

一般外科

● **學經歷** ● 陽明大學醫學系學士
高雄榮民總醫院一般外科主治醫師
高雄榮民總醫院重症加護外科主治醫師
高雄榮民總醫院外科住院總醫師
高雄榮民總醫院外科住院醫師

● **專長** ● 內視鏡手術
消化系外科手術
微創疝氣手術



主治醫師 洪肇謙

腰問大解答：認識胰臟癌

近年來醫學的進步，癌症由原來的不治之症慢慢轉變為像是慢性疾病一樣的存在，在新穎的療法之下，多種惡性腫瘤的存活率都比往年改善許多。然而，胰臟癌不管是知名度或是其病徵，很多人還不知道。這篇文章我們告訴你：

Q1:胰臟的功能是什麼？

● 胰臟主要的功能分為：

1. 外分泌作用：胰臟分泌的消化液幫助分解蛋白質、醣類及脂肪，是幫助人體吸收養分的重要器官。
2. 內分泌作用：胰臟藉由分泌胰島素和升糖素控制血糖，此外也控制胃分泌胃液和收縮。

Q2:胰臟癌的症狀是什麼？怎麼早期發現？我每年都抽癌症指數可以早期發現嗎？

● 胰臟癌的症狀有：

1. 腹痛且會延伸到背後，通常是靠近兩肩胛骨中間的地方悶痛。
2. 食慾減退體重急速下降。通常在三個月內不明原因減輕五公斤就要小心。
3. 黃疸：可能造成眼白變黃、大便變白(灰白色)、皮膚搔癢。
4. 突然出現糖尿病且血糖難以控制。

因為胰臟癌在早期通常癌症指數(CA-199)並不會異常升高，大多驗到超出正常標準時，都已轉移出去無法手術，所以驗癌症指數並無法早期診斷胰臟癌！有時候，早點對上述早期症狀警覺，可能可以早好幾個月

發現胰臟癌，獲得成功治療的機會。

Q3:胰臟癌會不會家族遺傳？要怎麼知道我不是高危險群？

根據統計，在2013年約有2051人診斷胰臟癌，發生率約為十萬分之六，約為所有癌症的2%。死亡率約為所有癌症的4.1%。其中最好發於60-80歲這段時間，男性發生率約是女性的1.2倍。

1. STK11突變造成黑斑息肉症候群(Peutz-Jeghers syndrome, PJS)，一種顯性染色體突變疾病，患者會有多處消化道色素沉積黑斑，容易合併消化道和肺、婦癌，尤其發生胰臟癌的機率是正常人的76-139倍之多。
2. PRSS1突變會導致遺傳性胰臟炎(Hereditary pancreatitis)，發生胰臟癌的機率為53-87倍。
3. CDKN2A突變會造成家族性非典型多痣黑素瘤綜合症(Familial atypical multiple mole and melanoma syndrome, FAMMM)，胰臟癌的機率是14.8-80.8倍。
4. BRCA1/BRCA2突變會造成遺傳性乳癌及卵巢癌，胰臟癌機率約2-5倍。
5. MLH1, MSH2, MSH6 及PMS2突變會造成林奇症候群(Hereditary nonpolyposis colorectal cancer; HNPCC)，病人一生中有70%的機率會罹患癌症，其中患胰臟癌的風險約為10倍。

胰臟癌高風險因子包括：吸菸、酗酒、慢性胰臟炎、攝取過多肉類、肥胖(BMI>25.0)、幽門螺旋桿菌感染、或是職業接觸重金屬(鎳、鎘)等。如果有上述這些情況，請特別小心並定期檢查。國際胰臟癌篩檢協會(CAPS)建議。

