追蹤至第 5 年
術前治療 + 手術後	前 2 年每 6 個月胸 / 腹 CT，之後每年一次至第 5 年；內視鏡通常依症狀安排

治療情境	追蹤重點
長期存活者	注意殘餘食道新癌症或其他器官第二原發癌

11.5 建議準備的病人紀錄

- 每日體重、飲食量、水分與排尿。
- 吞嚥分級：0 正常固體；1 需切小；2 只能半固體；3 只能液體；4 連液體或唾液都不能吞。
- 體溫、疼痛、腹瀉、嘔吐、手腳麻、呼吸症狀與服藥時間。
- 每次回診前列出最重要的三個問題，並帶完整用藥清單。

第十二章 結論與共同決策

圖 12 | 食道癌治療是一個持續更新의共同決策循環



12.1 六個核心結論

- 吞嚥困難通常是漸進的；越早就醫，越可能在可治療階段處理。
- 確診必須靠內視鏡切片，治療前要完成 CT、EUS、PET / CT 等分期。
- 鱗狀細胞癌與腺癌不同，胃食道交界位置也會改變手術與藥物選擇。
- 局部疾病常需要內視鏡、手術、放療與化療的組合，而不是單一治療。
- 晚期治療應完成 HER2、PD-L1 CPS、MSI / MMR、CLDN18.2 與 NGS，以尋找免疫或標靶機會。
- 營養、吞嚥、副作用與追蹤不是附加工作，而是治療成果的一部分。

12.2 共同決策的八個問題

- 我的病理類型與 TNM 期別是什麼？
- 腫瘤可切除嗎？若可切除，為何選擇術前化放療或圍手術期化療？
- 治療目標是治癒、長期控制或症狀緩解？
- 需要檢測哪些生物標記？結果會改變什麼？
- 不同方案的存活、反應率與嚴重副作用差多少？
- 我的心肺、腎肝功能與營養能否承受療程？
- 治療中出現哪些症狀要立即就醫？
- 療程結束後的影像、內視鏡與營養追蹤怎麼安排？



與醫療團隊保持溝通、一起決定最適合您的治療與照護計畫，是您走過食道癌治療旅程中最重要的力量。



最後提醒

最好的治療不是「藥最多」或「手術最大」，而是最符合病理、期別、身體狀況與個人目標，並能安全完成的治療。

附錄 A 生物標記與可能治療對照

病理 / 標記	可能對應治療	需注意
HER2 陽性腺癌	Trastuzumab + 化療；CPS $\geq$ 1 可能加 Pembrolizumab；後線 T-DXd	T-DXd 需警覺間質性肺炎
PD-L1 CPS 陽性鱗癌	Pembrolizumab、Nivolumab、Tislelizumab 合併化療；部分情況雙免疫	CPS 切點與核准 / 給付依地區及方案不同
PD-L1 CPS 陽性腺癌	Nivolumab 或 Tislelizumab + 化療	CPS $\geq$ 5 時 Nivolumab 資料最明顯
MSI-H / dMMR	Pembrolizumab、Nivolumab 或 Dostarlimab 等免疫治療	可不受 CPS 限制
CLDN18.2 陽性、HER2 陰性腺癌	Zolbetuximab + mFOLFOX6 或 CAPOX	高度噁心 / 嘔吐風險，需完整止吐
NTRK 融合	Larotrectinib / Entrectinib / Repotrectinib	極罕見，需 NGS 或融合檢測
BRAF V600E	Dabrafenib + Trametinib	腫瘤不限癌種策略
RET 融合	Selpercatinib	監測血壓與肝功能

附錄 B 常用縮寫與看報告方式

縮寫	英文	中文
ESCC	Esophageal squamous cell carcinoma	食道鱗狀細胞癌
EAC	Esophageal adenocarcinoma	食道腺癌
EGJ / GEJ	Esophagogastric junction	胃食道交界
BE	Barrett esophagus	巴雷特食道
EMR	Endoscopic mucosal resection	內視鏡黏膜切除
ESD	Endoscopic submucosal dissection	內視鏡黏膜下剝離
RFA	Radiofrequency ablation	射頻消融
CCRT	Concurrent chemoradiotherapy	同步化學放射治療
MIE	Minimally invasive esophagectomy	微創食道切除
RAMIE	Robot-assisted minimally invasive esophagectomy	機器人輔助微創食道切除
CPS	Combined positive score	PD-L1 綜合陽性分數
MSI-H	Microsatellite instability-high	微衛星高度不穩定
dMMR	Deficient mismatch repair	錯配修復缺陷
NGS	Next-generation sequencing	次世代基因定序
ORR	Objective response rate	客觀反應率
PFS	Progression-free survival	無惡化存活期

縮寫	英文	中文
OS	Overall survival	總存活期
pCR	Pathological complete response	病理完全反應
DFS	Disease-free survival	無疾病存活期

回診前一頁清單

- 我目前的病理類型 / 期別：_____
- HER2：_____ PD-L1 CPS：_____ MSI / MMR：_____ CLDN18.2：_____
- 本次治療名稱 / 週期：_____
- 上次治療後最嚴重副作用：_____
- 近一週體重變化：_____ kg；每日可進食量：_____
- 吞嚥分級：0 / 1 / 2 / 3 / 4
- 最想問醫師的三個問題：1. _____ 2. _____ 3. _____

參考文獻

以下參考文獻完整沿用上傳手冊所列來源；本文件未另行進行外部查核或更新。

資料基礎：使用者上傳《食道癌手冊 ver.1》 / 版面與圖表重新設計