

膽道癌與壺腹癌治療地圖

症狀、診斷、期別、手術、治療、自我照顧

一般民眾版 | 依 2026 年膽道癌與壺腹癌臨床實務資料與 NCCN 治療框架整理

本手冊用於衛教與共同決策，不取代個別診斷或醫療建議。治療選擇需由醫療團隊依病理、分期、器官功能、基因檢測、共病與病人偏好決定。

目錄

第一章	認識膽道癌與壺腹癌 (Introduction)	2
第二章	常見症狀 (Symptoms)	4
第三章	如何診斷與分期 (Diagnosis & Staging)	5
第四章	癌細胞與病理類型 (Cancer Cell Types)	7
第五章	基因與生物標記檢測 (Gene Studies)	8
第六章	治療策略總覽 (Treatment Strategies)	10
第七章	如何找到專業醫療團隊 (Professional Team)	12
第八章	治療方案：手術、化療、免疫與標靶 (Treatment Protocols)	14
第九章	治療副作用與處理 (Treatment Side Effects)	17
第十章	療效與預後指標 (ORR、PFS、OS)	19
第十一章	病人自我照顧 (Patient Self-care)	21
第十二章	結論：共同決策與治療地圖 (Conclusion)	23
附錄	主要縮寫與參考資料	25

第一章 認識膽道癌與壺腹癌

膽道癌 (biliary tract cancer, BTC) 是一群源自膽道上皮的惡性腫瘤，主要依原發位置分為肝內膽管癌、肝門部膽管癌、遠端膽管癌與膽囊癌。壺腹癌發生於總膽管與胰管匯入十二指腸的壺腹區，因組織來源與生物學特徵不同，需與膽道癌分開思考。

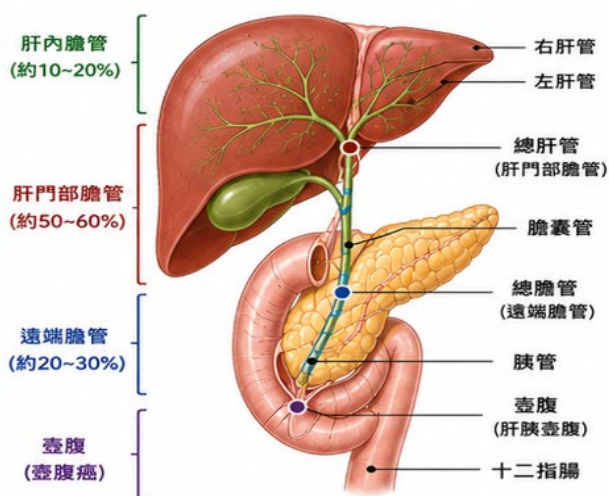
- 早期膽道癌可能沒有症狀，許多患者在出現黃疸、腹痛、體重下降後才接受完整檢查。
- 治療最重要的第一個問題是：腫瘤是否可以完整切除並達到 R0 陰性切緣。
- 若疾病不可切除或已轉移，治療重心轉向全身性治療、分子標靶、免疫治療與症狀控制。
- 壺腹癌必須特別注意腸型、胰膽道型與混合型，因化療選擇可能不同。

1

膽道癌與壺腹癌的解剖位置與基本差異

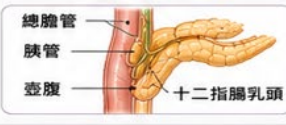
認識膽道系統的結構，了解膽道癌與壺腹癌的發生位置與不同特性，有助於診斷與治療規劃。

膽道系統解剖位置圖

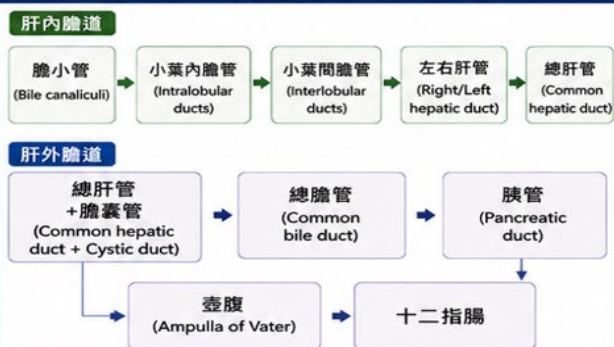


膽道：由肝臟製造膽汁運送至十二指腸的管道系統，可依腫瘤位置大致區分為肝內、肝門部與遠端膽管。壺腹為總膽管與胰管匯合處。

膽道癌與壺腹癌的比較

	膽道癌 (Biliary Tract Cancers)	壺腹癌 (Ampullary Adenocarcinoma)
發生位置	膽道上皮細胞 • 肝內膽管 • 肝門部膽管 • 遠端膽管	肝胰壺腹處 
組織來源	膽道上皮細胞	來自壺腹上皮組織
組織型態	以腺癌為主	可分為 • 腸型 (Intestinal type) • 胰膽道型 (Pancreatobiliary type) • 混合型 (Mixed type)
危險因子	• 肝內：肝硬化、病毒性肝炎 • 肝門部：原發性硬化性膽管炎(PSC) • 遠端膽管：膽結石、慢性胰臟炎等	• 年齡較大 • 慢性胰臟管發炎 • 遺傳性腺瘤性息肉症(FAP)
症狀表現	阻塞性黃疸、深色尿、淺色便、搔癢、上腹痛、體重減輕	阻塞性黃疸、腹痛、體重減輕、消化不良
治療原則	依分期決定：手術、化療、放療、標靶、免疫治療等	以手術切除為主，並依組織型態與分期給予輔助治療
預後	整體預後較差，與分期及是否可切除有關	早期發現並完整切除者預後較佳

膽道系統的層級與結構（由小到大）



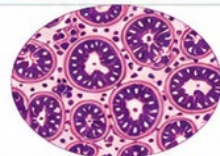
重點提醒

- 膽道癌依發生位置可分為：肝內膽管癌、肝門部膽管癌、遠端膽管癌。
- 壺腹癌發生於肝胰壺腹處，屬於消化道癌症的一種，治療原則與膽道癌不同。
- 解剖位置會影響手術方式、是否可切除、以及後續的治療選擇與預後。

壺腹癌的組織型態示意圖

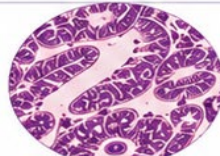
腸型 (Intestinal type)

類似大腸腺癌，
腫瘤形成腺管結構



胰膽道型 (Pancreatobiliary type)

類似胰臟或膽道癌，
腫瘤細胞呈管狀或乳突狀



混合型 (Mixed type)

同時具有腸型與
胰膽道型的特徵



資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)
Biliary Tract Cancers Version 1.2026；Ampullary Adenocarcinoma Version 1.2026（2026）

