



SINCE 1896

彰化基督教醫院

CHANGHUA CHRISTIAN HOSPITAL

中華郵政彰化雜字第51號登記證登記為雜誌交寄



國內
郵資已付

彰化郵局許可證
彰化字第874號

雜誌

「無法投遞請予退回」

癌症防治季刊



53期

主後2026年

本期主題

胃胰臟腫瘤！

〔宗旨〕以耶穌基督救世博愛之精神，宣揚福音，服務世人

〔任務及願景〕醫療－建立堅強、完整、安全的健康照護體系

傳道－成為全人關懷的醫療宣教中心

服務－提供以病人為中心的服務，並關懷社區與弱勢族群

教育－成為醫療從業人員教育訓練的標竿醫院

研究－成為先進醫療科技之醫學研究中心

〔彰基精神〕愛上帝、愛土地、愛人民、愛自己

〔價值觀〕無私奉獻、謙卑服務

Contents

CHANGHUA CHRISTIAN HOSPITAL

發行人 | 陳穆寬
總編 | 張東浩
主編 | 洪儷中 郭芳智
林雅音
執行編輯 | 張美惠 張曉琪
曾鈺婷
醫療顧問 | 陳俊吉 黃章倫
廖淑芬 張譽耀
陳達人 涂智文
曾若涵 林聖皓
陳洋源 許家浚
簡宏如 林盈利
林進清 廖培湧
陳稼洛 林國華
編輯群 | 周成德 王連嚴
林正修 林岳民
楊媛婷 林逸祥
許哲榮 李雅文
游馥蓮 陳佩君
呂淑芬 陳美櫻

若不同意個人資料供「癌症防治季刊」寄送，煩請連絡
(04) 7238595 分機 7156
張小姐。謝謝！



癌症專欄

編者的話

03 以病人為中心的胰臟癌治療，彰基多專科團隊用心守護 林國華

胃癌

04 胃癌的「照妖鏡」！胃鏡搭配幽門桿菌篩檢，守護民眾健康 施凱倫

06 從診斷到追蹤，電腦斷層在胃癌治療中的關鍵角色 陳嘉邦

08 胃不舒服別輕忽，認識胃癌分期與最新治療方式 張維容

10 晚期胃癌的新希望！腹腔內化療與熱化療的治療新選擇 張宏基

胰臟癌

12 看不見的危機，胰臟癌早期診斷與內視鏡超音波的關鍵角色 林彥至

14 突破胰臟癌治療困境，微創手術與多專科整合的新進展 林國華

16 胰臟癌化學治療的現況與未來展望 石宇閔

18 精準醫療之藥物治療現況～胃癌及胰臟癌 林逸祥

22 胰臟癌的放射治療 楊繕駿

病友支持

24 消化道癌症－營養支持 邱珮筑

26 一起走過這段路——給正在與胃癌奮戰的你 鄭玉琴

其他

28 交通車時刻表 醫勤部

29 癌症捐款芳名錄 & 活動預告 社工部

以病人為中心的 胰臟癌治療

彰基多專科團隊用心守護

一般外科主任·林國華

根據 2024 年衛福部的統計，胰臟癌佔台灣癌症死亡原因的第 7 位。雖然發生率不算最高，但致死率卻極高，因此常被稱為「癌王」或「沉默的殺手」。

胰臟癌的分類包括內分泌腺腫瘤及外分泌腺腫瘤。以外分泌腺腫瘤最為常見，約佔 95%，而三分之二的胰臟癌發生在胰臟頭部，其餘則位於體部或尾部。胰臟癌的分期依據 AJCC 第 8 版 TNM 分期，主要考量腫瘤大小、淋巴結是否轉移，以及是否轉移到遠端器官，分為四期。

通常在腫瘤持續增大後才會出現上腹痛、背痛、黃疸、體重減輕及食欲不振等症狀，因此多數患者確診時已屬晚期，五年存活率僅約 10%，是所有癌症中最低。手術切除腫瘤仍是胰臟癌最有效的治療方式與患者長期存活的最佳選擇，但決定手術是否能夠進行，仍需視腫瘤大小與有無擴散轉移而定。胰臟癌由於早



期常無明顯症狀無法及時診斷發現，發現時常已無法切除，約只有 20% 的病人能做根治性的切除。

現今隨著醫學的進步，對於胰臟癌的治療係採用多專科團隊決策來協助安排，整合消化內科與消化外科、影像醫學科、腫瘤醫學與放射腫瘤科，及營養師、護理師與個案管理師，針對患者病情，從早期到晚期胰臟癌，安排相關診斷檢查、外科手術、化學治療、放射治療、併發症處置及支持與緩和治療，使得不同期別的患者能夠獲得最合適的治療方案。🏡



胃癌的「照妖鏡」！

胃鏡搭配幽門桿菌篩檢

胃腸肝膽內科醫師·施凱倫 守護民眾健康



胃癌是全世界常見的癌症之一，也位居國人十大癌症之列，是值得大家長期重視與積極預防的疾病。但身為長期接觸臨床病例的消化內科醫師，我們深刻體會到「早期發現」對於胃癌治療結果的決定性影響，主要是因為胃癌初期症狀並不明顯甚至沒有任何症狀。初期病人通常不會覺得疼痛而且飲食生活也都正常，就算有症狀也常被誤認為是一般的腸胃不適或消化不良，導致許多患者在確診時已是晚期。然而，早期發現、早期治療是提高胃癌存活率的最重要關鍵，根據統計，第一期胃癌患者的五年存

活率可達 90% 以上，但到了晚期則大幅下降。故本篇文章就是希望能跟大家介紹目前胃癌檢查和篩檢的方式，希望能大幅度改善胃癌的發生率與治療成功率，以守護每一位民眾的健康。

