第四期癌症等於末期嗎？

Is stage IV cancer the same as terminal cancer?

林協霆, MD, 內科專科醫師, 腫瘤內科專科醫師
醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院 腫瘤內科部 · ORCID: 0009-0002-3974-4528

發表日期：2026/05/11 · 最後更新：2026/05/11 · 審稿：林協霆 (2026/05/11) · 主題：Stage IV cancer prognosis

DOI: 10.5281/zenodo.20131255 · 此版本 10.5281/zenodo.20131256 ·
https://lin.hsiehting.com/posts/2026/stage-iv-vs-end-stage-cancer/

摘要 · ABSTRACT

「第四期」是分期欄位（已有遠端轉移），不是預後判決。第四期慢性骨髓性白血病、EGFR 突變肺癌、HER2 陽性乳癌、ER+ 乳癌、寡轉移大腸癌、轉移性攝護腺癌都有 5–10 年以上的存活案例。本文澄清「分期 vs. 末期」的差別，列舉哪些第四期屬「可控慢性病」、哪些屬「短期需求大」。

「第四期」是分期欄位，不是預後判決。 AJCC 第四期的定義只有一句：「有遠端轉移（M1）」。但第四期之後的故事差別極大——慢性骨髓性白血病（CML）吃 TKI 可以 10 年以上、EGFR 突變肺癌用 osimertinib 中位存活已逼近 4 年、HER2 陽性轉移性乳癌組合治療後 5 年存活率 > 50%、testicular cancer 即使第四期 80% 仍可治癒。本文澄清「第四期 ≠ 末期」、哪些第四期是「可長期控制的慢性病」、哪些第四期需要進入末期準備，並說明「早期緩和醫療」為什麼讓存活更長。

> 閱讀對象
> 本文設定讀者為剛被告知第四期、想了解預後與治療目標的病友與家屬，以及第一線解釋分期意義的醫療同仁。實際個別預後請依主治醫師臨床判斷。

第四期 vs. 末期：兩個不同的概念

名詞	屬於	定義	改變的方式
第四期（Stage IV）	解剖分期	已有遠端轉移（M1）	一旦診斷，期別不下降；治療反應改變的是「狀態」
末期（terminal / end-of-life）	臨床狀態	預期生存有限、以症狀緩解為主	隨疾病進展、體能狀態而動態變化
晚期（advanced）	描述用語	局部嚴重或已轉移；不等於末期	治療反應好可重新進入慢性管理
轉移（metastatic）	解剖描述	同 M1	—
無法治癒（incurable）	治療目標	目前無治癒方案，但可控制	隨新藥問世動態變化

日常用語的「末期」與醫學定義不同
媒體與日常會把「第四期」「轉移性」「晚期」全稱為「末期」，這是不精準的。**醫學上「末期」通常指預期生存 < 6 個月、以症狀緩解為主要目標的階段**。請與主治醫師確認你目前的治療目標是「積極治療」「維持性治療」還是「症狀控制」。

哪些第四期屬「可控的慢性病」

癌別	為什麼第四期仍能長期控制	中位存活（粗估）
慢性骨髓性白血病（CML）	BCR-ABL TKI（imatinib、nilotinib、dasatinib）	> 10 年；接近正常壽命
慢性淋巴性白血病（CLL）	BTK 抑制劑、BCL-2 抑制劑	中位 > 10 年
多發性骨髓瘤	蛋白酶體抑制劑 + IMiDs + 抗 CD38 + BCMA 標靶	中位 7–10 年
濾泡性淋巴瘤（FL）	Rituximab、化療、BTKi、anti-CD20 雙特異性抗體	中位 > 15 年
HR+ HER2- 轉移性乳癌	內分泌治療 + CDK4/6 抑制劑	中位 5–7 年
HER2+ 轉移性乳癌	trastuzumab + pertuzumab + T-DXd	5 年總存活 > 50%
EGFR / ALK / ROS1 突變肺癌	第三代 TKI（osimertinib、lorlatinib）	EGFR 中位 ~3–4 年；ALK 中位 ~5 年
dMMR / MSI-H 轉移性大腸癌	pembrolizumab 第一線	中位 PFS > 3 年（KEYNOTE-177）
轉移性攝護腺癌（castration-sensitive）	ADT + abiraterone / enzalutamide / docetaxel	中位 > 5 年
轉移性甲狀腺乳突癌	RAI、TKI（lenvatinib、cabozantinib）	中位 > 5 年

哪些第四期需積極評估末期準備

癌別	目前一線治療中位 OS（粗估）
第四期胰臟腺癌	11–13 個月（FOLFIRINOX 或 gemcitabine/nab-paclitaxel）
第四期肝細胞癌（HCC）	atezolizumab + bevacizumab 中位 OS 約 19 個月
第四期小細胞肺癌（SCLC）	化療 + 免疫 約 13 個月
第四期食道腺癌、胃癌	化療 + 免疫 中位 OS 約 13–16 個月
第四期膽管癌（CCA）	化療 + 免疫 + 標靶（IDH1、FGFR2、HER2） 中位 OS 約 12–18 個月
第四期膠質母細胞瘤（GBM）	中位 OS 約 15 個月

中位存活只是參考
中位 OS 是「一半病人活得比這數字長、一半短」的點。個別病人能否落在長尾端，取決於：年齡、體能狀態、分子標記、共病、治療反應、是否參加臨床試驗。**請不要把中位存活當成倒數計時**——它是統計，不是個人命運。