本圖僅供衛教參考，實際治療請諮詢專業醫療人員

第二章 常見症狀

2 膽道癌與壺腹癌的症狀與急症警訊

早期症狀不明顯，容易被忽略。若出現下列症狀或急症警訊，請盡速就醫檢查。

一、常見症狀（可能單獨或合併出現）

黃疸



皮膚或眼白變黃，
尿液變深，糞便顏色變淡。

腹痛



右上腹或上腹部悶痛
或持續性隱痛。

食慾不振、體重減輕



食慾變差，短期內
體重明顯下降。

噁心、嘔吐



常感到噁心，
嚴重時會嘔吐。

發燒、寒顫



可能伴隨感染，
體溫升高、發冷顫抖。

皮膚搔癢



膽汁滯留會引起
全身性皮膚搔癢。

深色尿液



尿液顏色變深，
如濃茶色。

淡色糞便



糞便顏色變灰白或淡黃，
漂浮或難以沖淨。

腹脹、消化不良



持續性腹脹、脹氣，
消化能力變差。

倦怠、疲倦



容易疲倦、體力下降，
日常活動受影響。

二、急症警訊（可能為急性膽道阻塞或膽管炎，需立即就醫）

Charcot 三聯徵

出現任一組合，請盡速就醫！



黃疸



發燒



右上腹疼痛

Reynolds 五聯徵（嚴重感染休克表現）



黃疸



發燒



右上腹疼痛



血壓下降



意識改變

其他急症警訊

- ❗ 高燒不退（ $>38.5^{\circ}\text{C}$ ）且伴隨寒顫。
- ❗ 劇烈腹痛、持續嘔吐，無法進食或喝水。
- ❗ 皮膚與眼白快速變黃，伴隨意識混亂或嗜睡。
- ❗ 尿量明顯減少或無尿。

急症可能造成的嚴重後果

- 敗血症、休克
- 多重器官衰竭
- 腎功能損害
- 死亡風險增加

把握黃金治療時間，越早治療，預後越好！

三、何時需要就醫檢查？



症狀持續超過
2週未改善



不明原因體重
減輕



有膽道癌或胰臟癌
家族史



有膽結石、膽囊炎
或肝炎病史



定期健康檢查異常
（肝膽功能異常）

貼心提醒

膽道癌與壺腹癌早期不易發現，
若有上述症狀或警訊，請盡速至
肝膽腸胃科或肝膽胰外科就醫，
透過檢查才能及早診斷與治療。



第三章 如何診斷與分期

診斷流程通常同時回答四個問題：腫瘤在哪裡？是不是癌？有沒有擴散？能不能手術？

- 抽血：AST/ALT、ALP、GGT、總膽紅素、白蛋白、凝血功能；CA 19-9 與 CEA 可輔助，但不能單獨確診。
- 影像：多相位腹部 / 骨盆 CT 是重要第一線工具；MRI/MRCP 對膽管與軟組織解剖更精細。
- 內視鏡：ERCP 可兼具膽道引流與取樣；EUS 可評估壺腹、胰頭區與淋巴結；必要時可使用膽道鏡精準取樣。
- 病理：對不可切除 / 轉移性疾病，通常需要組織確診後再進行全身治療。

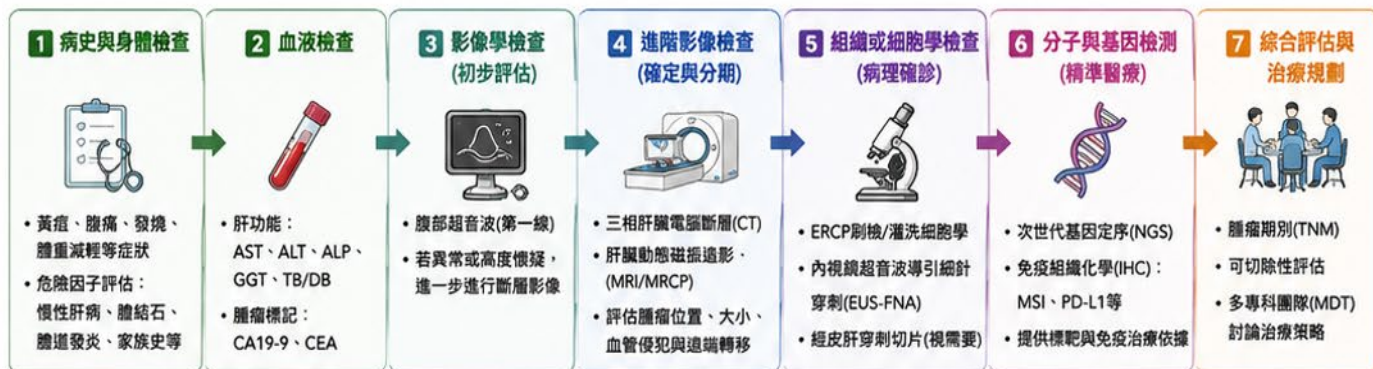
3.1 分期與可切除性

AJCC TNM 分期依原發位置有不同定義，因此「同樣是膽道癌」不能用同一套 T 分期理解。

臨床決策更重視有無遠端轉移、主要血管侵犯、區域淋巴結與能否達成 R0。

3 膽道癌與壺腹癌的診斷流程

依臨床表現與檢查結果，逐步確認診斷、評估分期與可切除性，並進行分子檢測以規劃最適合的治療。



檢查順序會依臨床狀況調整，急性膽道阻塞或感染時，先處理急症再進行完整評估。



- 貼心提醒**
- 早期發現與診斷是治療成功的關鍵。
 - 若出現黃疸、腹痛、發燒、體重明顯下降等症狀，請儘速就醫。
 - 所有檢查與治療應在專業團隊評估下進行，切勿自行延誤或停藥。

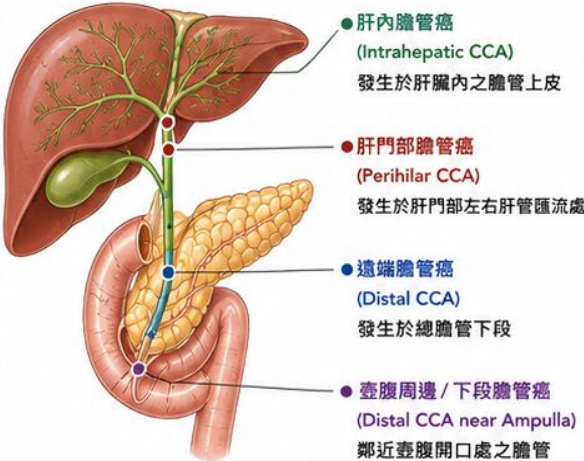
- 常見就醫科別**
- 肝膽胰外科、腫瘤科、消化內科、放射線科、病理科、營養師、護理師等。

第四章 癌細胞與病理類型

4 癌細胞與病理類型

了解膽道癌與壺腹癌的細胞來源與病理型態，有助於判斷預後與治療策略。

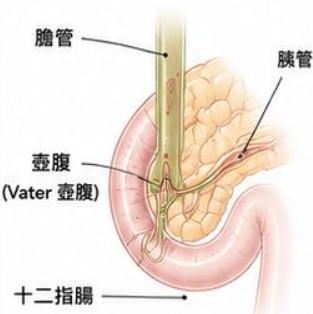
A. 膽道癌 (Biliary Tract Cancers) — 上皮性腫瘤為主



主要病理類型 (依WHO分類)	顯微鏡下特徵
管狀腺癌 (Tubular adenocarcinoma)	最常見類型，腺管構造明顯，細胞排列成腺管狀。
乳頭狀腺癌 (Papillary adenocarcinoma)	乳頭狀突起結構，常見於肝內膽管癌。
黏液腺癌 (Mucinous adenocarcinoma)	腫瘤細胞分泌大量黏液，細胞漂浮於黏液池中。
印戒細胞癌 (Signet ring cell carcinoma)	黏液推擠細胞核至邊緣，呈印戒狀外觀，預後較差。
未分化癌 (Undifferentiated carcinoma)	細胞分化差，結構不明顯，惡性度高，預後不佳。

