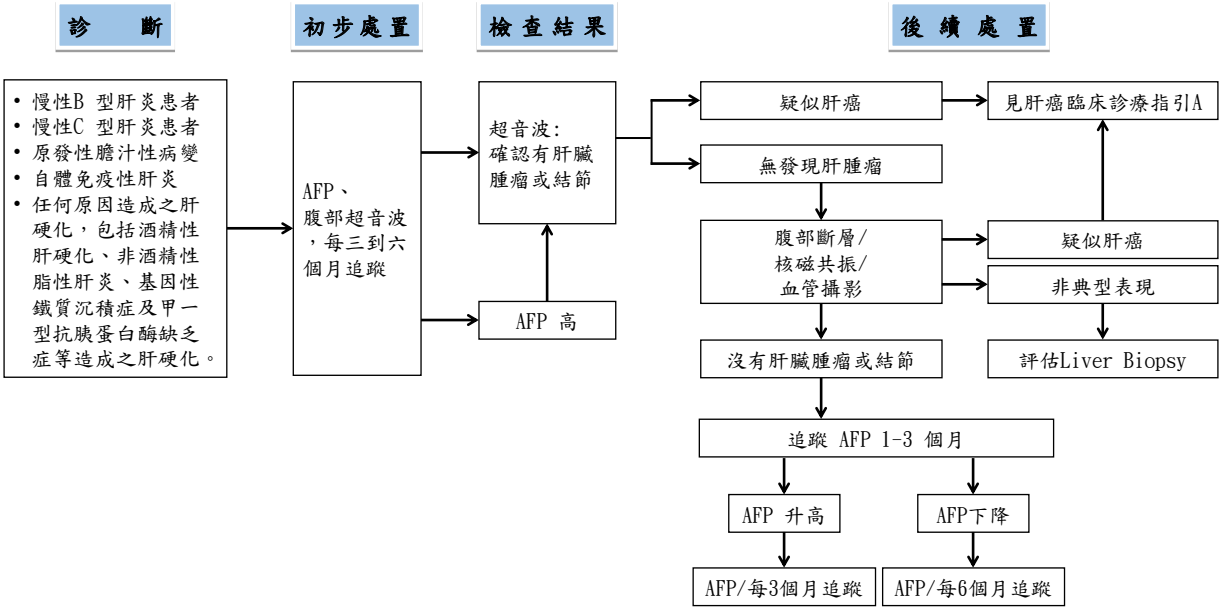
肝癌

召集人:陳盈達 主任

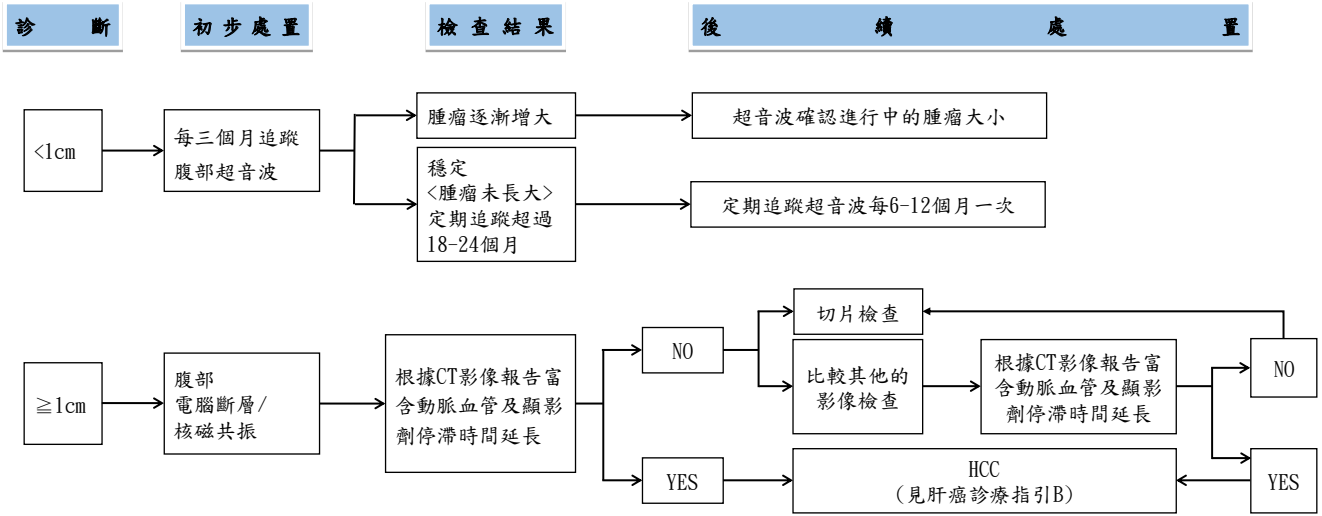
肝癌診療指引修訂

2025/01/05 修訂第十一版	2026/01/09 修訂第十二版
● 更新文獻 ● 新增、修訂共識處方	● 更新文獻 ● 新增、修訂共識處方 ● 肝癌臨床診療指引B新增：影像學檢查MRI、選擇性檢查Bone scan、PET ● Child Pugh Score修改為Child-Turcotte-Pugh Score ● Total Bilirubin<mg/Dl>單位修改為dL ● Total Bilirubing<mg/dL>刪除 <34、34-50、>50 ● Prothrombin time prolonged sec <INR>新增1-4(<1.7)、4-6(1.7/~2.3)、>6(>2.3) ● *2依據巴塞隆納<BCLC>的肝癌分期，修正為依據巴塞隆納<2022 BCLC>的肝癌分期 ● Stage0、BCLC0、Single nodule <2 cm，刪除~~Carcinoma in situ~~、Child-PughA修正為A-B、Perfomance Status Test0-1修正為0 ● StageA、BCLCA、Single nodule刪除~~≦5 cm~~、Perfomance Status Test0-1修正為0 ● StageB、BCLCB、刪除~~Single nodule >5cm or~~ Mulitinodulars、Perfomance Status Test0-1修正為0 ● StageC、BCLCC、Perfomance