

肝 癌 病 友 手 冊

2025.2
修訂版

財團法人肝病防治學術基金會

台北市公園路30-1號6樓
電話：02-23811896
諮詢專線：0800-000-583
www.liver.org.tw



醫療財團法人好心肝基金會

台北市公園路30-1號6樓
電話：02-23811897
www.goodliver.org.tw



好心肝門診中心

台北市公園路30號2樓
電話：02-23700827
www.glc.tw



好心肝健康管理中心

台北市公園路30號8樓
電話：02-23888799
諮詢專線：0800-000-582
www.ghmi.tw



高雄分會 義大癌治療醫院
高雄市燕巢區義大路21號6樓
電話：07-6150917

嘉義分會 嘉義基督教醫院
嘉義市忠孝路642號
電話：05-2763294

台南分會 台南市立醫院
台南市東區崇德路670號
電話：06-2609926 轉 26303

雲林分會 台大醫院雲林分院斗六院區
雲林縣斗六市雲林路2段579號
電話：05-5323911 轉 5855



請掃描QR Code
下載肝癌病友手冊最新版本

編印



財團法人
肝病防治學術基金會



醫療財團法人
好心肝基金會

指導



衛生福利部
疾病管制署

董事長的話

在台灣，肝癌是影響國人健康甚鉅的重大疾病。根據行政院衛生福利部的統計，20多年來，肝癌一直蟬連全國10大癌症死亡原因前二名，每年因肝癌而死亡的人數約7,000人。肝癌患者年齡大多在50、60歲以上，尤其肝癌又以男性較多，往往是家庭中主要的經濟支柱，社會上的中堅份子，一旦因肝癌去世，對家庭及社會的影響非常大。

所幸，近年來隨著醫學進步，使得肝癌得以早期發現、及早治療；另一方面，治療技術也有長足進步，可選擇的方法越來越多，效果也越來越好。所以，只要肝病防治觀念普及，保肝的方法正確，未來國人因肝癌造成的悲劇將可逐漸減少。

我們結合了國內頂尖肝癌醫療團隊為您準備了這本手冊，提供肝癌檢查、治療、保養等重要而實用的資料。這本冊子是我們與您共同面對肝癌的第一步，未來的路還很長，希望您勇敢地走下去，一路上都有我們的陪伴！

財團法人肝病防治學術基金會
醫療法人好心肝基金會



董事長

目錄 CONTENTS

- 2 認識肝癌
- 4 肝癌的篩檢及確診
- 8 肝癌的症狀
- 10 肝癌的治療
- 14 手術治療
- 20 電燒治療
- 23 冷凍消融術
- 24 酒精注射治療
- 25 經肝動脈栓塞化學治療
- 27 載藥微球栓塞化學治療
- 28 經肝動脈灌注化療
- 30 選擇性體內放射療法
- 32 標靶治療
- 39 新型癌症免疫療法
- 42 免疫加標靶合併療法
- 44 雙免疫組合療法
- 45 晚期肝癌藥物
- 48 放射線治療
- 50 肝臟移植
- 54 復發與轉移
- 56 飲食與保養
- 58 肝癌Q&A

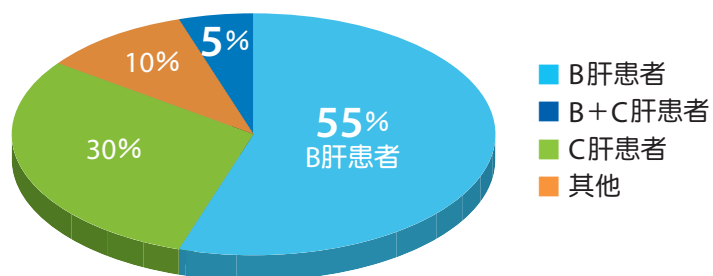
認識肝癌

面對「肝癌」這個晴天霹靂的診斷結果，您可能無法理解「為什麼是我？」我們很難詳細去追究為什麼，但確實有些人比一般人容易罹患肝腫瘤，有些因素容易誘發肝腫瘤。如同其他癌症一樣，肝癌的成因十分複雜，很少是單一原因造成的，而是由許多致癌原因相互作用，經過許多過程，最後才形成肝癌。

肝癌的高危險群

- ◎ 肝硬化病人。
- ◎ 慢性肝炎病人。
- ◎ B型肝炎及C型肝炎慢性感染者。
- ◎ 家族中有人罹患肝癌者。

台灣人的肝癌病因



? 肝癌是怎麼發生的

大多數學者認為肝癌是先有一個或數個起因(如B型肝炎或C型肝炎)，經過進展的程序(如肝細胞壞死)，而進入肝硬化及細胞癌化的階段，最後形成肝癌。

原因	引起肝癌的說明
B肝、C肝	<ul style="list-style-type: none"> • B型肝炎及C型肝炎是引起肝癌的主要原因。 • 感染B型或C型肝炎之後，有一部份人會變成慢性肝炎、肝硬化，甚至肝癌。 • 在台灣，每年約有7,000人死於肝癌，其中約有60%~70%是B型肝炎引起的，20%~30%是C型肝炎所引起。B肝與C肝之比重有南北差異，也隨年代而逐漸改變。
肝硬化	<ul style="list-style-type: none"> • 不論是什么原因引起的肝硬化，均有可能發生肝癌。 • 在台灣，不管是B型肝炎或C型肝炎引起的肝硬化，每年約有5%的病人可能發生肝癌。
致癌物	<p>各種化學或天然致癌物也和肝癌的發生有關，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 醫學研究已經證實了黃麴毒素會增加B肝患者罹患肝癌的機會。 • 酗酒導致酒精性肝炎、肝硬化，間接增加了致癌的危險。

肝癌的篩檢及確診

罹患癌症是讓人難以接受的宣告。報告有沒有弄錯？會不會是誤診？每個被告知罹患肝癌的病人幾乎都需要得到醫師的確認、再確認！

基本上，肝癌可以經由血液檢查、影像檢查和病理組織三方面來診斷。



篩檢及確診肝癌要做的檢查

1	2	3
血液檢查	影像檢查	病理組織診斷
血清中的胎兒蛋白 (AFP) 可以作為肝癌的腫瘤標記。	影像檢查包括超音波掃描、電腦斷層、磁共振造影、血管攝影。對於肝癌的檢查具有重要的參考價值，也能彌補血液檢查的不足。	以肝穿刺方式取肝組織做病理檢查，是診斷肝癌最正確的方法。
		

血液檢查

抽血檢驗血清中的「胎兒蛋白」(AFP) 是篩檢肝癌最簡單方便的方法之一，但AFP異常升高就斷定有肝癌是不正確的，AFP正常也不能判斷一定沒有肝癌，都應該再配合影像檢查，才能做出準確的判斷。

抽血檢查的意義

胎兒蛋白值	說明
異常	<ul style="list-style-type: none"> 若超過標準，就要注意是否有肝癌。 肝臟在發炎後、細胞再生時，數值也可能會升高。 懷孕婦女的胎兒蛋白數值也會升高。
正常	<ul style="list-style-type: none"> 85% 的大型肝癌患者胎兒蛋白值會異常升高，但3公分以下的小型肝癌，大約只有2/3的病人胎兒蛋白數值會異常升高，亦即是有1/3的病人可能數值是正常的。

肝癌的篩檢及確診

影像檢查

影像檢查包括超音波掃描、電腦斷層、磁振造影、血管攝影檢查。對於肝癌的檢查十分具有參考價值，也能彌補血液檢查的不足。

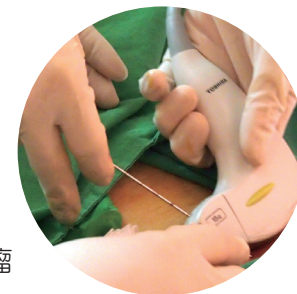
影像檢查的意義

檢查項目	說明
腹部超音波掃描	<ul style="list-style-type: none"> 方便、不具侵襲性，檢查時不會有痛苦。 即使小至1公分的肝內腫瘤，只要醫師或技術員有足夠經驗都可以偵測出來，是篩檢肝癌的一項重要工具。 除了可以偵測肝癌大小、位置之外，肝癌是否有侵入血管或膽管，有沒有腹水，也都可以看得出來，對後續治療方式的選擇有重要的參考價值。
電腦斷層(CT)或磁振造影(MRI)	<ul style="list-style-type: none"> 對於肝腫瘤的性質可提供進一步的訊息，是目前用來做為肝癌確診的工具。 有時候病人的胎兒蛋白持續升高，但在超音波掃描卻找不到可疑的病灶，就需要進一步使用電腦斷層或磁振造影檢查，可以彌補超音波掃描可能存在的死角。例如有些肝癌是屬於浸潤型而非明顯的腫塊，在超音波掃描上和肝硬化看起來沒有差別，需要仰賴其他影像檢查加以判別。 可檢查肝外的淋巴結或腹腔內的大血管有沒有受到侵害。
血管攝影	<p>這個檢查目前已經很少用在肝癌的診斷，但若血清胎兒蛋白持續上升，而在其他影像檢查都無法發現肝癌時，仍可能會考慮安排肝動脈血管攝影。</p>

病理組織診斷

什麼狀況下要做肝穿刺？

臨床上約8成以上的病患都可以透過血液檢查及影像檢查找出病因，粗估大約只有1成的病患需要做肝穿刺，如肝腫瘤之性質、肝硬化之確認、不明原因之肝臟發炎等病患。透過肝穿刺可以進一步確定病因或疾病嚴重程度。



肝穿刺怎麼做？

	說明
過程	<ul style="list-style-type: none"> 用一根細長的針，在超音波或電腦斷層定位後，找出避過膽囊及大血管的位置及路徑，從右下胸部或右上腹部皮膚刺入肝臟，取出非常小的肝臟組織，傷口只有0.5公分左右。 於皮下局部麻醉後，在5至10秒鐘之內，抽取部分肝臟組織細胞。穿刺的過程中，病人必須閉氣10秒鐘，不然可能會引起肝臟裂傷。
注意事項	<p>肝穿刺最讓人擔心的是出血不止，醫師在替病患做穿刺前，會先評估病人的凝血功能狀況，以下狀況不宜：</p> <ul style="list-style-type: none"> 有先天凝血功能異常或血小板功能異常。 有嚴重腹水者，因不易止血。 曾換過心臟瓣膜、裝心臟血管支架、腦中風等病患，都會服用抗凝血劑、血栓溶解劑如阿斯匹靈、保栓通等，這些藥物需先停藥5至7天。有些人喜歡吃保健食品如銀杏、人蔘，醫師也會要求暫時不要服用。

肝癌的症狀

肝癌早期通常沒有症狀，所以有很多患者被告知罹患肝癌時都難以置信，因為：「我身體很好啊！怎麼會……？」但是，隨著病情的進展或腫瘤大小、位置等差異，還是會逐漸出現一些症狀。如果能定期追蹤檢查，早一點發現，就多一分治療的把握。

