

現階段

胰臟癌 之診斷



仁濟醫院內科主任 潘 憲

前言

胰臟癌之診斷向為醫學上之難題，早期診斷幾乎不可能；即使癌症已近末期，臨床診斷仍非易事。胰臟癌初期症狀不明顯，或只上腹部不適，或只有下痢，故常被誤診為功能性胃腸障礙或消化性潰瘍；某些病例最初症狀即為黃疸，易被誤診為肝炎，膽囊炎或胰臟炎等；即使已屆末期，仍可能被誤診為胃疾患。近年來醫學之進步一日千里，X光及內視鏡檢查更有長足之進步，但就胰臟癌而言，無疑地，仍是一個深具挑戰性的課題。

發生率，組織學上之分類，及預後

胰臟癌約佔人體所有癌症的百分之二至四，發生前齡一般在四十歲以上（40歲至70歲），平均年齡約五十五歲；男性約為女性的兩倍；約三分之二發生於頭部，三分之一發生於體部或尾部。大部份是由胰管長出的腺癌（Adenocarcinoma），一部份（約百分之十五）是由腺泡長出的腺癌，有一小部份是鱗癌（Squamous carcinoma），可能是由胰管上皮細胞變異而成；另有一小部份是所謂囊狀腺癌（Cystadenocarcinoma）。據國外報告：有慢性胰臟炎，酗酒或糖尿病者，也許會較易發生胰臟癌。預後不良，往往在症狀發生後一年內，甚或數月內死亡。

臨床症狀

胰臟癌由發生部位大致可分頭部癌及體部或尾部癌兩類，其臨床症狀也因發生部位不同而有差異。

(A)頭部癌

大約有百分之八十之病例有上腹部不適或疼痛，體重減輕常很明顯，有時在短期內（一個月內）體重可減輕二十磅。全身倦怠，食慾不振更屬常見。因胰臟頭部癌易壓迫或侵蝕到總膽管末端，引起阻塞性黃疸，故黃疸往往是最初症候之一，且往往日益嚴重；大便呈灰白色，皮膚騷癢等症候隨後發生；這種病例約有一半膽囊腫大，臨床上或可摸到膽囊。或因肝轉移，或因阻塞性黃疸，臨床上常可發現肝腫大。胰臟頭部癌常壓迫或侵犯到十二指腸第二部份，若程度厲害時，大便可呈潛血，甚或便血。

(B)體部或尾部癌

臨床症狀更不明顯，往往只有上腹部不適或疼痛，倦怠，體重減輕及胃腸障礙等非特異性症候。發生時都已是末期。轉移性血栓靜脈炎也許是較特出之一個症候。

胰臟癌不管發生之部位如何，約有一半之病例有明顯的或潛在的糖尿病，或與糖尿病人相似之耐糖曲線。

臨床上應注意的幾個症候

胰臟癌之診斷固然困難，如病人四十歲以上，有下列症候兩個或兩個以上時應考慮到胰臟癌。

(A)難以明述的腹部不適或上腹部疼痛，特別是伴有

下痢或脂肪便，經上消化道鋇劑檢查或例行內視鏡檢查無異常或僅有外物壓迫現象。

(B)全身倦怠，食慾不振，體重突然減輕。

(C)有糖尿病，特別是近期內才發現。

(D)進行性，阻塞性黃疸。

診斷方法(表一)

現階段胰臟癌之診斷方法最重要的是X光及內視鏡檢查，但最後的診斷仍須借重剖腹探查，茲將各種檢查方法分述於后：

(A) X光檢查：

1 上消化道鋇劑攝影 (Upper G-I Series)

例行的上消化道鋇劑攝影常可提供不少信息，無論頭部，體部或尾部癌，上消化道鋇劑攝影都可能有所發現。胰臟頭部癌常壓迫或侵犯到十二指腸C-loop及胃前庭部，體部癌易壓迫到胃體部小彎，尾部癌易壓迫到胃底部。

2 低張性十二指腸攝影 (Hypotonic Duodenography HDG) (圖 1.2)

低張性十二指腸攝影對胰臟頭部癌之診斷佔很重要的地位，尤其在鑑別診斷上更為重要。除非腫瘤很小，胰臟頭部癌常壓迫或侵及十二指腸C-loop，低張性十二指腸攝影常可看出C-loop向外側膨大，形成Double contour，或形成inverted 3

或C-loop內側之粘膜呈不規則的缺損等現象。

3. 經皮穿肝膽管攝影 (Percutaneous Trans-hepatic Cholangiography P.T.C.) (圖 3.4. 5. 6.)