談到胃癌的診斷方式與工具，那就一定要提到精準的胃鏡檢查。胃鏡檢查是目前唯一能做到早期診斷胃癌，尤其是早期癌的不二法門。主要原因是，我們的胃部原本就具有厚實的肌肉組織，又會不斷的蠕動，所以其他的像電腦斷層等工具是無法準確的分辨早期的胃部腫瘤。而胃鏡是利用高解析度的內視鏡，直接伸入到胃部，用肉眼去觀察整個胃內部的每一吋角落，所謂「眼見為憑」，故胃鏡診斷的準確度可以遠高於其他檢查（圖一）。胃鏡另外一個大優勢在於「診斷與治療同步」，醫師在檢查過程中，若覺得有

可疑的病灶，可以直接進行組織切片化驗，或移除息肉等治療處置。目前彰基胃腸科內視鏡室也配備了多台最先進的內視鏡配備（圖二），可以提供相當詳盡的檢查。早期的胃鏡檢查因為內視鏡經過喉嚨會引起不舒服的嘔吐反射，所以常讓人敬而遠之，但現在包括彰基等許多醫療院所，都有提供自費內視鏡朦朧或是全身麻醉，大幅度減少檢查中間的不適感。因此，我們強烈建議有胃癌疑慮的患者或民眾，都應該接受胃鏡檢查以得到最正確、最可靠的診斷。

而要預防胃癌的產生，另外一個重要的篩檢工具就是胃部幽門螺旋桿菌的檢測。幽門螺旋桿菌是一種長期寄生在胃部的細菌，感染者雖然可能毫無症狀，但長期下來會造成胃部的慢性發炎、消化性潰瘍出血、以及

癌症的產生。世界衛生組織已將其列為第一類致癌物，長期感染會增加人體 2-6 倍的胃癌風險。所幸，幽門螺旋桿菌的治療並不困難，目前主流治療方式是服用 14 天抗生素合併氫離子阻斷劑的三合一藥物治療，可以有不錯的療效。而要檢

測幽門螺旋桿菌感染的方法則

有糞便幽門桿菌抗原檢

測、碳十三尿素呼

氣法檢驗、胃

鏡檢查合併快

速尿素測試

或切片等。

彰化縣衛生

局過去曾與

台大醫院合

作，推動全縣

50 至 69 歲民

眾免費糞便幽門桿

菌抗原檢測，成效卓

越，可減少約三成的

胃癌發生率。自今年

開始針對 45-75 歲民眾可作免費糞便篩檢，我們也鼓勵民眾可以多多參加此篩檢活動，以守護我們的身體健康。



圖一：內視鏡下胃
癌的影像



圖二：最新式的內視鏡儀器與配備

早期胃癌往往症狀不明顯，容易被忽略，因此「預防勝於治療」和「早期發現，早期治療」顯得尤為重要。而只有胃鏡檢查能直接觀察到胃黏膜的細微變化，是早期發現和診斷胃癌獨一無二的工具。而接受幽門螺旋桿菌的篩檢和治療，也是預防胃癌發生的關鍵。我們也呼籲大眾能積極配合醫療專業的建議進行定期追蹤與篩檢，讓健康得以延續。🙏



從診斷到追蹤 電腦斷層

在胃癌治療中的關鍵角色

影像醫學部醫師·陳嘉邦

胃癌仍是全球範圍內常見的惡性腫瘤之一，特別在東亞地區，例如日本與台灣。早期胃癌常缺乏明顯症狀，很容易被病人忽略，僅能用內視鏡診斷，因此及早診斷與分期就顯得尤為重要。常規的診斷方法包括胃鏡與組織切片病理檢查。然而，這些方法主要能確定腫瘤的存在與組織學性質，在進行手術前

對於腫瘤的範圍、深度以及遠處轉移情況則需借助影像學來全面評估。

電腦斷層掃描（Computed Tomography, CT）在胃癌的診斷與分期中扮演著不可或缺的角色。隨著醫學技術的進步，CT 不僅能提供高解析度的影像，還能幫助醫師全面評估腫瘤的大小、位置以及是否有轉移，進而對患者的治療方案做出合理的規劃。電腦斷層在胃癌的診斷上主要用於以下幾個方面：





1 腫瘤範圍與深度評估：使用高解析度 CT，可以明確顯示腫瘤在胃壁的穿透深度，特別是區分腫瘤是否侵犯超過胃壁到腹膜與其他器官，常見的例如大網膜，甚至到胰臟等。

2 淋巴結轉移的偵測：CT 能評估腹腔及附近淋巴結是否腫大，結合淋巴結的大小、形狀、連續性變化，提供轉移的可能性。雖然 CT 對微小淋巴結轉移的檢出率有限，但比起超音波檢查，診斷正確率還是高很多。

3 遠處轉移的檢測：肺、肝、腹腔其他器官的轉移病灶能在 CT 影像中顯現，對於進行疾病的分期與治療決策有很大的幫助。尤其是對於肝臟、肺部轉移或是腹膜腔轉移，CT 的敏感度很高。

綜合以上三方面的資訊，醫師在進行手術前利用 CT 可以全面了解腫瘤的範圍與轉移情況，協助醫師制定手術範圍及預後評估。若是被判定不適合手術的病患，也能幫助醫生選擇適合的治療方式，例如手術、化療、放療或標靶治療。

除此之外，CT 對於治療後病患治療效果的追蹤更為重要。病患在治療後約 2-3 個月可以接受 CT 檢查，偵測手術後是否有早期的復發或遠端轉移，或是接受內科療法後的療效評估。若反應不好可及早選擇再度手術或更換化學治療處方。早期的肝臟轉移也能用影像學導引的方式進行電燒治療，減少病患肝臟的損傷並延長病患的存活期間。