肝癌可能出現的症狀

1 上腹部脹痛

- 肝臟內部沒有痛覺神經，所以肝癌在早期通常不會痛。
- 如果肝癌很大了，或是雖不大但剛好長在肝臟表面，就可能刺激肝臟表面包膜上的痛覺神經，而引起腹痛、腹脹。



2 疲倦、食慾不振、腹脹、體重減輕

- 腫瘤長得很大時，可能會出現疲倦、食慾不振、腹脹、體重減輕等症狀，此時的肝癌多半屬於較晚期。



3 腹水、下肢水腫

- 肝癌侵犯門靜脈主幹時，可能引發腹水。
- 肝癌晚期，肝機能衰退，肝臟合成的白蛋白不足，也會引起腹水及下肢水腫。



4 血便、吐血

- 肝癌如果長在門靜脈附近，很容易跑進門靜脈血管內，若侵犯門靜脈主幹可能導致門靜脈壓力上升，引起食道或胃靜脈瘤破裂出血。
- 食道或胃靜脈瘤破裂出血時，輕者可能解黑便或血便，重者可能大量吐血。



5 黃疸

- 肝癌如果長在膽管附近，侵入總肝管或總膽管內，膽汁不易流通，就可能出現黃疸。
- 如果肝腫瘤很大，大部分的肝臟組織被肝癌組織所取代時，也會出現黃疸。



6 急性腹痛

- 肝癌如果破裂出血，會引起突發性腹部劇烈疼痛，甚至引發休克昏厥。
- 如果肝癌轉移至身體其他部分，則會引起不同的症狀。例如，轉移至股骨引起疼痛，轉移至腦部引起頭痛、噁心、甚至意識昏迷等症狀，轉移至肺部引起咳嗽、咳血等症狀。這些轉移的現象多半出現在晚期的肝癌。

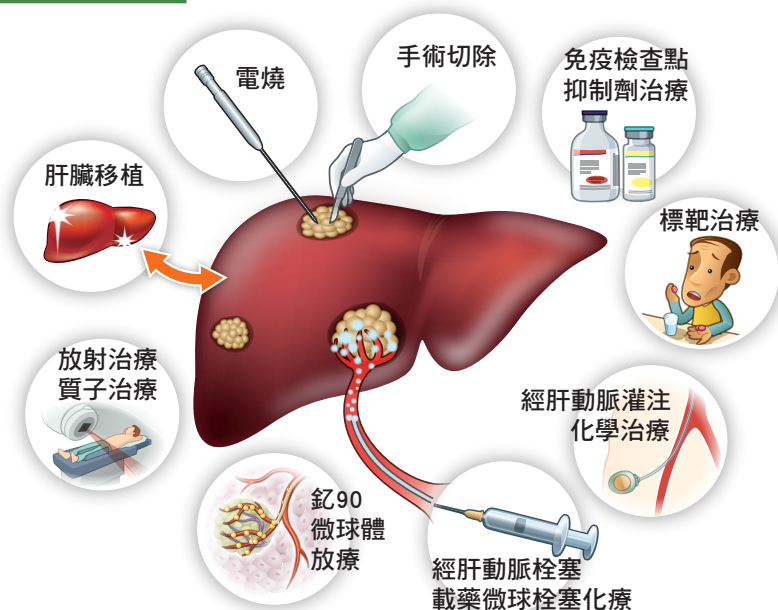


肝癌的治療

隨著醫學的進步，肝癌患者已經不像二、三十年前那麼無助了。現在，肝癌的治療方法十分先進且多樣，所以，肝癌只要發現得早，是可以治療的，而且效果不錯。

在選擇治療方法時，需先考慮腫瘤大小、生長位置、數目、是否有肝硬化、肝臟外轉移及其他身體狀況等，十分專業且複雜。這要由您的肝膽專科醫師為您做完整的評估，再與您討論決定。

治療種類



肝癌治療方式的選擇

在以上各種治療方法中，醫師會依據病人肝癌之病況，妥善選擇最合宜的治療方式。其原則如下：

- 一、先考慮是否能以根除性 (curative) 方式治療，包括手術切除及電燒治療。
- 二、若無法採用根除性治療方式，其次會考慮採用經肝動脈栓塞治療，包括傳統方式及載藥微球。
- 三、必要時會合併兩種治療方式，如：栓塞治療加上電燒，手術切除加上電燒或栓塞治療加上手術切除。
- 四、若肝功能不佳，且肝癌病情尚可，會建議病人考慮接受肝臟移植，前提是要有捐贈的肝臟可供使用。
- 五、若一～四之方式皆不適合，再考慮其它治療方式。

肝癌的治療

肝癌的分期

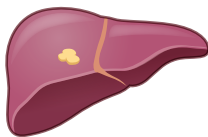

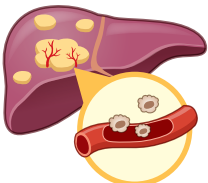
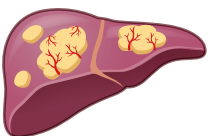
肝癌的分期，較常使用為巴塞隆納臨床肝癌分期，依據病人本身的體能狀態(ECOG評分)、肝臟功能、腫瘤大小、腫瘤數目，以及腫瘤是否影響到肝臟血管及轉移等情況，大致分為0~D期。

但肝癌也有「期別難明」的狀況。大部分的肝腫瘤在影像檢查下「粒粒分明」，獨立生長，但若是「浸潤性肝癌」，多半不成形、邊界也不明，甚至會分散一片，且惡性度通常較大，這時醫師也無法數清究竟有幾顆腫瘤。

針對「浸潤性肝癌」的治療方式，如果發現時腫瘤範圍分布小，會盡量採手術切除乾淨，不過因為浸潤性肝癌惡性高、生長快，發現時多半已有血管浸潤侵犯，此時就需要全身性治療，例如標靶治療。

巴塞隆納臨床肝癌分期

期別	說明	治療對策
0期	 <p>單一顆腫瘤 (<2公分)</p>	<p>主要治療：手術、電燒治療。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 患者的預後、存活率最好。

A期	 <p>單一顆腫瘤 (<5公分) 或2-3顆 (<3公分)</p>	<p>主要治療：手術、電燒治療。</p> <p>次要治療：經肝動脈栓塞化學治療。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 預後很好，可盡量採手術或射頻燒灼術治療，達到完全清除腫瘤。 • 若同時併有肝硬化時，另一個選擇治療方式為直接進行肝臟移植。
B期	 <p>單一顆腫瘤 (>5公分) 或多發性腫瘤 (>3公分)</p>	<p>主要治療：經肝動脈栓塞化學治療。</p> <p>次要治療：手術、電燒治療。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 此時能以手術或電燒完全清除腫瘤的難度提高，無法開刀或電燒者，會建議採用經肝動脈栓塞化學治療，或再合併其它治療方式，多種治療齊下控制腫瘤生長。
C期	 <p>腫瘤侵犯到肝內血管 或發生遠端轉移</p>	<p>主要治療：標靶藥物治療或免疫治療。</p> <p>次要治療：放射治療、經肝動脈灌注化療。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 肝癌的分期与其它腫瘤分期不同，其它癌症若發生轉移都屬第4期，在肝癌屬3期。 • 當腫瘤位置已散發、不侷限於肝臟內，則治療必須採用標靶藥物治療或免疫治療等全身性療法。
D期	 <p>腫瘤相當大，肝機能嚴重衰退</p>	<p>主要治療：支持性療法。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 此期治療很棘手，預後多半不好、存活率低。

手術治療

手術切除是肝癌治療的最佳優先選擇之一。臨床上只有15%~20%的肝癌患者適合接受手術治療。能否以手術方式切除肝腫瘤，必須考量以下因素：

? 手術前考量哪些因素

考量因素	說明
腫瘤大小、數目與位置	<p>關係到手術是否能將腫瘤切除乾淨，如果經醫師評估，手術較難將腫瘤切除乾淨，就要考慮其他治療方式。</p> <p>一般來說：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 小腫瘤切除的預後比大腫瘤好。 • 有包膜的比沒包膜的好。 • 形狀不規則的、已擴散出去的、靠近血管或已侵犯到血管內的腫瘤，其預後都較差，也較易復發。 • 如果肝癌集中在肝臟的一葉，就算腫瘤數目多或是長得較大，只要能夠切除乾淨，而剩餘的肝臟也足以負荷恢復期的生理所需，還是可以考慮採行手術治療。 • 如果多發性腫瘤擴散於肝臟的雙葉，較難切除乾淨，就需考慮其他治療方法。
殘餘肝功能	<ul style="list-style-type: none"> • 肝功能良好的人，只要肝臟切掉的比例不超過70%，剩下的肝臟組織便能維持正常的生理機能，且很快就會長回接近原來的大小。 • 若殘餘肝功能已不佳，手術切除肝癌後，必會嚴重影響肝正常生理機能，因此需要採用其他治療方式。

因此，術前要先接受一系列詳細的檢查，肝功能不佳的病人若貿然接受手術，術後發生肝衰竭的機率很高。

手術方式有哪些？

	傳統剖腹手術	腹腔鏡手術	達文西機器手臂手術
			
手術時間	2~5小時	2~7小時	2~7小時
傷口大小	<ul style="list-style-type: none"> • 腹部約有30~50公分的人字型傷口。 • 傷口大、出血量較多。 	<ul style="list-style-type: none"> • 5個0.5~1公分的小傷口，1個視腫瘤大小而定的較大傷口。 • 傷口小、復原快、出血量較少。 	<ul style="list-style-type: none"> • 5個0.5~1公分的小傷口，1個視腫瘤大小而定的較大傷口。 • 傷口小、復原快、出血量最少。
住院天數	10~14天	3~7天	3~7天
費用	三種手術方式皆已納入健保給付，民眾僅需負擔相關醫材費用，請諮詢您的主治醫師。		
說明	直接打開腹腔，手術視野清晰。	器械只能直進直出，手術靈活度受限。	可深入困難角度，切除與縫合最細緻。

手術治療

傳統剖腹手術

肝癌手術在早年被視為非常危險的大手術，近年來隨著經驗的累積與醫療技術的進步，手術的死亡率已大幅降低到1%以下。

治療條件

- 必須評估肝臟殘餘功能，以及腫瘤的生長位置和數目。

治療方式

- 在右腹部切開30至50公分的傷口，直接將腫瘤切除。
- 手術後通常需住院7至10天，密切觀察恢復情況。術後隔天即可嘗試下床活動，然後陸續拔除尿管、鼻胃管、引流管等，觀察期後如果沒有發燒、不適或其他問題，便可出院休養。
- 術後約10至14天返院拆線，拆線後第2天即可淋浴。
- 術後3個月至半年的期間，由於開刀部位仍在修復期間，要儘量避免劇烈運動及碰撞。

治療效果

早期發現、早期切除腫瘤的病人，治療效果往往較好。

- 以腫瘤大小在2公分以下的早期肝癌為例，手術切除後5年的存活率可達80%。
- 腫瘤在2公分到5公分內的較小肝癌，手術後5年存活率也有54%，但較大的肝癌相對地存活率就較低。

肝癌在手術切除後5年內復發的機率仍高達7成以上，所以一定要密切地追蹤檢查。術後，視病情需要需定期抽血檢查，且每4至6個月要做一次影像學檢查。

如果發現肝癌復發，仍可再次動手術切除，術前評量的重點與第一次手術大致相同；如果無法再次手術，也還有其他的治療方式可以考慮。

安全性及併發症

肝癌手術後可能出現的併發症中，雖然很少見但最具危險性的是患者餘留的肝臟無法負擔正常的生理機能，導致肝功能衰竭，但這多半可透過術前謹慎的評估來避免。

其他少見的併發症包括：術後出血、傷口感染、腹腔內膿瘍、膽汁外漏以及肺炎、心臟衰竭等。這些併發症有些是可以事先預防的，例如：術前加強心肺功能，術後配合醫護人員指導及早點下床活動、做深呼吸、咳痰等，可以預防臥床過久引發肺炎及靜脈栓塞等。