臨床重點：病理類型、分化程度與分子特徵（如IDH1、FGFR2融合等）皆會影響預後與治療選擇。

B. 壺腹癌 (Ampullary Adenocarcinoma) — 依組織來源分型



組織型態分類	來源特徵	顯微鏡下特徵	臨床意義
腸型 (Intestinal type)	源自壺腹表面的腸上皮	腺管形成明顯，類似大腸腺癌結構。	預後較佳，對化療反應較好，以腸癌治療策略為主。
胰膽道型 (Pancreatobiliary type)	源自胰膽管上皮	腺管較小且不規則，常見黏液分泌。	預後較差，與胰臟癌相似，採胰臟癌治療策略。
混合型 (Mixed type)	兼具腸型與胰膽道型特徵	同時出現兩種型態之組織結構。	預後介於兩者之間，依占比決定治療策略。
未分化/低分化型	分化程度低	細胞異型性高，結構不明顯。	預後最差，需積極治療與追蹤。

臨床重點：壺腹癌的組織型態是決定治療方向與預後的重要依據。病理報告應明確註明分型與分化程度。

膽道癌 vs 壺腹癌重點比較		
比較項目	膽道癌	壺腹癌
主要位置	肝內、肝門部或遠端膽管	壺腹（膽管與胰管開口處）
組織來源	膽管上皮細胞	腸上皮或胰膽管上皮
常見類型	管狀腺癌為主	腸型、胰膽道型、混合型
治療策略	依分期與分子特徵選擇	依組織型態決定（腸癌或胰癌策略）
預後	整體預後較差	整體較佳，胰膽道型較差

病理報告應包含的資訊

- ✓ 腫瘤位置
- ✓ 組織型態與分化程度
- ✓ 淋巴血管浸潤 (LVI)
- ✓ 神經周圍浸潤 (PNI)
- ✓ 切緣狀態 (R0/R1/R2)
- ✓ 分子檢測結果 (如IDH1、FGFR2融合、MSI等)

完整的病理資訊與分子檢測，有助於精準治療與預後評估！



資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Biliary Tract Cancers Version 1.2026；Ampullary Adenocarcinoma Version 1.2026（2026）

本圖僅供衛教參考，實際治療請諮詢專業醫療人員

第五章 基因與生物標記檢測

對不可切除或轉移性膽道癌、且適合接受全身治療的患者，應優先考慮完整 NGS 與生物標記檢測。這些結果可能直接改變二線或後續治療。

標記	常見治療方向	備註
FGFR2 融合 / 重排	Pemigatinib、Futibatinib 等 FGFR 抑制劑	以肝內膽管癌較常見
IDH1 突變	Ivosidenib	常見於肝內膽管癌
BRAF V600E	Dabrafenib + Trametinib	腫瘤不分癌別生物標記策略
HER2 過度表現 / 擴增	HER2 標靶 (如 trastuzumab-based、T-DXd 等依適應症)	膽囊 / 肝外與部分壺腹癌可見
MSI-H/dMMR	Pembrolizumab / 其他具適應症 PD-1 抑制劑	免疫治療重要標記
NTRK 融合	Larotrectinib / Entrectinib / Repotrectinib	腫瘤不分癌別
RET 融合	Selpercatinib	腫瘤不分癌別
BRCA1/2、PALB2 等	遺傳諮詢；治療依癌別與適應症	需區分體細胞與生殖系

壺腹癌建議依病理與治療情境評估 KRAS、BRAF、HER2、MSI/MMR、TMB、NTRK、RET、BRCA1/2/PALB2 等；若疑似生殖系變異，應轉介遺傳諮詢。

5 基因與生物標記檢測

找出癌細胞的基因變化，協助判斷預後、預測治療反應，並指引精準標靶與免疫治療。

檢測流程



重點基因與生物標記及其臨床意義 (依NCCN 2026建議)

類別	基因 / 標記	檢測方法	陽性率(膽道癌)	臨床意義與可考慮治療選擇
可標靶治療 (Targetable Alterations)	FGFR2 融合/重排	NGS、FISH	10–16%	可考慮 FGFR 抑制劑：pemigatinib、futibatinib、infigratinib、erdafitinib (臨床試驗)
	IDH1 突變 (R132)	NGS、PCR	10–20%	可考慮 IDH1 抑制劑：ivosidenib
	HER2 過度表現/擴增	IHC、FISH、NGS	5–15%	可考慮 HER2 標靶：trastuzumab ± pertuzumab、trastuzumab deruxtecan (臨床試驗)
	BRAF V600E 突變	NGS、PCR	2–5%	可考慮 BRAF 抑制劑：dabrafenib + trametinib
	NTRK 融合	NGS、IHC	<1%	可考慮 TRK 抑制劑：larotrectinib、entrectinib
	RET 融合	NGS	1–2%	可考慮 RET 抑制劑：selpercatinib、pralsetinib
	KRAS G12C 突變	NGS	1–3%	可考慮 KRAS G12C 抑制劑：adagrasib (臨床試驗)
免疫治療相關標記 (Immunotherapy Markers)	MSI-H / dMMR	IHC、PCR、NGS	2–5%	可考慮免疫檢查點抑制劑：pembrolizumab
	TMB-H (≥10 mut/Mb)	NGS	~5–10%	可能預測較佳免疫治療反應 (證據持續累積中)
	PD-L1 表現 (CPS)	IHC	10–40%	PD-L1 CPS ≥1：可考慮合併免疫治療
預後相關標記 (Prognostic Markers)	TP53 突變	NGS	20–40%	常見，與較差預後相關
	CDKN2A/B 缺失	NGS	15–20%	與腫瘤進展較快相關
	MET 擴增	NGS、FISH	5–10%	可能與預後較差相關；可考慮 MET 抑制劑 (臨床試驗)
其他檢測	EBV 陽性 (EBVaGC)	EBER-ISH	罕見	少見於膽道癌，可能與特定治療反應相關 (研究中)

檢體來源

組織檢體



- 手術切除標本
- 內視鏡切片/刷檢
- 影像導引穿刺組織

可進行完整病理與分子檢測

液體檢體(血液)



- 循環腫瘤 DNA (ctDNA)
- 適用於無法取得組織或監測治療反應與抗藥性

可進行 NGS 液體切片檢測

常見檢測技術



NGS 次世代定序
一次檢測多個基因變化，最全面的基因分析方式。



IHC 免疫組織化學染色
檢測蛋白表現量，如HER2、PD-L1、MMR等。



FISH 螢光原位雜交
檢測基因擴增或重排，如FGFR2、HER2。



PCR 即時聚合酶鏈反應
檢測特定基因突變，如IDH1 R132、BRAF V600E。

檢測結果如何影響治療？



可標靶基因變化

選擇對應標靶治療，提高治療效果



免疫相關標記陽性

考慮免疫檢查點抑制劑或免疫合併治療



預後不良標記

更積極治療與追蹤，評估臨床試驗



無可標靶變化

依臨床期別選擇標準化療或放療為主

貼心提醒

- 檢測需足夠且品質良好的檢體，才能得到準確結果。
- 檢測結果需由腫瘤專業團隊解讀，並結合臨床狀況決策。
- 基因檢測可能需自費，部分健保或研究計畫可補助，請與醫療團隊討論。

與醫療團隊討論

基因與生物標記檢測是精準治療的重要一步，與您的腫瘤專科醫師、病理科醫師與基因檢測諮詢師討論，擬定最適合您的治療策略！



資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Biliary Tract Cancers Version 1.2026；Ampullary Adenocarcinoma Version 1.2026 (2026)