總合來說，病患確診胃癌之後，CT 能提供醫師許多資訊，包括腫瘤局部侵犯的範圍與深度，淋巴結轉移，肝臟與肺臟轉移，以及腹膜腔轉移等，讓醫師能幫病患選擇最適當的治療方式。在病患接受手術或內科治療之後，CT 是方便且快速的追蹤方法，讓醫師容易掌握病患狀況並及早做出反應，以期最大限度延長病患的存活期間。👉



胃不舒服別輕忽

認識胃癌分期

與

最新治療方式

一般外科醫師・張維容

胃癌是國人常見的消化道癌症之一，早期症狀常不明顯，可能只有胃悶、食慾不佳或輕微腹痛，容易被忽略。隨著健康檢查與胃鏡普及，越來越多胃癌能在早期被發現，治療效果也大幅提升。

胃癌的分期與治療方式

醫師會進一步安排腹部電腦斷層及胃鏡下超音波，判斷胃癌的臨床分期（第0期到第4期）後再規劃最適合的治療方式。

早期胃癌：癌細胞侷限在胃黏膜淺層（胃黏膜下層以上），可選擇內視鏡切除或切胃手術。經由專業醫師嚴格評估，對於符合條件的極早期胃癌因為淋巴轉移的機率極低，可利用胃鏡進行內視鏡切

除手術，醫師經由嘴巴將內視鏡伸入胃部，直接把病灶完整切除，因為體表沒有傷口，故病人恢復快、住院時間短，加上保留整個胃、生活品質佳；對於內視鏡切除乾淨有疑慮的病人，可選擇切胃手術，早期接受治療也有比較好的預後。

中期胃癌：癌症侵犯較深，或影響附近淋巴結，此時手術切除乃是最主要及最有效的治療方式，並依據胃腫瘤的大小及位置，選擇胃次全切除或全胃切除手術，以及胃腸道的重建方式。術後依據病理分期，必要時追加輔助性的化療療程。





晚期胃癌：癌細胞穿透胃壁、多顆淋巴轉移或已擴散到其他器官。此時期的胃癌不能單靠手術治療，常需搭配化學治療、標靶治療或免疫治療的整合療程，對於手術完全清除癌細胞的病人，計畫性的先接受化療再進行手術，也能提升治療效果。醫療團隊會依個別情況，量身訂做治療計畫。

傳統與微創切胃手術

切胃手術除了切除腫瘤並達到足夠的切除範圍外，同時需要清除周圍的淋巴，以降低復發風險。傳統開腹手術透過上腹部的大傷口進行，適用於病情較複雜的個案；微創手術分成腹腔鏡手術及達文西機械手臂手術，利用數個小傷口（一到三公分不等，另有一稍大的傷口取出標本）與攝影鏡頭完成手術，因傷口小、疼痛較少，病人能及早下床活動恢復較快、住院時間短，對於老人家更是大幅降低術後肺部併發症的風險，目前為外科治療的主流；而達文西機械手臂手術屬於更進階的微創手術，由醫師操作機械手臂進行精細切除，手術動作更穩定、精準，對於狹小或複

雜部位特別有幫助。術前需專業醫師依病情與個人狀況，選擇最合適的方式。

術後衛教與生活照護

不論採用哪一種手術方式，術後照顧與長期追蹤同樣重要。病人術後因切除部分的胃而無法容納以往的食量，需調整飲食習慣採少量多餐、依照醫師與營養師建議補充營養，定期回診追蹤配合治療，都是影響預後的重要關鍵。

隨著內視鏡與微創手術的進步，許多病人能在兼顧治療效果與生活品質下完成治療。及早檢查、相信專業醫療團隊配合治療，是邁向康復的重要一步。🏡



晚期 胃癌的新希望

腹腔內化療 與 熱化療 的治療新選擇

消化外科醫師 · 張宏基

源由

胃癌的發生率在未開發或開發中國家，都是名列前茅的惡性腫瘤；但是在已開發國家如台灣，由於幽門桿菌感染的下降及食物的精緻化結果，發生率已經大大的降低。

近年來台灣國健署的資料顯示，每年大約有三千八百例新的胃癌案例被診斷出來，不幸的是其中有六成的個案是第三期及第四期！意謂著這些個案無法經由手術而達到治癒的機會。尤其是有些個案被診斷時已經有腹膜轉移，縱使加上傳統的靜脈化學藥物治療，仍然無法延長生命。針對這群病人，日本最早有學者提出腹腔內熱化療的觀念，經過 30 年來的演變，確實能延長存活率，而被大大推廣。





什麼是腹腔內化療？

一般我們知道的化療，包括從周邊血管或放置一個人工血管基座，然後將化學抗癌藥物打入。藉由血液循環到腫瘤部位，達到消滅它的目的。但是胃癌合併腹膜的轉移，除了手術無法切除完全之外，傳統靜脈化療也很難到達腹膜及腹腔內！所以日本學者才提出直接將化療藥物打到腹腔內的治療方式，直接殺死腫瘤。目前有二種方式被執行：