圖 1 HDG: Double contour of the duodenal circle. (proved: Ca of head of pancreas).

圖 2 HDG: Inverted 3 of the duodenal circle with double contour over the 3rd portion of the duodenum, with upward displacement of the duodenal diverticulum (white arrows). (proved: Ca of head of the pancreas).

表(一) Diagnostic Methods of Pancreatic Cancer

	Head of Pancreas	Body & Tail of Pancreas
I. X - ray Diagnosis 1 UGI series 2 HDG, PTC 3 Angiography	Essential Most reliable Helpful	Essential Not necessary 1 Helpful 2 Essential, if ERCP failed or with equivocal result
II. Endoscopic Diagnosis Duodenoscopy with Biopsy 2 ERCP (EPCG)	Helpful, may be diagnostic For D.D.	Essential
III. Laparotomy	Necessary	Necessary

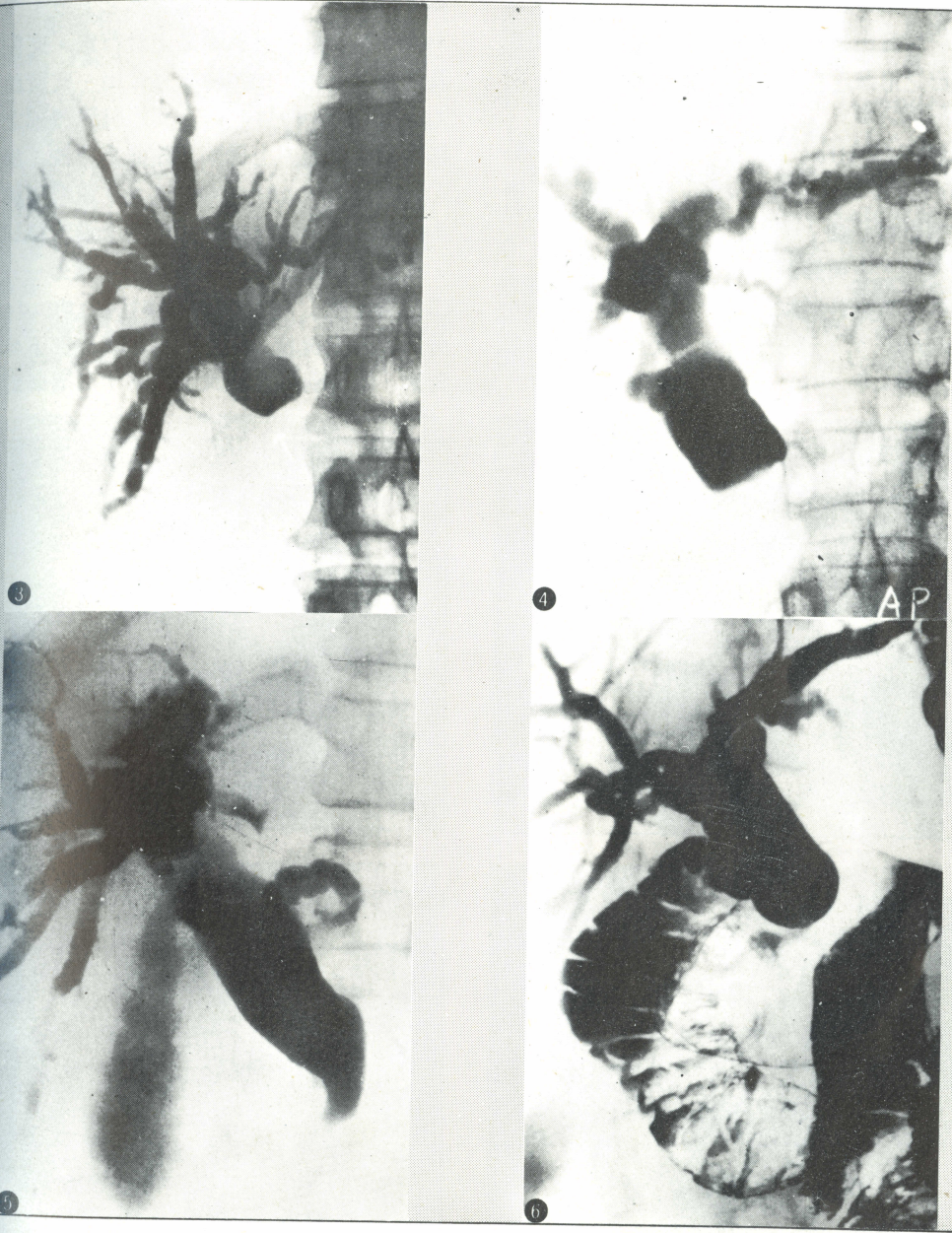


图 3 PTC: Amputation of the distal CBD with marked dilatation of the intrahepatic ducts & CBD. (proved: Ca of head of the pancreas).

图 4 PTC: Marked dilatation of the intrahepatic ducts & CBD with amputation of the distal end of CBD (Amputation). (proved: Ca of the head of the pancreas).