手術治療

微創手術

——腹腔鏡手術與達文西機器手臂手術

傷口小、復原快的微創手術是當前的趨勢，腹腔鏡手術與達文西機器手臂手術皆為微創手術。

治療條件

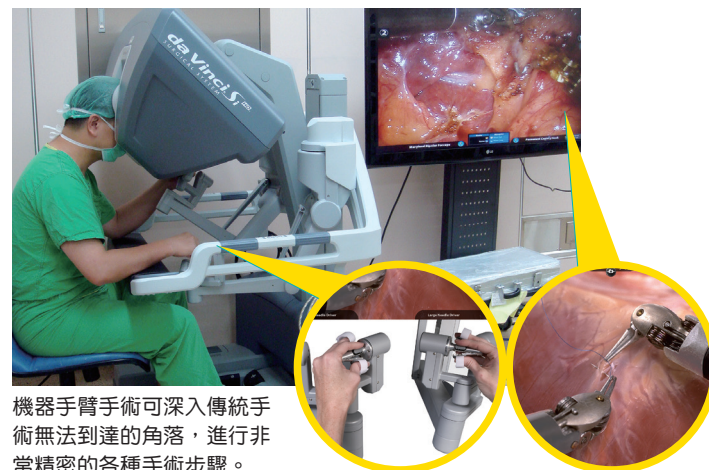
原則上，接受機器手臂手術並無年齡限制，但並非所有的肝腫瘤患者都可以選擇這項手術，腫瘤太大、位置不佳、心肺功能太差者，可能還是得考慮傳統開刀手術。

最適合以機器手臂手術的病人條件：

- 肝臟腫瘤小於5公分。
- 腫瘤位置位於肝臟邊緣，沒有合併肝硬化者。

治療方式

對病患而言，「腹腔鏡手術」和「機器手臂手術」的傷口是一樣的，術後復原也相同，差別在於器械的使用，當然也就牽涉到手術中器械自費的額度。



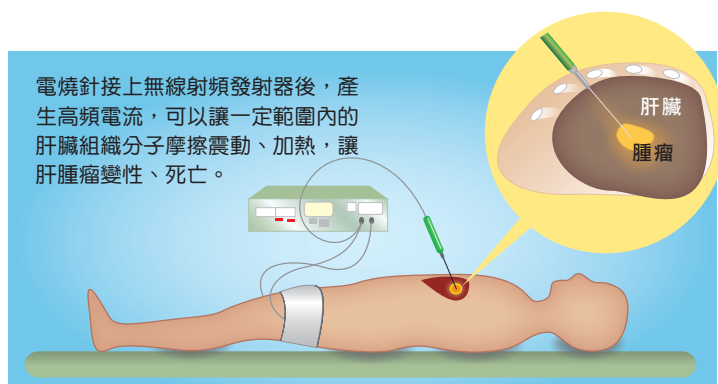
機器手臂手術可深入傳統手術無法到達的角落，進行非常精密的各種手術步驟。

以機器手臂取代外科醫師的雙手，醫師只要盯著電腦螢幕上手術器械鏡頭所回傳的3D立體影像，就可以操控搖桿開刀，手術視野影像放大6到10倍，可完成比腹腔鏡手術更為精細的切割、分離與縫合。

也因為機器手臂3D立體視野及靈活的機器手臂手腕，可大幅提高肝臟手術用微創方式進行的比率。過去大約只有10~20%的肝臟手術可用微創方式進行，但在機器手臂輔助下，目前已有40%以上的肝臟手術可用微創方式進行。

電燒治療

電燒療法是手術治療之外的另一優先選擇。此種治療方式係運用微波、電流等方式產生熱能，讓癌細胞內的蛋白質凝結，達到讓癌細胞壞死的目的。



治療條件

- 小型肝癌 (腫瘤在3公分以下、且數量在3顆以內的肝腫瘤)。
- 如果腫瘤只有1顆，則小於5公分的腫瘤也可考慮做電燒治療。

以下這些病人不適合接受電燒治療：

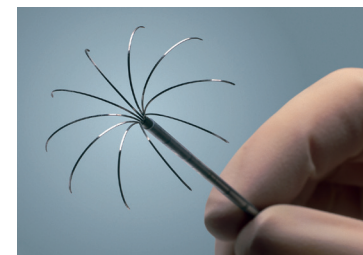
- 肝功能很差，有明顯黃疸、腹水或肝衰竭。
- 肝腫瘤有肝外轉移現象。
- 肝腫瘤靠近大血管 (肝靜脈或門靜脈) 或膽管。
- 肝腫瘤貼著其他器官，如膽囊、大血管、腸道、腎臟等。
- 患者有出血傾向。
- 患者有呼吸、心臟等嚴重疾病。

治療方式

在超音波或電腦斷層定位的指引下，將電燒探針從皮膚直接穿刺到腫瘤部位，針對該範圍進行加熱，達到破壞腫瘤細胞的目的。

進行電燒治療前會先用止痛藥及輕度麻醉；移除探針後，需用沙袋加壓以免傷口出血，總共約須臥床休息6小時。整個電燒治療的時間，依腫瘤大小、範圍及探針的不同，而有所差異。

由於電燒造成的傷口不大，很快即可恢復，但治療後仍需住院觀察，若順利，2、3天後即可出院。



無線射頻燒灼術的探針前端可以撐開來，以增大燒灼範圍。

依據產生熱能的方式不同，又分為微波凝固療法 (MCT) 及無線射頻燒灼術 (RFA) 兩種：

- **微波凝固療法**：利用微波使分子產生熱能。每次燒灼的範圍相對較小、速度較快，適合2公分以下的腫瘤。
- **無線射頻燒灼術**：將高頻電流導入腫瘤組織，使分子震動摩擦而產生熱能。可燒灼的範圍相對較大，所以可用於治療在3至5公分的腫瘤上，但所需治療時間較長，每次約20至60分鐘不等。健保有給付，但需事先申請，若未獲通過則需自費。

電燒治療

治療效果

電燒後2至4週，一般會安排電腦斷層掃描或磁共振造影，來判斷是否電燒完全，以決定後續的治療步驟。

以電燒療法治療小型肝癌，約有90%甚至100%的病人之腫瘤會完全壞死；但若用來治療較大型的肝癌，則效果會降到50%至80%。整體來說，電燒療法的腫瘤消除率與手術治療接近，但局部復發率則較手術切除略高。

安全性及併發症

一般來說，電燒發生併發症的風險約在5%以下。有可能發生的風險在於電燒所產生的熱能可能傷及其他器官；電燒時的穿刺動作有可能傷到血管、膽管或周邊器官，或是引起傷口發炎、感染、出血等。但這些狀況發生的機會都不大，且大多可以治療與避免，真正引起嚴重併發症者很少見。

至於電燒後的輕微發燒與傷口疼痛，約2至7天便可緩解。電燒範圍較大時，可能導致肝發炎指數暫時性異常上升，電燒範圍越大越明顯，但通常約1至2週即可恢復正常，不會影響未來的肝臟功能。

冷凍消融術

氬氮刀冷凍消融術(Cryotherapy, CRYO)，並不是真正的刀，以粗細不同的超導探針，在影像系統的導引下，探針穿刺入腫瘤組織位置後，探針即可釋放出氬氣，腫瘤組織間的溫度會快速降到零下160~180°C，使腫瘤組織形成冰球；接著改輸氬氣，迅速升溫至25°C，藉著溫差的急速變化讓冰球破裂，同時腫瘤組織崩解。

治療方式

視需要決定超音波或是電腦斷層導引下進行治療。可分經皮體外治療、內視鏡下治療，或是傳統手術中治療三種。

治療效果

冷凍消融跟熱消融(電燒)一樣，屬於局部治療，唯有腫瘤僅侷限於少數或單一器官的病患，才能得到明顯治療的好處。

價格是另一個限制，設備及耗材每次使用動輒要花十幾萬元，然而效果在絕大部分的腫瘤上都沒有比熱消融更好，所以除非在特殊適合情境，一般會先考慮使用熱消融治療。

酒精注射治療

在局部治療小型肝腫瘤方面，近年來發展的電燒治療所需治療的次數較少，所能治療的腫瘤也較大，因此，近年來酒精注射慢慢地被電燒治療所取代。



治療條件

不適合做切除手術的肝癌患者，如果肝癌小於3公分（最好在2公分以下），且數目在3個以下，即可考慮做酒精注射治療。但若腫瘤位置太深，或其周圍有太多的血管分佈，有大量腹水，或是凝血時間太長者，就不適合接受此種治療方式。

治療方式

在超音波引導下，將純度95%以上的純酒精（無水酒精）經由細長針，直接穿刺注射到肝腫瘤內部。

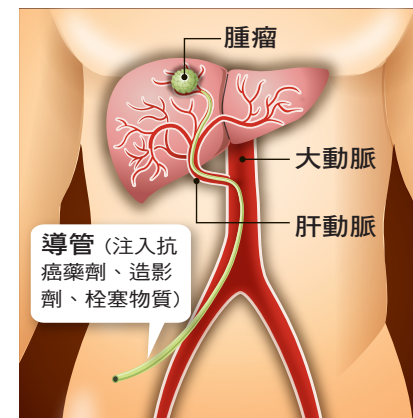
治療效果

局部酒精注射治療肝癌的長期存活率與手術切除的預後差不多，腫瘤的清除率約可達8成以上。

經肝動脈栓塞化學治療

栓塞化學治療（Transcatheter arterial chemoembolization, TACE）是一種經肝動脈的治療，經由阻斷肝動脈對肝癌細胞的營養供給，將癌細胞「餓死」，並且將化學治療藥物直接送到肝癌細胞區域。

正常的肝臟所需要的營養主要由肝動脈與肝門靜脈兩大血流系統供應，其中80%來自肝門靜脈；但是肝癌的血流供應通常都只來自肝動脈。因此，只要有效阻斷肝動脈的血流，就能讓肝癌細胞因缺血而壞死，進而達到治療的目的。



栓塞治療是將供應營養予肝癌細胞的血管塞住，以使癌細胞萎縮壞死。

治療條件

肝癌患者若要接受栓塞治療，必須符合這些條件：

- 肝門靜脈通暢，且肝功能、黃疸、白蛋白等各項指數都不能太差。如果肝癌已侵入門靜脈，則比較不適合栓塞，因為門靜脈血流已經阻塞不通，如果又將肝動脈塞住，肝臟的血流供應不足，正常肝組織可能會缺血壞死，有可能引發肝衰竭而危及生命。
- 不能有嚴重的凝血問題。
- 腫瘤的大小以不超過5公分者治療效果較佳。

經肝動脈栓塞化學治療 (TACE)