Status Test0-2修正為1-2 ● 肝臟腫瘤破裂診療指引新增考慮全身療法途徑 丙、肝臟標靶治療診療指引經導管動脈化學藥物栓治療(Transcatheter arterialchemoembolization,T.A.C.E)失敗之晚期肝細胞癌的child-pugh A class患者，需提供患者於刪除~~六個月~~改為12個月內≧3次局部治療之紀錄。

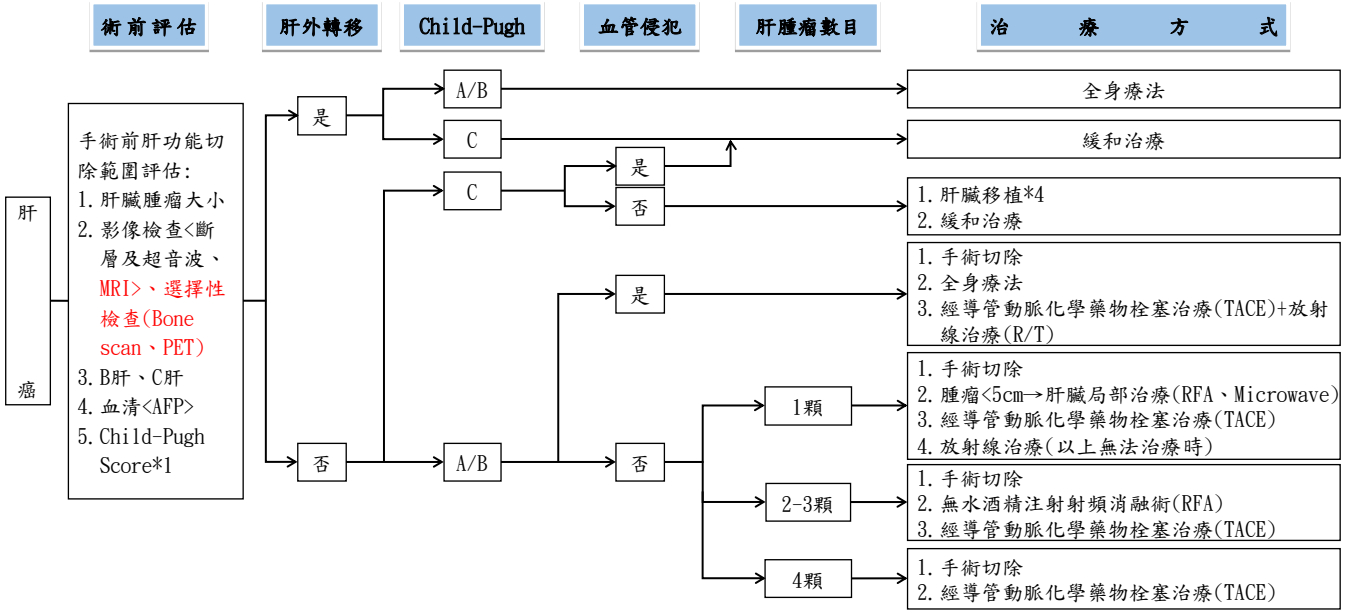
肝癌臨床診療指引


診 斷
初步處置
檢查結果
後續處置
• 慢性B 型肝炎患者
• 慢性C 型肝炎患者
• 原發性膽汁性病變
• 自體免疫性肝炎
• 任何原因造成之肝硬化，包括酒精性肝硬化、非酒精性脂性肝炎、基因性鐵質沉積症及甲一型抗胰蛋白酶缺乏症等造成之肝硬化。
AFP、
腹部超音波
，每三到六
個月追蹤
超音波:
確認有肝臟
腫瘤或結節
AFP 高
疑似肝癌
無發現肝腫瘤
見肝癌臨床診療指引A
腹部斷層/
核磁共振/
血管攝影
疑似肝癌
非典型表現
沒有肝臟腫瘤或結節
評估Liver Biopsy
追蹤 AFP 1-3 個月
AFP 升高
AFP下降
AFP/每3個月追蹤
AFP/每6個月追蹤

肝癌臨床診療指引A


診 斷
初步處置
檢查結果
後 續 處 置
<1cm
每三個月追蹤腹部超音波
腫瘤逐漸增大
超音波確認進行中的腫瘤大小
穩定<腫瘤未長大>定期追蹤超過18-24個月
定期追蹤超音波每6-12個月一次
≧1cm
腹部電腦斷層/核磁共振
根據CT影像報告富含動脈血管及顯影劑停滯時間延長
NO
切片檢查
比較其他的影像檢查
根據CT影像報告富含動脈血管及顯影劑停滯時間延長
NO
YES
HCC
(見肝癌診療指引B)
YES