图 5 PTC: Marked dilatation of the intrahepatic ducts & CBD, with obstruction at the distal end of CBD (tapering) (proved: Ca of head of the pancreas).

图 6 PTC with HDG: (proved: Ca of head of the pancreas) Amputation of the distal CBD with marked dilatation of the intrahepatic ducts & CBD. Irregular mucosa with double contour over the second portion of the duodenum. The picture of PTC with HDG showing a big tumor mass compress the distal CBD & duodenum circle.

P.T.C. 為診斷阻塞性黃疸之利器，在胰臟頭部癌之場合可看出總膽管末端突然阻塞，形成截斷或老鼠尾巴之形象，肝內膽管及總膽管均怒張，總膽管本身略成>形。

4. 動脈攝影 (Celiac angiography 或 Superior mesenteric arteriography) 腹腔動脈或上腸間膜動脈攝影術 (圖 7~15)

支配胰臟之主要動脈分別來自腹腔動脈幹及上腸間膜動脈。來自肝動脈之胃十二指腸動脈 (Gastro duodenal a.) 分出上前及上後胰十二指腸動脈 (Sup. ant. & Sup. post. pancreatico-

duodenal a.) 支配胰臟頭部之上方，脾動脈 (Splenic a.) 則沿着胰臟之上沿行走，支配胰臟體部及尾部之上半，由脾動脈另分出一支背胰動脈 (Dorsal pancreatic a.) 支配胰臟體部之背面並與橫胰動脈交通。上腸間橫動脈之分枝：橫胰動脈 (Transverse pancreatic a.) 或稱下胰動脈 (Inferior pancreatic artery) 沿着胰臟下沿行走，支配胰臟體部及尾部之下半。其另一分枝下胰十二指腸動脈 (Inf. pancreatico-duodenal a.) 分為前枝及後枝，分別支配胰臟頭部下半的前面及背面，並分別與上前及上後胰十二指腸動脈形成前

