

「原位癌」是癌症嗎？要不要治療？重大傷病卡與保險會理賠嗎？

Carcinoma in situ explained: diagnosis, treatment, insurance

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](https://orcid.org/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：「原位癌 (Carcinoma in situ, CIS)」

DOI: 10.5281/zenodo.20115026 · 此版本 10.5281/zenodo.20115027 ·

<https://lin.hsiehting.com/posts/2026/carcinoma-in-situ-explained/>

摘要 · ABSTRACT

原位癌 (CIS) 是癌細胞尚未穿透基底膜的病灶，AJCC 列為第 0 期；本文整理乳房 DCIS、子宮頸 CIN 3、膀胱 CIS 等常見類型的治療原則，並說明台灣健保重大傷病卡與商業保險的理賠落差。

「原位癌 (carcinoma in situ, CIS)」指癌細胞已具備惡性形態，但**尚未穿透基底膜 (basement membrane) 侵犯下方間質**的病灶；AJCC 第 8 版將其統一歸為 **Stage 0**。最常見的型態包括乳房乳管原位癌 (DCIS)、子宮頸 CIN 3 / HSIL、膀胱 CIS、大腸高度異型增生與口腔白斑 / 紅斑。CIS 並非「假癌」——若不處理，部分會在數年至數十年間進展為侵犯性癌。但在台灣，**原位癌不在健保重大傷病公告範圍**，多數商業保險也只給付部分保額。本文整理常見 CIS 的治療原則與保險面的實務落差。

閱讀對象

本文設定讀者為剛收到「原位癌」病理報告、正在評估治療選項與保險申請可行性的病友與家屬，以及希望快速複習 CIS 命名與保險條款的同業。所有個別治療決策請與您的主治醫師討論。



原位癌的定義：為什麼是 Stage 0？

AJCC 第 8 版的 TNM 系統中，原位癌一律以 **Tis** 編碼，並列為 stage 0。其病理特徵：

- 細胞具備惡性形態 (核異型、有絲分裂活躍、極性消失)
- 病灶**侷限在上皮層內**
- **未穿透基底膜**，因此理論上不會經淋巴管或血管轉移
- 切除後 5 年存活率接近 100%

「未穿透基底膜」是 CIS 與第一期癌 (T1) 最關鍵的差別。基底膜是上皮細胞與下方結締組織之間的一層細胞外基質，一旦癌細胞穿過，就具備經由淋巴管與血管轉移的可能。

術語對照

不同器官的原位癌有不同名稱：乳房叫 DCIS / LCIS、子宮頸叫 CIN 3 / HSIL、膀胱叫 CIS、大腸叫高度異型增生 (high-grade dysplasia)、攝護腺叫 high-grade PIN、口腔叫 leukoplakia / erythroplakia with severe dysplasia。意義都類似：上皮內、未穿基底膜。

常見原位癌的自然史與治療對照

類型	不治療進展為侵犯癌的風險	標準治療	重要試驗 / 參考
乳房 DCIS	10 年 ≈ 14–53% (依分級與 ER 狀態)	乳房保留手術 + 放射治療、或全乳房切除；ER+ 加 tamoxifen	LORIS、COMET (主動監測中)
子宮頸 CIN 3 / HSIL	30 年累積 ≈ 31% (McCredie 2008)	LEEP 電圈切除、conization 錐狀切片	McCredie Lancet Oncol 2008
膀胱 CIS	5 年進展為肌肉侵犯癌 ≈ 54% (未治療)	經尿道刮除 + 膀胱內 BCG 灌注	SWOG 8216 (Lamm NEJM 1991)
大腸高度異型增生 (息肉內)	5–10 年進展 ≈ 10–30%	內視鏡完整切除 (polypectomy / EMR / ESD)，切緣陰性即可	NCCN CRC guideline
攝護腺 high-grade PIN	12 月重複切片找到癌 ≈ 21–25%	不直接治療，建議重複切片追蹤	AUA guideline

自然史數字的限制

上表的「進展為侵犯癌」百分比來自不同年代、不同族群的研究，且多數為小樣本或回溯分析；個別病人的真實風險與分級 (grade)、大小、邊緣、生物標記 (ER、HER2、p16、HPV 型別) 密切相關，不能用人口層級數字推算個人風險。

乳房 DCIS：手術、放療、還是主動監測？

DCIS 是台灣每年新發乳癌個案中約 15–20% 的型態，多數透過乳房攝影偵測到的微鈣化發現。傳統治療：

- 乳房保留手術 (BCS) + 全乳放射治療：5 年同側乳房復發率約 10–15%，半數為再 DCIS、半數為侵犯性癌
- 全乳房切除 (mastectomy)：5 年同側復發率約 1–2%，但形體影響大
- ER+ DCIS 加 tamoxifen 5 年：可進一步降低同側與對側乳癌風險約 30%

