

Cancer 治療地圖

胰臟癌：症狀、診斷、期別、手術、治療、自我照顧

☑ 依 NCCN 2026 指引整理 | 一般民眾版

1 症狀

腹痛、黃疸、食慾差、體重減輕等



2 診斷

影像檢查、內視鏡、病理檢查等



3 期別（分期）

判定癌症擴散程度與治療策略



4 手術治療

根治性手術與減積手術



5 化學治療

全身性治療，殺死癌細胞或抑制生長



11 自我照顧

營養、運動、休息、心情調適與支持



6 免疫治療

活化免疫系統，對抗癌細胞



7 標靶治療

精準打擊特定分子，抑制癌細胞生長



8 基因檢測

找出基因變異，指引個人化治療



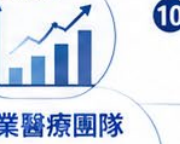
9 副作用管理

預防與緩解副作用，提升生活品質



10 治療成效評估

追蹤治療反應與存活期，持續優化治療計畫



12 尋找專業醫療團隊

多專科團隊合作，提供完整治療與照護



重要提醒 | 本文件用於衛教與共同決策準備，不能取代醫師診斷或個別處方。實際治療須依病理、影像可切除性、體能狀態、膽紅素、基因檢測、既往治療及臺灣核准 / 健保給付狀況，由跨專業團隊決定。

閱讀前先知

本治療地圖以「胰臟導管腺癌 (pancreatic ductal adenocarcinoma, PDAC) 」為主，因為它占胰臟惡性腫瘤的絕大多數。胰臟神經內分泌腫瘤 (pNET) 、囊性腫瘤與其他少見病理，治療邏輯不同，應使用各自的專門指引。

12 個章節導覽

章	主題	你會知道什麼
01	認識胰臟癌	胰臟功能、疾病特性與預後如何理解
02	常見症狀	哪些症狀要盡快就醫
03	如何診斷	影像、病理、CA 19-9 與可切除性
04	癌細胞類型	PDAC 與其他胰臟腫瘤的差異
05	基因檢測	遺傳性與腫瘤基因檢測如何改變治療
06	治療策略	依可切除性與體能選擇治療路徑
07	找專業醫療團隊	選擇醫院、醫師與第二意見
08	治療方案	手術、化療、放療、免疫與標靶
09	副作用管理	常見風險與緊急警訊
10	療效與預後指標	ORR、OS、PFS、DFS、R0 怎麼看
11	病人自我照顧	營養、胰酵素、血糖、運動與心理支持
12	結論	把複雜資訊化成下一步行動

一頁式治療地圖

臨床類別	意思	主要治療方向
可切除	腫瘤可望完整切除，沒有遠端轉移	手術優先或選擇性術前治療 → 手術 → 術後化療；總全身治療常以約 6 個月為目標
臨界可切除	腫瘤與重要血管接觸，直接手術的 R0 機會較低	術前全身治療 → 重新影像與 CA 19-9 評估 → 選擇性放療 / SBRT → 可行時手術
局部晚期不可切除	沒有遠端轉移，但重要動脈或廣泛血管侵犯	全身治療為主 → 定期重評估；少數可轉為手術，或用放療控制局部症狀
轉移性	癌細胞已到肝、腹膜、肺或其他器官	全身治療 + 生物標記導向治療 + 早期緩和照護；目標是延長生命並維持生活品質

最重要的第一個問題 | 不是只問「第幾期」，而是請團隊回答：「是否可切除？屬於可切除、臨界可切除、局部晚期，或已轉移？」這會直接決定治療順序。



圖01 | 認識胰臟癌

了解胰臟的位置、功能、癌症來源與高風險族群



1 胰臟在哪裡？

胰臟位於上腹部深處，靠近胃、十二指腸、膽管與脾臟，因此腫瘤可能影響消化與膽汁排出。



2 胰臟的功能

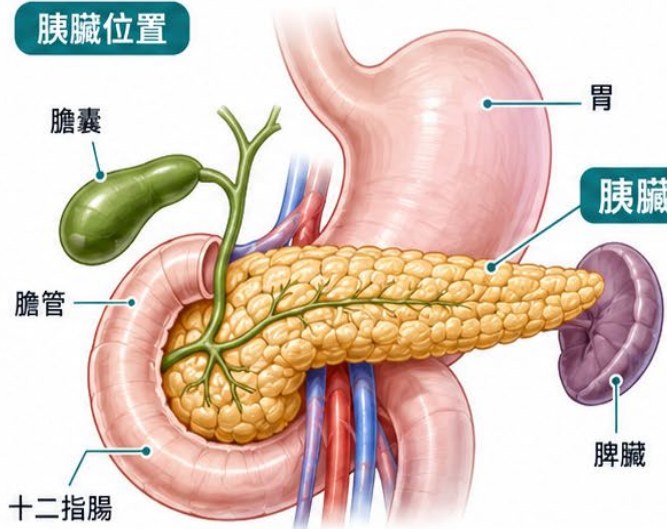
- **外分泌**：分泌消化酵素，幫助分解脂肪、蛋白質與醣類
- **內分泌**：分泌胰島素與升糖素，協助調節血糖



3 什麼是胰臟癌？

胰臟癌是胰臟細胞異常增生形成的惡性腫瘤，可能侵犯周邊血管、神經與其他器官。早期常不易察覺。

胰臟位置



6 為什麼常較晚發現？



胰臟位於腹部深處，早期症狀不明顯；等到出現黃疸、腹痛、食慾下降、體重減輕時，常已需要進一步檢查。

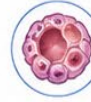
4 常見癌細胞型別



胰管腺癌：
最常見，約占大多數病例



神經內分泌腫瘤：
較少見，生長速度差異大



囊性腫瘤相關癌變：
部分囊性病灶可能惡化

5 高風險族群



吸菸



慢性胰臟炎



家族史/
遺傳基因變異



糖尿病或
新發高血糖



肥胖



高齡



重點：胰臟癌不一定有早期症狀；若有家族史、基因風險或持續不明原因腹痛、黃疸、體重減輕，應及早就醫評估。

胰臟在做什麼？

- 外分泌功能：製造消化脂肪、蛋白質與澱粉的胰酵素，經胰管進入十二指腸。
- 內分泌功能：胰島細胞分泌 insulin、glucagon 等荷爾蒙，協助控制血糖。

為什麼胰臟癌常較晚發現？

胰臟位於腹腔深處，早期腫瘤可能沒有明顯症狀；當腫瘤壓迫膽管、神經或影響消化時，才出現黃疸、背痛、體重下降等表現。腫瘤也常靠近上腸繫膜血管、門靜脈與腹腔動脈，因此「能不能安全且完整切除」比單看腫瘤大小更重要。

預後數字怎麼看？

美國 SEER 2016–2022 資料顯示，5 年相對存活率約為：局限期 43.6%、區域擴散 17.0%、遠端轉移 3.4%。這些是大型族群的歷史平均，不等於個人命運；手術可切除性、體能、治療反應、腫瘤生物學與新藥都會改變個別結果。[3]

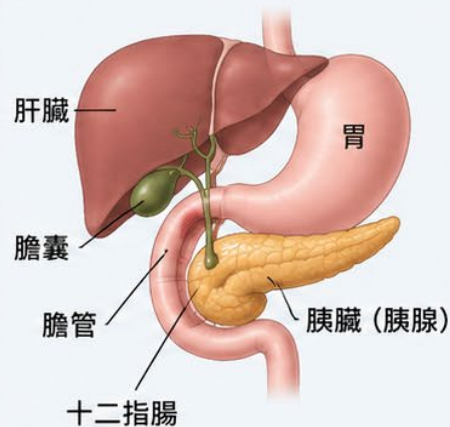
不要用單一數字預測自己 | 診斷時請同時問：可切除性、ECOG 體能、CA 19-9 趨勢、病理分化、淋巴結、切緣、基因變異，以及是否有臨床試驗。

圖 02 常見症狀

胰臟癌早期症狀不明顯，若出現以下情況請儘早就醫檢查。

胰臟位置與功能

胰臟位於上腹部，
在胃的後方，
負責分泌消化酵素與胰島素，
幫助消化與調節血糖。



常見症狀



上腹部不適或疼痛

上腹悶痛、飽脹感，
可能延伸至背部。



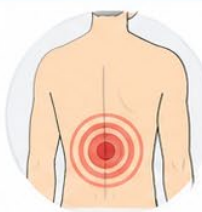
食慾不振、體重減輕

食慾下降，短時間內
體重明顯減輕。



黃疸

皮膚或眼白變黃，
尿液變深、糞便變淡。



背部疼痛

疼痛可能在躺下或夜間
加重。



腹瀉或油脂便

糞便油膩、惡臭，
不易沖掉。



疲倦、虛弱

持續疲倦、體力下降，
休息後仍未改善。



消化不良、脹氣

飯後脹氣、消化不良
或腹部不適。



新發生糖尿病

原本沒有糖尿病，
卻突然血糖升高。



血栓（靜脈栓塞）

可能出現下肢腫脹、
疼痛或呼吸困難。



糞便顏色變淡

因膽汁無法進入腸道，
糞便顏色變淡。



警訊症狀：若出現持續性上腹痛、體重快速下降、黃疸、持續嘔吐或無法進食，請儘速就醫。



貼心提醒：

這些症狀也可能由其他疾病引起，
由醫師進一步檢查才能確定原因。

資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Pancreatic Adenocarcinoma Version 1.2026

