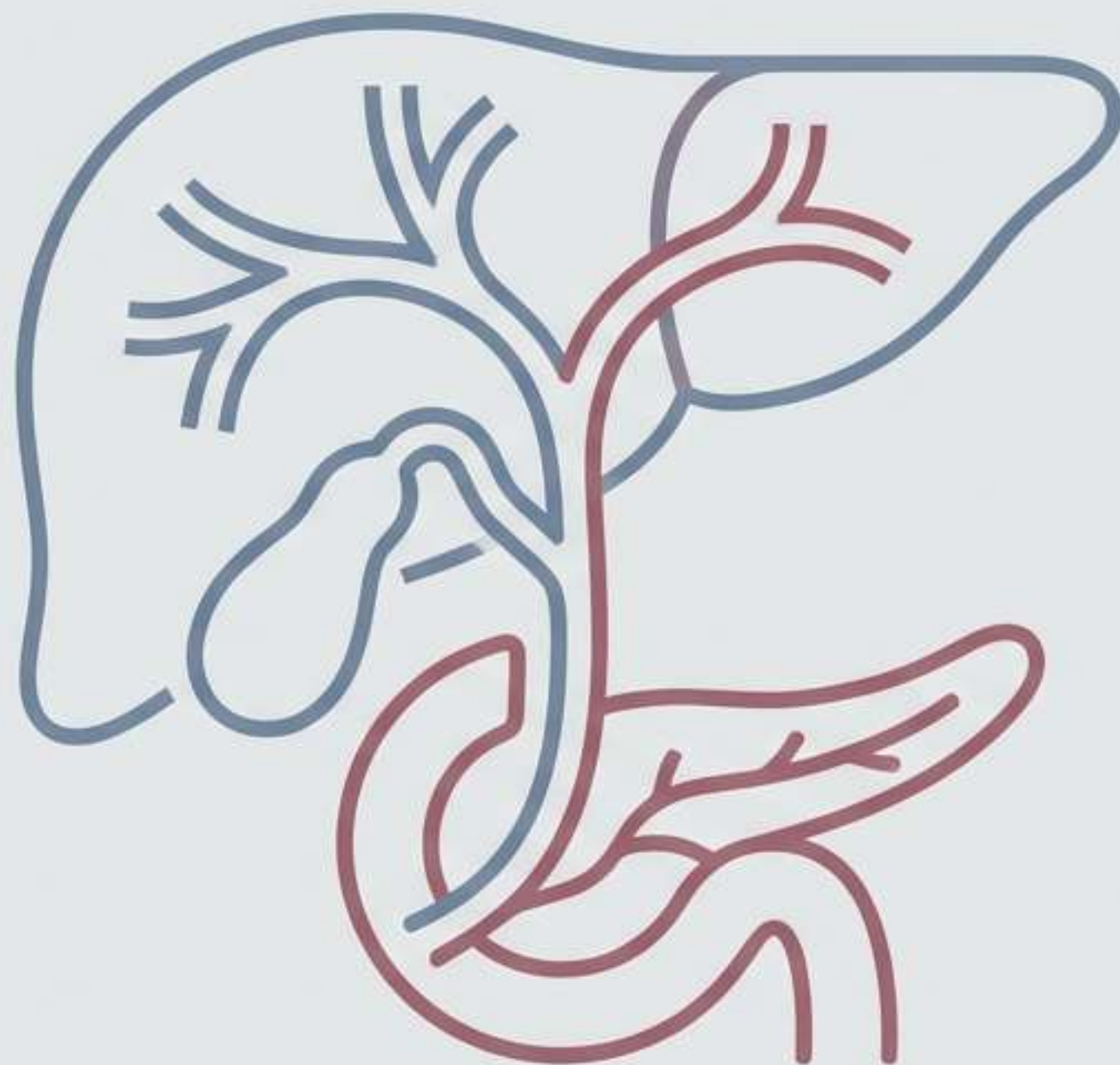


膽道與壺腹癌的併發症 與療法副作用處置

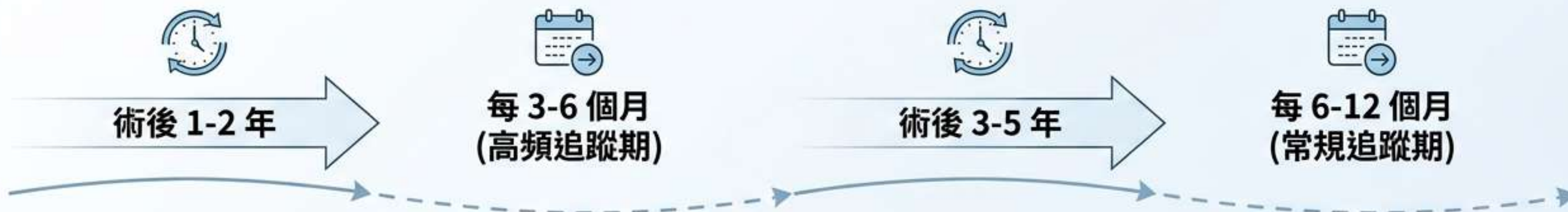
臨床追蹤、急性併發症與各類抗癌
藥物毒性管理實務指南

製作時間：2026年八月

作者：癌症資訊雜貨店



核心警訊：60-70% 復發集中於術後 2 年內（中位復發時間 9.5 個月），多為遠端轉移。



影像學檢查

- ✓ 胸部 CT (±顯影劑)
- ✓ 腹部與骨盆腔 CT 或 MRI (強烈建議含顯影劑)



腫瘤標記

- ✓ 常規追蹤 CEA 與 CA 19-9 作為復發參考輔助

病理機制

腫瘤壓迫管腔



膽汁滯留



腸道細菌
逆行性感染



敗血症

臨床警訊儀表板

Tier 1 Charcot's triad (膽管炎典型表現)



發燒



右上腹痛



黃疸/茶色尿/
灰白便

Tier 2 Reynolds' pentad (敗血症惡化警訊)

Charcot's triad



意識改變



休克

緊急處置原則



輸液復甦與及早給予
廣效抗生素



急迫性膽道引流
(引流感染性膽汁以控制
感染源)：首選 ERCP 或
經皮穿肝膽道引流
(PTBD)

臨床適應症：遠端膽管癌或壺腹癌之緩解性引流。建議首選：覆膜自膨式金屬支架 (Covered SEMS)。

【支架阻塞 Blockage】

 **成因：**腫瘤向內生長 (Ingrowth)、邊緣黏膜增生、膽泥 (Sludge) 與細菌生物膜堆積。

 **臨床表現：**膽紅素回升、搔癢、黃疸復發、併發膽管炎。

【支架移位 Displacement】