1 常溫下腹膜化療合併靜脈血管化療

這個方法是先檢查腹腔內腹膜轉移嚴重程度，若是當下無法手術切除乾淨，則置放頸部及腹壁二個人工血管基座，日後同步施打化學藥物。這個方法的優點在治療可以重複，約 2 週或 3 週一次，患者端的副作用不大，常見的是白血球稍微減低，輕微腹痛，年紀稍大者（像是 80 歲以上）如果體力一般的話，都可以完成整個療程。我們會在 3～4 個月後安排腹部電腦斷層的追蹤，如果有初步療效，像是腫瘤縮小，腹水減少，或是腹膜上腫塊減小等等，都是會讓我們繼續施行這治療的支持證據！直到再次的影像檢查發現腹膜變乾淨了，胃部腫瘤及轉移的淋巴結都在可控範圍內，我們就會安排手術，進行根治性的胃切除及淋巴廓清手術，來延長病人的存活率！當然術後會建議患者再治療半年左右的療程，以減少胃癌復發。

2 腹腔熱化療：

它是針對胃癌合併腹膜、淋巴轉移，不可以有肝臟或肺部，骨骼轉移，否則效果不好。

這治療必需在手術室內執行，患者採全身麻醉下進行，可以使用開腹或腹腔鏡微創手術，予以放置四條管路，二條供化療藥物流入，另外二條則是供藥水流出之用。事先將泡製好的化學藥品（常用的藥品為紫杉醇類，像是 Docetaxel, Paclitaxel，或是 Oxaliplatin 等）加上 5 千 cc 的溶液，加熱到 42～43℃，再灌入腹腔內，灌注時間約六十分鐘左右，若是淋巴轉移部位不多，可以手術切除的話，則可以切除胃腫瘤時一併切除，但是機會不高，因為胃癌的腹膜轉移通常很大範圍。若是只有惡性腹水，有明顯腫塊，這個熱化療效果則很有效！

術後要注意患者的生命徵象及電解質的變化。若是一切順利的話，住院 3～4 天即可出院。

它的缺點是較少人重覆使用，因為費用太高且需全身麻醉下才能執行！若有需要的話，我會建議熱化療後加上常溫腹腔內化療即可療效也不差。

3

針對晚期胃癌的患者，有了這些新的治療方式，可以大大提升存活率。而且過程及事後的副作用，都是在可控範圍。其中很多都是 75 歲以上的年長者，慎選病人加上適當劑量的藥物調控。對於這些以往在半年內就離開的第四期胃癌患者，無疑提供另一條光明之路。

胰臟癌

看不見的危機

早期診斷

與內視鏡超音波的關鍵角色

胃腸肝膽內科醫師
林彥至

胰臟為長形扁平的腺體，深藏於上腹部的後腹腔內。因為前方有胃氣與腸氣的遮蔽，因此用一般傳統超音波很難早期發現胰臟病變。不僅如此，胰臟癌在早期階段即可能侵犯周邊血管，造成手術治療相對困難，國內的五年存活率不超過 5%，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，往往無法看完整條胰臟的全貌。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，使用電腦斷層難以看到腫瘤，因此這兩種檢查都不是篩檢胰臟癌的理想工具。

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。隨著器械的進步，目前內視鏡超音波的胰臟切片準確度（accuracy）約九成以上，對於胰臟癌的早期診斷有很大的助益。

胰臟癌早期診斷 最準確的方式為何？

核磁共振膽胰管攝影術（MRCP）與內視鏡超音波（EUS）檢查在胰臟癌的早期診斷上具有較高的敏感度。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。不同於核磁共振膽胰管攝影術只能進行影像學的診斷，內視鏡超音波不僅可以做影像學的診斷，在影像上無法區分良性或惡性的時候也可以使用內視鏡超音波進行切片檢查（EUS-guided fine needle biopsy）。

內視鏡超音波導引下的 胰臟切片有甚麼風險？

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胃壁或十二指腸壁。內視鏡超音波導引下切片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）非常少見，目前在國外只有零星的案例報告，基本上不太需要擔心這樣的風險。不過，目前內視鏡超音波導引下的胰臟切片健保尚未給付，必須部分自費。

胰臟癌以目前常規的篩檢方式難以早期診斷，因此有胰臟癌家族史者、重度煙酒成癮者、慢性胰臟炎患者、新診斷的糖尿病患者或血糖控制不佳者、以及胰臟囊腫的患者等高危險族群必須定期追蹤，至於追蹤的方式與頻率，建議可至門診諮詢。👤

—— 突破胰臟癌治療困境 ——

微創手術 與 多專科整合

一般外科主任 · 林國華

的新進展

微創技術與多團隊整合的現況與展望

胰臟癌因其惡性度高、進展迅速且早期症狀不明顯，長期以來被視為消化道腫瘤中最具挑戰性的疾病之一。根據臨床統計，許多患者確診時已屬晚期，導致整體預後不佳。然而，隨著醫療科技進步與多專科團隊合作模式的推廣，胰臟癌的治療策略正持續優化，為患者帶來更多希望。

微創手術在胰臟癌治療的應用

傳統胰臟癌手術如胰頭十二指腸切除術（Whipple手術），屬於高難度且耗時的大型手術，對患者生理負擔極大。過去多以開腹方式進行，術後恢復期長、併發症風險較高。隨著腹腔鏡及達文西機械手臂等微創技術的成熟，部分早期胰臟癌患者已可接受微創手術治療。微創手術的優點包括傷口小、出血量少、術後疼痛減輕、恢復較快，能有效縮短住院天數並降低併發症發生率。此外，微創手術在高解析度影像輔助下，能更精確地進行腫瘤切除，提高手術安全性與完整性。

以腹腔鏡胰頭十二指腸切除術為例，雖然技術門檻高，但在經驗豐富的醫療團隊操作下，已

證實其安全性與有效性。根據台灣及國際大型醫學中心的經驗，微創胰臟手術的短期與長期預後與傳統開腹手術相當，甚至在部分指標上更具優勢。值得注意的是，並非所有胰臟癌患者都適合微創手術，需由專業醫療團隊評估腫瘤位置、大小、侵犯範圍及患者整體健康狀況後，量身訂作最適合的治療計畫。