治療方式

栓塞過程中會先透過血管攝影的協助，讓導管儘量接近腫瘤，增加治療的精準度。栓塞治療的時間每次大約1個小時。

在鼠蹊部切個小開口，將導管插入，通過股動脈、腹主動脈，最後達到肝內的動脈分支，將抗癌藥物與顯影劑經由導管注射到血管內，再將可以堵塞血管的栓塞物質經導管送到肝腫瘤的血管內，讓「小巷」與「大馬路」先後堵死，確保動脈血流被完全阻斷，癌細胞無法獲得養份供應，就會逐漸壞死。

治療效果

栓塞治療的效果是比不上手術切除或電燒。以單顆小型肝癌來說，栓塞治療後的5年存活率可達50%。不過，單次栓塞便能讓腫瘤完全壞死的機率不高，所以不少患者必須接受多次治療。

至於需要栓塞幾次？視個人病情而異。如果肝臟的左、右葉都有腫瘤，有時必須分開多次治療。治療後休養一段時間，等肝功能恢復後，再進行另外一邊的治療。因為若兩葉肝臟同時做栓塞，受影響的肝臟面積較大，引發肝衰竭的風險相對較高。

栓塞治療時，若能儘量將導管送到越接近腫瘤的動脈分支，栓塞的效果越好，成功率也越高。但如果肝癌發現較晚，腫瘤已經長出其他形狀彎曲的細小新生血管，則栓塞的導管可能「不得其門而入」，此時栓塞治療效果會不佳，必須考慮採用其他的療法。

安全性及併發症

如果治療前經過審慎評估，事後出現消化道出血、膽囊炎、肝膿瘍、肝衰竭等併發症的比例很低，只有極少數的個案會出現肝衰竭，可說是相當安全的一項治療。即便如此，栓塞的治療前評估仍相當重要。栓塞後對肝功能多少會有暫時性影響，因此如果病患本身因嚴重肝硬化、肝炎控制不佳導致肝功能太差，治療後出現併發症的危險性就可能大幅提高。

載藥微球栓塞化學治療

這是新一代的肝動脈化學栓塞術，好處是栓塞症候群減少很多，術後約1~2天即可出院，

治療方式

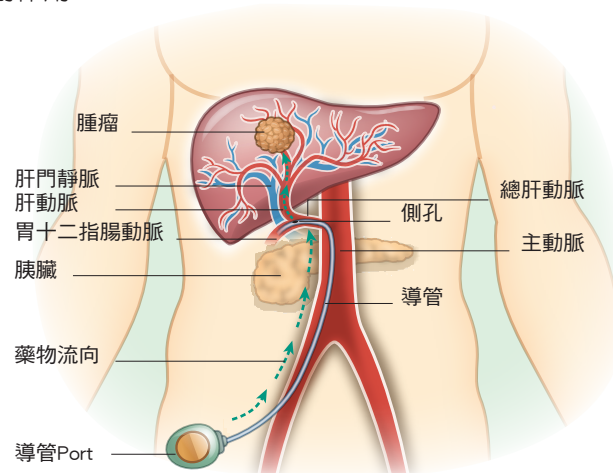
載藥微球經導管注入肝動脈後，因載藥微球顆粒小，僅將腫瘤附近的遠端血流阻斷，比較不會影響其他部位的肝臟血流，搭配藥物集中在腫瘤處釋放，可提高腫瘤內化療藥物之濃度，並降低全身性副作用。

費用說明

目前健保尚不給付，需自費約5至6萬元左右。

經肝動脈灌注化療 (HAIC)

經肝動脈灌注化療 (Hepatic arterial infusion chemotherapy, HAIC) 不會把肝動脈塞住，且不同於一般化療從中央靜脈給藥，灌注化療直接針對供應肝腫瘤營養的肝動脈給予藥物，直接作用在肝臟，加上預先把通往鄰近胃腸道的血管堵住，比較不會引起全身性的副作用。



灌注化療需先把供應化療藥物的導管埋在體內，針對肝臟動脈持續給予化療藥。

治療條件

若肝癌患者合併肝門靜脈主幹阻塞，就不適合做栓塞，否則兩條主要的供血路都堵住，肝臟功能會受到嚴重影響。通常優先考慮標靶藥物治療，如果標靶藥物治療有不可承受的副作用或是效果不如預期，則經肝動脈灌注化療是相當好的選擇。

治療方式

經肝動脈灌注化療與栓塞化學治療都屬於化學治療，但進行方式不同。

- **栓塞化學治療**：是把一種水溶性化療藥物與油性物質 (Lipiodol) 混合，注射到供應肝癌的肝動脈分支內，然後再打入栓塞凝膠粒子 (Gelfoam) 予以阻塞，治療原則上是一次打完。
- **灌注化療**：需先把供應化療藥物的導管埋在體內，針對肝臟動脈持續給予化療藥，患者每隔一段時間回院施打，例如有些患者是3週打一次，連續打3天。打的時候視患者個人狀況，住院或門診化療皆可。

灌注化療使用的導管很細，目前都選5Fr大小，大約是1.67mm，且為了防止導管凝固住而造成肝動脈阻塞，材質含有一種會緩慢釋出的抗凝血劑，臨床上導管很少出現凝固的情形。

費用說明

健保自2017年1月起給付「經導管肝動脈灌注化療」的導管費用，病患可省下約2萬4000元。

選擇性體內放射療法 (SIRT)

釷90微球體選擇性體內放射療法 (Selective Internal Radiation Therapy, SIRT)，是把放射物質釷90微球體植入肝臟，以滅殺肝癌的新技術，近年來引進台灣應用，為晚期肝癌或是大腸直腸癌等其他癌症轉移到肝臟的患者，帶來一線曙光。

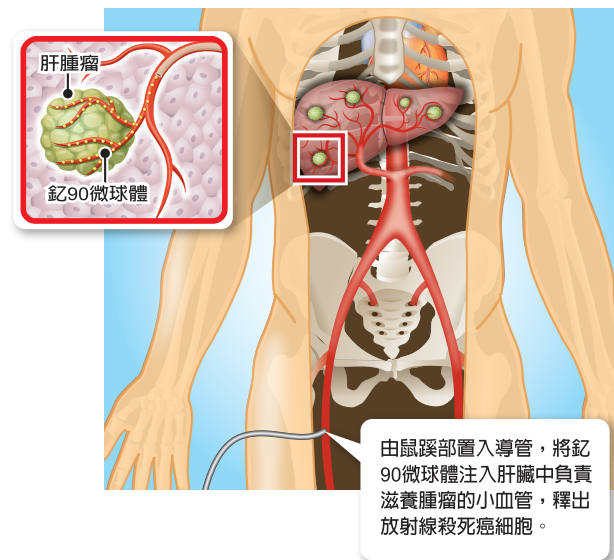
治療條件

於2002年通過美國FDA核准使用於大腸直腸癌的肝轉移，並於2003年通過歐盟核准使用於無法手術切除的肝腫瘤病患。

但不是所有患者都適用，如果治療前肝炎發作或肝功能太差，GOT、GPT大於正常值5倍以上，或黃疸指數大於2mg/dL，治療後可能引發肝臟衰竭的危險。如果腫瘤太大，達肝臟總體積50%以上，或是肝臟動脈發炎阻塞，就算勉強採用這項療法，預後往往也不理想。

治療方式

施行步驟跟栓塞治療有些類似。將導管由鼠蹊部送進股動脈做血管攝影，然後伸入腹主動脈，直至肝臟腫瘤的動脈分支。再把1至3毫升、含千百萬個大小約僅頭髮直徑1/3的釷90微球體注入，讓它們自然嵌在供應腫瘤養分的微細血管中，緊緊依附著肝腫瘤，近距離由內而外的給予有效的高輻射劑量，以滅殺癌細胞。



治療效果

雖然釷90對於肝癌的治療效果不錯，但還是比不上開刀或電燒。整體而言，釷90選擇性體內放射療法對於肝癌的治療效果，大約是與栓塞差不多，或者比栓塞好一點。但對於以傳統栓塞治療失敗或效果不彰，或腫瘤侵入門靜脈的患者，有時以釷90可以有較好的治療效果。

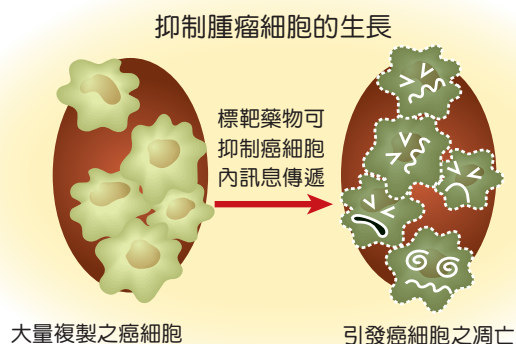
費用說明

目前釷90健保尚未給付，需自費約70萬元左右。

標靶治療

治療原理是針對癌細胞的突變、增殖或擴散的機轉加以抑制；或抑制腫瘤血管新生，以達到抑制癌細胞生長、加速癌細胞死亡，進而防止癌細胞擴散。

目前已上市的部分標靶治療藥物，便是藉由攻擊癌細胞上特定的目標，來阻斷癌細胞的增生和蔓延。



治療條件

標靶治療通常都是使用在癌症已經發生轉移，或是其它治療無效後的晚期患者為主，目的為延長壽命、讓病情暫時穩定。

肝癌的標靶治療也是如此，中、晚期的肝癌患者，如果肝功能尚良好，但因腫瘤已經侵犯肝門靜脈，或是已有肝臟外轉移而無法開刀切除，甚至連血管栓塞也不適合者或治療效果不好者，則可考慮使用標靶治療。

現階段健保的給付包括第一線藥物(蕾莎瓦、樂衛瑪)及第二線藥物(癌瑞格)。

治療方式

標靶治療是一種口服藥物，接受標靶治療前如果先進行一段時間的追蹤觀察，透過影像學檢查(如電腦斷層或是磁振造影)及血液檢查了解腫瘤的生長速度，對於評估標靶治療藥效會更有幫助。

開始使用後，應該定期回診，醫師會視患者的病況及肝功能、副作用等狀況調整用藥；每隔2至3個月再利用影像學檢查及血液檢查進行評估。

安全性及併發症

較常見的副作用包括手腳皮膚變得敏感、腫脹或乾裂起泡，以及皮疹、高血壓、腹瀉、無力倦怠、食慾不振等。

標靶治療也可能產生抗藥性，如果使用後，腫瘤的生長延緩一段時間後，又繼續成長，則可能是已經產生抗藥性。

對於晚期的肝癌病患，標靶治療與傳統化學治療併用有時可抑制腫瘤的生長，但產生副作用的機率也相對增加，因此必須由醫師謹慎評估。

標靶治療

台灣現有肝癌標靶治療藥物

蕾莎瓦 (商品名 Nexavar，學名 sorafenib)

美國食物藥品管理局 (FDA) 2007 年 11 月核准用來治療肝癌，台灣於 2012 年 8 月核准，適應症為「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的晚期肝細胞癌」。

治療效果

根據歐美或亞太地區研究顯示，使用蕾莎瓦治療無法手術或是接受其他根治性治療的晚期肝癌病患，平均存活期相較於不治療者可延長 2 到 3 個月，腫瘤縮小的比率为 5%，約有 30% 至 40% 的患者治療後能保持病情穩定 3 到 6 個月，針對晚期肝癌病人來說已是一大突破。