Q4:對於診斷胰臟癌，哪一種方法比較有幫助？

臨床上有三種主要方法：內視鏡超音波(EUS)、腹部電腦斷層(CT)、磁共振造影(MRI)，比較如下：

	優點	缺點
內視鏡超音波(EUS)	<ul style="list-style-type: none"> 診斷率高。 小病灶偵測率高。 可以做細針切片診斷。 	<ul style="list-style-type: none"> 侵入性檢查。 技術需求高、不容易找到訓練精良之醫師。
腹部電腦斷層(CT)	<ul style="list-style-type: none"> 診斷率及專一性高。 普及率高。 較容易判讀。 	<ul style="list-style-type: none"> 需要暴露於放射線。 需注射顯影劑，有可能造成副作用或過敏。
磁共振造影(MRI)	<ul style="list-style-type: none"> 能夠偵測更小的腫瘤。 與正常組織區分較明顯。 無放射性。 	<ul style="list-style-type: none"> 中小型醫院可能沒有。 幽閉恐懼症者勿入。 需要患者全程配合(約半小時)。

因腫瘤特性，正子造影對於胰臟癌的診斷通常效果不好，容易誤判，故不建議用來診斷。

Q5:胰臟癌怎麼這麼難治療？

胰臟癌有幾個特點：第一個是腫瘤本身的血管量較其他惡性腫瘤少，其次是癌細胞的細胞間質很多，所以藥物皆不易進入細胞。再者，胰臟血液供應豐富、缺乏包膜構造、初期沒有症狀等，也使得胰臟癌多達80%的病人發現時就已經是第四期(已轉移)了。如果癌細胞已經轉移至其他器官，那癌細胞極有可能已經流竄全身，就算開刀切除原發腫瘤，對病人的預後卻完全沒有幫助。

事實上，隨著時代演進、醫療發達，比起十年前，胰臟癌病人的五年存活率已經有翻倍的成長，但也只是從3%成為9%而已。主要原因是早期發現困難，以及化學治療的成功率較有限所導致。

Q6:我最近被發現有胰臟癌第四期，是不是沒救了？有什麼治療選擇呢？

根據全球統計，胰臟癌第四期的一年

存活率大約是四分之一，五年存活率更約為3%左右，比起其他癌症不算高。不過健保局在近年內先後通過數種臨床證實對胰臟癌存活率有幫助的化療藥，如亞伯杉(Nab-paclitaxel)以及安能得(nal-irinotecan)，學理上皆可以克服前提的腫瘤屏障，使藥物順利到達腫瘤。所以不要氣餒也不要灰心，接受治療可以提高成功的機會！

Q7:胰臟癌有沒有標靶治療可以用呢？我不是先用標靶治療就好？

胰臟癌其實是有標靶治療的藥物的，那醫師為什麼會推薦先用化學治療呢？目前臨床上可能對胰臟癌有效的標靶藥物有：

1. 得舒緩(Erlotinib)：與健擇共用，平均可以比單用健擇多10天到1個月的存活期。研究指出在有表皮生長因子受體(EGFR)變異的腫瘤，可以獲得較好的療效。
2. 爾必得舒(Cetuximab)：這也是一種抑制表皮生長因子受體的單株抗體。學理上來說可能會對胰臟癌有效，但很遺憾的迄至目前所做的研究，都無法證實對胰臟癌有顯著的療效。
3. 令癌莎(Olaparib)：此種藥的作用機轉是抑制DNA修復酵素PARP(poly ADP-ribose polymerase)，已經使用在治療卵巢癌有一段時間，近年來也發現對於胰臟癌有特殊成效。研究指出，使用此藥之病人可以將腫瘤抑制生長的期間將平均3.8個月增至7.4個月。但可惜藥有這麼好的成效是有條件的，第一是病人必須接受含鉑金類化學治療且有效果，第二是腫瘤必須有BRCA1/2的基因變異。在研究裏的3315人中，也只有247人有這樣的突變，占約7.5%。

字面上來說，標靶藥物似乎暗示只會殺死腫瘤細胞，對正常細胞不會有影響，但實際上也要腫瘤有「靶」才能打得到，且標靶藥也不是完全沒有副作用，有時候副作用甚至比化學治療還要嚴重。所以目前的藥物，標靶藥的效果並不會比化學治療好。本院對於胰臟癌的治療已經累積一段經驗，其他關於胰臟癌的相關問題歡迎來院諮詢。