主動監測：LORIS 與 COMET 試驗

針對低風險 DCIS (low-grade、ER+、影像穩定、年齡 ≥ 46 歲)，歐洲 LORIS 與美國 COMET 兩個第三期隨機試驗探討「先觀察、有變化再開」的策略：

COMET 試驗 (JAMA 2025 初步結果)

N = 957，平均追蹤 36 個月。2 年同側侵犯性乳癌發生率：主動監測組 4.2% vs. 標準治療組 5.9%。統計上非劣性。長期追蹤仍在進行中。

LORIS 試驗 (歐洲)

N = 932 目標，2015 年啟動。主要終點為 10 年無侵犯性乳癌存活，主要結果預期 2027 年後。目前僅有可行性與招募數據發表。

適合主動監測的條件 (兩個試驗共識)

- Low-grade (grade 1) 或 intermediate-grade
- ER 或 PR 陽性
- 病灶範圍 ≤ 2.5 cm
- 年齡 ≥ 46–55 歲 (依試驗)
- 影像可重複追蹤、病人理解並同意計畫

主動監測 ≠ 不治療

參與這類試驗的病人必須每 6 個月做乳房影像 (mammography ± MRI)，一有變化 (增大、新鈣化、形態改變) 就會切片或手術。主動監測的本質是「降階」而非「放棄」治療，需要嚴格的追蹤計畫與配合度。

子宮頸 CIN 3 與膀胱 CIS：切除與灌注

子宮頸 CIN 3 / HSIL

McCredie 等人在紐西蘭追蹤 1955–1976 年診斷為 CIN 3 後未接受充分治療的病人，30 年累積進展為侵犯性子宮頸癌的風險約 31%；接受標準治療者僅約 0.7%。因此 CIN 3 一律建議積極治療：

- **LEEP (loop electrosurgical excision procedure)**：門診局部麻醉，10 分鐘完成；切除標本可送病理
- **Conization (cold-knife / laser)**：適合 LEEP 切緣陽性或腺體病變
- **追蹤**：術後 6、12、24 個月各做 HPV + 細胞學

膀胱 CIS

膀胱 CIS 屬「高風險非肌肉侵犯性膀胱癌 (high-risk NMIBC)」。Lamm 等人在 SWOG 8216 試驗 (NEJM 1991) 首次證實 **BCG (卡介苗) 膀胱內灌注** 優於單純經尿道刮除：

- 5年無病存活率 BCG 組 45% vs. 對照組 18%
- 進展為肌肉侵犯癌的風險約降低一半

標準療程：6 週 induction + 至少 1 年 maintenance；無反應或復發者考慮根除性膀胱切除（radical cystectomy）。

適應症、禁忌症與副作用

適應症 (CIS 之積極治療)

- 影像或病理確認為原位癌且病灶可定位
- 體能狀態、共病可耐受局部治療
- 病人理解治療目的並同意

一般禁忌症與謹慎使用

- **DCIS 放療**：曾經接受同側胸壁放療、活動性結締組織病、妊娠
- **LEEP / conization**：活動性子宮頸感染、凝血障礙未矯正、妊娠
- **BCG 膀胱灌注**：免疫低下、活動性結核、近期經尿道操作後嚴重出血、創傷未癒
- 所有手術：未矯正的凝血障礙、不穩定心肺功能

常見副作用

治療	常見副作用	≥ Grade 3 比例
BCS + 放療	皮膚紅斑、淋巴水腫、纖維化	≈ 5%
Mastectomy	出血、感染、上肢淋巴水腫	≈ 3–5%
LEEP	出血、子宮頸口狹窄、早產風險（後續妊娠）	≈ 1–2%
BCG 膀胱灌注	排尿不適、發燒、極少數系統性 BCG 感染	≈ 5%
Tamoxifen 5 年	熱潮紅、子宮內膜增厚、血栓	≈ 1–2%

放射治療與妊娠

任何骨盆腔或胸壁放射治療在妊娠期間原則上禁用；有生育規劃者請在開始治療前與主治醫師討論凍卵 / 凍胚胎與治療時程。

台灣健保重大傷病卡：原位癌幾乎都不能申請

健保署公告的「惡性腫瘤」範圍

依〈全民健康保險重大傷病範圍〉，惡性腫瘤是指「**侵犯性惡性腫瘤**」，對應 ICD-10 編碼 C00–C97；**原位癌 (D00–D09)** 原則上不在公告範圍。換句話說：

- 收到「DCIS、CIN 3、膀胱 CIS、大腸高度異型增生」病理報告——**無法**以這個診斷申請重大傷病卡
- 例外：病理升級為侵犯癌（例：DCIS 切除後病理升級為 invasive ductal carcinoma），可在新診斷後重新申請

為什麼這樣劃線？

健保重大傷病的設計初衷是「**減輕長期、高自付負擔疾病的部分負擔**」；原位癌多數一次手術即可治療、5 年存活接近 100%、後續用藥相對單純，因此被排除在公告範圍外。這不代表「原位癌不是癌」，只代表「健保不把它當重大傷病」。