需要當天或急診評估 | 黃疸合併發燒 / 寒顫、意識改變、持續嘔吐無法進食、劇烈腹痛、呼吸困難、單側腿腫痛或突發胸痛。這些可能代表膽管炎、脫水、血栓或其他急症。

圖 03

如何診斷

透過病史評估、影像檢查、病理檢查與實驗室檢驗，整合判斷以確定診斷與期別。

主要檢查項目



1 病史與身體檢查

- 詢問症狀發生時間、體重變化、家族史、吸菸與飲酒史等。
- 評估黃疸、腹痛、體重減輕、腹部腫塊等身體徵象。



CA 19-9
> 37 U/mL

2 血液檢驗與腫瘤標記

- 肝功能、胰臟酵素、血糖等。
 - 腫瘤標記：CA 19-9（最常用）、CEA 等，作為診斷輔助與治療追蹤參考。
- ※ CA 19-9 可能受膽道阻塞影響而上升。



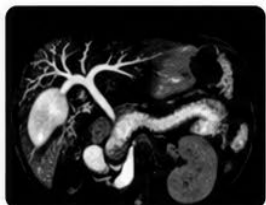
3 腹部超音波

- 初步評估胰臟、膽囊與膽道狀況。
- 可偵測膽道阻塞、膽囊腫大或肝轉移等。



4 電腦斷層掃描 (CT)

- 胰臟癌主要影像檢查。
- 評估腫瘤大小、局部侵犯情形、周邊血管受侵犯與遠端轉移。
- 用於分期與治療規劃。



5 核磁共振 (MRI) / 磁振膽胰管攝影 (MRCP)

- 提供更清楚的軟組織對比與膽胰管影像。
- 評估膽道狹窄、膽管阻塞或血管侵犯。



6 內視鏡超音波檢查 (EUS) 合併細針抽吸 (FNA)

- 以內視鏡接近胰臟病灶，影像解析度高。
- 可同時進行細針抽吸取得組織，進行病理檢查。



7 病理檢查 (組織學確診)

- 透過切片或細針抽吸取得組織樣本。
- 病理醫師在顯微鏡下確認是否為胰臟癌及其型態。

病理結果通常報告內容：

- 腫瘤類型 (如：胰臟導管腺癌)
- 分化程度
- 免疫組織化學染色 (必要時)

診斷流程建議



臨床評估

病史詢問、身體檢查、實驗室檢驗 (含腫瘤標記)



影像檢查 (初步)

腹部超音波



影像檢查 (進階)

CT 或 MRI/MRCP
評估腫瘤與分期



組織採樣

EUS 合併 FNA
取得組織檢體



病理確診

病理檢查確認癌症型態



整合判斷

綜合臨床、影像、病理結果
確定診斷與期別，擬定治療計畫



貼心提醒

若出現持續性上腹痛、體重下降、黃疸、食慾不振、背痛或腹瀉等症狀，請儘速就醫檢查。

資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Pancreatic Adenocarcinoma Version 1.2026

標準診斷流程

1. 病史、身體檢查與血液：肝膽指數、bilirubin、腎功能、血球、凝血、營養與 癌症指數 CA 19-9。
2. 胰臟專用多期相電腦斷層：評估腫瘤大小、血管接觸、淋巴結與轉移。
3. 核子共振 MRI/MRCP：電腦斷層無法確定、需看膽胰管或肝病灶時補充；胸部電腦斷層用於完整分期。
4. EUS 導引取樣：需要在化療、放療或其他非手術治療前取得組織；可做 粗針切片 以利病理與基因檢測。
5. 病理確認：區分 PDAC、pNET、acinar carcinoma、轉移癌或其他少見腫瘤。
6. 跨專業會議判定可切除性：影像醫師、胰膽外科與腫瘤內科共同檢視，必要時做第二意見。

CA 19-9 能不能當作確診？

不能。CA 19-9 可在膽管阻塞、膽管炎或其他疾病升高；部分人因 Lewis antigen 陰性，即使有胰臟癌也不會升高。較合適的用途是：在膽道引流與 bilirubin 改善後建立基準，並追蹤治療趨勢，而不是單獨診斷或排除癌症。

分期與可切除性

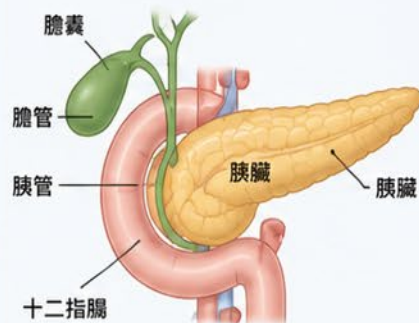
分期概念	大意	臨床提醒
AJCC I-II	多侷限在胰臟或區域淋巴結	仍須看腫瘤與動靜脈關係，並非所有 I-II 期都能直接手術
AJCC III	局部侵犯較深或較多淋巴結	可能是臨界可切除或局部晚期不可切除
AJCC IV	遠端轉移	以全身治療、精準治療與症狀控制為主

病理前能不能直接開刀？ | 高度懷疑且明確可切除的病灶，在部分醫學中心可能不先穿刺就手術；但只要要先做化療 / 放療，通常必須先取得病理。請由團隊依個案決定。

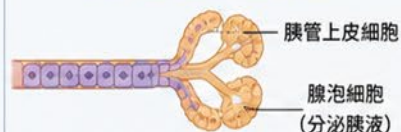
圖 04 癌細胞類型

了解胰臟癌的主要細胞類型，有助於診斷、治療策略與預後評估。

胰臟的結構與癌症起源位置



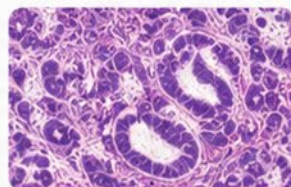
胰管與腺泡結構（放大示意）



大多數胰臟癌源自胰管上皮細胞，少數來自腺泡細胞或其他內分泌細胞。

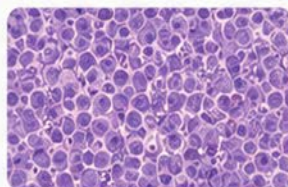
胰臟癌的主要細胞類型

1. 胰管腺癌 (最常見)



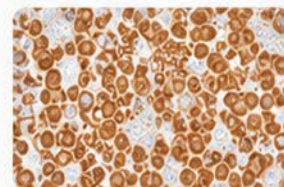
- 來源：胰管上皮細胞
- 占比：約 85~90%
- 特點：形成腺體結構，可侵犯周圍組織與轉移
- 臨床意義：多數胰臟癌屬此型，治療依此類型制定

2. 腺泡細胞癌 (較少見)



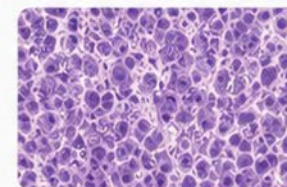
- 來源：腺泡細胞
- 占比：約 1~2%
- 特點：細胞呈泡狀或大顆粒外觀，分泌消化酵素
- 臨床意義：可能分泌酵素引起副腫瘤症候群

3. 神經內分泌腫瘤 (胰臟神經內分泌腫瘤，pNET)



- 來源：胰臟神經內分泌細胞
- 占比：約 1~2%
- 特點：生長較慢，可能分泌荷爾蒙（如胰島素、胃泌素）
- 臨床意義：依分化程度與惡性度決定治療

4. 未分化癌 / 神經內分泌癌（罕見）



- 來源：胰管上皮或內分泌細胞轉化而來
- 占比：<1%
- 特點：細胞分化差，增殖快，惡性度高
- 臨床意義：預後較差，治療以全身性治療為主

分化程度（適用於胰管腺癌與神經內分泌腫瘤）



各類型的比較總覽

類型	占比	生長速度	常見轉移部位	預後
胰管腺癌	85~90%	中等至快速	肝臟、腹膜、肺	較差
腺泡細胞癌	1~2%	中等	肝臟、腹膜	中等
神經內分泌腫瘤 (pNET)	1~2%	較慢至中等 (依分化程度)	肝臟、淋巴結、骨頭	較佳 (低惡性度) 差 (高惡性度)
未分化癌 / 神經內分泌癌	<1%	快速	肝臟、肺、骨頭、腦	最差

