

臺北榮民總醫院胰臟癌治療準則（病人版）

石宜銘撰寫

一般外科全體主治醫師校閱

注意事項：這是個治療準則而非法則。主要是做為醫師和其他專家診療癌症病人參考之用。這個治療準則可能因時空變化、醫學進步及病患個人病情不同而有所差異。假如你是一個癌症病人，直接引用這個診療準則並不恰當，只有你的醫師才能決定給你最恰當的治療。

簡介

胰臟癌在台灣常列為十大癌症死亡疾病之一，而在美國則為第五位癌症死亡疾病。由於胰臟癌缺乏有效的篩選方法及明顯且特殊的症狀，故不易早期診斷。目前胰臟癌的治療方式主要以手術切除為主，化學及放射治療為輔。可惜大部份胰臟癌有明顯症狀時，其腫瘤常已無法切除。全數胰臟癌病人(overall)的五年存活率可能不到5%，中數存活期則只有4~6個月。能手術切除(resectable)的病人（約20%），其五年存活率約5.5~20%，中數存活期為12~19個月。

流行病學

胰臟癌在台灣常列為十大癌症死亡疾病之一，而在美國則為第五位癌症死亡疾病。胰臟癌的好發年齡為60歲以上居多，男略多於女。病因不明，但根據統計，抽煙，高動物脂肪飲食、咖啡、糖尿病，可能和胰癌有關，而大腸息肉病及Gardner*s syndrome則和其他的壺腹周圍癌有關。

病理學

約85-90%的壺腹周圍癌是胰頭癌。病理組織的分類上，大部份(75-85%)是腺癌，少部份是黏液性囊性腺癌(mucinous cystic adenocarcinoma)，管內乳突腺癌(intraductal papillary adenocarcinoma)，淋巴癌，類癌(carcinoid tumor)，平滑肌瘤(leiomyosarcoma)，轉移癌等。

診斷與檢查

症狀則依腫瘤位置不同而可能不同。胰頭癌病人（約75%）最常至醫院看病的症狀為黃膽；其黃膽特徵常為無痛性（painless）、無發燒（afebrile）、漸進性惡化（progressive）且不會緩解（non-remittent）的阻塞性黃膽，即是所謂的惡

性黃膽(malignant jaundice)。若膽道完全阻塞，則可能產生灰白便(clay stool)。其他較可能的症狀包括上腹痛，背痛、體重減輕、食慾不振、噁心、嘔吐等症狀。至於胰體尾癌病人(15~20%)的症狀則更不顯著，較常見為左上腹痛、背痛、體重減輕、較晚期則可能以左上腹腫塊表現。

診斷上，除了靠臨床症狀來高度警戒外，尚可經由檢查 CA19-9 及 CEA 等血液腫瘤標記來做為診斷及治療後追蹤的參考指標。影像學檢查除了腹部超音波是第一線且較常用的檢查外，若無明顯其他器官轉移，常需以胰臟為主的高解析度電腦斷層檢查(spiral CT scan)來確定診斷，並用以了解其可切除性。有時仍需以核磁共振膽胰造影檢查(MRCP)來提供更多的腫瘤資料，或取代內視鏡逆行性膽胰造影檢查(ERCP)或經皮穿肝膽道攝影及引流術(PTCD)等較侵入性的檢查。有時病人臨床表現出惡性膽道阻塞症狀，但其 CT 或 MRCP 並無法明顯檢查出有胰頭腫瘤，則 ERCP 或 PTCD 則可能會有相當的幫助。雖然膽道攝影(cholangiogram)並不能直接顯示腫瘤，但其膽道如為惡性阻塞形狀(如 beak sign、segmental irregular narrowing、irregular or sudden disruption of distal common bile duct 等)，則常是唯一診斷為需要手術的依據。進年來由於電腦斷層及核磁共振影像檢查的精進，腹部血管攝影在診斷檢查上已較無其重要地位。至於術前或術中的腫瘤切片檢查，因其診斷率不高(約 70%)且切片可能會傷及胰管或膽管，甚至引出血等致命的合併症，故若其胰頭腫瘤為可切除，則大部份的文獻及醫學書建議逕行切除，不一定要等到有切片報告確定為惡性才予以切除。根據回顧性文獻報告，若術前影像學檢查高度懷疑是惡性，不經由切片證實為惡性，而逕行予以切除，則其偽陽性(false positive rate, 良性結果)的機率是 2~8%；反之因病人因素或醫生個人見解不同而不予以切除，則日後證實為惡性的可能性為 20~50%。

術前評估及準備

這類病人大部是年紀大，黃疸及營養不佳，及常合併有其他內科重大疾病如心臟病、糖尿病及高血壓等危險因素，因此若腫瘤可切除，這種胰十二指腸切除術(pancreaticoduodenectomy, whipple operation)將是一個很大且危險的手術，因此術前和家屬的溝通相當重要，一定要把病情及手術的危險性解釋清楚。術前應儘量把危險因素解決，以期危險性降至最低。致於是否要先術前引流以降低術前黃疸則是一爭議問題。一般的共識是若須一段時間的營養補充如全靜脈營養後才手術的病人該考慮先行經皮肝膽道攝影引流(PTCD)或鼻膽道引流(NBD, naso-biliary drainage)，使血中的 bilirubin 最好降至 10mg/ml 以下。大部份病人因腫瘤阻塞，膽汁沒法流到腸道，因此脂溶性的維生素 K 沒法吸收，便會有凝血因子(coagulants 2,7,9,10)缺乏，故黃疸的病人應術前應常規給予靜脈注射維生素 K，以免術中有易出血的危險。

治療

胰臟癌的治療，除了手術治療外，其他方法如化學治療、放射治療、免疫治療等都未被證實有效。胰臟癌若無遠處轉移或重要血管侵犯，即屬可切除性腫瘤。至於局部淋巴腺轉移及上腸繫或肝門靜脈的侵犯是否該進行腫瘤切除的大手術，則仍是爭議的問題。目前胰頭癌的手術治療是以胰十二指腸切除術 (Pancreaticoduodenectomy) 為主。即所謂 Whipple Operation。由胰頭是膽管及胰管交會進入十二指腸之處，解剖構造複雜，因此手術的切除與重建都比較困難及費時。Whipple 手術切除的範圍包括胰頭、十二指腸、空腸上端、胃竇部、膽囊、總膽管。近幾年來，流行把幽門保留。(Pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy, PPPD)。根據統計，PPPD 不會影響預後，但手術時間縮短，術後病人較不會有 Dumping syndrome 且營養狀況較好，但胃排空時遲緩(delayed gastric emptying) 及邊緣性潰瘍(marginal ulcer)的機會較大。其他治療性的切除手術如全胰切除術 (totalpancreatectomy)，各有其特別的適應症且較少使用。75-85%的胰頭癌病患並非這麼幸運可以接受 Whipple operation，而這些沒法切除的壺腹周圍癌只能接受姑息性療法。姑息性手術主要包括: bilioenterostomy 及 gastric bypass，至於這兩種手術是否要在同一次手術完成(double bypass)，也仍是一個爭議問題。這種手術目的是解決因腫瘤引起的阻塞性黃疸及胃出口阻塞，以改善病人的生活品質，但因腫瘤沒法切除，對病人的存活期沒影響。

胰臟癌治療準則



