

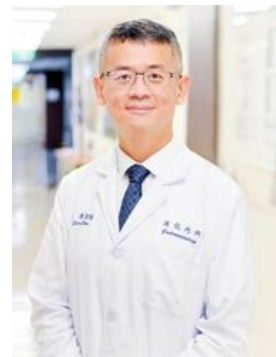
## 臺北癌症中心胰臟癌團隊召集人張智翔醫師，帶您認識可怕的胰臟癌

2024-12-15

胰臟癌是一個讓民眾就醫時望而生畏的疾病。世界胰臟癌聯盟（World Pancreatic Cancer Coalition）於 2014 年將每年 11 月定為胰臟癌意識月，並以紫色作為代表色，藉由不同的途徑媒體來提升民眾對胰臟癌的認識，並引起全球對胰臟癌挑戰的關注，促進對該疾病的研究、認識和支持。此外，每年的 11 月 21 日更是世界胰臟癌日，藉此希望強化全球民眾對胰臟癌的疾病、罹病風險、症狀及治療的認知，並提升病人及家屬對臨床治療的期望。

胰臟癌為何如此頑強可怕？早期症狀有哪些可以讓疾病提早診斷？有沒有嶄新的早期篩檢工具可以協助民眾及早發現疾病？專業醫師們如何確認診斷？面對這號稱「癌王」的惡性疾病，我們應該如何從心理及生理上應對？

胰臟癌是一種發生在胰臟的惡性腫瘤，最常見的是胰臟腺癌，其他還包括胰臟內分泌瘤及各種胰臟囊性腫瘤。胰臟位於腹部左後方深處，負責分泌消化酶和調節血糖的激素，包括胰島素及升糖激素等。由於胰臟位置隱蔽，早期胰臟癌通常沒有明顯症狀，加上胰臟癌早期轉移的特性，因此常被稱為「沉默的殺手」。胰臟基本上被分為頭部、體部及尾部。胰頭腫瘤因有膽管穿過較容易有黃疸的早期症狀外，其他部位的胰臟癌罕有特有症狀。【右圖：臺北癌症中心胰臟癌團隊召集人暨萬芳醫院消化內科主治醫師兼科主任張智翔醫師】



儘管如此，胰臟癌的早期症狀有哪些？常見的起始表現包括上腹痛、後背痛、不明原因的體重暴瘦、糞便顏色灰白化、胃口變差、消化不良、新發生（新診斷）的糖尿病等。這些症狀專一性低，常見於一般腸胃道疾病。然而，當這些症狀持續 2~4 週以上時，應該求診專業醫師。

目前臨床常用的早期診斷工具，包括：抽血及影像檢查。一般抽血的角色有限，常用的腫瘤篩檢標記包括癌胚抗原 CEA（Carcinoembryonic Antigen）及

CA 19-9（醣類抗原 19-9）。當這些腫瘤標記在血清中的濃度顯著上升時，應懷疑胰臟癌的可能性，醫師也會進行後續的影像檢查。雖然簡單，但胰臟癌細胞



未必分泌這些蛋白（敏感度不高），而這二項蛋白也可來自其他器官的非腫瘤疾病及腫瘤（專一性不高）。例如，CEA 也可在肺癌、乳癌、胃癌、大腸癌及生殖器官癌上升。即使是 CA 19-9 也可在胃癌及大腸癌中出現。因此，單純的抽血難以達到高效率的早期篩檢目標。

【左圖：胰臟位於腹部左後方深處，負責分泌消化酶和調節血糖的激素】

胰臟癌的診斷因此需要仰賴醫學影像的協助，傳統的腹超音波仍是臨床最常用的起始工具，但受限於腸胃氣體的阻擋，頭部及尾部的部分常無法完整檢查。腹部顯影斷層掃描（Computed Tomography, CT）可以克服腸氣的問題，其診斷效能因此優於腹部超音波，且在診斷胰臟鄰近血管的侵犯程度方面更有優異的表現。然而，針對較小的病灶或囊性病灶，CT 的敏感度及專一性則略遜於核磁共振（Magnetic Resonance Imaging, MRI）。MRI 的優點包括無輻射性且能藉由電腦重組對膽胰管進行獨立觀察。MRI 的最大弱點是需要病人配合呼吸，若有金屬植入物或恐懼症的病人可能無法順利完成檢查。

近年來，內視鏡超音波（Endoscopic Ultrasound, EUS）成為胰臟疾病篩檢的一大利器。嶄新帶有超音波探頭的內視鏡可讓醫師經胃後壁及十二指腸直接觀察胰臟的各個角落，並對懷疑病灶進行血流、軟硬度測量及顯影劑施打表現評估，甚至可以進行胰臟腫瘤的抽吸或組織切片。受到技術門檻的限制，目前 EUS 的使用仍限於高風險病人或其他影像檢查發現病灶的確認。

面對胰臟癌，臨床醫師及民眾都希望能夠有個早期發現的方式。雖然早期診斷可以讓胰臟癌病人有更好的臨床預後，但因胰臟癌的年發生率仍低，全面普檢並未受到學界支持。美國預防服務工作小組（US Preventive Services Task Force）甚至反對對無症狀的一般民眾進行篩檢，因為這會造成胰臟良性病灶的過度治療，進而造成不必要的醫療支出及因為診治造成之併發症。儘管如此，近年來越來越多的臨床研究認為應針對「高風險族群」進行早期篩檢，以達到早期診斷和治療的目標。

高風險族群包括以下病人：有胰臟癌家族史、其他癌症家族史、糖尿病（特別是晚期診斷的第二型糖尿病）、慢性胰臟炎者、肥胖者、酒精攝取者、抽菸者，及在影像檢查下呈現「擔憂表現」（Worrisome features）的胰臟囊性腫瘤。

若不幸被診斷為胰臟癌，病人應正面面對疾病，與醫師討論病情，配合醫師的診治建議，保持營養均衡攝取及樂觀心態，依照疾病分期接受最佳治療建議。專業醫師甚至會建議病人參加臨床試驗，利用嶄新的治療選擇達到最佳成果。至於胰臟癌的家屬，應給予病人最大的支持，鼓勵病人保持愉悅心態，協助完成治療。（文/張智翔，臺北癌症中心胰臟癌團隊召集人暨萬芳醫院消化內科主治醫師兼科主任）