重點提醒

- 病理檢查是確定癌細胞類型與分化程度的關鍵。
- 不同細胞類型的治療策略與預後差異很大。
- 與醫療團隊討論病理報告，制定最適合的治療計畫。

資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Pancreatic Adenocarcinoma Version 1.2026

最常見：胰臟導管腺癌 (PDAC)

PDAC 來自外分泌導管細胞，是本文件的主要對象。常伴隨密集纖維基質、KRAS 相關驅動變異、早期神經侵犯與轉移傾向。

類型	特色	治療提醒
PDAC	最常見的外分泌腺癌	依本治療地圖處理：手術、全身化療、選擇性放療與生物標記導向治療
腺鱗癌／未分化癌	較少見、通常侵襲性高	多參考 PDAC 原則，但應在高經驗中心討論
Acinar cell carcinoma	來自腺泡細胞，分子特徵可不同	需完整病理與 NGS；部分病人可能有 DNA repair 或 fusion 標靶
胰臟神經內分泌腫瘤 pNET	來自胰島神經內分泌細胞	分級、影像與藥物完全不同，應走 pNET 專門路徑
Solid pseudopapillary neoplasm	多見於年輕女性，常有手術機會	以完整切除為主，預後通常優於 PDAC
囊性前驅病灶 IPMN／MCN	部分具有癌化風險	依囊腫大小、壁結節、主胰管與症狀決定追蹤或手術

拿到病理報告要確認 | 病理全名、分化程度、是否有神經侵犯 / 血管侵犯、淋巴結、切緣，以及是否有足夠檢體做基因檢查 NGS。

圖 05 基因檢測

基因檢測有助於了解腫瘤特性、預測治療反應、評估預後，並協助找出適合的標靶或免疫治療。

1. 為什麼需要基因檢測？



找出可治療的基因變異，對應合適的標靶或免疫治療。



評估家族性癌症風險，提供家人遺傳諮詢建議。

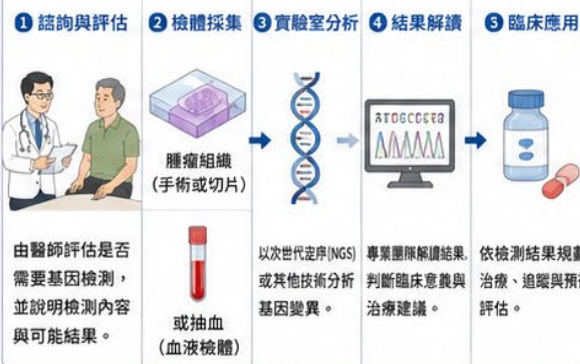


幫助預測治療反應與預後，規劃個人化治療策略。



提供臨床試驗的參考，增加治療選擇。

2. 基因檢測流程



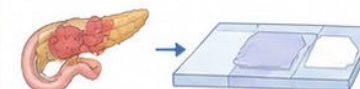
3. 胰臟腫瘤常見基因檢測項目與臨床意義

基因 / 標記	變異類型	發生率 (約)	臨床意義	可能對應的治療或策略
BRCA1/2	胚系或體細胞突變	5~7%	與同源重組修復缺陷有關，預後較差	• PARP抑制劑 (如: Olaparib) • 鉑類化學治療較敏感
PALB2	胚系或體細胞突變	1~2%	與同源重組修復缺陷有關	• PARP抑制劑 • 鉑類化學治療
ATM	體細胞突變	5~10%	可能影響DNA修復功能	• PARP抑制劑 (部分證據) • 臨床試驗
KRAS	體細胞突變	>90%	胰臟癌最常見驅動基因	• 目前尚無直接抑制劑 (臨床試驗進行中)
CDKN2A (p16)	同源缺失或突變	10~20%	腫瘤抑制基因缺失，與預後較差有關	• 提供預後資訊 • 臨床試驗
SMAD4	體細胞突變	~55%	腫瘤抑制基因，預後較差	• 預後資訊 • 臨床試驗
TP53	體細胞突變	~75%	與腫瘤進展與抗藥性有關	• 預後資訊 • 臨床試驗
MSI / MMR	微衛星不穩定或錯配修復缺陷	1~2%	可能對免疫治療有反應	• 免疫檢查點抑制劑 (如: Pembrolizumab)
NTRK 融合	基因融合	<1%	罕見但對標靶治療反應佳	• NTRK抑制劑 (如: Larotrectinib)
TMB (腫瘤突變負荷)	高 (依檢測標準)	~5%	TMB高可能對免疫治療有較佳反應	• 免疫檢查點抑制劑 • 臨床試驗

註：發生率會因研究對象與檢測方法而異，僅供參考。

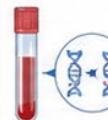
4. 檢體類型

組織檢體



- 手術切除標本或切片檢體
- 提供最完整的腫瘤基因資訊

血液檢體 (液態切片)



- 檢測血中腫瘤DNA (ctDNA)
- 適用於無法取得組織、監測治療反應或疾病追蹤

5. 重要提醒

- ✓ 基因檢測需由專業醫師評估，並搭配遺傳諮詢進行。
- ✓ 檢測結果可能影響治療選擇、臨床試驗參與機會與家族風險評估。
- ✓ 檢測結果不一定改變治療，需由醫療團隊綜合判斷。
- ✓ 定期更新檢測結果，掌握最新治療選擇與臨床試驗資訊。



小提醒 建議在確診後盡早進行基因檢測，以利治療規劃與家族健康管理。

資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Pancreatic Adenocarcinoma Version 1.2026

兩種檢測不要混淆

檢測	檢體	目的	實務重點
胚系檢測 germline	血液或唾液	找出生即存在、可能遺傳給家人的變異	所有確診胰臟癌患者都應討論；陽性時安排遺傳諮詢與家族檢測
腫瘤體細胞檢測 somatic / NGS	腫瘤組織；必要時 ctDNA	找腫瘤後天產生、可指引藥物或試驗的變異	局部晚期、轉移、復發或治療選項有限時尤其重要

常見且有治療意義的生物標記

生物標記	可能治療方向	重要限制
BRCA1/2、PALB2 (HRR)	較可能對 platinum 敏感； gBRCA 轉移性疾病穩定後可考慮 olaparib 維持	olaparib 適用條件嚴格：胚系 BRCA、第一線 platinum 至少 16 週且未惡化
MSI-H / dMMR、TMB-H	可考慮 pembrolizumab	在 PDAC 很少見，但一旦發現可能大幅改變治療
NTRK fusion	larotrectinib、entrectinib 或 repotrectinib	fusion 很罕見，需 NGS / RNA 檢測

生物標記	可能治療方向	重要限制
RET fusion	selpercatinib	依當地核准、先前治療與可近性
BRAF V600E	dabrafenib + trametinib	須確認為 V600E；其他 BRAF 變異不能直接套用
NRG1 fusion	zenocutuzumab (先前全身治療後)	較常見於 KRAS wild-type PDAC；FDA 2024 核准特定情境
HER2 IHC 3+	fam-trastuzumab deruxtecan-nxki (T-DXd)	須嚴密監測間質性肺病 / 肺炎
KRAS G12C / 其他 KRAS	標準選項有限，優先臨床試驗	2026 年仍有多項 pan-KRAS / RAS(ON) 抑制劑研究中，不能當成已核准標準

檢體不足怎麼辦？ | 可詢問是否重做 core biopsy、使用保存的手術檢體，或以 ctDNA 補充。液態切片陰性不代表一定沒有變異，因胰臟癌可能釋放的腫瘤 DNA 較少。

圖 06 治療策略

依據癌症期別、病人狀況與分子特性，制定個人化治療計畫，以延長存活、控制症狀並維持生活品質為目標。

1. 依癌症期別之治療目標

可切除期 (第 I-II 期)



- 根治性手術為主
- 術前/術後輔助治療以降低復發

局部晚期 (第 III 期)



- 以全身性治療為主（化療為主）
- 視情況給予局部放射治療
- 爭取轉化為可切除

轉移性 (第 IV 期)



- 以全身性治療為主
- 緩解症狀、延長存活、維持生活品質

復發性 (術後或治療後)