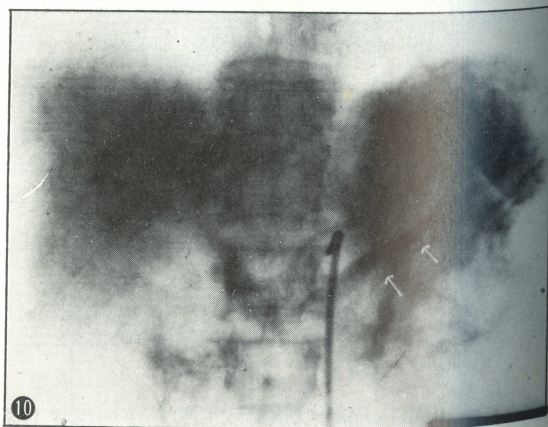
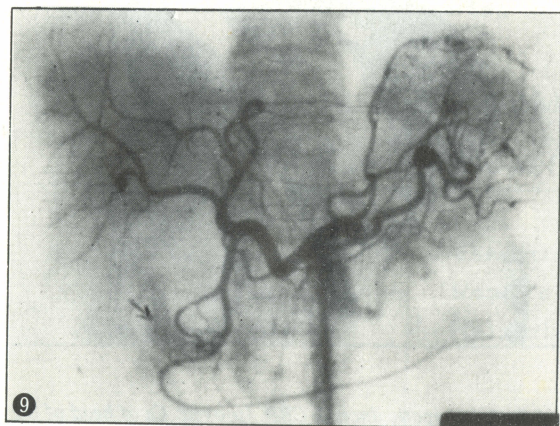
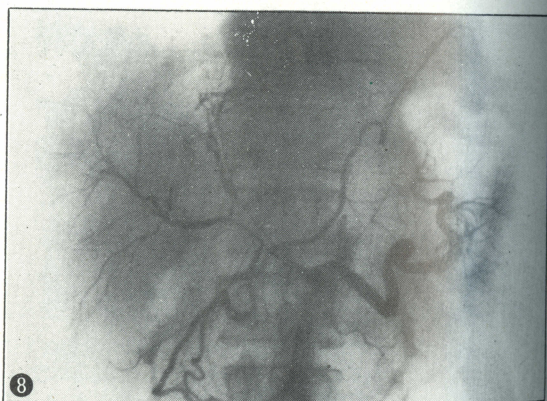
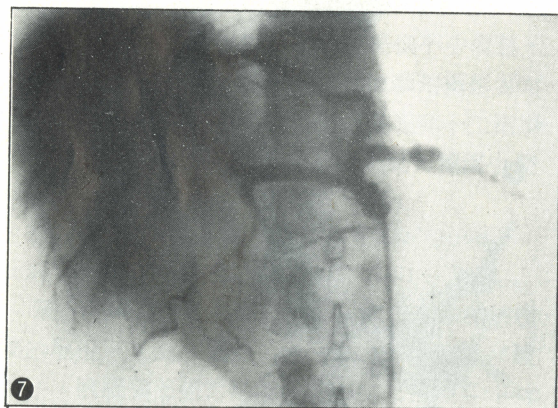


圖 7 Celiac angiogram: Irregularity & encasement over the gastroduodenal a. & sup. post. pancreaticoduodenal a., with lateral displacement of the sup. post. pancreaticoduodenal a. (proved: Ca of head of the pancreas).

圖 8 Celiac angiogram: Encasement of the celiac trunk, common hepatic a. & beginning of the gastroduodenal a. with somewhat dilatation of the ant. arch and post. arch. (proved: Ca of the head of the pancreas).

圖 9 Celiac angiogram (arterial phase): Irregular vessels with tumor stains (arrow) over the sup. post. pancreaticoduodenal a.

圖 10 Celiac angiogram (venous phase): Irregularity (white arrows) of the splenic vein.

弓 (Ant. arch) 及後弓 (post. arch) 血管攝影主要是看上述動脈有無異常 (如 Encasement, Amputation, Tapering, Displacement, Irregularity 或 Tumor stain 等), 同時於 Venous phase 可看出門脈 (Portal vein) 是否受侵蝕或阻塞, 是否有肝臟轉移, 進而判斷其開刀的可行性 (Operability)。動脈攝影之用途雖大, 但若病人曾做過上腹部手術則很難判讀, 是其缺點。

(b) 內視鏡檢查

1 十二指腸纖維鏡檢查 (Duodenofiberscopy)
由十二指腸纖維鏡檢查可直接觀察十二指腸第

二部位, 可看出是否有外物壓迫, 粘膜是否正常, 如發現粘膜異常可直接做切片生檢。是項檢查主要是針對胰臟頭部癌, 對體部及尾部癌無甚用處。目前最進步的十二指腸纖維鏡有 Olympus 的 JFB type 3 及 Machida 的 FDS-II。

2 逆行性內視鏡膽胰管攝影 (Endoscopic Retrograde cholangio-pancreatography E. R. C. P.) (圖 16)。頭部癌的 E. R. C. P. 難以成功, 但對體部及尾部而言 E. R. C. P. 無疑是最佳的診斷方法, 由 E. R. C. P. 可看出胰管是否異常, 有無 Stenosis, Dilatations Tapering 等形象。E.