 **成因：**腫瘤物理性壓迫。

 **臨床表現：**多無症狀 (影像學意外發現)；少數併發腸胃道穿孔。

標準處置對策



常規影像監測



內視鏡移除舊支架並置換
(或於舊支架內疊加新支架)



Gemcitabine

關鍵副作用：
皮疹、肝功能上升、骨髓抑制。

處置重點：
輸注時間嚴格限制在 30 分鐘內；密切監測 CBC 與肝功能。



Cisplatin

關鍵副作用：極高致吐性、腎毒性、離子異常、周邊神經毒性、耳毒性 (耳鳴/高音頻聽力喪失)。

處置重點：
給予標準高致吐性預防組合；
給予足量前後水合 (Hydration)；
監測 $K^+/Mg^{2+}/Ca^{2+}$ 與聽力。



Carboplatin

關鍵副作用：
血小板低下、嗜中性白血球低下、蓄積性過敏反應。

處置重點：
以 Calvert formula 精準計算劑量；輸注期間監測過敏反應。



Capecitabine / 5-FU

關鍵副作用：手足症候群 (Hand-Foot Syndrome) (紅斑/脫屑/起水泡)、口腔黏膜炎。

處置重點：
皮膚照護，預防性塗抹
尿素保濕乳霜；監測腸胃道與
黏膜狀況。



Oxaliplatin

關鍵副作用：骨髓抑制、周邊神經病變。

處置重點：
密切追蹤患者手麻、腳麻等周
邊神經學症狀；監測 CBC。



Irinotecan / Liposomal Irinotecan

關鍵副作用：早發性/晚發性腹瀉、嗜中性球低下。

處置重點：
早發性腹瀉
預防性給予 Atropine 0.25-1
mg；晚發性腹瀉給予
Loperamide 4 mg 治療。



免疫療法 (Durvalumab, Pembrolizumab 等)

