

內視鏡 超音波

是早期診斷 胰臟癌的利器

胃腸肝膽內科主治醫師・林彥至



胰臟癌為什麼被稱為“癌王”？

胰臟為長形扁平的腺體，深藏於上腹部的後腹腔內，加上前方有胃氣與腸氣的遮蔽，因此胰臟病變很難被早期發現。不僅如此，胰臟癌轉移迅速，造成手術治療非常困難，加上化療的反應也不佳，**國內的五年存活率不超過 5%**，因此胰臟癌被稱為“癌王”。根據我們的臨床經驗，一旦診斷出來幾乎就無法治癒，因此早期診斷成為最重要的課題。

胰臟癌會有症狀嗎？

大部分的胰臟癌沒有明顯症

狀。如有症狀，通常為上腹痛、背痛、黃疸、體重減輕，及灰白便。次為食慾不振、噁心、嘔吐、疲倦及發燒等。黃疸是因胰頭部癌壓迫到總膽管所造成，若是胰臟體部或尾部的胰臟癌，只有少數會出現黃疸，若出現黃疸可能要懷疑已轉移至肝臟。

有哪些方式可以診斷胰臟癌？

胰臟癌的早期診斷主要還是靠影像學的檢查。血清指標 CA-199 被認為是胰臟癌的腫瘤指數，但不盡準確，只能作為診斷上的參考。

腹部超音波檢查或電腦斷層攝影檢查（CT）是一般常見初步篩檢胰臟癌的工具。但是超音波受到腹腔腸氣的影響，往往無法看清楚整條胰臟的全貌。電腦斷層雖然可以幫助我們看清腫瘤的全貌，但是對於小於一公分的胰臟癌用電腦斷層幾乎都看不到腫瘤，甚至兩公分左右的胰臟癌用電腦斷層也往往只能看到上游

胰管擴張，而無法定位腫瘤本身，因此這兩種檢查都不是早期診斷胰臟癌理想的工具。

胰臟癌早期診斷最準確的方式為何？

內視鏡超音波（EUS）檢查是早期診斷胰臟癌的標準方法。逆行性膽胰管攝影檢查（ERCP）可做為輔助檢查。

所謂內視鏡超音波，就是將超音波探頭安裝於胃鏡的前端，如此便可避免氣體的阻撓，隔著胃壁或十二指腸壁就近觀察胰臟。與電腦斷層或核磁共振不同，即便是小於一公分的胰臟癌，使用內視鏡超音波檢查也幾乎都可以看到清楚的病灶。

內視鏡超音波導引下的胰臟切片（EUS-FNA/B）一定要做嗎？

如果電腦斷層或核磁共振上已經確定是惡性腫瘤，而且外科醫師判斷腫瘤還可以切除，這時候可以考慮直接開刀，不需要額外的切片。**如果病人的胰臟癌較嚴重，暫時不適合開刀而需要術前化療的時候，或者是影像上無法判別惡性或良性的時候，我們可以進行胰臟切片的檢查。**過去用腹部超音波導引或電腦斷層導引通常無法對於小型胰臟腫瘤進行安全有效的切片檢查，有了這個工具之後，便可以準確的進行胰臟切

片。本院內視鏡超音波的胰臟切片準確度（accuracy）約九成以上，若同時併用超音波專用的顯影劑（Sonazoid®），內視鏡超音波的胰臟切片的精準度會更高。

內視鏡超音波導引下的胰臟切片（EUS-FNA/B）有甚麼風險？

內視鏡超音波下的切片的特色就是安全與精準，因為切片針只穿過一層薄薄的胃壁或十二指腸壁。可能的風險為胰臟炎、出血或感染，但臨床上發生的機會相當低。切片造成的腫瘤播種（tumor seeding）在各種切片方式下都可能發生，即便是內視鏡超音波導引下的切片也有幾例這樣的報告，不過發生播種的案例全數是經胃壁穿刺的病人。也就是說經十二指腸穿刺的病人，基本上不太需要擔心這樣的風險。這項檢查最大的缺點是健保尚未給付，必須自費。

甚麼樣的病人是胰臟癌的高危險群，需要在消化系內科門診追蹤？

有胰臟癌家族史者、菸酒成癮者、慢性胰臟炎患者、兩年內新診斷的糖尿病患者、以及胰臟囊腫的患者等族群為胰臟癌的高危險族群。請注意，腹部超音波或電腦斷層/核磁共振的健檢可能無法早期診斷胰臟癌。高風險族群需要與胃腸肝膽科醫師討論是否需要進一步做內視鏡超音波檢查。