本圖僅供衛教參考，實際治療請諮詢專業醫療人員

第六章 治療策略總覽

治療決策的核心是「可切除性」。能切除的局限期疾病以根治手術為主；不可切除或轉移性疾病以全身治療為核心，必要時加入放療、動脈導向或其他局部治療。

情境	核心治療	後續
可切除膽道癌	根治性手術 + 區域淋巴結評估	依切緣、淋巴結與病理風險 考慮輔助治療
局部晚期不可切除	全身治療±放療 / 局部治療	反應良好可重新評估手術或 其他根治策略
轉移性膽道癌	第一線免疫 + GemCis 或其他 適合方案	依反應與 NGS 結果選二線 / 標靶
非轉移性壺腹癌	多數先行胰十二指腸切除術	術後依病理亞型與風險選輔 助治療
轉移性壺腹癌	依腸型 vs 胰膽道 / 混合型選 方案	同步考慮生物標記與體能狀 態

6 治療策略總覽

依據癌症期別、分子特徵與病人狀況，選擇最適合的治療組合，達到延長存活與提升生活品質的目標。

一、治療策略的決策架構



二、依期別與可切除性之主要治療策略 (依NCCN 2026建議)

期別 / 狀態	定義	主要治療策略	重點說明
I 期 可切除	- 腫瘤侷限於膽道或胰腹 - 無淋巴結轉移與遠端轉移	手術切除為主 - 根治性手術 (肝切除 + 淋巴結清掃) 術後考慮輔助治療 - 卡培他濱 6 個月 (膽道癌) - 部分胰腹癌可考慮 5-FU 類治療	手術是唯一可能治癒的治療方式，需完整切除並評估淋巴結。
II-III 期 局部進展	- 腫瘤侵犯周圍組織或淋巴結陽性 - 無遠端轉移	以手術為目標的治療 - 新輔助(術前)治療：化放療或化療 - 根治性手術 - 術後輔助治療	透過術前治療降低復發風險，提高 R0 切除率。
IV 期 轉移性	存在遠端轉移 (如肝、肺、腹膜等)	全身性治療為主 - 化學治療為骨幹 (Gemcitabine + Cisplatin) - 合併免疫或標靶治療 (依分子檢測結果) 依分子標記調整 - FGFR2 融合/重排 → FGFR 抑制劑 - IDH1 突變 → IDH1 抑制劑 - HER2 過度表現 → 抗 HER2 治療 - BRAF V600E 突變 → BRAF 抑制劑 - MSI-H/dMMR/TMB-H → 免疫治療	目標為延長存活、控制症狀並維持生活品質。
復發或難治	術後復發或對一線治療無效	二線或後線治療 - 變更化療組合 (如 FOLFOX) - 依分子檢測選擇標靶或免疫治療 - 臨床試驗	持續評估治療反應與耐受性，適時調整治療策略。

三、主要治療 modalities (治療方式)



重點提醒

- 治療選擇需個別化，綜合期別、分子特徵與病人偏好。
- 多專科團隊(MDT)討論可提供最佳治療建議。
- 治療目標不僅是延長存活，更重視生活品質與症狀控制。
- 定期追蹤評估療效與副作用，適時調整治療策略。

多專科團隊(MDT)合作



資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Biliary Tract Cancers Version 1.2026；Ampullary Adenocarcinoma Version 1.2026 (2026)

本圖僅供衛教參考，實際治療請諮詢專業醫療人員

第七章 如何找到專業醫療團隊

膽道癌與壺腹癌經常需要高複雜度手術、膽道引流、精準影像與多線藥物治療，因此適合在具備肝膽胰與癌症多專科能力的醫療中心評估。

- 是否有肝膽胰外科與高量胰十二指腸 / 肝門膽管手術經驗？
- 是否能召開固定的多專科腫瘤會議（MDT）？
- 是否有 ERCP / EUS / 膽道鏡與介入性膽道引流能力？
- 是否可提供完整 NGS、病理與遺傳諮詢？
- 是否有腫瘤內科、放射腫瘤科、癌症藥師、營養與緩和醫療團隊？
- 是否可參與合適的臨床試驗？

7 如何找到專業醫療團隊

膽道癌與壺腹癌治療需要跨專科合作，選擇經驗豐富的團隊可提升診療品質與治療成效。

一、理想的跨專科醫療團隊 (Multidisciplinary Team, MDT)

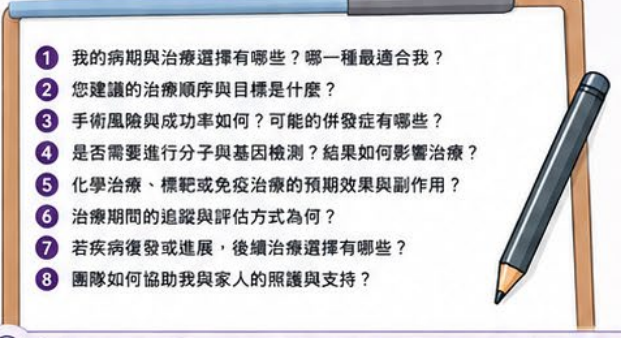
肝膽胰 外科醫師	腫瘤內科 醫師	放射科 醫師	病理科 醫師	消化內科 醫師	護理師	營養師/藥師/ 社工師/心理師
						
- 評估手術切除 - 膽道重建 - 處理併發症	- 化學治療 - 標靶治療 - 免疫治療	- 影像診斷與導引 - 介入性放射治療 - 放射治療規劃	- 病理診斷分型 - 分子與生物標記檢測 - 判讀檢測結果	- 內視鏡檢查與治療 - ERCP與膽道引流 - 組織檢檢	- 治療照護與副作用管理 - 衛教與病人支持 - 協調醫療流程	- 營養評估與支持 - 用藥諮詢與管理 - 心理支持與社會資源

 團隊共同討論病情，擬定個人化治療計畫，並在治療過程中持續評估與調整。

二、如何尋找具經驗的醫療團隊

1. 選擇醫學中心或區域醫院  - 具肝膽胰外科、腫瘤科、消化內科、放射科、病理科等完整團隊。 - 有處理複雜膽道癌與壺腹癌的經驗。	2. 了解團隊經驗與成果  - 詢問醫院或醫師每年診治膽道癌與壺腹癌的病例數。 - 了解手術成功率、併發症率與存活成效。	3. 參考醫師專長與認證  - 選擇專長於肝膽胰外科、消化內視鏡或腫瘤治療的醫師。 - 查看學經歷、專科認證與學會資格（如台灣肝膽胰外科醫學會等）。	4. 善用醫療資源與轉診管道  - 透過家庭醫師或診所轉診。 - 利用醫院網站、衛教中心、癌症資源中心或病友團體獲得推薦。	5. 第二意見諮詢  - 若對治療計畫有疑慮，可諮詢第二意見。 - 有助於確認診斷與治療選擇，提升信心。
--	--	--	--	--

三、評估醫療團隊的重點問題



- 我的病情與治療選擇有哪些？哪一種最適合我？
- 您建議的治療順序與目標是什麼？
- 手術風險與成功率如何？可能的併發症有哪些？
- 是否需要進行分子與基因檢測？結果如何影響治療？
- 化學治療、標靶或免疫治療的預期效果與副作用？
- 治療期間的追蹤與評估方式為何？
- 若疾病復發或進展，後續治療選擇有哪些？
- 團隊如何協助我與家人的照護與支持？