費用說明

健保已有條件給付。

自 2012 年 8 月起將蕾莎瓦有條件的納入健保給付，但使用此藥需事先向健保局申請，並非所有的晚期肝癌患者都適用。2020 年 1 月 1 日修正之健保給付條件如下：

- (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 Child-Pugh A class 晚期肝細胞癌成人患者，並符合下列條件之一：
 - I. 肝外轉移 (遠端轉移或肝外淋巴結侵犯)。
 - II. 大血管侵犯 (腫瘤侵犯主門靜脈或侵犯左/右靜脈第一或第二分支)。
 - III. 經導管動脈化學藥物栓塞治療 (Transcatheterarterial chemoembolization, TACE) 失敗者，需提供患者於 12 個月內 >= 3 次局部治療之記錄。
- (2) 需經事前審查核准後使用，初次申請之療程以 3 個月為限，之後每 2 個月評估一次。送審時需檢送影像資料，無疾病惡化方可繼續使用。
- (3) 每日至多處方 4 粒。
- (4) sorafenib、lenvatinib 與 atezolizumab+bevacizumab 僅得擇一使用，不得互換。

註：Child-Pugh 為肝硬化常用的分類法，也就是依照病人肝臟機能的變化分為 A、B、C 三期，而 A 期大多屬於「肝硬化初期」，C 期就是指肝硬化程度比較嚴重，一般而言就是「肝硬化末期」。

癌瑞格 (商品名 Stivarga，學名 regorafenib)

美國食物藥品管理局 (FDA) 2017 年 4 月核准用來治療肝癌，台灣於 2017 年 9 月核准，適應症為「曾接受蕾莎瓦治療的肝細胞癌病患」。

治療效果

是蕾莎瓦的衍生物，但能辨識比蕾莎瓦更廣泛的標的分子，故而可能所導致的副作用也較強烈。

但是蕾莎瓦治療失敗後，接著使用癌瑞格的肝癌病人，相較於未使用癌瑞格治療者，病患中位存活期可多延長 3 個月、可降低死亡風險 38%、腫瘤縮小的比率則約 10%。

目前台灣規定第一線先用蕾莎瓦，治療無效才能使用第二線的癌瑞格。

費用說明

健保已有條件給付。

自 2019 年 6 月 1 日起將癌瑞格有條件納入肝癌治療健保給付，條件如下：

- (1) 適用於曾接受 sorafenib 治療失敗後之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 Child-Pugh A class 晚期肝細胞癌成人患者。
- (2) 需經事前審查核准後使用，初次申請之療程以 3 個月為限，之後每 2 個月評估一次。送審時需檢送影像資料，無疾病惡化方可繼續使用。
- (3) 每日至多處方 4 粒。
- (4) regorafenib 與 ramucirumab 僅能擇一使用，不得互換。

標靶治療

樂衛瑪 (商品名Lenvima，學名lenvatinib)

美國食物藥品管理局 (FDA) 2018年8月核准用來治療肝癌，台灣於2018年11月核准，適應症為「無法手術切除且不適合局部治療之晚期肝細胞癌患者」。

治療效果

臨床試驗與蕾莎瓦組比較顯示，樂衛瑪組的平均癌症無進展存活 (progression-free survival, PFS) 為7.3個月，高於蕾莎瓦組的3.6個月，但存活期中位數與蕾莎瓦組無統計差異，樂衛瑪組使腫瘤縮小的機會約增加15%，為另一個一線肝癌治療標靶藥物的新選擇。

樂衛瑪使用的副作用狀況與上述兩者不盡相同，需與醫師討論並謹慎評估。

健保已有條件給付。

自2020年1月1日起將樂衛瑪納入健保給付，需符合以下條件：

- (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 Child-Pugh A class 晚期肝細胞癌成人患者，並符合下列條件之一：
 - I. 肝外轉移 (遠端轉移或肝外淋巴結侵犯)。
 - II. 大血管侵犯 (腫瘤侵犯主門靜脈或侵犯左/右靜脈第一或第二分支)。
 - III. 經導管動脈化學藥物栓塞治療 (Transcatheter arterial chemo embolization, T.A.C.E.) 失敗者，需提供患者於12個月內 ≥ 3 次局部治療之記錄。
- (2) 需經事前審查核准後使用，初次申請之療程以3個月為限，之後每2個月評估一次。送審時需檢送影像資料，無疾病惡化方可繼續使用。
- (3) lenvatinib、sorafenib 與 atezolizumab + bevacizumab 僅得擇一使用，不得互換；且 lenvatinib 治療失敗後，不得申請使用 regorafenib 或 ramucirumab。

費用說明

癌必定 (商品名Cabometyx，學名cabozantinib)

美國食物藥品管理局 (FDA) 2019年1月核准用來治療肝癌，台灣於2019年7月核准，適應症為「曾接受過蕾莎瓦治療之肝細胞癌病人」。

治療效果

根據大型國際性臨床研究顯示，針對先前僅有使用過蕾莎瓦治療之肝細胞癌病人，第二線治療使用癌必定，可以增加4.1個月的中位數存活期與增加3.6個月的中位數無惡化存活期，可降低60%的疾病惡化風險與30%的死亡風險。

最新發表之配對校正的間接比較分析研究顯示，針對先前僅使用過蕾莎瓦治療之肝細胞癌病人，使用癌必定可以明顯延長無惡化存活期。

費用說明

目前尚未納入健保肝癌治療給付。每月藥費大約16萬5千元~18萬元左右。

標靶治療

欣銳擇 (商品名Cyramza, 學名ramucirumab)

美國食物藥品管理局 (FDA) 2019年5月核准用來治療肝癌，台灣於2019年9月核准，適應症為「接受過蕾莎瓦治療且AFP \geq 400ng/mL之肝細胞癌病人」。

治療效果

根據Reach-2多國試驗研究，針對正接受或接受過蕾莎瓦治療後疾病惡化、或無法耐受蕾莎瓦，且AFP \geq 400ng/mL之晚期肝細胞癌病人，以18個月的存活期來看，欣銳擇治療組的生存人數比安慰劑組高出了兩倍，死亡風險降低29%。

三個月的無惡化存活期，欣銳擇治療組的人數是安慰劑組的2.5倍；六個月的無惡化存活期，欣銳擇治療組的人數是安慰劑組的4倍；疾病進展危險比降低55%。

費用說明

健保已有條件給付。

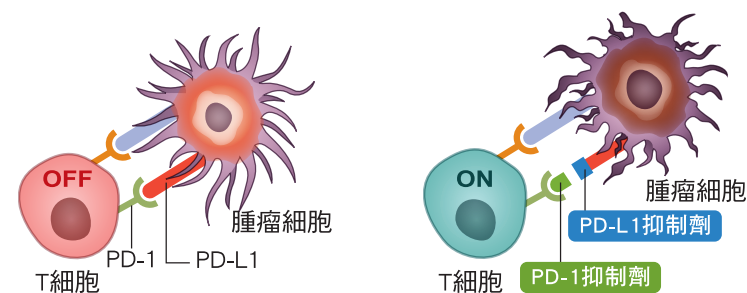
自2021年5月1日起將欣銳擇納入健保給付，需符合以下條件：

- (1) 單一療法適用於接受過sorafenib治療失敗後之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，且alpha-fetoprotein (AFP) \geq 400ng/mL之Child-Pugh A class晚期肝細胞癌成人患者。
- (2) 需經事前審查核准後使用，初次申請之療程以12週為限，之後每8週評估一次。送審時需檢送影像資料，無疾病惡化方可繼續使用。
- (3) ramucirumab與regorafenib僅能擇一使用，不得互換。

新型癌症免疫療法

晚期肝癌藥物的另一項重大突破，就是免疫療法的運用。免疫療法是近年來癌症治療的新希望，涵蓋許多不同的方式，其中一種稱為免疫檢查點抑制劑 (immune checkpoint inhibitor)，目前有兩種藥物，一種針對T細胞的PD-1或癌細胞的PD-L1蛋白，另一種則針對T細胞的CTLA-4蛋白。這兩種藥物合併使用時稱為雙免疫療法，其臨床療效會更好。CTLA-4抑制劑強化T細胞的增生，PD-1或PD-L1抑制劑接著破除癌細胞對T細胞活性的抑制，因而兩者併用臨床療效會更好。

PD-1或PD-L1抑制劑的原理

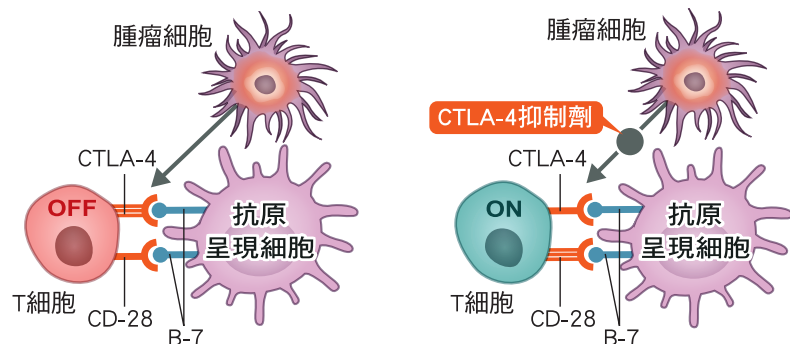


腫瘤細胞會分泌PD-L1，嵌住免疫檢查點PD-1，使T細胞不活化，無法發揮作用。

利用PD1或PD-L1抑制劑去抑制PD-1與PD-L1之結合，讓T細胞可以重新啟動，攻擊腫瘤。

新型癌症免疫療法

CTLA-4抑制劑的原理



腫瘤細胞會增強T細胞內CTLA-4之活性，使之與B7之結合大幅增加，讓CD28與B7之結合減至甚低，因而T細胞無法增生去對抗腫瘤。

CTLA-4抑制劑會阻斷腫瘤細胞對CTLA-4與B7結合之增強作用，讓CD28與B7結合之狀況恢復正常，因而T細胞之增生也又恢復正常。

台灣現有免疫療法治療藥物

PD-1抑制劑 吉舒達 (商品名Keytruda，學名pembrolizumab)

美國食物藥品管理局(FDA) 2018年11月核准用來治療肝癌，台灣食藥署也於2019年11月核准，適應症為「先前經雷莎瓦治療的肝細胞癌病人」。

治療效果	同樣針對雷莎瓦治療失敗的病人進行臨床試驗，其結果已經公佈。共有104名肝癌病人接受治療，Child-Pugh分級為A或B，病人每3週接受吉舒達200mg，直至出現不可接受的毒性或確診的疾病進展。腫瘤完全消失或縮小的機會為17%，其中完全緩解率為1%，部分緩解率為16%，中位數存活期為12.9個月。
費用說明	目前尚未納入健保肝癌治療給付。藥費依使用劑量不同而不同，每月藥費約7~14萬元。
治療條件	免疫療法雖然讓晚期肝癌治療增加新的可能性，要注意的是，這些臨床試驗，收案時均排除以下兩類對象，有這兩類問題的肝癌病患，不建議使用免疫療法。 <ul style="list-style-type: none"> • 已經有自體免疫疾病正在接受相關治療(自體免疫系統已經過度活化)。 • 接受過器官移植的病人(長期吃抗排斥藥，考量使用免疫療法的風險太高，且目前完全沒有相關的安全性與療效資料可參考)。