多團隊整合治療模式（MDT）

胰臟癌治療強調多專科團隊（Multidisciplinary Team, MDT）整合，包括消化外科、腫瘤內科、放射腫瘤科、放射診斷科、病理科、營養師、心理師及個案管理師等。這種團隊合作模式能根據患者個別狀況，訂定最合適的治療計畫。部分患者在手術前需接受新輔助化學治療或放射治療，縮小腫瘤體積，提高手術成功率；術後則依據病理結果評估是否需追加輔助





治療，以降低復發機率。營養師與心理師的參與，則有助於提升患者整體照護品質與生活適應能力。

MDT 會議通常定期召開，針對每位新診斷或治療中的胰臟癌患者，進行個案討論。團隊成員會根據最新影像、病理報告及患者全身狀況，討論手術可行性、是否需術前化療、術後輔助治療方案，以及營養與心理支持等。這種跨領域合作模式能確保治療決策的全面性與個人化，提升治療成效與患者滿意度。

手術存活率與預後說明

儘管胰臟癌的整體預後較差，但隨著早期篩檢意識提升及手術技術進步，存活率逐漸改善。根據統計，若能早期發現並接受完整手術切除，五年存活率約可達 15% 至 25%。手術後的存活率受腫瘤分期、

切除範圍、是否合併術前或術後輔助治療等多項因素影響。持續追蹤與定期檢查對於早期發現復發及及時處理也至關重要。

此外，術後輔助治療（如化學治療、放射治療）可進一步降低復發風險，延長無病存活期。部分無法手術的晚期患者，則以化學治療、放射治療或標靶免疫治療為主，目標在於延長生命與改善生活品質。近年來，隨著新型藥物及個人化治療策略的發展，晚期胰臟癌患者的預後也有逐步提升的趨勢。

結語

總結來說，胰臟癌的治療正朝向手術微創化與多團隊整合方向發展，帶給患者更多希望。微創手術的應用不僅減輕患者術後負擔，也提升了手術安全性與生活品質；多團隊整合治療則確保每位患者都能獲得最適切、個人化的治療建議。若您或家人有相關疑慮，建議及早諮詢專業醫療團隊，獲得最適切的評估與治療建議。持續追蹤與積極配合治療，是提升存活率與生活品質的關鍵。🙏



胰臟癌化學治療

血液腫瘤科醫師
石宇閔

的現況與未來展望

胰臟癌是一種極具侵略性的惡性腫瘤，全球5年存活率僅約13%，在所有癌症中預後最差之一。常在毫無預警的情況下悄然發展，等到症狀浮現時，病情往往已進入晚期。儘管如此，在過去三十年間，隨著化學治療技術的進步，患者的預後已有顯著改善。尤其在化療領域，多種藥物併用策略發展，為不同病程階段的患者帶來了新的希望。化學治療在胰臟癌的角色，涵蓋了轉移期（metastatic）的姑息治療、局部晚期（local advanced）與邊界可切除（borderline resectable）的誘導或術前輔助治療，以及可切除（resectable）患者的輔助治療。

在轉移性胰臟癌的治療中，化學治療扮演著核心角色。對於體能狀況良好的患者，（m）FOLFIRINOX 與 GEM-NAB-PAC 已成為一線標準方案。前者在 PRODIGE4 試驗中展現出中位存活期達 11 個月的成效，後者則在 MPACT 試驗中延長至 9 個月。而最新的 NAPOLI-3 試驗則引入 NALIRIFOX 方案，同樣達到 11 個月的中位存活期。對於 BRCA 或 PALB2 突變的患者，鉑類化療後接續使用 PARP 抑制劑 olaparib 已被證實可延長無惡化存活期，雖然總存活期尚未顯著改善。這些分子標靶策略，正逐步改變胰臟癌的治療格局。

而在**局部可切除或邊界可切除的胰臟癌中，傳統上，對於可切除患者，手術後輔助化療是標準流程。**ESPAC-4 顯示 Gemcitabine+Capecitabine，可將中位存活期延長至 32 個月，高於 Gemcitabine 單用的 28 個月；而 PRODIGE 24 試驗顯示，使用（m）FOLFIRINOX 更將中位存活期延長至 54 個月，遠優於 Gemcitabine 的 36 個月。亞洲地區則偏好使用 S-1 方案，在 JASPAC 01 試驗中展現出 47 個月的中位存活期。然

而，近年來的臨床觀察發現，即使是影像上可切除的腫瘤，若伴隨 CA19-9 顯著升高、淋巴結腫大或體重快速下降等高風險特徵，仍可能隱含微轉移或生物學惡性程度高的風險。因此，術前輔助化療逐漸被納入考量，以降低無效手術的可能性。

對於**邊界可切除患者，術前輔助或誘導化療已漸成為治療主軸**，這類患者在接受（m）FOLFIRINOX 或 GEM-NAB-PAC 治療後，有望轉化為可切除狀態。儘管放療在局部控制上有所助益，隨機試驗尚未證實其對總存活期的明顯改善。在局部晚期胰臟癌患者，治療目標則偏向延長存活與提升生活品質，手術並非首選，但仍有部分患者在誘導化療後達到可切除標準。

胰臟癌的分型與精準治療也逐漸成為研究焦點，KRAS wild-type 患者若具 NTRK 融合，可使用 larotrectinib 或 entrectinib，而 MSI-H 或 dMMR 患者則可考慮免疫檢查點抑制劑 pembrolizumab。這些策略雖僅適用於少數患者，但其療效顯著，凸顯基因檢測與分子分析在臨床決策中的價值。