 小提醒：勇於提問，充分溝通，才能做出最適合自己的治療決定！

四、病友與家屬的準備

整理病歷與檢查資料  帶齊影像光碟、病理報告、檢驗結果與用藥紀錄。	記錄症狀與問題清單  記下症狀變化與想詢問的問題，就診時更有效率。
攜伴就醫  家人或朋友陪同，可協助記錄與理解醫囑。	保持積極溝通  與醫療團隊保持良好互動，主動表達需求與疑慮。

五、善用病友資源與支持團體

 癌症希望基金會 提供癌症衛教、心理支持與資源。	 台灣癌症基金會 病友支持團體與照護資訊。	 膽癌病友協會 經驗分享與互助支持。	 醫院癌症資源中心 提供諮詢、營養、心理與社工服務。	 政府與衛福部網站 癌症資訊與醫療補助政策查詢。
---	--	---	---	---

選擇專業團隊，攜手面對挑戰！

您並不孤單，專業的醫療團隊、家人支持與病友資源，將是您治療路上、最堅強的後盾。

積極參與治療決策，提升治療成效與生活品質！



資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)
Biliary Tract Cancers Version 1.2026； Ampullary Adenocarcinoma Version 1.2026 (2026)

本圖僅供衛教參考，實際治療請諮詢專業醫療人員

第八章 治療方案：手術、化療、免疫與標靶

8.1 手術治療

原發位置	常見根治性術式	重點
肝內膽管癌	肝段 / 肝葉切除 + 淋巴結評估	目標 R0，保留足夠未來殘餘肝
肝門部膽管癌	大範圍肝切除 + 尾狀葉切除 + 膽道重建	常需評估門靜脈 / 肝動脈與膽道重建
遠端膽管癌	胰十二指腸切除術 (Whipple)	同時切除遠端膽管、胰頭與十二指腸
壺腹癌	胰十二指腸切除術 (Whipple)	局限可切除病例的標準根治術式

8.2 術後輔助治療

膽道癌術後常以 capecitabine 為重要輔助治療選項；高風險肝外膽管癌 / 膽囊癌可視 R1/R2 或 N+ 情況討論放化療。壺腹癌則需依腸型或胰膽道型選擇 5-FU/LV、gemcitabine、FOLFOX/CapeOx 或其他外推方案。

8.3 轉移性膽道癌第一線

方案	典型劑量框架	關鍵證據
Durvalumab + GemCis	Durvalumab 1500 mg IV D1 Q3W ; Gemcitabine 1000 mg/m ² D1,8 + Cisplatin 25 mg/m ² D1,8 · Q3W×最多 8 cycles ; 之後 durvalumab 維持	TOPAZ-1 : OS 優於 GemCis
Pembrolizumab + GemCis	Pembrolizumab 200 mg IV D1 Q3W ; Gemcitabine 1000 mg/m ² + Cisplatin 25 mg/m ² D1,8 · Q3W ;	KEYNOTE-966 : mOS 12.7 vs 10.9 月

	cisplatin 最多 8 cycles , pembrolizumab 最多 35 cycles	
GemCis (不適合 ICI 時)	Gemcitabine 1000 mg/m ² + Cisplatin 25 mg/m ² D1,8 Q3W	傳統第一線骨幹

TOPAZ-1 與 KEYNOTE-966 的 pivotal population 為膽道癌 (肝內 / 肝外膽管癌與膽囊癌) ，不能直接視為所有壺腹癌的第一線標準。

8.4 二線與後續治療

若沒有可治療的分子標記，FOLFOX 是重要二線選擇之一；若 NGS 發現 FGFR2、IDH1、HER2、BRAF V600E、NTRK、RET 或 MSI-H/dMMR 等，則依生物標記與核准適應症選精準治療。

8.5 轉移性壺腹癌

病理亞型	較常參考的全身治療方向
胰膽道型 / 混合型	GemCis、gemcitabine-based、FOLFOX；體能良好者可考慮 mFOLFIRINOX / NALIRIFOX 等 (多屬外推或較低層級證據)
腸型	FOLFOX、CapeOx、FOLFIRI ± bevacizumab 等 colorectal-style regimens
體能較差	5-FU/LV、capecitabine 或 gemcitabine 單藥；重視症狀支持

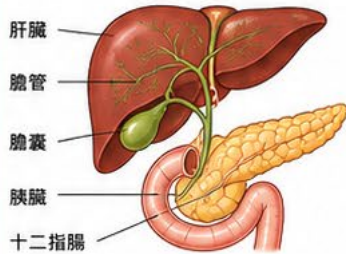
8

治療方案：手術、化療、免疫與標靶

依據癌症分期、分子特徵與病人狀況，選擇最適合的治療組合，提升存活率並維持生活品質。

一、手術治療

以手術切除腫瘤為最可能根治的方式，適用於早期或局部可切除之病人。



常見手術方式

- 肝切除術
- 胸腔鏡或腹腔鏡手術
- 胰十二指腸切除術 (Whipple 手術)
- 膽囊切除術
- 肝門部膽管切除與重建術

手術目標與注意事項



目標

完全切除腫瘤，達到根治或延長存活。



注意事項

需評估肝功能、營養狀態、心肺功能與手術風險。

二、化學治療

以藥物抑制或殺死癌細胞，適用於術前縮小腫瘤、術後輔助治療或晚期控制病情。



常用藥物組合

- Gemcitabine + Cisplatin
- (臨床試驗) Durvalumab + Gemcitabine + Cisplatin
- FOLFOX
- 5-FU/leucovorin
- Capecitabine

治療目標

- 控制腫瘤進展
- 延長存活期
- 緩解症狀
- 降低復發風險 (術後輔助治療)

常見副作用與照護



嘔心嘔吐
食慾不振



骨髓抑制
(白血球/血小板下降)



掉髮



口腔潰瘍

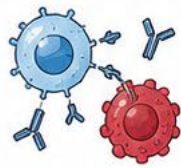


手腳麻木

副作用因人而異，醫療團隊會給予藥物與營養支持以減輕不適。

三、免疫治療

活化自身免疫系統來辨識並攻擊癌細胞，適用於特定生物標記陽性或與化療合併治療。



常見藥物

- Durvalumab
- Pembrolizumab
- (臨床試驗中) Nivolumab 等

可能適用對象

- MSI-H / dMMR
- TMB-H (≥ 10 mut/Mb)
- PD-L1 CPS ≥ 1
- 其他臨床試驗族群

可能副作用 (免疫相關不良反應 irAE)



皮膚紅疹
瘙癢



腸炎
腹瀉



肝炎
肝功能異常



肺炎
咳嗽呼吸困難



內分泌異常
甲狀腺、腎上腺等

多數免疫副作用可透過早期發現與類固醇治療獲得控制。

四、標靶治療 (精準治療)

針對特定基因變異或路徑的藥物，可精準抑制癌細胞生長。



常見標靶藥物與對應基因

- FGFR2 融合/重排 → FGFR 抑制劑
- IDH1 突變 → IDH 抑制劑
- HER2 過度表現/擴增 → 抗 HER2 藥物
- BRAF V600E 突變 → BRAF 抑制劑
- NTRK 融合 → TRK 抑制劑
- RET 融合 → RET 抑制劑
- 其他臨床試驗標靶藥物