新型癌症免疫療法

免疫加標靶合併療法

PD-L1抑制劑 癌自禦 (商品名Tecentriq，學名atezolizumab) + 特定抗血管新生標靶藥 (商品名Avastin/Zirabev/Alymsys/Onbevzi，學名bevacizumab)

美國食物藥品管理局 (FDA) 2020年5月核准用來治療肝癌，台灣於2020年8月核准，適應症為「Tecentriq (atezolizumab) 與Avastin (bevacizumab) 併用，適用於治療未曾接受全身性療法且無法切除或轉移之肝細胞癌病人，且肝功能為Child-Pugh A」

治療效果

根據大型國際臨床研究IMbrave150顯示，比起蕾莎瓦可以顯著延長病人的存活期並降低死亡風險達42%，同時也可以降低疾病惡化風險達41%，有27.3%病人可以達到腫瘤縮小，更有5.5%的病人達到腫瘤完全消失，疾病控制率達73.6%，與蕾莎瓦反應率和疾病控制率相比，有顯著的提升。癌自禦搭配癌思停的合併療法，副作用和蕾沙瓦比例相當，但可以更長時間的維持病人生活品質長達11.2個月(蕾莎瓦約3.6個月)。

健保已有條件給付。

自2023年8月1日起納入健保給付，需符合以下條件：

- (1) 適用於治療未曾接受全身性療法之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Child-Pugh A class成人晚期肝細胞癌患者，並符合下列條件之一：
 - Ⅰ 肝外轉移(遠端轉移或肝外淋巴結侵犯)。
 - Ⅱ 大血管侵犯(腫瘤侵犯主門靜脈或侵犯左/右靜脈第一或第二分支)。
 - Ⅲ 經導管動脈化學藥物栓塞治療(Transcatheter arterial chemoembolization, T.A.C.E.) 失敗者，需提供患者於12個月內 ≥ 3 次局部治療之紀錄。

費用說明

- (2) 須排除有以下任一情形：
 - Ⅰ 曾接受器官移植。
 - Ⅱ 正在接受免疫抑制藥物治療。
 - Ⅲ 有上消化道出血之疑慮且未接受完全治療(須有半年內之內視鏡評估報告)。
 - Ⅳ ECOG(體能狀態) > 1 者。
 - Ⅴ 中重度腎功能不全者，即肌酸酐(Creatinine) $\geq 1.5\text{mg/dL}$ 且腎絲球過濾率(eGFR) $\leq 60\text{mL/min/1.73m}^2$
 - Ⅵ 心臟功能評估心臟衰竭功能分級(NYHA Functional Class) 3~4級者
- (3) 病理報告、三個月內影像學報告(不包含PET)外，需另檢附上患者ECOG-PS(日常體能狀態)、心肝肺腎功能評估、IO(免疫療法)治療計畫等…報告。
- (4) 第一次評估atezolizumab與bevacizumab併用治療若僅有SD(疾病穩定)無ORR(治療反應率)，僅能再用藥三個月；若第二次評估仍無ORR，不得再申請續用。
- (5) 申請有給付期限，自初次處方用藥日起最多兩年，超過即不予給付。
- (6) 申請atezolizumab與bevacizumab併用治療出現不良反應若停藥超過24週，不得再申請續用。
- (7) 與sorafenib、lenvatinib僅得擇一使用，不得互換。
- (8) atezolizumab與bevacizumab併用治療失敗後，不得申請使用regorafenib或ramucirumab。

費用說明

新型癌症免疫療法

雙免疫組合療法

PD-1 抑制劑 保疾伏 (商品名Opdivo，學名nivolumab) +
CTLA-4 抑制劑 益伏 (商品名Yervoy，學名ipilimumab)

美國食品藥物管理局 (FDA) 於 2020 年 3 月核准，用於曾接受蕾莎瓦治療但效果不佳或無法耐受其副作用的晚期肝癌患者。

目前在台灣雖經食藥署通過「可用於治療先前曾接受蕾莎瓦治療的肝細胞癌病人」之適應症，但至今尚未執行確認性試驗 (confirmatory trial) 以證明其臨床效益。

治療效果 根據一項小型臨床試驗結果，49 名患者接受此合併療法，追蹤最少 28 個月，32% 的病人獲得緩解。

費用說明 目前尚未納入健保肝癌治療給付

PD-1 抑制劑 抑癌寧 (商品名Imfinzi，學名durvalumab) +
CTLA-4 抑制劑 抑佳妥 (商品名Imjudo，學名tremelimumab)

美國食品藥物管理局 (FDA) 於 2022 年 10 月通過新的雙免疫療法組合，可作為無法切除之肝細胞癌患者的第一線治療。

durvalumab 是抗 PD-L1 的免疫檢查點抑制劑，tremelimumab 是抗 CTLA-4 的免疫檢查點抑制劑。

目前在台灣已通過可用於治療肝癌之適應症。

治療效果 在一項名為 Himalaya study 的臨床試驗中，在存活中位數 (OS) 方面，durvalumab+tremelimumab 為 16.4 個月，蕾莎瓦組 13.8 個月，具有統計學意義和臨床意義的改善。durvalumab+tremelimumab 這組治療的有效反應率 (ORR) 為 20.1%，明顯優於蕾莎瓦組 (5.1%)。

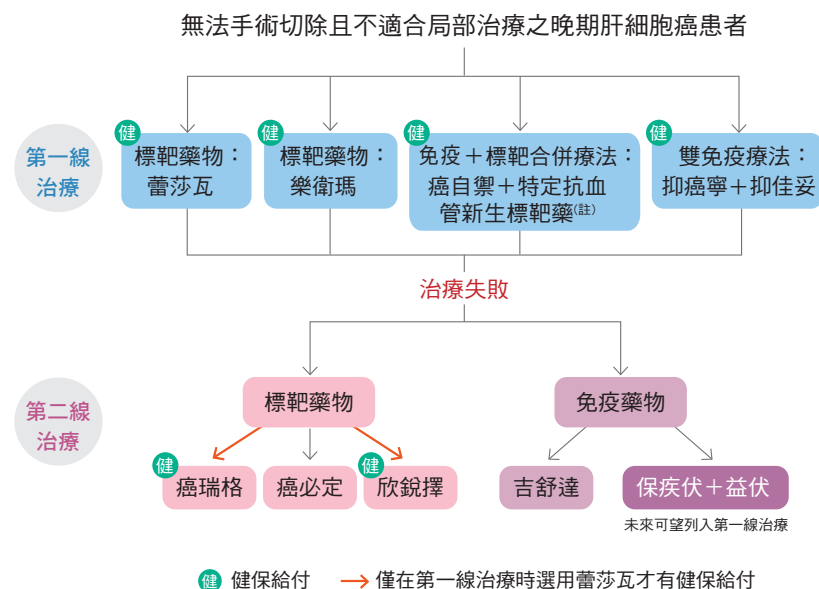
費用說明 自 2025 年 2 月起，健保已有條件給付

晚期肝癌藥物

對於晚期肝癌病人來說，近年不僅標靶藥物陸續有新藥問世，還多了免疫療法這個選項，醫界也朝使用兩種免疫藥物或標靶加免疫的「組合或合併療法」進行研究，抗癌武器愈來愈多，中晚期肝癌病人愈來愈有希望。

台灣現有標靶藥物及免疫藥物使用之建議：

(健保相關規定請參閱第 32~44 頁，第 46~47 頁)



註：癌思停／力癌停／艾麥思／安倍咨

晚期肝癌藥物

台灣核准之晚期肝癌藥物表

(更新至2025年2月； 以下資料都是來自個別的臨床試驗，由於收案條件都不一樣，所以數據之間無法直接做比較。)

藥名		療效：腫瘤完全消失或縮小的機會	存活期中位數	適應症	是否已經納入健保肝癌治療給付	
第一線藥物	標靶藥物	蕾莎瓦 商品名Nexavar 學名sorafenib	3~9.2%	10.7~13.4個月	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的晚期肝細胞癌	是
	標靶藥物	樂衛瑪 商品名Lenvima 學名lenvatinib	24.1%	13.6個月	無法手術切除且不適合局部治療之晚期肝細胞癌患者	是
	免疫+標靶合併療法	癌自禦+特定抗血管新生標靶藥(商品名 ^(註)) 商品名Tecentriq+ (註) 學名atezolizumab+bevacizumab	30% (8%腫瘤完全消失； 22%腫瘤縮小)	19.2個月	未曾接受全身性療法且無法切除或轉移之肝細胞癌病人，且肝功能為Child-Pugh A	是
	雙免疫組合療法	抑癌寧+抑佳妥 商品名Imfinzi+Imjudo 學名durvalumab+tremelimumab	20.1% (3.1%腫瘤完全消失； 17.0%腫瘤縮小)	16.4個月	未曾接受全身性療法之晚期或無法切除之肝細胞癌成人病人	是
第二線藥物	標靶藥物	癌瑞格 商品名Stivarga 學名regorafenib	11%	10.6個月	曾接受蕾莎瓦治療的肝細胞癌病患	是
	標靶藥物	癌必定 商品名Cabometyx 學名cabozantinib	4%	10.2個月	曾接受過蕾莎瓦治療之肝細胞癌病人	否
	標靶藥物	欣銳擇 商品名Cytamza 學名ramucirumab	5%	8.5個月	接受過蕾莎瓦治療且胎兒蛋白(AFP) ≥ 400 ng/mL之肝細胞癌病人	是
	免疫檢查點抑制劑	吉舒達 商品名Keytruda 學名pembrolizumab	17%	12.9個月	先前經蕾莎瓦治療的肝細胞癌病人	否
	雙免疫組合療法	保疾伏+益伏 商品名Opdivo+Yervoy 學名nivolumab+ipilimumab	32% (臨床試驗分三組， 劑量不一樣)	效果最好的組可 達22.8個月	曾接受蕾莎瓦但效果不佳或無法耐受其副作用的晚期肝癌患者	否

註：癌思停／力癌停／艾麥思／安倍咨(Avastin／Zirabev／Alymsys／Onbevzi)

放射線治療

放射治療是利用放射線去照射腫瘤，讓腫瘤細胞壞死。

傳統的放射治療也會殺死放射線經過的正常組織，因此效果較差，副作用也較大。近年來，各種改良式的放射治療，使高單位能量的輻射線可以更精準地照射到腫瘤部位，盡量避開正常細胞，達到治療效果。新的放射治療療程縮短，效果較傳統放射治療好，但治療費用也較高。

放射治療以射束種類可分為光子（光子刀、弧形刀、螺旋刀、電腦刀、伽馬刀等）和粒子（質子、重粒子、硼中子捕獲治療等）。

光子治療

光子放射線治療在各種癌症治療相當普及，然而許多肝癌病人常是B型肝炎、C型肝炎帶原者或有肝硬化，本身肝功能相對不佳，若肝臟腫瘤過大或位於肝臟中央，使用光子放射線治療時，周邊正常的肝臟組織劑量分布過多，可能影響僅存的肝臟功能，因此限制了光子放射線治療在肝癌的角色。臨床上，當開刀、射頻消融術（電燒）、經肝動脈栓塞無法處理時，便會考慮進行光子放射線治療評估。