- 依前次治療反應與間隔時間
- 調整系統性治療策略或臨床試驗

2. 主要治療策略

1 手術治療



- 適用於可切除期
- 切除腫瘤與周邊淋巴組織
- 可能合併血管切除重建

2 化學治療



- 全身性治療的基石
- 術前/術後輔助治療
- 局部晚期與轉移性主要治療

6 支持性與 緩和醫療



- 疼痛控制、營養支持
- 黃疸處置、症狀緩解
- 心理支持與生活品質維護

胰臟癌 治療策略

5 免疫治療



- 適用於 MSI-H/dMMR 或 TMB 高之病人
- 可與化療或標靶治療合併在臨床試驗中評估

4 標靶治療



- 依據基因檢測結果
- 適用於特定基因變異（如 BRCA、MSI-H/dMMR、NTRK 融合等）
- 單獨或合併化療使用

3 放射治療



- 局部晚期可合併化療（化學放射）
- 緩解局部症狀（如疼痛、出血）
- 選擇性用於術後邊緣陽性或復發

3. 個人化與多專科合作



外科、腫瘤科、放射腫瘤科、病理科、影像科、營養師、護理師、社工師等共同討論，為病人制定最佳治療計畫。

4. 治療目標



根治：可切除期以達到長期存活或治癒



延長存活：延長整體存活期



症狀控制：減輕疼痛、黃疸、消化不良等症狀



維持生活品質：身心社會層面全面照護



小提示

治療策略需依病人整體狀況、基因檢測結果與個人意願而調整，請與您的醫療團隊充分討論，選擇最適合的治療方式。

資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Pancreatic Adenocarcinoma Version 1.2026



重要提醒

治療期間定期回診追蹤，並與醫療團隊保持溝通，可及早處理副作用並調整治療計畫。

臨床試驗 | 胰臟癌新藥發展快速，臨床試驗可在第一線、術前、維持或標靶族群考慮。越早詢問，越不容易因既往治療或體能下降而失去資格。

決策的五個支柱

- 可切除性：腫瘤與重要血管的關係、是否有遠端轉移。
- 體能狀態：ECOG、年齡不是唯一標準；要看活動力、器官功能與衰弱程度。
- 腫瘤生物學：CA 19-9、腫瘤生長速度、治療反應、病理與分子特徵。
- 個人目標：治癒機會、延長生命、症狀控制、生活品質與照顧負擔。
- 可近性：高量手術中心、臨床試驗、藥品核准與健保 / 自費條件。

類別	主要目標	常見路徑	每次重評估
可切除	治癒	手術優先或選擇性術前化療；手術後完成輔助化療	能否 R0 切除、術後恢復、病理高風險因子
臨界可切除	增加 R0 機會、篩選腫瘤生物學	術前 mFOLFIRINOX 或 gemcitabine+nab-paclitaxel 等 → 重評估 → ±放療 → 手術	血管重建能力、CA 19-9 下降、無新轉移
局部晚期	延長存活、控制局部症狀、爭取轉換手術	全身治療 4–6 個月左右 → 重評估；選擇性 SBRT / 化放療	是否縮小 / 穩定、疼痛、膽道或胃出口阻塞
轉移性	延長生命與維持生活品質	全身化療；生物標記陽性時免疫 / 標靶；全程支持與緩和照護	ECOG、器官功能、治療毒性、病人偏好

圖 07 如何找到專業醫療團隊

胰臟癌治療需要多專科團隊合作，選擇對的醫療團隊，能獲得最適合的治療與照護。

1. 尋找醫療團隊的步驟



1. 尋找具經驗的醫療院所

- 選擇有胰臟癌診療經驗的醫學中心或區域醫院
- 查詢醫院是否有完整的癌症照護團隊



2. 確認多專科團隊是否完整

- 具備外科、腫瘤科、放射治療科、影像醫學、病理科、營養、護理、緩和醫療等專科合作



3. 評估團隊的治療經驗與成果

- 詢問每年胰臟癌手術與治療案例數
- 瞭解團隊參與臨床試驗或學術研究的情形



4. 預約諮詢與第二意見

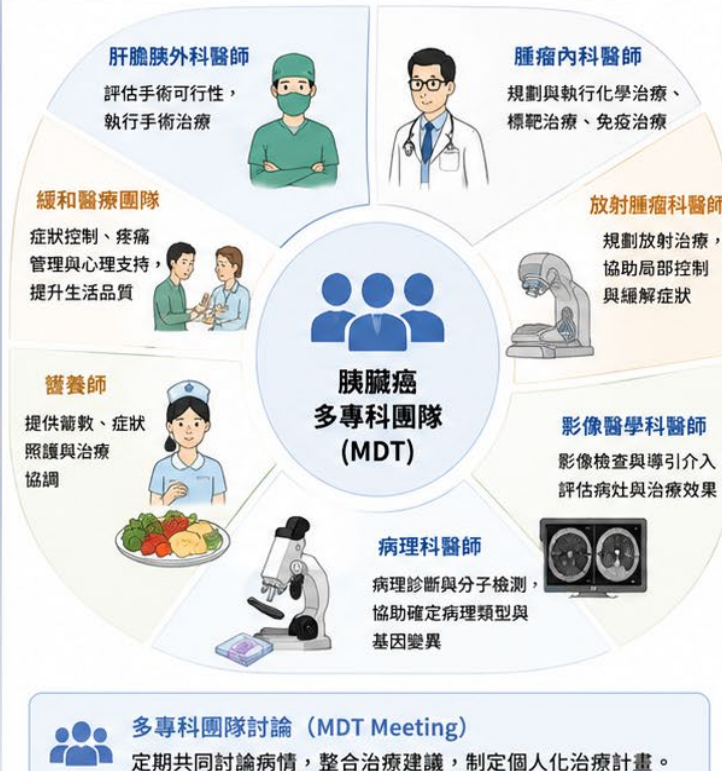
- 與醫師討論病情、治療選擇與預期效果
- 必要時尋求第二意見，幫助做出最佳決定



5. 持續建立良好溝通與信任

- 與團隊保持溝通，主動表達需求與疑問
- 共同制定並調整最適合的治療計畫

2. 胰臟癌多專科團隊成員



3. 哪裡可以找到專業團隊？



醫學中心或癌症專責醫院

- 通常具備完整的跨專科團隊
- 查詢醫院網站或癌症中心資訊



國家癌症資訊網

(www.cancer.gov.tw)

- 查詢癌症診療品質認證醫院
- 提供治療與照護相關資訊



病友團體與支持組織

- 胰臟癌病友協會、基金會
- 病友經驗分享與資源連結



健康保險與轉診制度

- 透過家庭醫師或醫院轉診
- 善用健保資源與癌症整合照護計畫

4. 就醫前的準備清單

- ✓ 整理病史與檢查報告（影像、病理、用藥）
- ✓ 記錄症狀與問題，列出想詢問的重點
- ✓ 攜帶家人或照顧者一同就醫
- ✓ 準備筆記或手機錄音（經醫師同意）
- ✓ 了解治療選擇、預期療效與可能副作用



小提醒

選擇有經驗、值得信賴的醫療團隊，並與團隊保持良好溝通，是獲得最佳治療成效與生活品質的重要關鍵。



重要提醒

若對診斷或治療有任何疑問，請主動提出並尋求專業協助。早期諮詢與完整評估，有助於爭取治療先機。

資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Pancreatic Adenocarcinoma Version 1.2026

優先尋找什麼樣的醫院？

- 衛福部國民健康署癌症診療品質認證醫院，具胰臟癌多專科會議與癌症資源中心。
- 有高經驗的肝膽胰外科、EUS / ERCP、介入放射、腫瘤內科、放射腫瘤科與病理分子檢測。
- 可處理複雜血管重建、膽道感染、胰瘻、營養不良、疼痛與臨床試驗。
- 能在治療前快速完成影像重讀、病理確認、基因檢測與治療計畫。

看診時可直接問的 8 個問題

1. 我的疾病屬於可切除、臨界可切除、局部晚期或轉移性？
2. 影像是否由專精胰臟的放射科與外科共同檢視？
3. 這個中心每年做多少胰十二指腸切除術？90 天死亡率與主要併發症率如何？
4. 我是否應先化療再手術？選擇這個順序的理由是什麼？
5. 手術可能需要靜脈或動脈重建嗎？R0 切除機會如何？
6. 我是否已完成胚系檢測與足夠的腫瘤 NGS / RNA fusion 檢測？
7. 有哪些適合的臨床試驗或第二意見中心？
8. 營養、胰酵素、糖尿病、疼痛與緩和照護由誰協助？

第二意見要帶什麼？

影像光碟 / DICOM 與正式報告、病理切片或蠟塊、病理報告、手術紀錄、基因檢測、完整化療紀錄、過敏與藥物清單、最近血液檢查、CA 19-9 趨勢、體重與症狀紀錄。

圖 08

治療方案

依癌症期別、分子特性與病人狀況，選擇最適合的治療組合。
治療目標：延長存活、控制症狀、維持生活品質。

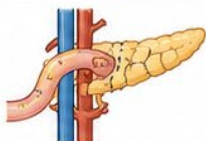
1. 依癌症期別之治療目標與原則

可切除期 (第 I-II 期)



- 治療目標：根治為主
- 原則：以手術切除為主，術前/術後輔助治療降低復發風險
- 5年存活率：約 20-40%

局部晚期 (第 III 期)