化療的毒性仍是臨床挑戰之一。多種藥物併用方案常伴隨中性球減少、疲倦、腹瀉與神經病變等不良反應，需依患者耐受度調整劑量。支持性治療在此扮演關鍵角色，包括疼痛控制、營養介入、酵素補充與心理支持等。

以下針對不同情境的胰臟癌病人可能使用的藥物治療有更細節的說明。（OS：overall survival 整體存活期；PFS：progression-free survival 無惡化存活期）

一、轉移性胰臟癌 (Metastatic PDAC)

1. 一線治療

對於體能狀態良好 (ECOG 0-1) 的患者，國際指南 (NCCN 2024、ESMO 2023) 推薦以下多藥方案：

(m) FOLFIRINOX (5-FU/leucovorin/irinotecan/oxaliplatin)

- PRODIGE4-ACCORD 11：中位 OS 11 個月 vs GEM 單藥 8 個月 (p<0.001)，一年存活率 48% vs 21%。

優點：顯著延長 OS 與 PFS，部分患者可獲長期存活。

缺點：3-4 級毒性高 (中性球減少、腹瀉、疲倦)。

Gemcitabine + nab-paclitaxel (GEM-NAB-PAC)

- MPACT 試驗：中位 OS 9 個月 vs GEM 7 個月 (p<0.001)，一年存活率 35% vs 22%。

毒性：周邊神經病變、骨髓抑制。

NALIRIFOX (liposomal irinotecan + 5-FU/leucovorin + oxaliplatin)

- NAPOLI-3：中位 OS 11 個月 vs GEM-NAB-PAC 9 個月 (p=0.036)，一年存活率 46% vs 40%。

- 毒性譜與 FOLFIRINOX 相似，但周邊神經病變比例較低。

- 對於 ECOG ≥2 或合併症多的患者，單藥 GEM 仍是可接受選擇。

2. 二線治療

GEM 基礎後進展：

- CONKO-003：5-FU/leucovorin + oxaliplatin (OFF regimen) OS 6 個月 vs 3 個月。

- NAPOLI-1: liposomal irinotecan + 5-FU/leucovorin OS 6 個月 vs 4 個月。

FOLFIRINOX 後進展：

- 可考慮 GEM 單藥或 GEM-NAB-PAC (但 PRODIGE 65 顯示 GEM-PAC 與 GEM 單藥 OS 無差異)。

3. 特殊分子亞群

BRCA1/2、PALB2 突變：鉑類化療敏感，鉑類後可用 PARP 抑制劑 (POLO 試驗：PFS 延長至 7 個月，但 OS 無顯著差異)。

- MSI-H/dMMR：可用 pembrolizumab

(KEYNOTE-158 顯示持久緩解)。

- NTRK 融合：可用 larotrectinib 或 entrectinib。

二、局部可切除與邊界可切除胰臟癌

1. 可切除 (RPC)

傳統策略為手術→6 個月輔助化療：

- (m) FOLFIRINOX (PRODIGE 24)：中位 OS 54 個月 vs GEM 36 個月 (p=0.001)。

- GEM + capecitabine (ESPAC-4)：OS 32 個月 vs GEM 28 個月。

- S-1 (JASPAC 01, 亞洲)：OS 47 個月 vs GEM 26 個月。

- NCCN 2024 建議對高風險 A-B-C 特徵 (腫瘤大、CA19-9 高、淋巴結腫大、體重下降) 患者，可考慮新輔助化療以降低無效手術風險。

2. 邊界可切除 (BRPC)

標準為新輔助化療 (± 放療) → 手術 → 輔助化療，總療程達 6 個月。Meta 分析顯示新輔助治療可提高 R0 切除率並改善 OS。常用方案為 (m) FOLFIRINOX 或 GEM-NAB-PAC，兩者在小型隨機試驗中 OS 相近。

三、局部晚期胰臟癌 (LAPC)

LAPC 患者多以系統性化療為主，常用 (m) FOLFIRINOX 或 GEM-NAB-PAC 作為誘導治療，部分患者可轉化為可切除 (轉化率 20-25%)。放療 (特別是 SBRT) 可改善局部控制，但隨機試驗未證實 OS 明顯改善。

結語

胰臟癌化學治療近年雖有進展，但整體預後仍不理想。多藥併用方案如 (m) FOLFIRINOX、GEM-NAB-PAC 與 NALIRIFOX 已成為不同病程階段的核心選擇，並逐步結合分子分型與精準治療策略。未來，透過新藥物、免疫治療與個體化方案的整合，有望進一步改善患者的存活與生活品質。🙏

精準醫療之藥物治療現況

— 胃癌及胰臟癌 —

藥學部藥師·林逸祥

癌症治療方針已邁入精準醫療之客製化治療境界，依病患獨特生物特徵和資料，制定適合的藥物選擇及療程計畫，以期達到藥品最佳療效與副作用最小化，提供有效率醫療品質。目前用藥原則主要為選擇最佳的治療方式（依基因突變特性）及標準治療失敗之救援替代療法，如注射劑型之單株抗體（包括免疫治療藥物）及口服小分子激抑制劑等，臨床應用最廣泛於肺癌、乳癌、黑色素細胞瘤、多發性骨髓瘤、肝癌、腎細胞癌、血液腫瘤等。衛生福利部自 2024 年 5 月 1 日起，將次世代基因定序檢測（Next Generation Sequencing, NGS）納入健保給付補助，期待可協助醫療團隊找出適合標靶藥物，提高治療成效。本次僅就胃癌及胰臟癌領域作系統性實證的探討，僅以下內容提

