

衛教文件

科別	一般外科	編號：3010001
主題	胰臟癌	92.07.01 訂定
製作單位	一般外科	105.05.27 修

一、一般說明

胰臟是一柔軟長形的腺體，橫躺在上腹部的中央，位於後腹膜腔，即在肝臟和胃的後面，橫臥於第 1 及第 2 腰椎的前方。有頭、頸、體、尾，四個部位，以頭部連接於十二指腸。胰臟細胞的主要功能為：1. 內分泌作用 - 分泌胰島素，調控血糖；2. 外分泌作用 - 分泌消化酵素，進行醣類、蛋白質、和脂肪的分解。

胰臟癌，大約 90%以上都是屬於腺癌，另外少數是胰島細胞的神經內分泌腫瘤，胰臟頭部的發生機率約 2/3，其餘 1/3 在體/尾部。胰臟癌是一個高度惡性的疾病，診斷時大多數的病患已經是局部晚期或已發生轉移，只有 20%可以手術切除治療，可手術切除的病患，五年的存活率為 15~20%，但就整體胰臟癌而言，五年的存活率約僅 3~5%。

病患的臨床表現，依其長在胰臟不同部位而有不同。胰臟癌發生在頭部時，時常因腫瘤壓迫到膽管，病患初期就可能會出現黃疸、皮膚搔癢、脂性下痢或灰白色糞便的症狀，這時立即就醫診斷，才有手術治癒的機會；若是發生在體部或尾部，初期可能沒有任何症狀，很難早期發現，直到腫瘤長得很大時，才有腹部或背部疼痛、食慾不振、體重減輕的症狀，那時大部份已擴散或轉移至其他器官，鮮少有手術切除的機會。另外，病患如發生不明原因的胰臟炎，必須考慮到腫瘤阻塞胰管所產生的可能性。或者，突然莫名發生的糖尿病或血糖不易控制，都有可能是胰臟癌的臨床表現。除此之外，還有許多癌症末期的表現，如腹水、鎖骨或肚臍處淋巴結等，也必須把胰臟癌的可能性列入考慮。

胰臟癌的早期診斷相當困難，雖然有些腫瘤標記(CEA、CA-199)可為幫忙，但其敏感性和特異性都嫌不足。病患有症狀或懷疑有胰臟癌時，可藉非侵襲性的影像學檢查幫忙診斷，如腹部超音波、電腦斷層掃描、核磁共振掃描等，其他較具侵襲性的檢查包括內視鏡逆行性膽管胰管攝影、內視鏡超音波，好處是同時可做進一步的細針穿刺切片。必要時，可考慮正子攝影(PET)或腹腔鏡檢查。

胰臟癌的治療方式主要依據癌症的分期，主要分成三種，(一) 外科手術、(二) 化學藥物治療、(三) 放射線照射治療。唯有手術根除才有治癒的可能性。病患若有膽道阻塞造成的膽管炎，則需先行膽汁引流。依病患營養及日常體能

狀態，評估病患是否適合接受手術，再根據影像學分期，判斷腫瘤切除的可能性，手術的術式採取的是胰頭十二指腸切除手術，切除範圍包括：胰頭、十二指腸、膽囊、總膽管、上端空腸+/-遠端胃，吻合部份包括：胰空腸吻合、胰總肝管吻合及胃空腸吻合。這項手術在以往被認為是一項非常困難且有很高死亡率及併發症發生率的手術，但隨著醫學的發展及經驗累積，目前已有許多醫學中心的醫師能夠很純熟成功地進行這項手術，甚至把手術的死亡率降到5%以下。若腫瘤無法完全切除，則考慮姑息性手術-膽道+/-胃腸道繞道手術。化學藥物治療，則視病患狀況，可選擇單一或多種組合藥物方式治療，初步治療反應率最高可達30%，但總體效果不到5%。放射線照射治療僅用於輔助性治療，若配合化學藥物治療，略可提高治療成效。總括來說，胰臟癌的治療首選是手術切除，化學藥物及放射線照射的治療成效不佳，多用於術後提昇存活率或改善末期生活品質。

二、何時找醫師

早期胰臟癌通常沒有明顯的症狀。可能的症狀如下：(1) 上腹部疼痛，可蔓延至背部疼痛；(2) 食慾不佳，或者是噁心、嘔吐；(3) 體重明顯減輕；(4) 與膽管阻塞相關的無痛黃疸。所有這些症狀都可對應其他多種病因，因此胰臟癌經常到晚期才能夠被確診。

三、居家照顧(及注意事項)

胰臟癌的危險因子：(1) 年齡：大部分的病患超過60歲；(2) 吸煙；(3) 飲食習慣：高糖、高肉類、低蔬菜水果飲食；(4) 肥胖症；(5) 糖尿病：40%的胰臟癌患者合併有糖尿病；(6) 慢性胰臟炎；(7) 家族遺傳：如：遺傳性胰臟炎、遺傳性非息肉病性大腸癌等；(8) 感染幽門螺桿菌；(9) 牙周病；(10) 環境因素：如：長期曝露於石油化學、某些殺蟲劑相關的環境。

參考資料：

1. NHRI/TCOG Cancer Practice Guideline, 國家衛生研究院 – 胰臟癌臨床診療指引
2. NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology-Pancreaticcancer v.1.2015

備註：每年修訂或審閱乙次。

警語：所有衛教資訊內容僅供參考使用，無法取代醫師診斷與相關建議，若有身體不適，請您儘速就醫，以免延誤病情。