特色

- 精準打擊目標
- 副作用較化療低
- 需依基因檢測結果選擇用藥

常見副作用與照護



皮膚反應
(紅疹、乾燥)



腹瀉



高血壓



手足症候群



肝功能異常

需定期追蹤副作用與療效，依耐受性調整劑量。

五、多模式治療與治療時機

治療時機	目的	常見治療組合
術前治療 (Neoadjuvant)	縮小腫瘤，提高手術切除率	化療 ± 標靶/免疫治療 放射治療 (部分病人)
手術治療 (Surgery)	根治性切除腫瘤	依腫瘤位置與分期選擇適當手術方式
術後輔助治療 (Adjuvant)	降低復發風險，延長存活	化療 ± 標靶/免疫治療 依病理與基因結果調整
晚期/轉移性治療 (Advanced/Metastatic)	控制病情，延長存活，緩解症狀	化療、標靶、免疫治療或 臨床試驗組合



實際治療需由多專科團隊(MDT)綜合評估，個人化擬定治療計畫。

六、支持性照護

支持性照護可減輕治療副作用，提升生活品質與治療持續性。



營養支持
專業營養評估
與飲食建議



疼痛控制
藥物與非藥物
疼痛管理



心理支持
心理諮商與
情緒支持



復健與運動
維持體力與
生活功能



社會資源
經濟、保險、
病友團體協助



七、重要提醒

- 治療策略會持續依病情、檢測結果與耐受性調整。
- 與醫療團隊充分溝通，了解治療目標與可能風險。
- 參與臨床試驗是獲得新療法的重要管道之一。
- 維持健康生活型態，配合追蹤，提升治療成效與生活品質。



多專科團隊合作 (MDT)：外科、內科、放射科、病理科、護理師、營養師、藥師、心理師、社工師等共同擬定最適合的治療方案。

資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)
Biliary Tract Cancers Version 1.2026；Ampullary Adenocarcinoma Version 1.2026 (2026)

本圖僅供衛教參考，實際治療請諮詢專業醫療人員

第九章 治療副作用與處理

治療	常見副作用	監測 / 處理重點
Cisplatin	腎毒性、低鎂、噁心、聽力與神經毒性	治療前後補液、腎功能與電解質監測；必要時調整鉑類
Gemcitabine	白血球 / 血小板下降、疲倦、肝功能異常	CBC、肝功能；感染警訊教育
Oxaliplatin	周邊神經病變、冷刺激敏感	避免冰冷刺激；累積性神經毒性需評估減量
Capecitabine/5-FU	手足症候群、口腔炎、腹瀉	皮膚護理、水分、腹瀉分級；嚴重時暫停與調整
Durvalumab/Pembrolizumab	免疫性肝炎、肺炎、腸炎、內分泌病變、皮膚炎	出現新症狀要及早回報；部分需類固醇治療
FGFR 抑制劑	高磷血症、眼部毒性、指甲 / 皮膚問題	磷、腎功能與眼科監測
手術後	膽漏、胰漏、感染、延遲胃排空、營養下降	傷口 / 引流、發燒、進食與體重監測

9 治療副作用與處理

治療可能帶來不同程度的副作用，了解常見反應與處理方式，能幫助您安全治療、維持生活品質。

一、常見治療與可能副作用總覽

治療方式	手術治療	化學治療	標靶治療	免疫治療	放射治療
代表治療	肝切除、胰十二指腸切除等	GEM+CIS、FOLFOX 等	FGFR 抑制劑、IDH 抑制劑、BRAF 抑制劑等	Durvalumab、Pembrolizumab 等	體外放射治療、術後或緩解性治療
常見副作用	- 疼痛 - 出血、感染 - 膽漏、胰漏 - 腸胃功能改變	- 噁心嘔吐 - 食慾下降 - 掉髮 - 骨髓抑制(白血球、血小板下降) - 疲倦	- 皮疹、乾燥 - 腹瀉 - 高血壓 - 肝功能異常 - 甲狀腺功能異常	- 皮疹、搔癢 - 腹瀉、腸炎 - 肝炎 - 內分泌異常 - 肺炎	- 皮膚紅腫 - 疲倦 - 噁心 - 肝功能異常
特點	 有創治療，需恢復期	 全身性治療，影響快速分裂細胞	 針對特定分子標的，相對精準	 調節免疫系統，可能產生免疫反應	 局部治療，影響照射區域組織

二、常見副作用與處理方式

噁心嘔吐  - 使用止吐藥(依醫囑按時服用) - 少量多餐，避免油膩或刺激 - 保持水分攝取，必要時補充電解質	食慾下降  - 少量多餐，攝取高熱量高蛋白食物 - 補充營養品(如營養補充飲品) - 適度運動，維持活動量	腹瀉  - 補充水分與電解質 - 避免生冷、油膩與乳製品 - 依醫囑使用止瀉藥 - 若持續超過 2 天，應回診	皮疹 / 搔癢  - 保持皮膚清潔保濕 - 避免曝曬與刺激性清潔劑 - 依醫囑使用抗組織胺或用藥膏
骨髓抑制  - 定期抽血追蹤 - 注意感染與出血徵兆 - 避免出入人多場所 - 如有發燒 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 需立即就醫	疲倦  - 規律作息，適度休息 - 輕度活動(如散步) - 均衡營養，補充水分	肝功能異常  - 避免飲酒與不必要藥物 - 定期抽血追蹤 - 出現黃疸、深色尿或右上腹疼痛，需回診	高血壓  - 定期量測血壓 - 低鹽飲食、規律運動 - 依醫囑服用降血壓藥
內分泌異常  - 定期抽血檢查甲狀腺等激素 - 出現疲倦、體重改變、怕冷等，需告知醫師	免疫相關副作用 (irAE)  - 可能影響皮膚、腸道、肝臟、內分泌、肺部等 - 及早發現、及早治療(可能需類固醇等藥物)	口腔潰瘍  - 保持口腔清潔 - 避免辛辣或刺激性食物 - 使用溫和漱口水或口腔凝膠	掉髮  - 多為暫時性，治療結束後會長回 - 使用溫和洗髮精，避免熱吹整

三、何時需要聯絡醫療團隊？

- 發燒 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 或寒顫
- 持續嘔吐或腹瀉，無法進食飲水
- 呼吸困難、胸痛或嚴重咳嗽
- 出現嚴重皮疹、起水泡或脫皮
- 出現黃疸(皮膚或眼白變黃)、深色尿或劇烈腹痛
- 任何讓您擔心或不適的症狀

四、自我照護小撇步

- 與醫師、護理師保持良好溝通，主動回報症狀
- 記錄副作用與用藥，攜帶就醫方便評估
- 均衡飲食、充足睡眠、適度運動
- 保持良好衛生，避免感染
- 善用家人與社會資源，減輕壓力

五、重要提醒

- 副作用因人而異，並非每個人都會發生。
- 大部分副作用可透過藥物或調整治療來控制。
- 不要自行停藥或更改劑量，應與醫療團隊討論。
- 積極處理副作用，才能確保治療持續進行並達到效果。



每次回診請攜帶：用藥紀錄本、症狀紀錄、檢驗報告，協助醫療團隊做最適合的調整。

資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)
Biliary Tract Cancers Version 1.2026；Ampullary Adenocarcinoma Version 1.2026 (2026)