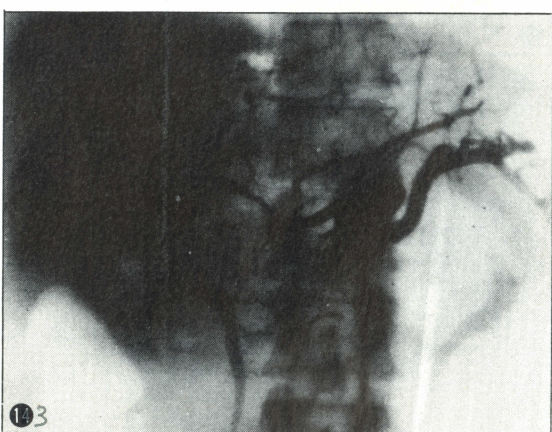
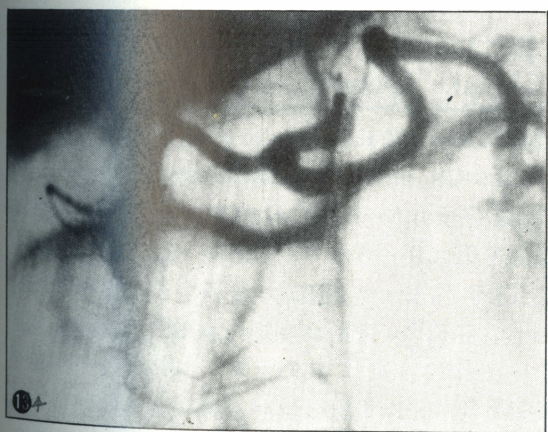
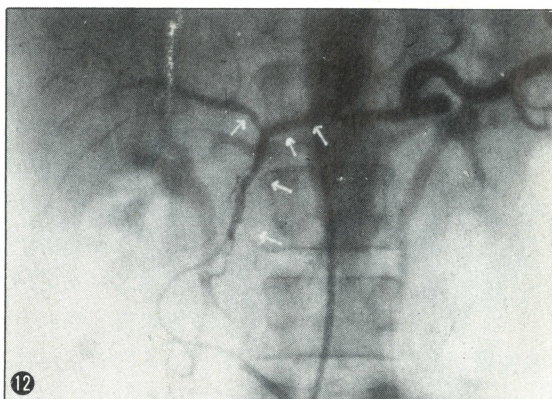
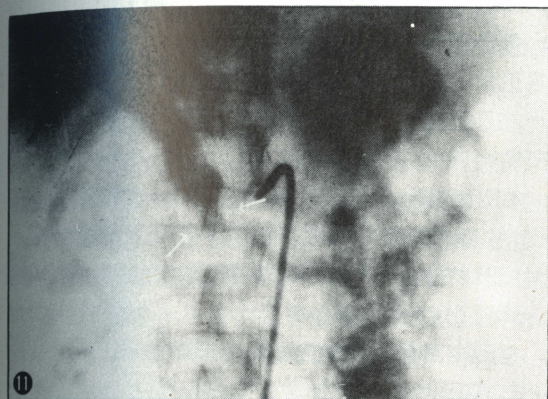


圖 11 Celiac angiogram (venous phase): Obstruction & encasement of the portal vein (arrows). (* Diag. 9. 10. 11. same case, proved: Ca of head of the pancreas.)

圖 12 Celiac angiogram: Irregularity and encasement of the common hepatic a. & gastroduodenal a. (arrows) with displacement of the gastroduodenal a. (proved: Ca of head of the pancreas.)

圖 13 Celiac angiogram: Nearly complete obstruction of the gastroduodenal a. with encasement of the common hepatic a. (proved: Ca of head of the pancreas.)

圖 14 Celiac angiogram: Elongation and irregularity of the ant. arch and the post. arch. (proved: Ca of the head of the pancreas.)