粒子治療

質子治療

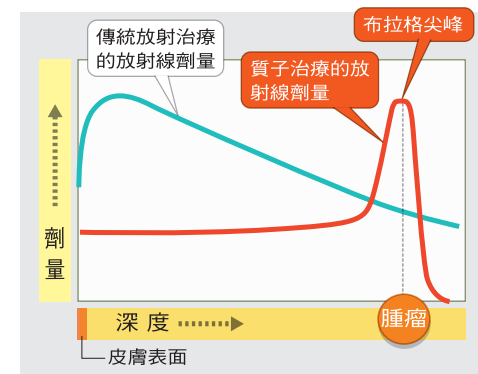
質子射束的特性在於射束進入人體後，雖然會有部分的劑量分布於腫瘤前方正常組織，但主要能量可集中於腫瘤所在部位。以能量釋放與入射深度的曲線圖表示，質子射束進入人體後，釋放的能量比例

會從平緩到陡峭的山峰，然後迅速停止。此現象稱為布拉格尖峰（Bragg peak），也因此質子相較於光子治療可以減少放射線劑量在正常組織的分布。肝癌放射治療正符合這種需求。

重粒子治療

重粒子又稱重離子（Heavy Ion Therapy），與質子都屬於粒子性質，但重粒子更大、能量更強。若把質子比喻成是一顆棒球的話，重粒子就像一顆保齡球，對腫瘤的破壞性更大。

與光子及質子射線相比，重粒子治療能引起更顯著的DNA雙股斷裂，增強消滅癌細胞的生物效應。至於病人適合選擇哪種治療，仍應由醫師評估。



肝臟移植

「肝臟移植」就是將他人健康的肝臟整個或部份植入肝病者體內，以完全替代患者原來的肝臟，發揮肝臟的正常生理機能，維持病患生命。

治療條件

患者若符合以下條件(加州大學舊金山分校準則)，可以考慮換肝：

- 肝癌為單顆，且其直徑在6.5公分之內。
- 多發肝癌不超過3顆，任一顆直徑不超過4.5公分，總直徑不超過8公分。
- 肝癌未侵犯血管且無肝外轉移。

不過，如果同時有嚴重的心肺疾病、肝外其他惡性腫瘤、酒精與藥物成癮或術前已有感染問題等情況時，不能換肝。

治療效果

台灣的肝臟移植技術有相當之水準，患者移植後1年的平均存活率可達80%至85%；5年平均存活率也約70%左右。肝癌患者接受肝臟移植後，除了一般的抗排斥等問題外，還必須特別注意肝癌復發的可能性，機率不低，因此，移植後一定要密切追蹤。

手術後的恢復

- **接受移植者：**一般而言，接受部分活肝移植者，移植半年後肝臟約可長到原來體積的7到8成。

- **捐肝者：**術後需住院7至10天，大約2週後肝功能即會恢復正常。如果是從事不需勞力的工作，術後1個月左右可正常上班；需勞力的工作，術後3個月左右可以正常上班。

安全性及併發症

- **感染與排斥：**肝臟移植是在受肝者體內植入別人的肝臟，為避免排斥，患者必須終身服用抗排斥藥物。但抗排斥藥物會降低免疫力，患者很容易受到感染。若發生感染，必須先抽血培養細菌以確定感染原因，再對症治療；若是懷疑發生排斥，則需要以肝切片來做最後的診斷。
- **膽道併發症：**肝移植時，病人原有的膽道要和移植來的膽道吻合，以利膽汁流通，但有時術後會產生膽道狹窄的現象，膽汁流通不易，容易導致發炎或黃疸，因此，術後必須持續注意。
- **肝病再發之可能：**B、C型肝炎患者接受移植後，因為病毒仍可能存在於肝外組織及血液中，故其肝炎可能再發。

若患者為B肝帶原者：必須在術前及術後使用B型肝炎病毒抑制劑，並於術後開始使用B型肝炎免疫球蛋白，以降低B型肝炎復發的機率。

若患者為C型肝炎患者：目前有新的全口服藥物，所以在肝臟移植前，可以考慮先服用口服藥物除去C型肝炎病毒，以減低移植後C肝復發的機會。如果在肝臟移植後C肝復發，也可以使用此等抗病毒藥物來治療。

肝臟移植

肝臟的來源

肝臟移植依照來源區分，可分為活體肝臟移植及屍體肝臟移植，台灣的成人肝臟移植以活肝移植較為普遍，約佔70%。

活肝移植

活肝移植是指從活人身上取出部份肝臟，移植至需要肝臟的病人身上。除須符合「人體器官移植條例」規定，還必須進行多項醫學評估，且尚需由專業的心理專家及精神科醫師評估捐肝者的心理及精神狀態。

屍肝移植

屍肝移植是指將往生者的肝臟移植給肝病患者。捐肝者必須為自然腦死，且腦死期間不能休克太久，以免器官耗損過多；此外，捐肝者必須肝臟完全正常，不能有B型或C型肝炎、肝硬化或肝臟代謝不良等疾病。若腦死患者符合這些條件，家屬也同意，即可捐肝救人，遺愛人間。

費用說明

移植前由醫師將受贈病患之相關資料，先申報衛生福利部審查，確定合乎肝移植之適應症，審核通過後肝臟移植就有健保給付，但病人仍需負擔住院費用與部分自費藥物，術後恢復良好、無嚴重併發症的患者約需自付20至40萬元左右。

活體肝臟移植相關法令

依照「人體器官移植條例」，活體肝臟移植必須符合以下規定：

1. 肝臟移植的捐贈者必須要成年人或滿18歲之未成年人。滿18歲之未成年人捐贈肝臟，必須要有法定代理人的書面同意。
2. 肝臟捐贈者必須要移植於其5等親以內的血親、配偶或姻親。但是配偶必須與肝臟捐贈者生有子女或結婚2年以上，但結婚滿1年後，才經過醫師診斷需要移植的人，不在此限。
3. 捐贈者必須在沒有壓力、沒有交易行為之下，出於自願的捐贈器官。

病友為何考慮大陸換肝？

國內肝臟移植技術水準與世界同步，但是每年卻仍有相當多的人前往大陸換肝，這是因為國內等候肝臟移植的患者太多，而國人保留全屍的觀念很重，願意往生後捐肝的情形不多，以致不少肝癌患者選擇到大陸尋求一線生機。

此外，很多人經過完整的醫療評估之後，被評為不符合肝臟移植之條件，心急之下，仍願意專程轉往法令鬆散的大陸尋求希望，但這些患者的狀況常是原來病情已不樂觀，加上大陸的醫療水平參差不齊，所以還是有不少人希望落空。

復發與轉移

肝癌會不會復發或轉移？發生的可能性有多高？狀況因人而異，目前並無法事先預估，因此，最重要的就是定期追蹤檢查。

肝癌復發

肝癌具有再發的特性，肝臟治療後若再長出腫瘤，有時是原來的腫瘤轉移過去的，有的是其他細胞再長出來的，很難判定。

一般來說，如果原來的腫瘤很小，治療後再發的腫瘤通常不是原來腫瘤轉移的，而是別的肝細胞另外長出來的。但如果治療前腫瘤靠近或侵犯門靜脈，癌細胞極可能在治療前就經由各種管道蔓延到肝內其他各處，形成肝內轉移。

肝癌轉移

- **肝內轉移**：肝癌細胞可能經由肝內血管跑到肝臟內的其他部位。
- **肝外轉移**：也可能經由血液或淋巴跑到身體其他器官，最容易發生在肺臟、骨頭、腎上腺及淋巴結等，少數患者會轉移到腦部；曾發生肝癌破裂者，癌細胞較容易發生腹腔內轉移。

肝癌的轉移跟腫瘤長的位置及形狀有很大的關係：

- 如果腫瘤長在肝靜脈旁或下腔靜脈旁，比較容易經由心臟轉移到全身。
- 如果腫瘤長在靠近門靜脈，且無包膜、邊緣不規則，就比較容易蔓延到門靜脈，再轉移到肝內其他地方。

轉移的症狀

肝癌轉移不一定會有症狀出現，即使出現某些症狀，也常因為跟其他疾病症狀相似而被誤判或忽略。肝癌轉移的症狀通常依轉移的部位而定，例如：

- **轉移到肺臟**：可能出現咳嗽、喘等症狀。
- **轉移到骨頭**：大多會疼痛。
- **轉移到淋巴結**：壓迫到神經，會引起疼痛；壓迫到十二指腸則會引發出血。
- **轉移到腦部**：則視病灶在腦部的的位置不同，可能出現頭痛、出血、甚至神智不清等症狀。

轉移的診斷與治療

以目前的技術而言，是否已有少許肝癌細胞轉移出去，很難診斷；至於已成形的轉移肝癌，若其直徑在一公分以下，影像檢查亦不易覺察，但一公分以上者則通常可在影像檢查中被發現。

肝癌治療後如果再發生肝癌，治療的選擇與一般的肝癌治療相同，都要針對病情及病人身體狀況作詳細的評估。

如果發生肝外轉移，治療上更是與身體狀況有很大的關係，身體狀況好，可以選擇的治療方法相對較多。如果肝外轉移的腫瘤數不多、位置良好，手術切除仍是最好的方法；但肝外轉移常見是多發性的，往往不適合開刀切除，需改用藥物或其他療法。

飲食與保養

面對肝癌，是人生的一個重大挑戰，除了放心地把疾病交給醫師，一定要做到營養充足且均衡、規律且適度的運動，以及正常的作息，才能在與肝癌的「長期抗戰」中有更大的勝算。

飲食原則

一般而言，肝癌病人的飲食原則與一般人相同，主要以均衡為基礎，並注意新鮮、清淡、自然。但肝癌病人常合併有肝硬化，如肝硬化厲害或肝癌晚期肝機能變差，則需要調整。

3大重點——熱量、水分、營養素

肝臟有合成、轉化、解毒、新陳代謝等功能。肝臟幫助身體有效利用食物中的醣類、蛋白質、脂肪、維生素及礦物質。當肝臟生病時，身體對食物營養素的利用就會改變，導致無法獲得足夠的營養。因此，須特別注意熱量、營養素和水分的攝取。

保養原則

吃什麼最補？——「不要亂吃」最正確

大病初癒的肝臟最需要好好休息，所以除了上述飲食原則外，更重要的是不要亂吃藥、進補，特別是來路不明的偏方、草藥。

要不要辭掉工作？——「正常作息」最健康

沒有一定的答案，要斟酌個人的情況。如果身體狀況許可，在治療完成後，還是可以回到原來的工作崗位繼續服務。

營養攝取的基本原則

原則說明

1

適當熱量，維持理想體重：過多熱量會促使肝脂肪的合成，造成脂肪肝。需控制熱量攝取，以免脂肪肝導致肝功能指數上升。

2

嚴重肝硬化，攝取蛋白質要適量：肝臟是人體合成蛋白質主要的器官，因此只要肝機能良好，平時應攝取足夠的蛋白質，但如果肝硬化厲害，或肝癌晚期，肝機能不佳，瀕臨肝昏迷，此時蛋白質的攝取就要限量。