本圖僅供衛教參考，實際治療請諮詢專業醫療人員

第十章 療效與預後指標

療效評估不能只看腫瘤有沒有縮小。臨床試驗與門診追蹤常合併 ORR、PFS、OS、R0 切除率、復發率、症狀與生活品質。

指標	意思	病人可以怎麼理解
ORR 客觀反應率	完全反應 + 部分反應的比例	多少人影像上明顯縮小
DOR 反應持續時間	反應維持多久	縮小能維持多久
PFS 無惡化存活期	到疾病惡化或死亡的時間	治療能延緩惡化多久
OS 總存活期	從指定起點到死亡的時間	最重要的整體存活指標之一
R0 切除	切緣無腫瘤	手術是否達到完整根治性切除
生活品質	疼痛、體力、進食、睡眠、功能	療效與毒性之間的平衡

10.1 代表性晚期膽道癌數據

試驗	治療	mOS	其他
TOPAZ-1	Durvalumab + GemCis vs GemCis	約 13.0 vs 11.4 月 (最新長期分析)	長期存活曲線持續分離
KEYNOTE-966	Pembrolizumab + GemCis vs GemCis	12.7 vs 10.9 月	mPFS 6.5 vs 5.6 月

不同試驗族群與分析時間不同，不宜直接以單一中位數比較藥物優劣。個人預後也會受分期、原發位置、R0 切除、體能、分子標記、感染與肝功能等影響。

10 療效與預後指標

透過客觀指標評估治療成效與疾病走向，協助擬定後續治療策略與追蹤計畫。

一、療效評估的目的與時機

目的



- 評估治療是否有效
- 及早發現疾病進展
- 調整治療策略
- 預測預後與生存期
- 提升生活品質

評估時機



- 治療開始後固定週期
- 症狀變化時
- 腫瘤指標異常時
- 治療方案調整前

二、主要療效評估指標

影像學評估 (RECIST 1.1)



- 腫瘤大小變化
- 評估目標病灶
- 分為：完全緩解 (CR)
- 部分緩解 (PR)
- 疾病穩定 (SD)
- 疾病進展 (PD)

腫瘤標記 (血液檢測)



- CA19-9
- CEA
- 其他標記
- 數值下降代表治療反應良好

病理與分子反應



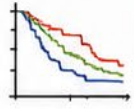
- 病理檢體中
- 癌細胞比例下降
- 分子標記表現改變 (如：ctDNA下降)

症狀與生活品質



- 疼痛減輕
- 食慾改善
- 體重穩定
- 生活品質評估量表 (如：EORTC QLQ-C30)

生存期指標



- 無惡化存活期 (PFS)
- 總生存期 (OS)
- 疾病特定生存期 (DSS)

三、預後指標 (影響生存期的重要因素)

指標類別

不良預後因子



腫瘤特徵

晚期分期 (III/IV期)、腫瘤大、淋巴結轉移、遠端轉移 (肝、肺、腹膜等)



生物標記

CA19-9 高值、CEA 高值
特定基因突變 (如 KRAS、TP53)
MSI-H / dMMR (預後較佳)



病理分型

高分化較佳，低分化或印戒細胞型較差
神經浸潤、血管浸潤陽性



治療反應

治療後腫瘤縮小程度
腫瘤標記下降幅度
症狀改善程度



病人因素

年齡、體能狀態 (ECOG PS)
合併疾病、營養狀況
肝功能、膽道阻塞控制情形

四、不同期別之預後參考 (僅供參考，實際依個別情況而異)

期別 (AJCC 8版)

特徵

中位生存期

5年存活率

I 期



- 腫瘤局限於膽道或囊腫
- 無淋巴結或遠端轉移
- 可完全切除

30~60 個月

40~60%

II 期



- 局部進展
- 可能有局部淋巴結轉移
- 可切除

20~36 個月

20~40%

III 期



- 局部晚期
- 淋巴結轉移廣泛或血管侵犯
- 尚可部分切除或接受輔助治療

12~24 個月

10~20%

IV 期



- 遠端轉移 (如肝、肺、腹膜) 或多處轉移

6~12 個月

<5%

* 實際預後受治療方式、基因型態、身體狀況等多重因素影響。

五、療效評估流程

1. 基線評估



治療前進行影像、血液檢查與症狀評估記錄

2. 定期追蹤



依治療類型與期別，每 2~3 個月追蹤影像與腫瘤標記

3. 綜合評估



整合影像、標記、症狀與生活品質進行整體療效判定

4. 調整策略



依評估結果調整治療方案或支持性照護計畫

六、追蹤建議



追蹤頻率

- 手術後第 1~2 年：每 3 個月
- 第 3~5 年：每 6 個月
- 超過 5 年：每年 1 次
- 有症狀或異常時：隨時回診



追蹤項目

- 病史與身體檢查
- 影像檢查 (CT/MRI)
- 腫瘤標記 (CA19-9 等)
- 肝功能與營養評估
- 生活品質評估

七、療效分級與說明 (RECIST 1.1)

完全緩解 (CR)



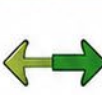
所有目標病灶消失
持續至少 4 週
無新病灶出現

部分緩解 (PR)



目標病灶總和縮小 $\geq 30\%$
持續至少 4 週
無新病灶出現

疾病穩定 (SD)



未達 PR 或 PD 標準
腫瘤大小變化在 $-30\% \sim +20\%$ 之間

疾病進展 (PD)



目標病灶總和增加 $\geq 20\%$
或出現新病灶

臨床意義



- CR/PR：療效良好，可持續治療
- SD：維持現狀，持續觀察
- PD：需調整治療策略

八、重點提醒



療效評估需綜合多項指標，單一指標不足以做出決策。



提早發現進展，可及時調整治療，爭取最佳時機。



分子標記與基因檢測有助於預測療效與選擇合適治療。



與醫療團隊充分溝通，共同擬定最適合您的治療與追蹤計畫。



保持良好營養、運動與心理支持，有助提升治療效果與生活品質。

第十一章 病人自我照顧

- 每日觀察黃疸、尿色、糞便顏色、發燒與腹痛變化。
- 若有膽道支架 / 引流管，注意膽汁量、顏色、是否突然停止或滲漏。
- 依處方服藥，所有中草藥、保健食品都應先告知醫療團隊，以避免肝毒性與藥物交互作用。
- 少量多餐，攝取足夠蛋白質與熱量；若脂肪便或體重持續下降，儘早營養評估。
- 規律喝水；若有腎臟、心臟或腹水問題，依醫囑設定水分目標。
- 依體力活動，盡量維持肌力與日常功能。
- 定期抽血追蹤血球、腎功能、肝功能與電解質。
- 記錄副作用發生時間與嚴重度，門診前整理問題與治療目標。

11 病人自我照顧

良好的自我照顧有助於減輕不適、提升治療耐受性與生活品質，陪伴您穩定走過治療旅程。

一、營養與飲食

飲食原則

- 均衡營養，多樣化飲食
- 少量多餐，避免過飽
- 優質蛋白質：魚、蛋、豆製品、瘦肉
- 多攝取蔬果與全穀類
- 減少高油、高糖、高鹽與加工食品
- 充足水分，每日至少1500-2000ml