肝癌臨床診療指引B


術前評估
肝外轉移
Child-Pugh
血管侵犯
肝腫瘤數目
治療方式
肝癌
手術前肝功能切除範圍評估:
1. 肝臟腫瘤大小
2. 影像檢查<斷層及超音波、MRI>、選擇性檢查(Bone scan、PET)
3. B肝、C肝
4. 血清<AFP>
5. Child-Pugh Score*1
是
否
A/B
C
C
A/B
是
否
是
否
是
否
1顆
2-3顆
4顆
全身療法
緩和治療
1. 肝臟移植*4
2. 緩和治療
1. 手術切除
2. 全身療法
3. 經導管動脈化學藥物栓塞治療(TACE)+放射線治療(R/T)
1. 手術切除
2. 腫瘤<5cm→肝臟局部治療(RFA、Microwave)
3. 經導管動脈化學藥物栓塞治療(TACE)
4. 放射線治療(以上無法治療時)
1. 手術切除
2. 無水酒精注射射頻消融術(RFA)
3. 經導管動脈化學藥物栓塞治療(TACE)
1. 手術切除
2. 經導管動脈化學藥物栓塞治療(TACE)

*1 Child-Turcotte-Pugh Score

Measue/score	1 point	2 points	3 points
Total Bilirubin <mg/dL>	〔<2〕	〔2-3〕	〔>3〕
Serum albumin <g/L>	>3.5	2.8-3.5	<2.8
Prothrombin time prolonged sec <INR>	1-4 (<1.7)	4-6 (1.7~2.3)	>6 (>2.3)
Ascites	Absent	slight	Moderate
Hepatic encephalopathy<肝昏迷>	None	Grad I-II <or suppressed with medication>	Grade III-IV,〔or refractory〕

*2依據巴塞隆納<2022 BCLC>的肝癌分期

定義	2010診斷年(含)以後肝癌BCLC編碼	Tumor Features	Child Pugh score	Perfomance Status Test
Stage 0	0	Single nodule<2 cm	Child-Pugh A-B	0
Stage A	A	Single nodule,or 3 nodules ≦3 cm	Child-Pugh A-B	0
Stage B	B	Mulitinodulars	Child-Pugh A-B	0
Stage C	C	Portal invasion N1,M1	Child-Pugh A-B	1-2
Stage D	D	Any	Child-Pugh C	3-4

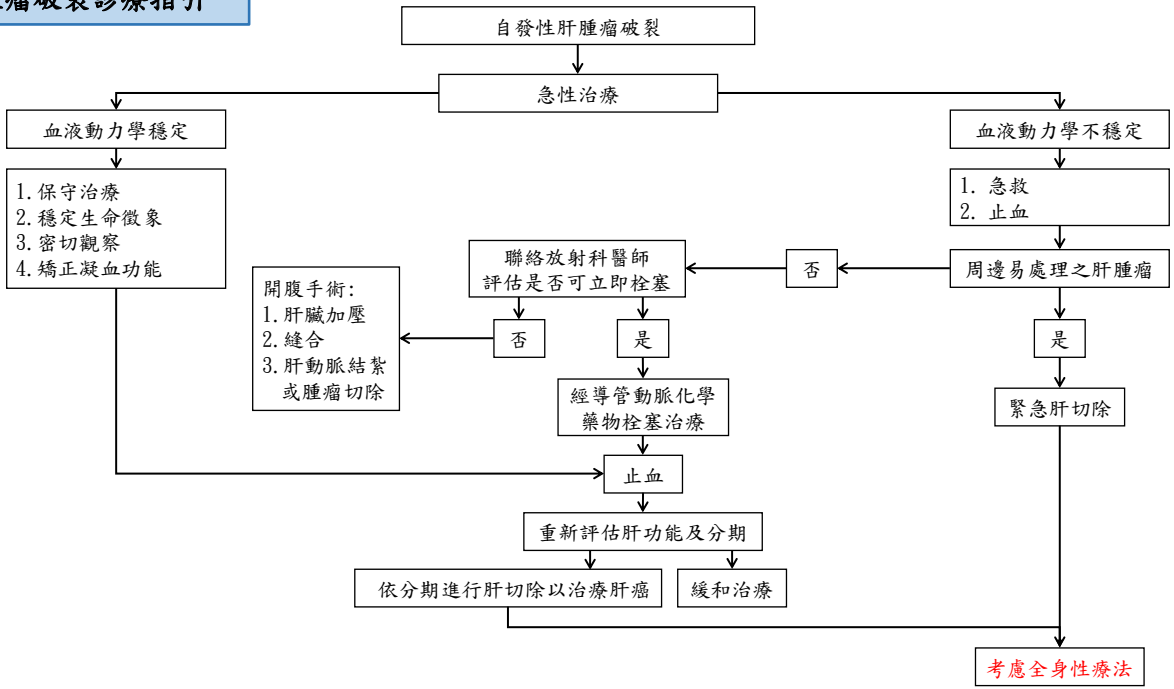
*3 ECOG Performance Status 功能狀態評分表

分數	指標
0	可完全正常的活動，能執行生病前之所有功能
1	身體有不適的癥狀，但不需臥床，白天工作正常，但較費力的活動受限制。
2	白天有 50%以下的時間活動需限制在床上或椅子上，日常生活可自我照顧，但無法執行任何的工作。
3	白天有 50%以上的時間需限制在床上或椅子上，日常生活勉強可照顧自己。
4	100%時間臥床，無法完成日常生活自我照顧。
5	死亡

