

淺談胰臟癌（胰腺癌）的診斷與治療

✚ 診斷流程：

早期發現是生存關鍵

1. 臨床評估與警訊症狀

- (1) 高風險族群：年齡 > 60 歲、吸菸、慢性胰臟炎、糖尿病新發或惡化、家族史（如 BRCA2、CDKN2A 基因突變）、肥胖。
- (2) 症狀（常已晚期）：
 - 上腹或背痛（腫瘤侵犯神經）
 - 無痛性黃疸（胰頭腫瘤壓迫膽管）
 - 體重驟減、食慾不振
 - 新發糖尿病或血糖失控
 - 脂肪瀉（胰酶分泌不足）

2. 影像學檢查（核心診斷工具）

- (1) 動態對比增強腹部 CT（首選）：
 - 評估腫瘤位置、大小、血管侵犯（如腹腔動脈、腸繫膜上動脈）、淋巴結及遠處轉移。
 - 分期準確率 > 80%。
- (2) 內視鏡超音波（EUS）：
 - 偵測 < 2cm 的小腫瘤（優於 CT），並可進行細針抽吸（EUS-FNA）取組織診斷。
- (3) 磁振造影（MRI/MRCP）：
 - 輔助評估膽胰管結構（胰管擴張）、小型肝轉移灶。
- (4) 正子斷層掃描（PET-CT）：
 - 偵測遠處轉移（如骨骼、淋巴結）。

3. 病理與分子診斷

- (1) 組織採檢（EUS-FNA 或手術切片）：
 - 確診標準（約 90% 為胰管腺癌）。
- (2) 分子檢測（指導標靶/免疫治療）：
 - MSI/MMR 檢測：MSI-H/dMMR 腫瘤可能適用免疫治療（約 1-2%）。
 - BRCA1/2 突變檢測：適用 PARP 抑制劑維持治療（如 Olaparib）。
 - KRAS、TP53 等突變（> 90%）：目前尚無直接標靶藥，但可用於臨床試驗篩選。

4. 腫瘤標記物（輔助診斷與追蹤）

- (1) CA19-9（最常用）：術前值 > 100 U/mL 提示晚期可能；術後監測復發（需排除膽道阻塞或感染造成的假性升高）。
- (2) CEA、CA125：輔助評估。

✚ 治療策略：依分期與患者體能制定

1. 可切除胰臟癌（佔 15-20%）

淺談胰臟癌（胰腺癌）的診斷與治療

(1) 手術治療（唯一根治機會）：

- 胰頭癌：胰十二指腸切除（Whipple 手術）。
- 胰體尾癌：遠端胰切除+脾切除。
- 全胰切除：適用彌漫性病變。

關鍵：淋巴結廓清+血管重建（若侵犯門靜脈/腸繫膜上靜脈）。

2. 輔助治療（降低復發）：

(1) 術後化療（標準）：

- mFOLFIRINOX (5-FU/Irinotecan/Oxaliplatin)：體能佳者首選，顯著延長生存期。
- Gemcitabine+Capecitabine：替代方案。

(2) 術前治療（新輔助）：

- 適用邊緣可切除（Borderline Resectable）或高風險可切除腫瘤（如 CA19-9 顯著升高、區域淋巴結腫大），以縮小腫瘤、提高 R0 切除率。

2. 局部晚期（無法切除，佔 30-40%）

目標：控制腫瘤、延長生存期。

(1) 聯合化療（首選）：FOLFIRINOX 或 Gemcitabine+Nab-paclitaxel（白蛋白結合型紫杉醇）。

(2) 鞏固化療後重新評估手術可能性：若腫瘤縮小且血管侵犯改善（約 10-30%可轉為可切除）。

(3) 放射治療（爭議性）：可能用於局部控制疼痛或聯合化療（放化療）。

3. 轉移性癌（佔 40-50%）

目標：延長生存期、維持生活品質。

(1) 全身性化療（一線）：

- 體能佳：FOLFIRINOX（中位生存期 11.1 個月）或 Gemcitabine+Nab-paclitaxel（中位生存期 8.5 個月）。
- 體能弱：Gemcitabine 單藥或調整劑量組合。

(2) 標靶與免疫治療（限特定生物標記）：


- PARP 抑制劑（Olaparib）：含鉑化療有效且具 BRCA1/2 突變者，用於維持治療。
- 免疫治療（Pembrolizumab）：MSI-H/dMMR 腫瘤（極罕見）。
- 針對 KRAS G12C 突變（約 1-2%）：Sotorasib 等新藥（臨床試驗中）。

3. 緩和治療：

(1) 膽道阻塞：內視鏡支架置放（ERCP）或經皮穿肝引流（PTCD）。

(2) 十二指腸阻塞：腸道支架或胃空腸吻合術。

(3) 疼痛控制：神經阻斷術（EUS 引導腹腔神經叢阻斷）、止痛藥。

 **支持治療與生活管理**

淺談胰臟癌（胰腺癌）的診斷與治療

1. 營養支持：
 - (1) 胰酶補充 (Creon®)：改善脂肪瀉與營養吸收。
 - (2) 高熱量高蛋白飲食、少量多餐，必要時使用鼻腸管或靜脈營養。
2. 血糖控制：
 - (1) 全胰切除或胰島功能受損者需胰島素治療。
3. 疼痛管理：
 - (1) 階梯式止痛藥（如嗎啡）＋神經阻斷術。
4. 心理社會支持：
 - (1) 癌疲憊管理（適度運動如瑜伽）、心理諮商、安寧療護介入（晚期）。

重要觀念與挑戰

1. 早期診斷困難：缺乏特異性症狀與篩檢工具，>80%確診時已晚期
2. 手術複雜性高：Whipple 手術併發症風險達 30-40%（如胰瘻、出血）
3. 預後差：整體 5 年存活率 < 10%，可切除者約 20-30%
4. 臨床試驗重要性：標準治療效果有限，鼓勵參與新藥試驗（如免疫聯合療法、KRAS 抑制劑）