- 治療目標：延長存活、控制局部腫瘤
- 原則：以全身性治療為主，視情況合併放射治療
- 部分病人可轉化後評估手術

轉移性 (第 IV 期)



- 治療目標：延長存活、緩解症狀、維持生活品質
- 原則：以全身性治療為主，依分子特性選擇標靶或免疫治療
- 平均存活期：約 8-12 個月

復發性 (術後或治療後)



- 治療目標：延緩疾病進展、緩解症狀
- 原則：依先前治療反應與時間，調整治療策略或臨床試驗



治療選擇依據

- 癌症、腫瘤可切除性
- 病人整體狀況與合併症
- 基因檢測結果（如：MSI-H/dMMR、BRCA、NTRK 融合等）
- 病人意願與生活品質考量



小提醒

治療需由專業團隊（外科、腫瘤科、放射腫瘤科、病理科、營養師、護理師、社工師等）共同評估，依最新指引與臨床證據，為您量身訂做最適合的治療計畫。

2. 主要治療方式與常用方案

(1) 手術治療 (可切除期)

主要手術

- 胰頭切除術 (Whipple 手術)



- 遠端胰臟切除術



- 全胰切除術 (較少見)

術後目標

- 完整切除腫瘤，降低局部復發風險

(2) 化學治療 (全身性治療)

常用方案

- FOLFIRINOX (5-FU + LV + 伊立替康 + 奧沙利鉀)
- Gemcitabine + Nab-paclitaxel (紫杉醇白蛋白結合型)
- Gemcitabine 單藥 (較不適合強效治療者)

適用時機

- 可切除期：術前/術後輔助
- 局部晚期：主要治療
- 轉移性：主要治療

(3) 放射治療 / 化學放射治療 (局部控制)



適用時機

- 局部晚期 (無法手術或邊界不清)
- 術後邊緣陽性或局部復發
- 症狀性腫瘤 (如：疼痛、膽道阻塞)

方式

- 外照射放射治療 (EBRT)
- 立體定位放射治療 (SBRT)

(4) 標靶治療 (依基因檢測結果)

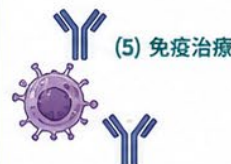


適用標靶與標記

- BRCA1/2 突變：PARP 抑制劑 (如 Olaparib)
- NTRK 融合：TRK 抑制劑 (如 Larotrectinib)
- 特定突變或擴增：參考臨床試驗

重點

需事先進行基因檢測，符合條件者可獲得較佳效果



(5) 免疫治療

適用條件

- MSI-H / dMMR：免疫檢查點抑制劑 (如 Pembrolizumab)
- TMB 高 (較少見)：可能受益
- 其他：仍以臨床試驗為主

重點

胰臟癌整體反應率低，僅特定族群較可能受益

(6) 支持性與緩和醫療 (貫穿治療全程)



症狀控制

疼痛、噁心、食慾不振等積極處理



營養支持

營養評估與胰酶補充，維持營養狀態



膽道引流

處理黃疸與膽道阻塞，改善生活品質



心理支持

提供心理諮商與社會資源協助



預立醫療照護諮商

討論治療目標與個人意願，尊重病人選擇



重要提醒

治療方案會依病情、身體狀況與治療反應調整，請與您的醫療團隊保持良好溝通與追蹤。

資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Pancreatic Adenocarcinoma Version 1.2026

A. 手術治療

手術	常見位置	重點
Whipple／胰十二指腸切除	胰頭腫瘤	切除胰頭、十二指腸、膽囊、部分膽管 ± 胃，再重建消化道
遠端胰臟切除	胰體／胰尾腫瘤	切除胰體尾，常合併脾臟切除；術前確認疫苗與感染預防
全胰切除	少數多發或廣泛病灶	需終身 insulin 與胰酵素，糖尿病管理較複雜
緩和性手術／內視鏡	無法根治但有阻塞	膽道支架、胃繞道或十二指腸支架，目標是解除黃疸與進食困難

B. 常用化療與給藥節奏

方案	組成	一般節奏	常見使用情境
modified FOLFIRINOX	oxaliplatin + irinotecan + leucovorin + 5-FU	多為每 2 週一次；術後常規劃約 12 個療程／6 個月；轉移性依反應持續或降階維持	體能佳；注意骨髓抑制、腹瀉、周邊神經病變
NALIRIFOX	liposomal irinotecan + oxaliplatin + leucovorin + 5-FU	第 1、15 天給藥，28 天一循環	轉移性第一線、體能佳；依腹瀉與嗜中性白血球調整

方案	組成	一般節奏	常見使用情境
gemcitabine + nab-paclitaxel	兩種靜脈化療	常為第 1、8、15 天，28 天一循環；臨床常依體能改為隔週	可用於術前、局部晚期或轉移性；注意骨髓抑制與神經病變
gemcitabine + capecitabine	靜脈 + 口服 fluoropyrimidine	術後常規劃約 6 個月；實際時程依處方	無法使用 mFOLFIRINOX 時的常見替代方案
liposomal irinotecan + 5-FU/LV	靜脈化療	通常每 2 週一次	曾使用 gemcitabine-based therapy 後的常見第二線

不是固定劑量表 | 上述是理解治療節奏的衛教摘要，不是處方。實際劑量與間隔會依膽紅素、肝腎功能、UGT1A1、血球、神經病變、腹瀉、年齡與衰弱程度調整。

C. 放射治療

放療不是每位病人都需要。可在臨界可切除或局部晚期疾病，經數月全身治療後，用於提高局部控制、處理血管周圍病灶或緩解疼痛 / 出血。方式可能是傳統化放療或 stereotactic body radiation therapy (SBRT) ；必須避免延誤更重要的全身治療。

D. 免疫治療

PDAC 對一般免疫檢查點抑制劑的反應率低，因此 pembrolizumab 並非所有人都適用；主要用於 MSI-H / dMMR 或 TMB-H 等罕見生物標記陽性疾病。治療前需確認檢測方法與結果，並教育病人辨識免疫引起相關副作用。

E. 標靶與精準治療

標記	治療前提	可能方案
gBRCA1/2	先用 platinum-based chemotherapy，疾病至少 16 週未惡化	olaparib 口服維持；改善 PFS，但 POLO 試驗未顯示中位 OS 顯著延長
NRG1 fusion	先前全身治療後進展	zenocutuzumab；胰臟癌單臂研究 ORR 約 42% (15/36) [17]
NTRK fusion	無合適替代或疾病進展	TRK inhibitor：larotrectinib、entrectinib 或 repotrectinib
RET fusion	進展性實體腫瘤	selpercatinib，依當地核准與適應症
BRAF V600E	進展性且無滿意替代	dabrafenib + trametinib
HER2 IHC 3+	先前治療後、無滿意替代	T-DXd；肺毒性監測最重要

圖 09

治療副作用

癌症治療可能出現不同的副作用，因人而異且可管理。
及早辨識、主動告知醫療團隊，能有效減輕不適並維持生活品質。

1. 常見副作用與照護重點

副作用	可能原因 (治療方式)	常見症狀	照護重點
疲倦 	• 化學治療 • 標靶治療 • 放射治療 • 手術後	• 容易疲倦 • 體力下降 • 活動耐力變差	• 規律作息與適度運動 • 均衡飲食與充足水分 • 能量保存，安排休息
噁心 / 嘔吐 	• 化學治療 • 標靶治療 • 放射治療	• 噁心 • 嘔吐 • 食慾不振	• 按時服用止吐藥 • 少量多餐，避免油膩 • 補充水分，少量多次
掉髮 	• 化學治療 • 部分標靶治療	• 頭髮稀疏 • 大量掉髮	• 使用溫和洗髮精 • 避免染燙髮 • 考慮假髮、帽子或頭巾
骨髓抑制 (白血球/紅血球/血小板下降) 	• 化學治療 • 放射治療 • 部分標靶治療	• 容易感染 • 貧血、疲倦 • 瘀青、出血	• 勤洗手，避免感染 • 避免生食、生冷食物 • 按醫囑回診抽血追蹤
口腔黏膜炎 	• 化學治療 • 放射治療 • 標靶治療	• 口腔潰瘍 • 口乾、疼痛 • 影響進食	• 維持口腔清潔 • 使用醫師建議漱口水 • 避免辛辣、刺激性食物
腹瀉 / 便秘 	• 化學治療 • 標靶治療 • 放射治療 • 止痛藥	• 腹瀉、腹痛 • 便秘、脹氣	• 腹瀉：補充水分與電解質 • 便秘：多纖維飲食、運動 • 依醫囑使用藥物
皮膚反應 	• 標靶治療 • 免疫治療 • 放射治療	• 皮疹、乾癢 • 紅腫、脫皮	• 保潔防曬，避免刺激 • 穿著寬鬆衣物 • 異常時告知醫護人員