*4 肝臟移植手術條件

1. 米蘭條件：(1)單顆腫瘤≦5公分或(2)多顆腫瘤：顆數≦3顆，任一顆不超過3公分(≦3公分)
2. 舊金山加州大學條件：(1)單顆腫瘤≦6.5公分或(2)多顆腫瘤：顆數≦3顆，任一顆不超過3公分(≦3公分) (3)總直徑不超過8公分(≦8cm)
3. 排除肝外轉移,包括淋巴結
4. 骨骼掃描(正子攝影)檢查
5. 經評估有肝臟移植需求者，協助轉至醫學中心治療

肝臟腫瘤破裂診療指引


自發性肝腫瘤破裂
急性治療
血液動力學穩定
1. 保守治療
2. 穩定生命徵象
3. 密切觀察
4. 矯正凝血功能
血液動力學不穩定
1. 急救
2. 止血
周邊易處理之肝腫瘤
否
聯絡放射科醫師
評估是否可立即栓塞
否
開腹手術:
1. 肝臟加壓
2. 縫合
3. 肝動脈結紮
或腫瘤切除
是
經導管動脈化學
藥物栓塞治療
是
緊急肝切除
止血
重新評估肝功能及分期
依分期進行肝切除以治療肝癌
緩和治療
考慮全身性療法

肝癌定期追蹤指標

檢查 / 時間	手術後三年內	手術後三年後
理學檢查	每3個月	每6個月
AFP+PT/APTT+Albumin	每3個月	每6個月
腹部超音波/電腦斷層/核磁共振	每3-6個月	每6個月

肝癌分期指引 AJCC 8

肝癌分期類別定義		
腫瘤(T)		
TX	Primary tumor cannot be assessed	無法評估腫瘤
T0	No evidence of primary tumor	無腫瘤證據
T1a	Solitary tumor≦2 cm	單一腫瘤小於等於2公分
T1b	Solitary tumor >2 cm without vascular invasion	單一腫瘤大於兩公分沒有侵犯到血管
T2	Solitary tumor >2 cm with vascular invasion, or multiple tumors, none >5 cm	單一腫瘤大於兩公分並侵犯到血管或多顆超過五公分腫瘤
T3	Multiple tumors, at least one of which is >5 cm	多顆腫瘤至少一顆大於五公分
T4	Single tumor or multiple tumors of any size involving a major branch of the portal vein or hepatic vein, or tumor(s) with direct invasion of adjacent organs other than the gallbladder or with perforation of visceral peritoneum	單一腫瘤或多顆任意大小腫瘤侵犯到門靜脈或肝靜脈，或侵犯除了膽囊和腹膜淋巴以外的周圍器官

肝癌分期指引 AJCC 8

淋巴結(N)		
Nx	Regional lymph nodes cannot be assessed	區域淋巴無法評估
N0	No regional lymph node metastasis	沒有區域淋巴結轉移
N1	Regional lymph node metastasis	區域淋巴結轉移

轉移(M)		
M0	No distant metastasis	沒有遠端轉移
M1	Distant metastasis	遠端轉移

ANATOMIC STAGE . PROGNOSTIC GROUPS			
TNM	N0	N1	M1
T1a	IA	IVA	IVB
T1b	IB	IVA	IVB
T2	II	IVA	IVB
T3	IIIA	IVA	IVB
T4	IIIB	IVA	IVB

肝癌標靶治療診療指引

1. 轉移性或無法手術切除且不適合局部治療或局部治療失敗之晚期肝細胞癌，並符合下列條件之一：

   甲、肝外轉移(遠端轉移或肝外淋巴結侵犯)的Chid-Pugh A class 患者。

   乙、大血管侵犯(腫瘤侵犯主門靜脈或侵犯左/右靜脈第一分支)Child-Pugh A class 患者。

   丙、經導管動脈化學藥物栓塞治療(Transcatheter arterialchemoembolization,T.A.C.E)失敗之晚期肝細胞癌的child-pugh A class患者，需提供患者於12個月內≧3次局部治療之紀錄。

2. 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以2個月為限,送審時需檢送影像資料，每2個月評估一次。

3. 治療持續直到患者無法再得到臨床效益或發生無法耐受的副作用。

肝癌化學共識處方

First-line systemic therapy (preferred regimen)

處方代碼/院內碼	處方	藥名	劑量 (mg/m^2)	途徑	輸注時間	天數	頻率	療程數	文獻
MDS02	Sorafenib (Child-Pugh Class A only or B7)	Sorafenib	400mg	PO	BID				1
MDL07	Lenvatinib (Child-Pugh Class A only)	Lenvatinib	12 mg (≧60kg actual BW)	PO	QD				2
		Lenvatinib	8 mg (<60kg actual BW)	PO	QD				
G003	Atezolizumab + Bevacizumab (Child-Pugh Class A only)	Atezolizumab	1200mg	IVD	1h	D1	Q3W		3
		Bevacizumab	15mg/kg	IVD	0.5h	D1			
	Nivolumab+ Ipilimumab	Nivolumab	1 mg/kg	IVD			Q3W	4	5
		Ipilimumab	3 mg/kg	IVD					
		Followed by Nivolumab	240mg	IVD			Q2W		

肝癌化學共識處方

First-line systemic therapy (other regimen)

處方代碼/院內碼	處方	藥名	劑量 (mg/m^2)	途徑	輸注時間	天數	頻率	療程數	文獻
	Pembrolizumab	Pembrolizumab	200mg	IVD	1h	D1	Q3W	Until disease progression	7