3

避免高脂肪：過多的脂肪會堆積在肝臟中，影響肝機能。最好減少油炸、油煎的烹調方法，並避免攝取高脂肪食物。

4

維生素和礦物質適量就好：肝臟負責某些維生素的活化和儲存，也是礦物質存放的重要器官，但如果攝食的維生素和礦物質過量，就容易對肝臟造成傷害。

5

多吃蔬果：蔬果富含的維生素和礦物質，有助於維持體能狀態；蔬果中的纖維質更有助於控制血糖及血脂肪。

6

禁酒：酒精會加重肝臟的負擔，也影響其他營養素的吸收利用，最好避免喝酒精性飲料。

7

嚴重腹水、水腫者，限制鹽及水分攝取：有腹水症狀時需減少高鹽食品，因為鹽中的鈉會使水分滯留體內，導致水腫問題不易減緩。醃漬、罐頭食品、培根、香腸臘肉、冷凍餐包、鹽、醬油等調味料及重口味零食（如：洋芋片、豆乾等）等均需減少或避免。如果腹水或下肢水腫厲害，就必須減少攝取液體食物，包括：食物中所含的水分、開水、牛奶、果汁、汽水和其他飲料。

肝癌 Q&A

Q1 為什麼我得了肝癌之後，醫生要我全家人都去檢查？肝癌會遺傳嗎？

A：肝癌不會遺傳，但常見有家族性肝癌病例。因為台灣的肝癌約有6至7成是由B型肝炎演變而來，所以早期常見一家人兄弟姐妹、母親、外婆都有B型肝炎，甚至陸續罹患肝癌。因此，家人若有肝癌，全家人最好都去檢查一下有無B肝，及早發現及早控制，才不會同樣走上肝炎、肝硬化、肝癌三部曲。

Q2 聽說肝癌若開刀，可能會擴散更快，是真的嗎？

A：許多病人認為動刀後癌細胞比較容易跑出去，其實這是錯誤的觀念。國內肝癌手術的技術非常成熟，經驗也豐富，且有很多方法能提升手術的精準度，病人可以放心接受手術。如果因為害怕開刀而去尋求另類治療，反而會錯失治療契機。

Q3 吃素對控制肝癌會有幫助嗎？吃太營養會不會把癌細胞養大？

A：肝癌病人的飲食以營養均衡、自然清淡為原則，食物種類最好少量多樣以避免有害物質的累積，食材最好選擇當季的、新鮮的，可以避免攝取到黃麴毒素或化學保鮮劑。至於吃太營養會不會把癌細胞養大？吃素能不能把癌細胞餓死？目前沒有足夠的研究資料顯示如此會將癌細胞餓死，反而在臨床上倒是常見病人因為要把癌細胞餓死而導致營養不良現象。

Q4 肝癌治療後醫師叮嚀我不要亂吃藥，我原本的糖尿病、高血壓怎麼辦？

A：醫師是提醒您不要聽信來路不明的偏方草藥或補藥、甚至「健康食品」等，以免補肝不成反而害肝，因為這些「藥物」都沒有做過人體試驗，有可能造成肝臟的負擔，甚至傷了新的肝臟。至於原本的其他疾病，仍然要繼續控制，通常由醫師處方的藥物是安全的。

Q5 醫師建議我不要用手術治療，是不是表示我的病情比較嚴重？

A：肝癌的治療方式很多，如何選擇，要由醫師依照您的病情評估。雖然手術切除常是治療的第一考量，但並不表示選擇其他療法的人病情一定較差。

Q6 聽說年輕人得癌症比較容易惡化，是真的嗎？

A：常見年輕人得肝癌預後較不佳的原因不是年輕人的癌細胞生長比較快，而是大多數的年輕人沒有定期健康檢查，一般多在有不適狀況時才就診，以致當發現肝癌時大都已是較嚴重的階段。

肝癌Q&A

Q7 我有一顆2公分肝癌，選擇電燒治療，兩年後又復發了，若當年選擇開刀是否比較不會復發？

A：不一定，手術與電燒治療的腫瘤清除率相當，特別是小於3公分的腫瘤，局部復發率差異僅1~3%，電燒只略高一些，幾無差別。病人聽從醫師建議選擇最適合的治療方式，配合術後追蹤，調整生活作息，才是與肝癌長期抗戰、降低復發率的基本功。

Q8 如何知道肝癌有沒有清乾淨？

A：病人接受治療後，醫師都會評估及確認療效，例如電燒治療後1個月左右，會為病人安排電腦斷層(CT)或磁共振造影(MRI)等檢查，確認腫瘤是否清除乾淨。

Q9 擔心肝癌復發，除了定期追蹤外，還可以做什麼？

A：若有肝癌相關的危險因子，例如若有B、C肝，必要時病人應該接受治療，以減少癌症再復發的機率。其他就是調整生活習慣、注重均衡營養、規律運動、正常作息，讓肝臟維持最佳的狀態。2019年2月起，B肝引起的肝癌經根除療法後，只要血中B肝病毒量超過2000國際單位，健保就給付抗B肝病毒藥物。

Q10 健檢發現肝臟有血管瘤，會轉變成肝癌嗎？

A：肝血管瘤是肝臟血管內皮細胞不正常增生形成的腫瘤，是一種最常見的良性腫瘤，通常不會有症狀，更不會惡化形成肝癌。典型的血管瘤在超音波上有其特點，但有時不容易與肝癌區分，所以要進一步以電腦斷層或磁共振造影做鑑別診斷。

Q11 B、C型肝炎治療後，就不會得肝癌？

A：慢性B型肝炎可以透過藥物控制病情，但無法使B型肝炎病毒徹底消失，因此接受治療後仍是B型肝炎帶原者，仍有可能會長肝癌，需要持續追蹤。慢性C型肝炎治癒後，可避免病情之進展，因此可以大幅降低發生肝癌的機率。但由於治療前長期的病毒感染所引起的肝臟組織病變，尤其肝纖維化是發生肝癌的誘因，因此，治療成功之後，仍需定期追蹤檢查。

Q12 有C肝及肝癌，需同時治療嗎？

A：應先確定血中是否仍有C肝病毒，若有，且肝腫瘤被高度懷疑是肝細胞癌，則應儘可能先根除肝癌，因為目前肝病醫學界認為肝癌之存在會影響C肝口服藥物之療效。但若肝癌已不能接受根除性治療(包括開刀切除、電燒、微波消融、冷凍消融)，再考慮一邊控制肝癌病情(如：肝動脈栓塞)，一邊接受C肝口服新藥之治療。

愛的留言板

糾結的心，需要溫柔的話語來撫慰
寫下您的煩憂、寫出您的關愛
點點滴滴，都是戰勝肝癌的源頭活水

全民動員 消滅肝病



1994 年
一把愛心之火，照亮黑夜，催生肝基會
社會愛心接力延續 30 年，保肝篩檢列車全國走透透
掀起一場全民保肝聖戰
願有多大，力量就有多大
邀請您發揮愛心，一起努力消滅肝病

歡迎捐款支持本會，共同攜手消滅國病！

線上 請掃描本會
捐款 捐款專頁 QR code



銀行 受款單位：合作金庫銀行台大分行
電匯 帳號：1346765505230
戶名：財團法人肝病防治學術基金會
電匯後請來電或傳真通知本會，謝謝！

郵政 郵政劃撥帳號：18240187
劃撥 戶名：財團法人肝病防治學術基金會



財團法人
肝病防治學術基金會

台北市中正區公園路 30 之 1 號 6 樓
電話 02-23811896
傳真 02-23313463

免費肝病諮詢專線

0800-000-583

財團法人肝病防治學術基金會 信用卡捐款授權書

姓名			身分證字號	
電話	日：	手機：		
	夜：	傳真：		
住址				
信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA CARD <input type="checkbox"/> MASTER CARD <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> 美國運通卡 <input type="checkbox"/> JCB		銀行名稱	
卡號			有效期限	西元 年 月
捐款方式	<input type="checkbox"/> 本人願意捐款，金額：_____元 (捐款收據將於扣款成功後主動寄至府上)			
	<input type="checkbox"/> 本人願意每月固定捐款， 每次捐款金額：_____元，共捐_____次 捐款期間：自西元_____年_____月至_____年_____月 捐款收據您希望： <input type="checkbox"/> 年底報稅時開成一張寄給您 <input type="checkbox"/> 按月寄給您			
收據抬頭	收據人身分證字號：			
收據地址				
持卡人簽名	(簽名字樣請與信用卡相同) 日期： 年 月 日			

● 煩請詳細填寫每個項目(最好將表格放大至A4再填)，傳真至**02-23313463**。感謝您！

個人基本資料

姓名：_____

性別：男 女

聯絡電話：_____

就診醫院：_____

緊急聯絡人姓名：_____

緊急聯絡人電話：_____

肝癌病友手冊

發行單位／財團法人肝病防治學術基金會、醫療財團法人好心肝基金會

發行人／許金川

總策劃／楊培銘·陳健弘

諮詢專家／李伯皇·黃冠棠·梁博欽·李宣書

吳耀銘·許駿·梁嘉德

編輯小組／粘曉菁·魯惠雲·趙瑜玲·李昕樺·謝佳燕·陳淑卿

美術編輯／優升活設計中心

插畫設計／高智傑

地址／台北市公園路30之1號6樓

電話／02-23811896

好心肝諮詢專線／0800-000-583；02-23825234

初版發行日期／2009年7月

修訂版發行日期／2025年2月

本手冊免費贈閱，歡迎來電索取 0800-000-583

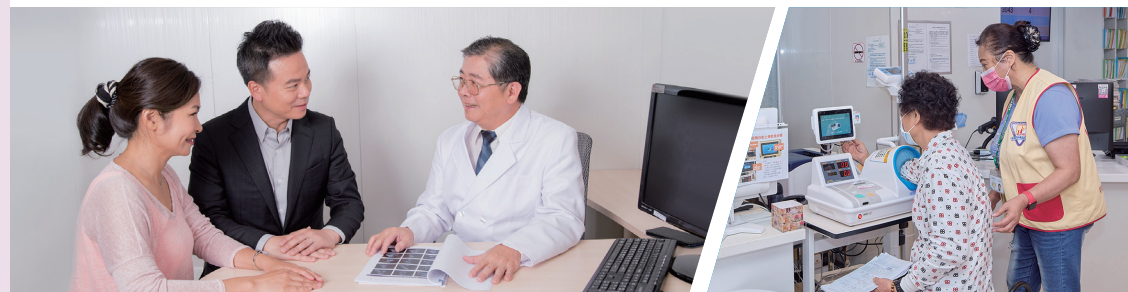
※歡迎各界愛心助印※

版權所有／經本會同意後，歡迎轉載

好心肝門診中心

感謝國人愛心捐助設立

延續肝病防治學術基金會的精神 ▶▶▶ 愛與關懷為宗旨，不以營利為目的



病人朋友化 朋友親人化

為您提供溫馨、貼心的服務：肝膽腸胃科、肝腫瘤特別諮詢門診、消脂保肝特別門診、內分泌暨新陳代謝科、心臟血管內科、血液腫瘤科、胸腔內科、神經內科、神經外科、眼科、皮膚科、復健科、骨科、一般暨小兒外科、泌尿科、身心科、耳鼻喉科、婦產科、免疫風濕科、腎臟內科、家庭醫學科、骨質疏鬆特別門診

歡迎下載好心肝APP ▶▶▶ 掃描右方QR Code

- 門診掛號／查詢／取消
- 即時掌握看診進度／查閱門診就醫紀錄
- 好心肝健檢報告