相對禁忌症 (高危險族群)：

- 活化或不受控之自體免疫疾病。
- 慢性病毒感染 (HCV, HBV, HIV) 未妥善控制。
- 固體器官移植或血液幹細胞移植史 (增加排斥與 GvHD 風險)。

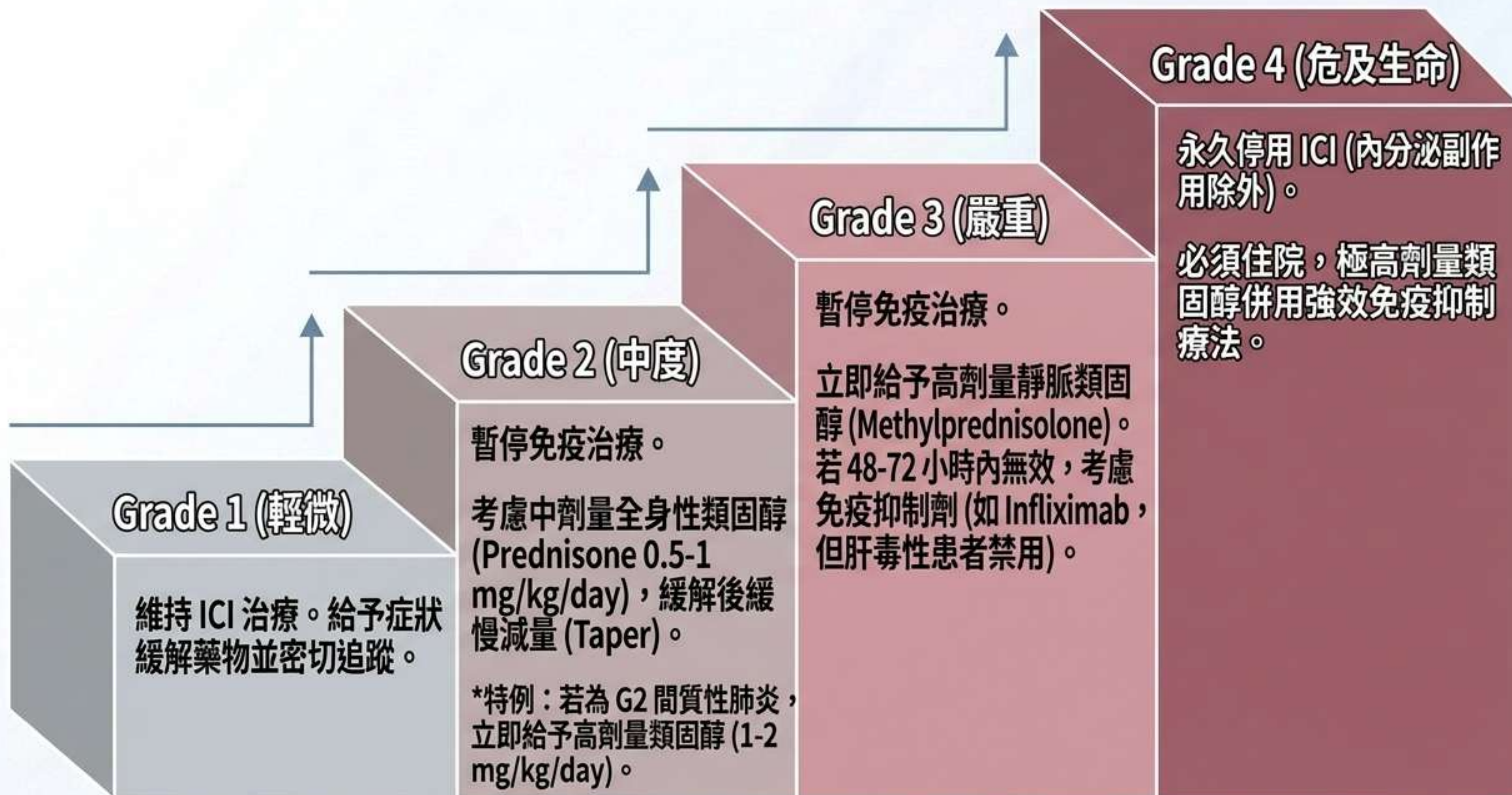
間質性肺炎 (Pneumonitis)：
咳嗽、呼吸困難、血氧掉
(致死率最高)。