肝癌化學共識處方

Subsequent-line therapy if disease progression

處方代碼/院內碼	處方	藥名	劑量 (mg/m^2)	途徑	輸注時間	天數	頻率	療程數	文獻
MDR01	Regorafenib	Regorafenib	160mg	PO	QD	D1-21	Q4W		4
G002	Ramucirumab	Ramucirumab	8mg/kg	IVD	1h	D1	Q2W	Until disease progression	6
MDE07	Entrectinib (For NTRK gene fusion-positive tumors)	Entrectinib	600mg	PO	QD	D1		Until disease progression	9
	Larotrectinib (For NTRK gene fusion-positive tumors)	Larotrectinib	100mg	PO	BID	D1		Until disease progression	10

肝癌化學共識處方

Subsequent-line therapy (others)

化療系統處方代碼	處方	藥名	劑量 (mg/m^2)	途徑	輸注時間	天數	頻率	療程數	文獻
G004	FOLFOX	Oxaliplatin	85	IVD	2h	D1	Q2W	12	8
		Leucovorin	400	IVD	1h	D1			
		Fluorouracil	2000	IVD	40h	D1			

肝癌安寧/緩和照護指引

※安寧/緩和照護原則

1. 預期疾病難以治癒時，病人存活期小於一年便適合安寧療護。
2. 藉由症狀、檢驗數據、及確切的腫瘤診斷，證實臨床上該惡性腫瘤已經廣泛侵犯、或進展快速。
3. ECOG＞2分。
4. 拒絕進一步腫瘤治癒性治療，或者在治療之下仍持續惡化者，即可轉介緩和醫療團隊。

文獻

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology-Hepatobiliary Cancers V2.2025
2. 國家衛生研究院癌症共識手冊
3. Pomeranz, J., & Brustman, M. J. (2005). When's the time right to enter hospice care?. Nursing, 35(8), 43-43.Waldrop, D. P., & Rinfrette, E. S. (2009). Making the transition to hospice: exploring hospice professionals' perspectives. Death studies, 33(6), 557-580.
4. Bruix J et al: Management of hepatocellular carcinoma. AASLD practice guildeline. Hepatology 2010; 00, 1-35.
5. Diagnosis and Treatment Guidelines for Hepatocellular Carcinoma in Linkou Chang Gung memorial Hospital, 2011.
6. Journal of Hepatology 2012
7. 113年癌症診療品質認證基準
8. 全民健康保險藥物給付項目及支付標準

化療文獻

1. Llovet JM, Ricci S, Mazzaferro V, et al. (2008). "Sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma". N Engl J Med, 359(4):378-90.
2. Kudo M, Finn RS, Qin S,et al. Lenvatinib versus sorafenib in first-line treatment of patients with unresectable hepatocellular carcinoma: a randomised phase 3 non-inferiority trial.Lancet 2018;391:1163-1173.
3. Cheng AL, Qin S, Ikeda M, Galle P, Ducreux M, Zhu A, Kim TY, Kudo M, Breder V, Merle P, Kaseb A, Li D, Verret W, Xu Z, Hernandez S, Liu J, Huang C, Mulla S, Lim HY, Finn R. IMbrave150: Efficacy and safety results from a ph III study evaluating atezolizumab (atezo) 1 bevacizumab (bev) vs sorafenib (Sor) as first treatment (tx) for patients (pts) with unresectable hepatocellular carcinoma (HCC). Annals of Oncology. 2019; 30: ix186~ix187.
4. Bruix J, Qin S, Merle P , et al. (2017). "Regorafenib for patients with hepatocellular carcinoma who progressed on sorafenib treatment (RESORCE): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial."Lancet., 89(10064):56-66.
5. Yau, T., Galle, P. R., Decaens, T., Sangro, B., Qin, S., da Fonseca, L. G., Karachiwala, H., Blanc, J. F., Park, J. W., Gane, E., Pinter, M., Peña, A. M., Ikeda, M., Tai, D., Santoro, A., Pizarro, G., Chiu, C. F., Schenker, M., He, A., Chon, H. J., … CheckMate 9DW investigators (2025). Nivolumab plus ipilimumab versus lenvatinib or sorafenib as first-line treatment for unresectable hepatocellular carcinoma (CheckMate 9DW): an open-label, randomised, phase 3 trial. Lancet (London, England), 405(10492), 1851–1864. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00403-9
6. Zhu AX, Kang YK, Yen CJ, et al. Ramucirumab after sorafenib in patients with advanced hepatocellular carcinoma and increased α-fetoprotein concentrations (REACH-2): A randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet Oncol 2019;20:282-296
7. Verset G, Borbath I, Karwal M, et al. Pembrolizumab monotherapy for previously untreated advanced hepatocellular carcinoma: Data from the open-label, phase II KEYNOTE-224 trial. Clin Cancer Res 2022;28:2547-2554.
8. Qin, S., Bai, Y., Lim, H. Y., Thongprasert, S., Chao, Y., Fan, J., Yang, T. S., Bhudhisawasdi, V., Kang, W. K., Zhou, Y., Lee, J. H., & Sun, Y. (2013). Randomized, multicenter, open-label study of oxaliplatin plus fluorouracil/leucovorin versus doxorubicin as palliative chemotherapy in patients with advanced hepatocellular carcinoma from Asia. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology, 31(28), 3501–3508. https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.5643
9. Doebele, R. C., Drilon, A., Paz-Ares, L., Siena, S., Shaw, A. T., Farago, A. F., Blakely, C. M., Seto, T., Cho, B. C., Tosi, D., Besse, B., Chawla, S. P., Bazhenova, L., Krauss, J. C., Chae, Y. K., Barve, M., Garrido-Laguna, I., Liu, S. V., Conkling, P., John, T., … trial investigators (2020). Entrectinib in patients with advanced or metastatic NTRK fusion-positive solid tumours: integrated analysis of three phase 1-2 trials. The Lancet. Oncology, 21(2), 271–282. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30691-6
10. Drilon A, Laetsch TW, Kummar S, et al. Efficacy of larotrectinib in TRK fusion-positive cancers in adults and children N Engl J Med 2018;378:731-739.