商業保險：條款逐字看清楚

保險類別	對原位癌的常見處理	注意事項
傳統癌症險 (住院/手術日額型)	多數列為「初期/輕度癌」，給付 10–50% 保額	條款須有明列 D00–D09 為被保事故；理賠比例依保單版本差異大
一次給付癌症險 (lump sum)	部分保單給付 10–25% 保額並終止該險，部分完全不賠	注意是否「給付後該險效力終止」
重大傷病險	多數綁定健保署重大傷病卡 → 原位癌不理賠	少數保單獨立定義「特定癌症」可能涵蓋，需逐條確認
重大疾病險 (含癌症項目)	多數有「初期/輕度癌」分級，給付 10–25% 保額	注意「等待期」、「給付次數上限」、是否需提交完整病理報告

申請理賠前的標準動作

1. 拿到病理報告後**先索取保單條款原文**（紙本或保險公司網站 PDF）
2. 找到「癌症定義」「初期癌」「輕度癌」「重大傷病」等條目，**逐字逐句看清楚**
3. 向業務員或保險公司要求**書面回覆**理賠結論，不要只憑口頭回答
4. 若理賠結果與條款不符，可向金融評議中心申請評議

確認病理報告的關鍵字

報告上應該有「**carcinoma in situ**」、「**Stage 0**」、「**Tis**」、或「**未侵犯基底膜**」這類字眼。若報告只寫「異型增生 / dysplasia」、「**HSIL**」、「**CIN 3**」、「**high-grade dysplasia**」，這些通常等同於原位癌或癌前病變，請主治醫師明確說明分級與下一步。

與主治醫師討論的問題清單

1. 病灶大小、邊緣、分級 (grade)、生物標記 (ER、HER2、p16、HPV 型別) ?
2. 不治療的進展風險估計多少? 依據是哪份研究?
3. 標準治療選項有哪些? 我這個情境是否適合主動監測或加入試驗?
4. 治療的可能副作用與長期影響 (生育、外觀、性功能、上肢水腫) ?
5. 追蹤計畫 (影像、抽血、內視鏡) 多久一次?

保險與資源面的功課

1. 將病理報告、影像報告、診斷證明各影印兩份
2. 翻出所有醫療相關保單條款，逐條確認原位癌是否在被保事故內、給付比例多少
3. 若有重大傷病險，先向保險公司書面確認原位癌是否理賠
4. 健保重大傷病卡通常**不會核發**，不需浪費時間反覆申請；若後續病理升級為侵犯癌，再請主治醫師協助重新申請



參考文獻

1. Esserman LJ, Yau C, Thompson CK, et al. **Overdiagnosis and overtreatment in cancer: an opportunity for improvement.** *Lancet Oncol.* 2014;15(6):e234-e242. doi:10.1016/S1470-2045(13)70598-9
2. Francis A, Thomas J, Fallowfield L, et al. **Addressing overtreatment of screen-detected DCIS; the LORIS trial.** *Eur J Cancer.* 2015;51(16):2296-2303. doi:10.1016/j.ejca.2015.07.017
3. Hwang ES, Hyslop T, Lynch T, et al. **The COMET (Comparison of Operative versus Monitoring and Endocrine Therapy) trial: a phase III randomised controlled clinical trial for low-risk ductal carcinoma in situ (DCIS).** *BMJ Open.* 2019;9(3):e026797. doi:10.1136/bmjopen-2018-026797
4. McCredie MR, Sharples KJ, Paul C, et al. **Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study.** *Lancet Oncol.* 2008;9(5):425-434. doi:10.1016/S1470-2045(08)70103-7
5. Lamm DL, Blumenstein BA, Crawford ED, et al. **A randomized trial of intravesical doxorubicin and immunotherapy with bacille Calmette-Guérin for transitional-cell carcinoma of the bladder.** *N Engl J Med.* 1991;325(17):1205-1209. doi:10.1056/NEJM199104183241603
6. Amin MB, Greene FL, Edge SB, et al. **The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging.** *CA Cancer J Clin.* 2017;67(2):93-99. doi:10.3322/caac.21388
7. 衛生福利部中央健康保險署。全民健康保險重大傷病範圍。 nhi.gov.tw

8. National Comprehensive Cancer Network. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology — Breast Cancer (DCIS), Cervical Cancer, Bladder Cancer.** nccn.org

引用整理協力：OpenEvidence (Ask OpenEvidence Light, 2026/05/11 查詢)。

SOURCE <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/carcinoma-in-situ-explained/>

CITATION 林協霆. 「原位癌」是癌症嗎？要不要治療？重大傷病卡與保險會理賠嗎？. 林協霆·臨床筆記. 2026/05/11. doi:10.5281/zenodo.20115026

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](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 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。