結腸炎 (Colitis)：
密切監測排便次數、
腹瀉 (需排除感染)。

皮疹、搔癢：
最常見且通常
最早出現。

甲狀腺異常 / 腦下垂體炎
/ Type 1 DM：通常為永
久性，需長期補充賀爾蒙
(定期監測 TSH, fT4)。

肝毒性：
肝指數 AST/ALT
異常升高。





【FGFR2 抑制劑】 (Pemigatinib, Futibatinib, Erdafitinib)

特殊副作用： • 高血磷症、乾眼症、皮疹/乾燥、甲溝炎、味覺障礙。

臨床處置： • 持續追蹤血磷數值，採低磷飲食，必要時使用磷結合劑。
常規給予無防腐劑人工淚液。



【HER2 標靶群 (單抗/雙抗/ADC)】 (T-DXd, Tucatinib, Zanidatamab)

共通副作用：心臟毒性 (LVEF下降)、腹瀉、皮疹。

特定藥物高度警戒：

- T-DXd：間質性肺炎 (ILD)。一旦發生 ≥ 2 級 ILD，永久停藥並給予高劑量類固醇。
- Tucatinib：嚴重腹瀉。開始用藥前即衛教病人備妥 Loperamide。
- 雙特異性抗體 (Zanidatamab / Zenocutuzumab)：輸注相關不良反應極高，需預防給藥與密集監測。

 IDH1

Ivosidenib

警戒：QTc 間隔延長。

處置：治療前測基準心電圖 (ECG)
定期監測 ECG 與離子。

 RET

Selpercatinib

警戒：高血壓、肝毒性、QTc延長、出血/癒合不良。

處置：追蹤血壓 (必要時給予 CCB/ACEI)，
術前至少暫停藥物 7 天。

Clinical Blueprint: Targeted Therapy Pharma- copoeia & Management

 KRAS

Adagrasib (KRAS G12C)

警戒：極高腸胃道毒性 (腹瀉/噁
心)、肝毒性、QTc延長。

處置：29%患者會因腸胃毒性需
減量，強烈監測排便與
ECG。

 NTRK

Larotrectinib / Entrectinib

警戒：中樞神經 (CNS) 毒性 (頭
暈、運動失調、感覺異常、
記憶障礙)。

處置：防範跌倒，禁止操作危險
機械或駕駛。

 BRAF+MEK

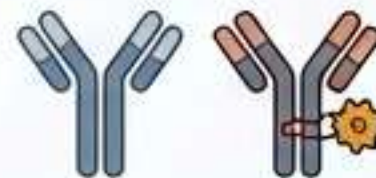
Dabrafenib + Trametinib

警戒：發燒、腹瀉、皮疹，罕
見嚴重惡性高熱。

臨床決策總結：致死性與急症副作用快速索引 (Toxicity Quick Reference)



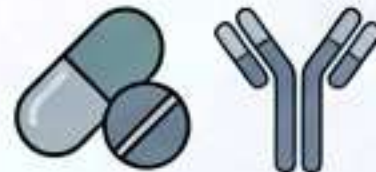
出現「間質性肺炎
(咳嗽 / 喘 / 血氧掉)」



立即懷疑：免疫療法 (ICIs)、
T-DXd (HER2)。



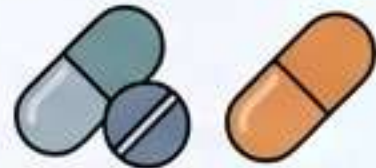
出現「嚴重腹瀉 / 結腸炎」



立即懷疑：Irinotecan (早/晚發)、
Tucatinib (HER2)、免疫療法、
Adagrasib (KRAS)。



出現「QTc 間隔延長 /
心律異常」



立即懷疑：Ivosidenib (IDH1)、
Selpercatinib (RET)、Adagrasib
(KRAS)。



出現「高血磷症狀」



立即懷疑：FGFR2 抑制劑群
(Pemigatinib 等)。



出現「神經學症狀」



手腳麻木：Oxaliplatin / Cisplatin。



中樞認知障礙/頭暈：NTRK 抑制劑
(Larotrectinib 等)。