膽管癌臨床診療指引

膽管癌發生及死亡率逐年增加，然而在診斷上不易，常與其他腸胃道轉移性腫瘤產生混淆，治療上多數病患於發現時常已晚期無法手術切除，故了解此疾病的重要性不言可喻。

膽管癌是肝臟原發癌症的一種，它雖不及肝細胞癌常見，但它的可手術率明顯低於肝細胞癌，很多病人被診斷時已不能手術切除，僅能給予支持性治療(例 如:支架放置、化學治療、放射線治療等)，因此臨床治療效果不佳，預後極其不良。

從解剖學的觀點來看，膽管癌可分為下列：

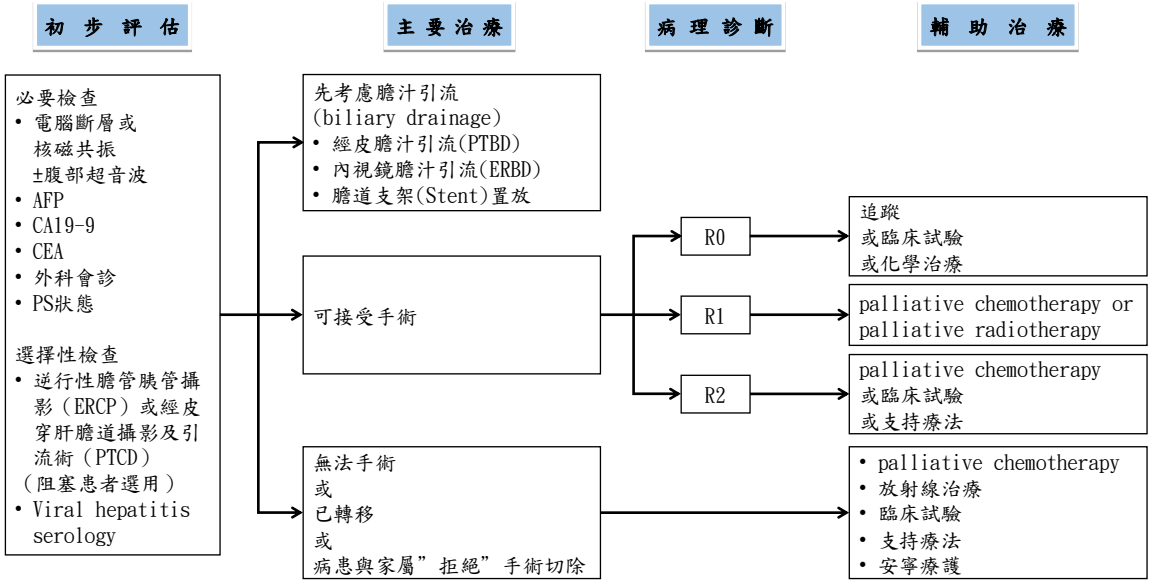
1. 肝內膽管癌 intrahepatic cholangiocarcinoma (IH-CCA)。
2. 肝外膽管癌 extrahepatic cholangiocarcinoma (EH-CCA)，又可分為:

2.1.近端(肝門部位)，肝門部膽管癌又稱為Klatskin腫瘤，大約為膽管癌50-60%。

2.2.遠端肝外膽管癌。

唯一有治療效果的方法為外科切除或肝臟移植手術，但是很可惜的是該疾病被發現時大多已經為晚期癌，僅有30%左右可使用外科手術治療。

膽管癌臨床診療指引


初 步 評 估
主 要 治 療
病 理 診 斷
輔 助 治 療
必要檢查
• 電腦斷層或核磁共振±腹部超音波
• AFP
• CA19-9
• CEA
• 外科會診
• PS狀態
選擇性檢查
• 逆行性膽管胰管攝影（ERCP）或經皮穿肝膽道攝影及引流術（PTCD）（阻塞患者選用）
• Viral hepatitis serology
先考慮膽汁引流 (biliary drainage)
• 經皮膽汁引流(PTBD)
• 內視鏡膽汁引流(ERBD)
• 膽道支架(Stent)置放
可接受手術
無法手術
或
已轉移
或
病患與家屬”拒絕”手術切除
R0
R1
R2
追蹤
或臨床試驗
或化學治療
palliative chemotherapy or palliative radiotherapy
palliative chemotherapy
或臨床試驗
或支持療法
• palliative chemotherapy
• 放射線治療
• 臨床試驗
• 支持療法
• 安寧療護

肝內膽管癌化學治療指引

Adjuvant chemotherapy

化療系統 處方代碼	處方	藥名	劑量 (mg/m^2)	途徑	輸注時間	天數	頻率	療程數	文獻
H002 H002-1	Oxalip+FL	Oxaliplatin	85	IVD	6h	D1	Q3W	12	1
		Leucovorin	400	IVD	1h	D1			
		Fluorouracil	400	IVD	15min	D1			
		Fluorouracil	1200	IVD	20h	D1-2			
	Capecitabine	Capecitabine	1250	PO	BID	D1-14	Q3W	8	2