常見問題與建議

食慾不振

少量多餐、增加喜歡的食物、營養補充品

噁心嘔吐

選擇清淡、冷食
避免油膩與刺激味

腹瀉

補充水分與電解質
避免乳製品與生食

便秘

多喝水、攝取膳食纖維
適度活動

二、規律活動與休息

適度運動



- 每週至少150分鐘中等強度活動
- 如散步、伸展、瑜伽
- 避免過度疲累

充足休息



- 每日睡眠7-8小時
- 午休不超過30分鐘
- 建立規律作息

避免菸酒



- 戒菸可降低併發症
- 避免飲酒或限制酒精
有助肝臟健康

三、症狀自我監測與處理

記錄症狀變化，及時與醫療團隊聯繫。

	發燒	黃疸	腹痛	腹脹噁心	出血傾向	呼吸困難
常見症狀監測重點	體溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 持續或發冷	皮膚、眼白變黃 尿色變深、 糞便變淺	持續或加劇疼痛 影響日常活動	持續噁心、嘔吐 無法進食或喝水	不明瘀青、流血 牙齦出血、血便	活動時喘或 靜息時呼吸困難

何時需要立即就醫？

- 發燒 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 、寒顫
- 嚴重腹痛、黃疸快速惡化
- 持續嘔吐、無法進食或喝水
- 嚴重出血或呼吸困難

記錄小幫手

使用症狀與用藥紀錄表，
包含：症狀、發生時間、
嚴重度、處理方式與效果。

四、用藥與治療配合



按時用藥

依醫囑正確劑量與時間服藥，
不自行增減或停藥。



了解藥物副作用

認識可能副作用及處理方式，
出現不適及早告知醫護人員。



保存用藥紀錄

記錄藥名、劑量、時間與效果，
就醫時攜帶供醫師參考。



定期回診與檢查

依排定時間回診與檢查，
追蹤治療效果與安全性。

五、心理與情緒照顧

接納情緒



面對疾病會有焦慮、害怕、
沮喪，這些都是正常反應。

紓壓方法



深呼吸、冥想、聽音樂、
閱讀、寫日記等幫助放鬆。

尋求支持



與家人朋友分享感受，
或尋求專業心理諮詢協助。

需要幫助時，勇敢說出來，您並不孤單！

六、預防感染

勤洗手



使用肥皂或酒精
洗手至少20秒

避免人多場所



流行期間減少出入
擁擠公共場所

注意個人衛生



咳嗽戴口罩，
保持咳嗽禮節

均衡營養與休息



提升免疫力，預防
感染與併發症

按時接種疫苗



如流感疫苗、
肺炎疫苗等
(依醫囑)

七、生活品質與日常調整

建立目標



設定可達成的小目標，
保持正向動力。

維持興趣



培養或維持喜歡的
活動，轉移注意力。

善用資源



善用醫療團隊、
社福資源與支持團體。

安全居家環境



保持環境整潔、
防滴、光線充足。

八、重點提醒

- ✓ 傾聽身體的訊號，及時處理不適症狀。
- ✓ 均衡飲食、規律活動與充足休息是治療的好幫手。
- ✓ 與醫療團隊保持良好溝通，共同制定照護計畫。
- ✓ 照顧自己，是為了走更長遠的路！



您不是一個人，醫療團隊、家人朋友與社會資源都在您身邊，陪您一起面對與克服！

第十二章 結論：共同決策與治療地圖

膽道癌與壺腹癌不是單一疾病。位置、病理亞型、分期與分子特徵會共同決定手術與藥物策略。治療過程中要反覆重新評估，而不是一次決策後固定到底。

- 第一：確認原發位置與病理類型。
- 第二：完成精準分期與可切除性評估。
- 第三：能 R0 切除時，手術是最重要的治癒機會。
- 第四：不可切除 / 轉移性膽道癌要做完整 NGS 與生物標記檢測。
- 第五：膽道癌第一線免疫 + GemCis 已成為重要標準，但壺腹癌需依亞型分流。
- 第六：每次療效評估都同時看影像、症狀、毒性與生活品質。

共同決策時可以問醫療團隊：我的癌症原發位置與亞型是什麼？現在是否可切除？手術目標能否達到 R0？我是否已完成 NGS / MSI/MMR / HER2 等檢測？目前療程的主要目標是治癒、延長存活、控制症狀，還是三者兼顧？

12 結論：共同決策與治療地圖

了解選擇、參與決策、與團隊同行，才能走出屬於您的最佳治療路徑。

一、共同決策 (Shared Decision Making)

共同決策是醫病雙方平等溝通、互相尊重，依據醫學證據與個人價值，選擇最適合的治療方案。



共同決策的關鍵

- ☒ 提出問題、表達困惑
- ☒ 充分了解選項的利與弊
- ☒ 考量自己的生活與目標
- ☒ 與信任的團隊一起做決定



您的聲音，
是治療決策的
重要一環！

二、治療的目標

依照疾病階段與個人狀況，設定合理且可達成的治療目標。



治療 (根治)

早期發現、完整治療，追求長期存活與無疾病狀態。



延長存活

控制疾病進展，延長生命時間，維持良好生活品質。



症狀緩解與生活品質

減輕疼痛與不適，讓生活更舒適，重視身心靈的平衡。



尊重個人意願與價值

依個人信念與價值，選擇最適合自己的照護方式。

三、治療地圖 (治療旅程圖)

從診斷到長期追蹤，每一步都重要，我們與您同行。



整合式照護：醫療團隊、病人、家屬與社會資源共同合作

四、您可以做的事

- 主動參與** 積極表達想法與需求，參與治療決策。
- 持續學習** 了解疾病與治療新知，提升自我照護能力。
- 善用資源** 運用醫療團隊、病友團體與社會資源。
- 照顧自己** 均衡飲食、規律運動、充足休息，維持身心健康。
- 建立支持系統** 與家人、朋友保持聯繫，互相支持與鼓勵。

五、重要提醒

- ☒ 沒有標準答案，只有最適合您的選擇。
- ☒ 治療可能帶來副作用，多與團隊討論，可有效控制與改善。
- ☒ 定期追蹤是早期發現變化的關鍵。
- ☒ 保持希望與正向心態，有助於療效與生活品質。
- ☒ 您並不孤單，我們與您一起面對。



六、給您的祝福

每一步都是向前的力量，
每一個選擇都是對自己的愛。

相信專業、相信自己、
攜手同行，迎向更好的未來！



讓我們一起，透過共同決策與完整照護，走出屬於您的治療地圖，迎向希望與光明的未來！

附錄 主要縮寫與參考資料

縮寫	中文
BTC	膽道癌
iCCA	肝內膽管癌
pCCA	肝門部膽管癌
dCCA	遠端膽管癌
NGS	次世代基因定序
ORR	客觀反應率
PFS	無惡化存活期
OS	總存活期
R0	切緣陰性完整切除
MDT	多專科團隊

參考資料（衛教版）

1. 使用者提供之《膽道與壺腹癌症手冊 ver 2》，2026.08。內容整合 NCCN 2026 治療框架、AJCC 分期與重要臨床試驗。
2. Benson AB III, et al. Biliary Tract Cancers, Version 2.2025, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2025;23(9):403-418.
3. Oh D-Y, et al. Durvalumab plus Gemcitabine and Cisplatin in Advanced Biliary Tract Cancer (TOPAZ-1) and long-term analyses.
4. Kelley RK, et al. Pembrolizumab in combination with gemcitabine and cisplatin for advanced biliary tract cancer (KEYNOTE-966). Lancet. 2023.
5. U.S. FDA prescribing information / approval summaries for pembrolizumab and durvalumab in biliary tract cancer.
6. NCCN Ampullary Adenocarcinoma guideline framework as summarized in the supplied 2026 manual; treatment should follow current local labeling and specialist review.

更新日期：2026-08-30。此文件為一般民眾衛教用途。