供參考，但不論檢測報告結果為何？均需透過專業團隊討論且與病患及家屬充分了解溝通，選擇出最適合病患的醫療共同決策。

1 胃癌

目前美國食品藥物管理局（FDA）針對胃癌建議基因或生物標記檢測品項有 HER2（Human Epidermal Receptor 2）、PD-L1（Programmed Death-Ligand 1）、MSI/dMMR（Microsatellite Instability/Mismatch repair deficient）、CLDN18.2（Claudin 18.2）、TMB（tumor mutational burden）、NTRK（NeuroTrophin Receptor Kinase）gene、RET gene、BRAF V600E，尤其是 HER2、PD-L1、MSI/dMMR、CLDN18.2，臨床現況對應治療藥物如表一。

表一、國內已核准上市之精準治療藥品簡介^{1,2}

藥品 (學名) (規格)	基因或生物 標記	臨床適應症	可能發生之不良反應
Zolbetuximab (100 mg/vial)	CLDN18.2	局部晚期不可切除或轉移性胃腺癌 (GC) 或胃食道癌 (GEJ)	合併化療 (mFOLFOX6 or CAPOX) (≥ 15%) 噁心、嘔吐、疲勞、食慾降低、腹瀉、週邊神經病變、腹痛、便秘、體重減輕、血球低下 (白血球、紅血球、血小板)、過敏反應和發燒
Trastuzumab (440 mg/vial)	HER2	轉移性胃腺癌 (或胃食道癌)	合併化療 (cisplatin+capecitabine or 5-fluorouracil) (≥ 10%) 血球低下 (白血球、紅血球、血小板)、腹瀉、疲勞、體重減輕、上呼吸道感染、發燒、味覺改變

Durvalumab (120mg/ 500 mg/vial)	MSI /dMMR	Resectable GC or GEJ	合併化療 (FLOT) (≥ 20%) 腹瀉、噁心、嘔吐、週邊神經病變、疲勞、掉髮、食慾降低、皮疹、腹痛、骨骼肌肉痠痛、發燒、口腔炎
Nivolumab (20 mg/100 mg/120 mg/ vial)	MSI /dMMR or PD-L1	晚期或轉移性胃 癌或胃食道癌	共同症狀 (≥ 20%) 噁心、嘔吐、食慾降低、疲勞、便秘、腹瀉、腹痛、骨骼肌肉痠痛 單用： 皮疹、無力、背痛、關節痠痛、上呼吸道或泌尿道感染、發燒、頭痛 合併化療 (mFOLFOX6 or CAPOX)： 週邊神經病變、口腔炎
Pembrolizumab (100 mg/vial)	MSI /dMMR or PD-L1	晚期或轉移性胃 癌或胃食道癌	合併化療 (CAPOX) (≥ 20%) 疲勞 / 無力、噁心、嘔吐、便秘、腹瀉、食慾降低、皮疹、呼吸困難、發燒、週邊神經病變、口腔炎、頭痛、體重減輕、腹痛、骨骼肌肉痠痛、失眠、手足症候群、泌尿道感染、甲狀腺功能低下、吞嚥困難、口乾
Tislelizumab (100 mg/vial)	PD-L1	Resectable GC or GEJ	合併化療 (CAPOX or FP) (≥ 20%) 噁心、嘔吐、疲勞、食慾降低、血球低下 (白血球、紅血球、血小板)、週邊神經病變、GOT / GPT 上升、腹瀉、腹痛、體重減輕、發燒
Entrectinib (100 mg/200 mg/cap)	NTRK	NTRK 基因融合 陽性之實體腫瘤 之成人和兒童 (1 個月) 病人	(≥ 20%) 疲勞、便秘、味覺改變、水腫、頭暈、腹瀉、噁心、嘔吐、感覺異常、呼吸困難、肌肉痛、認知障礙、體重增加、咳嗽、發燒、關節痛、視覺障礙
Larotrectinib (25 mg/100 mg/cap)	NTRK	NTRK 基因融合 的實體腫瘤之成 人和兒童病人	(≥ 20%) GOT / GPT 上升、血球低下 (白血球、紅血球)、白蛋白低下、骨骼肌肉痠痛、ALP 上升、低血鈣、疲勞、噁心、嘔吐、咳嗽、發燒、便秘、腹瀉、腹痛、頭暈、皮疹
Ramucirumab (100 mg/500 mg/vial)	VEGFR2	晚期或轉移性胃 癌或胃食道癌	單用 (≥ 10%)： 高血壓、腹瀉 合併化療 (paclitaxel)： (≥ 30%) 疲勞 / 無力、嗜中性白血球低下、腹瀉、流鼻血
Trastuzumab deruxtecan (100 mg/vial)	HER2	局部晚期或轉移 性胃癌或胃食道 癌	單用 (≥ 20%) 血球低下 (白血球、紅血球、血小板)、噁心、嘔吐、食慾降低、GOT / GPT 上升、疲勞、ALP 上升、腹瀉、血鉀低下、便秘、膽色素上升、發燒、掉髮



Dabrafenib (50mg/75 mg/ cap) +Trametinib (0.5 mg/2 mg/ tab)	BRAF V600E	無法切除或轉移性實體腫瘤的兒童 (6 歲) 及成人病人	共同症狀 (≥ 20%) 發燒、疲勞、噁心、嘔吐、皮疹、頭痛、出血、便秘、腹瀉、咳嗽 成人：寒顫、肌肉痛、關節痛、水腫 兒童：皮膚乾、痤瘡樣皮膚炎、腹痛、甲溝炎
Selpercatinib (40 mg/80 mg/ cap)	RET	Adult and pediatric patients (2 years) with locally advanced or metastatic solid tumors	共同症狀 (≥ 25%) 水腫、腹瀉、疲勞、腹痛、皮疹、噁心、頭痛 成人：口乾、高血壓、便秘 兒童：骨骼肌肉痠痛、出血、發燒、嘔吐、咳嗽、上呼吸道感染