註：以上副作用發生率因治療方式、劑量與個人差異而不同。

2. 不同治療方式常見副作用比較

治療方式	常見副作用	發生時機	持續時間
手術治療 	疼痛、疲倦、傷口不適、感染、出血	手術後數天內	數天至數週
化學治療 	噁心嘔吐、掉髮、骨髓抑制、口腔炎、疲倦	治療後數小時至數天	數天至數週 (依藥物不同)
放射治療 	皮膚紅腫、疲倦、食道炎、噁心	治療期間逐漸出現	治療中及結束後 2-4 週
標靶治療 	皮疹、腹瀉、高血壓、肝功能異常	治療初期或持續發生	持續性 (可被管理)
免疫治療 	皮疹、腸炎、肝炎、肺炎、內分泌異常	治療後數週至數月	可能持續或延遲發生

3. 何時需要立即就醫？



⚠ 若出現上述症狀，請立即聯絡醫療團隊或就醫。

4. 副作用自我照護原則



記錄與回報

記錄副作用的種類、程度與發生時間，主動回報醫療團隊。



按時用藥

依醫囑服藥，包含止吐藥、止瀉藥、止痛藥等，不要自行停藥。



均衡營養與水分

攝取足夠熱量與蛋白質，多蔬果，補充足夠水分。



適度活動與休息

依體力狀況調整活動量，避免過度勞累。



心理支持

與家人朋友溝通，必要時尋求心理諮商或支持團體。

5. 與醫療團隊合作



- ✓ 定期回診與追蹤檢查
- ✓ 誠實告知所有不適症狀
- ✓ 遵從治療與照護計畫
- ✓ 共同討論並調整治療策略
- ✓ 提升治療效果與生活品質



小提醒

副作用多可透過藥物、照護與生活調整來緩解，若能及早發現與處理，大多可有效控制，不必因此中斷治療。



重要提醒

每個人的體質與反應不同，請依個人狀況與醫囑調整；未經醫師同意，請勿自行更改藥物或治療計畫。

資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)
Cancer- and Treatment-Related Side Effects
Version 1.2026

常見副作用與處理

副作用	可能表現	日常處理	急迫警訊
嗜中性白血球低下／感染	發燒、寒顫、喉嚨痛	量體溫；避免自行吃退燒藥掩蓋；依風險使用 G-CSF	體溫 $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ 立即聯絡醫療團隊
噁心、嘔吐、食慾差	攝取不足、脫水、體重下降	按時使用止吐藥、少量多餐、補水與電解質	持續嘔吐或 8-12 小時無法喝水
腹瀉	irinotecan／感染／胰酵素不足皆可能	記錄次數與性狀；依醫囑 loperamide；排除感染與膽酸性腹瀉	血便、發燒、頭暈、尿量下降或一天多次水瀉
周邊神經病變	麻、刺、痛、怕冷、扣鈕扣困難	避冷飲與冷空氣；跌倒預防；早期回報以調整 oxaliplatin/nab-paclitaxel	走路明顯不穩、手功能快速變差
口腔黏膜炎	口痛、潰瘍、吃不下	軟毛牙刷、無酒精漱口、鹽水／小蘇打水照護	無法吞嚥、脫水或疑黴菌感染
疲倦與貧血	喘、心悸、活動力下降	找出貧血、感染、營養、疼痛與睡眠原因；分段活動	休息時喘、胸痛、暈厥
手足症候群	capecitabine 造成紅、痛、脫皮	保濕、減少摩擦與熱刺激，早期回報	水泡、潰瘍或影響走路
免疫相關副作用	皮疹、持續腹瀉、黃疸、咳喘、頭痛、極度虛弱	不要自行停藥或使用類固醇；儘早抽血／影像與專科評估	呼吸困難、嚴重腹瀉、意識改變、低血壓
T-DXd 肺毒性	新咳嗽、喘、發燒、血氧下降	任何新呼吸症狀立刻停下並評估；需要 HRCT 與專科處理	疑似 ILD／pneumonitis 即為急迫事件

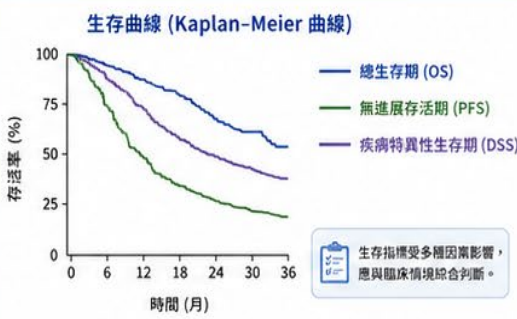
手術後常見問題

- 胰瘻、腹腔感染、出血、胃排空延遲：需要外科團隊追蹤引流量、發燒與進食。
- 胰外分泌不足：油便、腹脹、體重下降時，使用 pancreatic enzyme replacement therapy (PERT)。
- 新發或惡化糖尿病：監測血糖，必要時由內分泌或糖尿病團隊調整 insulin。
- 脾臟切除後感染風險：依醫囑完成 pneumococcal、meningococcal、Hib 等疫苗與發燒處置計畫。

隨身副作用卡 | 建議記錄：方案名稱、最後一次給藥日期、白血球最低點、過敏、中心 24 小時電話與目前用藥。急診時先說「我正在接受胰臟癌治療」。

圖 10 療效與預後指標

透過客觀指標評估治療效果與疾病預後，協助醫師調整治療策略，提升治療成效與生活品質。

1. 療效評估指標			2. 療效評估結果分類 (依 RECIST 1.1)		3. 預後指標		
評估指標	說明	常用評估工具 / 標準	療效分類	定義	指標類別	常見指標	意義
 腫瘤反應	評估腫瘤大小變化與反應程度	RECIST 1.1 實體腫瘤反應評估標準	 完全反應 (CR)	所有可測量病灶完全消失，且持續至少 4 週以上。	 臨床因子	年齡、性別、體能狀態 (ECOG PS)、共病狀況等	影響治療耐受性與整體預後的重要因子
 影像學評估	影像檢查評估腫瘤大小或病灶變化	CT、MRI、PET-CT 超音波等	 部分反應 (PR)	可測量病灶總和至少減少 30% 以上，且持續至少 4 週以上。	 腫瘤因子	腫瘤分期 (TNM 分期)、分化程度、腫瘤大小、淋巴結轉移等	反映腫瘤侵襲性與疾病進展風險
 腫瘤指標 (血液檢測)	血中腫瘤標記物濃度變化趨勢	CA19-9、CEA、CA125、CA72-4 等 (依腫瘤類型而定)	 疾病穩定 (SD)	未達部分反應或疾病惡化標準的情況。	 分子與基因因子	基因突變 (如 KRAS)、MSI-H/dMMR、TMB、基因表現等	預測治療反應與疾病預後
 分子標記	評估基因突變或分子標記變化	ctDNA、基因突變檢測、NGS 等	 疾病惡化 (PD)	可測量病灶總和至少增加 20% 以上，或出現新病灶。	 血液與生物標記	CA19-9、CEA、CRP、NLR、白蛋白等	反映腫瘤負荷、發炎狀態與營養狀況
 臨床症狀與生活品質	症狀改善情形與生活品質評估	ECOG Performance Status QOL 問卷 (如 EORTC QLQ-C30)	 評估時需綜合影像、臨床症狀、腫瘤指標與整體狀況判斷。		 治療反應因子	治療效果、無進展存活期 (PFS)、總生存期 (OS)	直接評估治療成效與長期預後
4. 常用生存分析指標			5. 定期追蹤與評估建議				
 無進展存活期 (PFS)	從開始治療到疾病惡化或死亡的時間。	 生存曲線 (Kaplan-Meier 曲線) — 總生存期 (OS) — 無進展存活期 (PFS) — 疾病特異性生存期 (DSS) 生存指標受多種因素影響，應與臨床情境綜合判斷。	 治療期間 - 每 4-8 週回診 - 評估症狀與副作用 - 檢驗腫瘤指標 - 影像檢查評估療效 治療結束後 - 每 3 個月追蹤 (前 2 年) - 每 6 個月追蹤 (第 3-5 年) 長期追蹤 - 每 6-12 個月追蹤 - 監測復發或轉移 - 評估長期副作用與生活品質 異常時 - 提早回診評估 - 調整治療策略 - 提供支持性照護 目標 早期偵測疾病變化、評估治療成效、延長存活期、維持生活品質並降低復發風險。 團隊 醫師、護理師、營養師、藥師、心理師與個案管理師共同合作，提供全人照護。				
 總生存期 (OS)	從開始治療到任何原因死亡的時間。						
 疾病特異性生存期 (DSS)	因腫瘤疾病導致死亡的時間，排除其他原因。						