肝內膽管癌化學治療指引

Primary Treatment for Unresectable and Metastatic Disease

化療系統 處方代碼	處方	藥名	劑量 (mg/m²)	途徑	輸注時間	天數	頻率	療程數	文獻
H002 H002-1	Oxalip+FL	Oxaliplatin	85	IVD	6h	D1	Q3W	12	1
		Leucovorin	400	IVD	1h	D1			
		Fluorouracil	400	IVD	15min	D1			
		Fluorouracil	1200	IVD	20h	D1-2			
H003 H003-1	Gemcitabine + Oxaliplatin + 5-FU	Gemcitabine	800	IVD	0.5h	D1,8	Q4W	6	3
		Oxaliplatin	65,85	IVD	6h	D1			
		Leucovorin	400	IVD	1h	D1			
		Fluorouracil	750,1000	IVD	20h	D1			
H001 H001-1	Gemcitabine + Cisplatin	Gemcitabine	1000	IVD	30 min	D1,8	Q3W	6	4
		Cisplatin	70	IVD	4h	D1			

肝內膽管癌化學治療指引

Primary Treatment for Unresectable and Metastatic Disease

化療系統 處方代碼	處方	藥名	劑量(mg/m²)	途徑	輸注時間	天數	頻率	療程數	文獻
H006 H006-1	Gemcitabine+ Carboplatin	Gemcitabine	1000	IVD	30 min	D1,8	Q3W	6	7
		Carboplatin	AUC5	IVD	2h	D1			
H004	Capecitabine+ Oxaliplatin	Oxaliplatin	130	IVD	2h	D1	Q3W	8	5
		Capecitabine	1000	PO		D1-14			

肝內膽管癌化學治療指引

Subsequent-Line Therapy for Biliary Tract Cancers if Disease Progression

化療系統處方代碼	處方	藥名	劑量(mg/m²)	途徑	輸注時間	天數	頻率	療程數	文獻
H005	FOLFIRI	Irinotecan	180	IVD	6h	D1	Q2W	12	6
		Leucovorin	200	IVD	1h	D1			
		Fluorouracil	1000	IVD	20h	D1-2			

文獻參考

1. Lamarca A, Palmer DH, Wasan HS, et al. Second-line FOLFOX chemotherapy versus active symptom control for advanced biliary tract cancer (ABC-06): a phase 3, open-label, randomised, controlled trial. Lancet Oncol. 2021;22(5):690-701. doi:10.1016/S1470-2045(21)00027-9
2. Primrose JN, Fox RP, Palmer DH, et al. Capecitabine compared with observation in resected biliary tract cancer (BILCAP): a randomised, controlled, multicentre, phase 3 study. Lancet Oncol 2019;20:663-673
3. André T, Tournigand C, Rosmorduc O, et al.”Gemcitabine combined with oxaliplatin (GEMOX) in advanced biliary tract adenocarcinoma: a GERCOR Study”. Ann Oncol 2004; 15:1339–1343.
4. Valle J, Wasan H, Palmer DH, et al. Cisplatin plus gemcitabine versus gemcitabine for biliary tract cancer. N Engl J Med. 2010;362(14):1273-1281. doi:10.1056/NEJMoa0908721
5. Kim ST, Kang JH, Lee J, et al. Capecitabine plus oxaliplatin versus gemcitabine plus oxaliplatin as first-line therapy for advanced biliary tract cancers: a multicenter, open-label, randomized, phase III, noninferiority trial. Ann Oncol. 2019;30(5):788-795. doi:10.1093/annonc/mdz058
6. Caparica R, Lengele A, Bekolo W, Hendlisz A. FOLFIRI as second-line treatment of metastatic biliary tract cancer patients. Autops Case Rep 2019;9:e2019087.
7. Williams KJ, Picus J, Trinkhaus K, Fournier CC, Suresh R, James JS, Tan BR. Gemcitabine with carboplatin for advanced biliary tract cancers: a phase II single institution study. HPB (Oxford). 2010 Aug;12(6):418-26. doi: 10.1111/j.1477-2574.2010.00197.x. PMID: 20662793; PMCID: PMC3028583.

肝內膽管癌分期指引

肝內膽管癌分期類別定義 (Intrahepatic bile duct tumor)		
腫瘤(T)		
TX	Primary tumor cannot be assessed	無法評估腫瘤
T0	No evidence of primary tumor	無腫瘤證據
Tis	Carcinoma in situ (intraductal tumor)	原位癌（腫瘤僅長在膽管的最內層）
T1a	Solitary tumor≦5 cm without vascular invasion	單一腫瘤≤5公分且無侵犯至血管
T1b	Solitary tumor >5 cm without vascular invasion	單一腫瘤＞5公分且無侵犯至血管
T2	Solitary tumor with intrahepatic vascular invasion or multiple tumors, with or without vascular invasion	單一腫瘤並侵犯到血管或多顆腫瘤有或沒有侵犯至血管
T3	Tumor perforating the visceral peritoneum	腫瘤侵犯穿透至腹膜外
T4	Tumor involving local extrahepatic structures by direct invasion	腫瘤局部侵犯至肝臟外組織