寡轉移（oligometastatic）：第四期裡的特殊存在

寡轉移指的是轉移病灶數目少（一般 ≤ 3–5 個）、可手術或放療局部處理的第四期狀態。典型情境：

- **大腸癌肝轉移**：可切除的肝轉移術後 5 年總存活率 30–50%（EORTC、JCOG 系列）。
- **肺癌腦轉移**：1–4 個腦轉移可接受立體定位放射手術（SRS）+ 系統性治療。
- **腎細胞癌肺轉移**：少數可手術 + 標靶治療。
- **頭頸癌、子宮頸癌、軟組織肉瘤的局部轉移**：選擇性切除或定位放療。

寡轉移的概念來自 Hellman & Weichselbaum 1995 年提出的「腫瘤生物學光譜假說」：第四期不一定是「全身已被佔據」，可能是「腫瘤剛開始離開原處、還沒成為全身性」。針對寡轉移做局部治療 + 系統性治療，部分病人可長期無病存活。

影響第四期預後的 5 個關鍵因素

1. **癌別與分子標記**：CML、第四期 HER2+ 乳癌、EGFR 肺癌的「第四期」與胰臟癌的「第四期」是不同概念。
2. **體能狀態（ECOG / KPS）**：ECOG 0–1 能接受標準治療；ECOG 3–4 多以症狀緩解為主。
3. **轉移範圍與器官**：腦、肝廣泛轉移、骨髓侵犯、惡性腹水 / 腦膜癌病通常預後較差。
4. **治療反應**：第一線治療能否達到部分 / 完全反應、PFS 多長。
5. **共病與年齡**：心衰、慢性腎病、糖尿病控制不良會限制治療強度。

早期緩和醫療：第四期的隱形戰友

Temel JS 2010 NEJM：轉移性肺癌病人在標準腫瘤治療之外，**早期介入緩和醫療諮詢**（從診斷第 8 週起、每月一次跨團隊會談），**症狀、憂鬱、生活品質都改善，且中位存活延長 2.7 個月**（11.6 vs. 8.9 個月，P = 0.02）。後續多項試驗複製此結果。

緩和醫療在第四期的角色	具體服務
症狀控制	疼痛、噁心、呼吸困難、便秘
心理支持	焦慮、憂鬱、家庭溝通
治療決策諮詢	是否參加試驗、是否停積極治療
預立醫療決定（AD）討論	末期決策、急救意願
末期照護銜接	安寧居家、安寧病房
家屬支持	喘息、悲傷輔導

早期緩和醫療不是「放棄治療」，而是「**和腫瘤團隊並行的支持系統**」。可以在第四期診斷時就提出諮詢需求。

適用對象 / 不適用對象

本文適用

- 剛被告知第四期、想了解「第四期」這詞的醫學含意
- 家屬想了解親人的治療目標與預後框架
- 第一線醫療同仁解釋分期 / 預後的衛教輔助

本文不適用

- 取代主治醫師對個別預後的判斷
- 期待具體 OS 數字者（中位存活每年隨新藥更新，請與主治醫師對話）

帶去診間的問題清單

> **我的治療目標是「治癒」「長期控制」還是「症狀緩解」？**
>
> 這是定義你接下來幾年生活的最重要問題。
>
> **我的腫瘤有沒有標靶 / 免疫療法的標記？**
>
> EGFR、ALK、HER2、MSI、PD-L1、BRAF、KRAS、HRD（BRCA）等都會大幅影響預後。
>
> **我有沒有機會參加臨床試驗？**
>
> 特別是當標準治療線數較少、或標靶罕見變異時。
>
> **我可以接受緩和醫療諮詢嗎？**
>
> 早期介入會讓治療過程的副作用、心理負擔大幅減輕。
>
> **體能狀態 ECOG 是多少？哪些活動還能做？**
>
> 這會決定治療強度與生活規劃。

✨

參考文獻

1. Temel JS, et al. **Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer.** *N Engl J Med.* 2010;363(8):733–742. doi:10.1056/NEJMoa1000678
2. Hellman S, Weichselbaum RR. **Oligometastases.** *J Clin Oncol.* 1995;13(1):8–10. doi:10.1200/JCO.1995.13.1.8
3. Hochster HS, et al. **Pembrolizumab versus chemotherapy in microsatellite instability-high or mismatch repair-deficient metastatic colorectal cancer: 5-year follow-up of KEYNOTE-177.** *J Clin Oncol.* 2024;42(suppl 17):LBA3501. doi:10.1200/JCO.2024.42.17_suppl.LBA3501
4. Hauschild A, et al. **Long-term outcomes of patients with advanced melanoma treated with combined BRAF/MEK inhibitors or immune checkpoint inhibitors.** *Cancer.* 2023;129(11):1665–1677. doi:10.1002/cncr.34708
5. Hochmair MJ, et al. **5-year survival of EGFR-mutant NSCLC patients treated with osimertinib (FLAURA).** *Ann Oncol.* 2020;31:S813. doi:10.1016/j.annonc.2020.08.1572
6. World Health Organization. **WHO Definition of Palliative Care.** WHO. https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/palliative-care

> 引用整理協力：NCCN 2026 各癌別指引、Temel 2010 NEJM、Hellman & Weichselbaum 1995 JCO、WHO 緩和醫療定義 (2026/05/11)。

SOURCE https://lin.hsiehting.com/posts/2026/stage-iv-vs-end-stage-cancer/

CITATION 林協霆. 第四期癌症等於末期嗎？. 林協霆 · 臨床筆記. 2026/05/11. doi:10.5281/zenodo.20131255

LICENSE CC BY-NC-ND 4.0 — 文章內容依 Creative Commons 姓名標示-非商業性-禁止改作 4.0 國際 授權公開使用。

DISCLAIMER　本文整理公開發表之臨床試驗結果與 NCCN／ASCO／ESMO 治療指引，僅供醫學新知與病人衛生教育參考，不構成個別醫療建議，亦不取代主治醫師之診療判斷。實際治療決策請與您的主治團隊面對面討論。