小提醒

療效與預後評估需整合多項指標，並依個別病人狀況調整，與醫療團隊保持良好溝通，才能達到最佳治療目標。



重要提醒

本資料僅供參考，實際治療與預後評估應由專業醫療團隊判斷，切勿自行解讀檢查結果或調整治療。

資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Pancreatic Adenocarcinoma Version 1.2026

常用指標的白話解釋

指標	定義	怎麼解讀
ORR 客觀緩解率	CR 完全緩解 + PR 部分緩解的比例	看腫瘤明顯縮小的人數；不是治癒率，也不代表反應能維持多久
DCR 疾病控制率	CR + PR + SD 穩定	可反映縮小或至少暫時不長大
PFS 無惡化存活期	從治療開始到影像惡化或死亡	可較早評估治療效果，但不一定等於 OS 改善
OS 總存活期	從研究起點到任何原因死亡	最直觀，但受後續治療與交叉治療影響
DFS 無病存活期	手術後到復發或死亡	用於根治性手術後的輔助治療研究
R0 切除	顯微鏡下切緣沒有癌細胞	重要手術品質與預後指標；R1 表示顯微殘留
CA 19-9 趨勢	血液腫瘤標記變化	需搭配 bilirubin、影像與臨床；不能單獨宣告成功或失敗
PRO／生活品質	疼痛、體重、活動力、食慾與病人感受	影像穩定但生活明顯惡化，也需要調整治療

RECIST 1.1 的核心概念

部分緩解 (PR) 通常指目標病灶直徑總和較基準下降至少 30% ; 疾病惡化 (PD) 通常指較治療期間最小值增加至少 20% , 且絕對增加至少 5 mm , 或出現新病灶。其餘可能歸為疾病穩定。實際判讀由放射科與試驗規則決定。[18]

代表性臨床試驗數據

試驗	族群	比較	ORR (總反應率)	總存活時間(中位數) OS/其他
PRODIGE 24/ CCTG PA.6	已完整切除、體 能良好	adjuvant mFOLFIRINOX vs gemcitabine	ORR 不適用	53.5 vs 35.5 個月; 5 年 OS 43.2% vs 31.4%
ACCORD 11/ PRODIGE 4	轉移性、ECOG 0-1	FOLFIRINOX vs gemcitabine	31.6% vs 9.4%	11.1 vs 6.8 個月
MPACT	未治療已轉移性	gemcitabine+nab- paclitaxel vs gemcitabine	23% vs 7%	8.5 vs 6.7 個月
NAPOLI 3	未治療已轉移性	NALIRIFOX vs gemcitabine+nab- paclitaxel	41.8% vs 36.2%	11.1 vs 9.2 個月
NAPOLI-1	gemcitabine 後 進展	liposomal irinotecan+5-FU/LV vs 5-FU/LV	16% vs 1%	6.1 vs 4.2 個月
POLO	gBRCA、platinum 後未惡化	olaparib 維持 vs placebo	23.1% vs 11.5%*	19.0 vs 19.2 個月; PFS 7.4 vs 3.8 個月

* POLO 的 ORR 僅適用於有可測量病灶的次族群。不同試驗的病人條件、年代、影像與後續治療不同，不能只看數字就直接比較哪個方案最好。[7-12]

每 2-3 個月通常重評估 | 常見做法是症狀與抽血每次療程評估，影像約每 8-12 週或依臨床需要；同時看 CA 19-9、體重、ECOG、疼痛與副作用。

圖 11 病人自我照顧

良好的自我照顧有助於減輕治療副作用、提升生活品質與治療成效。
若有任何不適，請主動與醫療團隊聯繫。

1. 均衡營養



- 攝取足夠熱量與蛋白質
- 多蔬果、全穀類、優質蛋白質
- 少油、少糖、少加工食品
- 治療期間若食慾不佳，可少量多餐
- 維持足夠水分每日約 1500-2000 ml

小提醒：營養不良會影響治療耐受性與復原力，必要時諮詢營養師。

2. 規律運動



- 每週至少 150 分鐘中等強度運動
- 如快走、騎腳踏車、游泳等
- 搭配肌力訓練 2-3 次/週
- 運動可改善體能、情緒與睡眠品質
- 依個人狀況調整，避免過度疲勞

小提醒：運動前後注意暖身與伸展，若有頭暈、胸悶等不適請立即休息並就醫。

3. 充足休息與睡眠



- 每晚睡眠 7-8 小時
- 規律作息，避免熬夜
- 白天避免長時間臥床，可適度活動
- 休息有助於身體修復與免疫功能

小提醒：睡前避免咖啡因與 3C 產品，營造安靜舒適的睡眠環境。

4. 情緒調適與壓力管理



- 接受情緒起伏，適時表達感受
- 可透過深呼吸、冥想、音樂等放鬆技巧
- 保持正向思考，設定可達成的小目標
- 必要時尋求心理師或社工協助

小提醒：良好的心理狀態有助於治療耐受性與生活品質。

5. 避免感染



- 勤洗手，保持手部衛生
- 避免出入人潮擁擠場所
- 注意個人與環境清潔
- 依醫囑接種疫苗 (如流感、肺炎鏈球菌)
- 發燒 ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) 或感染症狀時立即就醫

小提醒：治療期間免疫力可能下降，預防感染非常重要。

6. 用藥安全



- 依醫囑服藥，勿自行增減藥量或停藥
- 了解藥物副作用與注意事項
- 同時服用保健食品或中草藥前，請先諮詢醫療人員
- 攜帶用藥清單回診，利於醫師評估

小提醒：不當期間可能影響療效或增加副作用風險。

7. 定期追蹤與檢查



- 依醫囑定期回診與檢查
- 追蹤治療效果與副作用
- 檢查項目可能包含：血液檢查、影像檢查、腫瘤指標等
- 若有任何不適，請提前聯繫醫療團隊

小提醒：定期追蹤有助於早期發現問題與調整治療策略。

8. 戒菸與避免過量飲酒



- 吸菸會影響治療效果並增加併發症風險
- 過量飲酒會影響肝功能與藥物代謝
- 戒菸與節酒有助於提升治療成效與預後

小提醒：戒菸與節酒是改善健康與降低復發風險的重要一步。

9. 維持社交與支持系統



- 與家人、朋友保持聯繫與支持
- 參與病友團體或支持團體，分享經驗
- 建立良好支持系統，減少孤單感
- 必要時尋求專業協助

小提醒：良好的社交支持能提升生活品質與心理健康。

10. 生活習慣建議



維持理想體重 規律作息 多喝水 空氣流通 良好姿勢

小提醒：從小改變做起，養成健康生活習慣，讓身體更有力量面對治療。

重要觀念

自我照顧是治療的一部分，與醫療團隊保持良好溝通，才能達到最佳治療效果與生活品質。

需要立即就醫的情況

- 發燒 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 或持續性發燒
- 嚴重疼痛、呼吸困難、胸痛
- 持續嘔吐或無法進食喝水
- 大量出血或不明原因瘀青
- 意識改變、嚴重頭暈或虛弱
- 其他讓您擔心的症狀

有任何疑問或不適，請主動聯繫您的醫療團隊。



資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Pancreatic Adenocarcinoma Version 1.2026

營養與胰酵素

- 少量多餐：一天 5–6 次，優先高蛋白與高熱量食物；不要等到很餓才吃。
- 若有油便、漂浮便、腹脹、餐後急便或體重下降，請評估 PERT。胰酵素應在第一口食物時開始，較長餐點可分次服用。
- 有足量 PERT 時通常不需全面極低脂；過度限脂可能加重體重與脂溶性維生素不足。
- 每週固定時間量體重；若 1–2 週持續下降、吃不下或肌力變差，提早轉介癌症營養師。

血糖與水分

胰臟癌與胰臟切除都可能造成糖尿病。依醫囑監測空腹、餐前 / 餐後血糖，尤其在使用 dexamethasone、感染、吃不下或嘔吐時。腹瀉或嘔吐期間補充含電解質液體；若尿量減少、頭暈或口乾明顯，需聯絡團隊。

活動與復健

在安全範圍內維持走路與輕阻力訓練，有助減少肌肉流失。手術前可進行 prehabilitation：呼吸訓練、每天步行、蛋白質補充與戒菸。化療日與疲倦日可縮短時間，但盡量避免長期臥床。

每天 1 分鐘症狀紀錄

項目	記錄方式	需要聯絡團隊
體溫	每天或不適時	$\geq 38.0^{\circ}\text{C}$
體重	每週 2–3 次	持續下降或 1 個月下降 $>5\%$
排便	次數、油亮、漂浮、顏色	水瀉、血便、灰白便、無法沖淨

項目	記錄方式	需要聯絡團隊
疼痛	0 - 10 分與位置	突然加劇或止痛藥失效
進食／飲水	大約份量	8 - 12 小時無法喝水
血糖	依醫囑	低血糖症狀或持續明顯高血糖
呼吸	咳嗽、喘、血氧	新發呼吸困難或血氧下降
腿部	單側腫、痛、發紅	疑似深部靜脈血栓