肝內膽管癌分期指引

淋巴結(N)		
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed	無法評估有無轉移
N0	No regional lymph node metastasis	無區域淋巴轉移
N1	Regional lymph node metastasis present	區域淋巴轉移
轉移(M)		
M0	No distant metastasis	沒有遠處轉移
M1	Distant metastasis	遠處轉移

Intrahepatic bile duct prognostic group(TNM)			
pTNM	N0	N1	M1
Tis	0		
T1a	IA	IIIB	IV
T1b	IB	IIIB	IV
T2	II	IIIB	IV
T3	IIIA	IIIB	IV
T4	IIIB	IIIB	IV

Perihilar Bile Ducts分期指引(Klatskin tumor)

Perihilar Bile Ducts分期類別定義		
腫瘤(T)		
Tx	Primary tumor cannot be assessed	無法評估腫瘤
T0	No evidence of primary tumor	無腫瘤證據
Tis	Carcinoma in situ/high-grade dysplasia	原位癌（高度發育不良）
T1	Tumor confined to the bile duct,with extension up to the muscle layer or fibrous tissue	腫瘤局限於膽管，延伸至肌肉層或纖維組織
T2	Tumor invaded beyond the wall of the bile duct to surrounding adipose tissue,or tumor unvaded adjacent hepatic parenchyma	腫瘤侵入膽管壁以外的周圍脂肪組織，或腫瘤侵入鄰近的肝實質
T2a	Tumor invaded beyond the wall of the bile duct to surrounding adipose tissue	腫瘤侵入膽管壁以外的周圍脂肪組織
T2b	Tumor invaded adjacent hepaticparenchyma	腫瘤侵入鄰近的肝實質
T3	Tumor invaded unilateral branches of the portal vein or hepatic artery	腫瘤侵犯門靜脈或肝動脈的單側分支
T4	Tumor invaded main portal vein or its branches bilaterally,or the common hepatic artery;or unilateral second-order biliary radicals bilaterally with contralateral portal vein or hepatic artery involvement	腫瘤侵及門靜脈主幹或其雙側分支或肝總動脈;或單側膽管二級分支及對側門靜脈或肝動脈

Perihilar Bile Ducts分期指引(Klatskin tumor)

淋巴結(N)		
Nx	Regional lymph nodes cannot be assessed	無法評估有無轉移
N0	No regional lymph node metastasis	無區域淋巴轉移
N1	One to three positive lymph node typically involving the hilar,cystic duct,common bile duct,hepatic artery,posterior pancreatoduodenal,and portal vein lymph nodes	1~3個淋巴結轉移，通常包括肺門，膽囊管，膽總管，肝動脈，後胰十二指腸和門靜脈淋巴結
N2	Four or more positive lemph nodes from the sites described for N1	≧4個淋巴結轉移，通常包括肺門，膽囊管，膽總管，肝動脈，後胰十二指腸和門靜脈淋巴結
轉移(M)		
M0	No distant metastasis	沒有遠處轉移
M1	Distant metastasis	遠處轉移

Perihilar bile ducts prognostic group(TNM)

pTNM	N0	N1	N2	M1
Tis	0			
T1	I	IIIC	IVA	IVB
T2a	II	IIIC	IVA	IVB
T2b	II	IIIC	IVA	IVB
T3	IIIA	IIIC	IVA	IVB
T4	IIIB	IIIC	IVA	IVB

遠端肝外膽管癌分期指引(Distal bile Duct)

Distal bile duct分期類別定義		
腫瘤(T)		
TX	Primary tumor cannot be assessed	無法評估腫瘤
Tis	Carcinoma in situ/high-grade dysplasia	原位癌（高度發育不良）
T1	Tumor invadeds the bile duct wall with a depth less than 5mm	腫瘤侵入膽管壁的深度小於5mm
T2	Tumor invadeds the bile duct wall with a depth of 5-12mm	腫瘤侵入膽管壁的深度為5-12mm
T3	Tumor invadeds the bile duct wall with a depth greater than 12mm	腫瘤侵入膽管壁的深度大於12mm
T4	Tumor involves the celiac axis,superior mesenteric artery,and/or common hepatic artery	腫瘤侵入腹腔軸，腸系膜上動脈和/或肝總動脈
淋巴結(N)		
Nx	Regional lymph nodes cannot be assessed	無法評估有無轉移
N0	No regional lymph node metastasis	無區域淋巴轉移
N1	Metastasis in one to three regional lymph nodes	在一至三個區域淋巴結轉移
N2	Metastasis in four or more regional lymph nodes	四個或更多區域淋巴結轉移

遠端肝外膽管癌分期指引(Distal bile Duct)

轉移(M)		
M0	No distant metastasis	沒有遠處轉移
M1	Distant metastasis	遠處轉移

Distal bile duct prognostic group(TNM)				
pTNM	N0	N1	N2	M1
Tis	0			
T1	I	IIA	IIIA	IV
T2	IIA	IIB	IIIA	IV
T3	IIB	IIB	IIIA	IV
T4	IIIB	IIIB	IIIB	IV

文獻

本共識依下列參考資料修改版本：

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology- Hepatobiliary Cancers V2.2025
2. 國家衛生研究院癌症共識手冊
3. Pomeranz, J., & Brustman, M. J. (2005). When's the time right to enter hospice care?. Nursing, 35(8), 43-43.Waldrop, D. P., & Rinfrette, E. S. (2009). Making the transition to hospice: exploring hospice professionals' perspectives. Death studies, 33(6), 557-580.