心理、家庭與早期緩和照護

緩和照護不是放棄治療，而是與抗癌治療同步處理疼痛、疲倦、食慾、睡眠、焦慮、家庭溝通與照顧目標。越早介入，越能減少急診、提升生活品質並協助家屬。

病人可以主動要求 | 癌症營養師、疼痛 / 緩和照護、糖尿病衛教、復健、心理師、社工、戒菸、居家護理與照顧者支持。

圖 12 結論

胰臟癌治療是一場團隊合作的旅程，透過精準診斷、個人化治療與良好照護，可延長存活、減輕症狀並提升生活品質。

1. 重點回顧



1. 早期發現與正確診斷

- 留意風險因子與警訊症狀
- 影像檢查與病理確認為關鍵



2. 精準分型與基因檢測

- 不同癌細胞類型與基因變異影響治療選擇與預後
- 基因檢測有助於個人化治療



3. 多元治療策略

- 依期別、分子特性與病人狀況選擇最適合的治療組合
- 手術、化療、放射治療、標靶與免疫治療相互搭配，提升療效



4. 副作用管理與自我照顧

- 副作用可預防與控制，及早處理
- 均衡營養、規律運動、充足休息與情緒支持有助於維持生活品質



5. 持續追蹤與團隊合作

- 定期追蹤評估療效與預後指標
- 與醫療團隊密切合作，及時調整治療策略

2. 胰臟癌治療的核心要素



3. 我們的共同目標



延長存活期

透過有效治療控制疾病，爭取更長的生存期



控制症狀與減輕痛苦

有效緩解疼痛與不適，提升身體舒適度



維持生活功能與生活品質

保持日常活動能力，享受有意義的生活



病人與家屬的支持與陪伴

建立良好支持系統，攜手面對治療旅程

4. 給病人與家屬的話



- 保持希望，醫學持續進步，治療選擇越來越多元。
- 不要獨自面對，善用醫療團隊與社會資源的支持。
- 有任何疑問或擔心，請主動與醫療團隊溝通。
- 您的積極參與，是治療成功的重要力量。

我們會與您一起，走過這段旅程，為您的健康與未來努力！



重要觀念

胰臟癌雖具挑戰，但透過精準醫療、跨團隊合作與病人積極參與，我們能共同創造更好的治療成果與生活品質。



重要提醒

本資料僅供參考，實際治療與預後需由專業醫療團隊依個別病人狀況評估與判斷。

資料來源：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Pancreatic Adenocarcinoma Version 1.2026

最重要的 10 句話

1. 胰臟癌不是單一疾病；先確認病理是不是胰臟導管腺癌(PDAC)。
2. 治療排序的核心是「可切除性」，而不只是 第幾期。
3. 所有確診者都應討論胚系遺傳檢測；進展性疾病要做腫瘤分子檢測。
4. 可切除疾病的治癒機會來自高品質手術與全身治療的組合。
5. 臨界可切除與局部晚期通常先做全身治療後，再看能否手術。
6. 轉移性治療需依體能狀態量表(ECOG)、器官功能與病人目標，在 NALIRIFOX、mFOLFIRINOX、gemcitabine+nab-paclitaxel 等方案中選擇。
7. 免疫治療只適合少數生物標記陽性的 PDAC；不能把「免疫治療」當成所有人的通用方案。
8. ORR 代表腫瘤縮小比例，OS 代表存活時間；兩者都不能單獨定義個人治療價值。
9. 營養、胰酵素、血糖、疼痛與心理支持是治療的一部分，不是附加服務。
10. 在高經驗中心取得多專科評估與第二意見，通常比急著開始單一治療更重要。

下一次門診的行動清單

完成	要問的問題
☐	我的病理全名與可切除性是什麼？
☐	影像是否已由胰臟專科團隊共同檢視？
☐	治療目標是治癒、轉換手術、延長生命，或症狀控制？

完成	要問的問題
☐	預計的方案、週期、掃描時間與停藥／換藥條件是什麼？
☐	胚系檢測、腫瘤 NGS、MSI／MMR 與 fusion 檢測完成了嗎？
☐	我需要 PERT、營養師、血糖管理、疼痛或緩和照護嗎？
☐	有哪些臨床試驗或第二意見值得現在詢問？

共同決策的核心 | 最好的治療不是「最強的藥」，而是能兼顧腫瘤控制、手術機會、身體承受度與病人價值的完整計畫。

名詞小辭典

縮寫／名詞	意思
PDAC	pancreatic ductal adenocarcinoma，胰臟導管腺癌
ECOG	體能狀態量表；0 代表活動正常，數字越高代表需要更多協助
R0／R1	R0：顯微鏡下切緣陰性；R1：顯微鏡下有殘留
Neoadjuvant	術前治療
Adjuvant	術後輔助治療
Maintenance	疾病控制後以較長期、較可耐受方式維持

縮寫／名詞	意思
NGS	次世代定序，用來一次檢測多個腫瘤基因
ctDNA	血液中的循環腫瘤 DNA
MSI-H／dMMR	DNA 錯配修復異常，可預測部分腫瘤對免疫治療敏感
ORR	客觀緩解率；CR + PR
OS	總存活期
PFS	無惡化存活期
DFS	無病存活期
PERT	胰臟酵素補充治療
SBRT	立體定位身體放射治療

參考資料

1. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Pancreatic Adenocarcinoma. Version 1.2026. March 18, 2026. 需透過 NCCN 官方網站 / App 登入查閱。 [連結](#)
2. National Cancer Institute. Pancreatic Cancer Treatment (PDQ®)—Patient Version. Updated July 8, 2026. [連結](#)
3. National Cancer Institute SEER. Cancer Stat Facts: Pancreatic Cancer. Survival data 2016–2022. [連結](#)
4. 衛生福利部國民健康署。癌症診療品質認證醫院與癌症資源中心。 [連結](#)
5. Conroy T, et al. FOLFIRINOX versus gemcitabine for metastatic pancreatic cancer. N Engl J Med. 2011;364:1817-1825. [連結](#)
6. Von Hoff DD, et al. Increased survival in pancreatic cancer with nab-paclitaxel plus gemcitabine. N Engl J Med. 2013;369:1691-1703. [連結](#)
7. Wainberg ZA, et al. NALIRIFOX versus nab-paclitaxel and gemcitabine in treatment-naïve metastatic PDAC (NAPOLI 3). Lancet. 2023;402:1272-1281. [連結](#)
8. Wang-Gillam A, et al. Nanoliposomal irinotecan with fluorouracil and folinic acid after gemcitabine (NAPOLI-1). Lancet. 2016;387:545-557. [連結](#)
9. Conroy T, et al. Five-year outcomes of adjuvant mFOLFIRINOX vs gemcitabine (PRODIGE 24/CCTG PA.6). JAMA Oncol. 2022;8:1571-1578. [連結](#)
10. Golan T, et al. Maintenance olaparib for germline BRCA-mutated metastatic pancreatic cancer. N Engl J Med. 2019;381:317-327. [連結](#)
11. Kindler HL, et al. Overall survival results from the POLO trial. J Clin Oncol. 2022;40:3929-3939. [連結](#)
12. Eisenhauer EA, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: RECIST 1.1. Eur J Cancer. 2009;45:228-247. [連結](#)
13. U.S. FDA. Olaparib for gBRCAm metastatic pancreatic adenocarcinoma maintenance therapy. 2019. [連結](#)
14. U.S. FDA. Pembrolizumab for MSI-H/dMMR solid tumors. [連結](#)
15. U.S. FDA. Fam-trastuzumab deruxtecan-nxki for unresectable/metastatic HER2-positive solid tumors. 2024. [連結](#)
16. U.S. FDA. Zenocutuzumab-zbco for NRG1 fusion-positive NSCLC and pancreatic adenocarcinoma. 2024. [連結](#)
17. Schram AM, et al. Efficacy of zenocutuzumab in NRG1 fusion-positive cancer. N Engl J Med. 2025;392:1183-1195. [連結](#)
18. RECIST Working Group. RECIST 1.1 resources. [連結](#)
19. U.S. FDA. Larotrectinib / entrectinib / repotrectinib tumor-agnostic NTRK fusion indications. [連結](#)

20. U.S. FDA. Dabrafenib plus trametinib for BRAF V600E advanced solid tumors. [連結](#)

21. U.S. FDA. Selpercatinib for RET fusion-positive locally advanced or metastatic solid tumors. [連結](#)

22. Pancreatic Cancer Action Network. NCCN Guidelines for Patients and pancreatic cancer education resources. [連結](#)

版本與更新 | 胰臟癌治療與藥品核准持續更新。此版資料截止 2026 年 7 月 22 日；實務應以最新 NCCN、TFDA、健保署與治療醫院規範為準。