* mFOLFOX6 or CAPOX : fluorouracil + leucovorin + oxaliplatin or capecitabine + oxaliplatin; FLOT : fluorouracil + leucovorin + oxaliplatin + docetaxel ; FP : Cisplatin + fluorouracil

臨床適應症無中文敘述表示國內並未核准此癌別之藥物適應症 (FDA 已核准)。

2 胰臟癌

胰臟癌目前標準治療主要以化療為主，但往往因診斷時為中晚期而預後不佳，且流行病學資料估 5-10% 有遺傳基因問題，故臨床醫療準則均強烈建議應進行相關基因（病理）檢測如 ALK、NRG1、NTRK、ROS1、

FGFR2、RET、BRCA1/2、BRAF、KRAS、PALB2、HER2、MSI/dMMR、TMB），國內健保已部分補助 NGS 檢測，目的即讓少數胰臟癌病患可接受適合標靶及免疫治療藥物，進一步延長存活期，臨床現況對應治療藥物如表二。

表二、國內已核准上市之精準治療藥品簡介^{1,3}

藥品 (學名) (規格)	基因或生物標記	臨床適應症	可能發生之不良反應
Erlotinib (100 mg/tab)	EGFR (exon 19 or 21 deletions)	Locally advanced, unresectable or metastatic pancreatic cancer (+gemcitabine)	(≥20%) 皮疹、腹瀉、疲勞、食慾不佳、呼吸困難、咳嗽、噁心、嘔吐
Olaparib (100 mg/150 mg/tab)	BRCA1/2	經第一線含鉑化療至少 16 週後疾病未惡化之轉移性胰腺癌成年病人	(≥ 10%) 噁心、嘔吐、疲勞、血球低下 (白血球、紅血球、血小板)、腹瀉、食慾降低、頭痛、味覺改變、咳嗽、呼吸困難、頭暈、吞嚥困難
Pembrolizumab (100 mg/vial)	MSI /dMMR or PD-L1	高微衛星不穩定性 (MSI-H) 或錯誤配對修復功能不足性 (dMMR) 或高腫瘤突變負荷量 (TMB-H) 癌症	(≥ 20%) 疲勞 / 無力、噁心、嘔吐、便秘、腹瀉、食慾降低、皮疹、呼吸困難、發燒、週邊神經病變、口腔炎、頭痛、體重減輕、腹痛、骨骼肌肉痠痛、失眠、泌尿道感染、甲狀腺功能低下、吞嚥困難、口乾

Entrectinib (100 mg/200 mg/cap)	NTRK	NTRK 基因融合陽性之實體腫瘤之成人和兒童 (1 個月) 病人	(≥ 20%) 疲勞、便秘、味覺改變、水腫、頭暈、腹瀉、噁心、嘔吐、感覺異常、呼吸困難、肌肉痛、認知障礙、體重增加、咳嗽、發燒、關節痛、視覺障礙
Larotrectinib (25 mg/100 mg/cap)	NTRK	NTRK 基因融合的實體腫瘤之成人和兒童病人	(≥ 20%) GOT / GPT 上升、血球低下 (白血球、紅血球)、白蛋白低下、骨骼肌肉痠痛、ALP 上升、低血鈣、疲勞、噁心、嘔吐、咳嗽、發燒、便秘、腹瀉、腹痛、頭暈、皮疹
Trastuzumab deruxtecan (100 mg/vial)	HER2	其他無法切除或轉移性實體腫瘤	單用 (≥ 20%) 血球低下 (白血球、紅血球、血小板)、噁心、嘔吐、食慾降低、GOT / GPT 上升、疲勞、ALP 上升、腹瀉、血鉀低下、便秘、膽色素上升、發燒、掉髮
Dabrafenib (50 mg/75 mg/cap) + Trametinib (0.5 mg/2 mg/tab)	BRAF V600E	無法切除或轉移性實體腫瘤的兒童 (6 歲) 及成人病人	共同症狀 (≥ 20%) 發燒、疲勞、噁心、嘔吐、皮疹、頭痛、出血、便秘、腹瀉、咳嗽 成人：寒顫、肌肉痛、關節痛、水腫 兒童：皮膚乾、痊瘡樣皮膚炎、腹痛、甲溝炎
Selpercatinib (40 mg/80 mg/cap)	RET	Adult and pediatric patients (2 years) with locally advanced or metastatic solid tumors	共同症狀 (≥ 25%) 水腫、腹瀉、疲勞、腹痛、皮疹、噁心、頭痛 成人：口乾、高血壓、便秘 兒童：骨骼肌肉痠痛、出血、發燒、嘔吐、咳嗽、上呼吸道感染

臨床適應症無中文敘述表示國內並未核准此癌別之藥物適應症 (FDA 已核准)。

本文探討之兩種實體腫瘤主要以手術為可能根除腫瘤的治療方式，標靶或免疫治療使用時機往往在於無法切除或轉移性之晚期疾病，根據基因 (病理) 檢測結果雖然並非所有病患均適用標靶或免疫治療藥物且有些藥物無納入健保給付需自費 (價格不斐)，種種因素考量均需與多專科醫療團隊共同討

論，決策訂定全面個人化的治療計畫。正因癌症基因研究的進步連帶新藥研發推動，讓適合使用藥物的病患更有效率治療，無形中可提高治療的成功率並提升生活品質。



1. Drug package insert information.
2. NCCN guideline 2025 v3. – Gastric cancer.
3. NCCN guideline 2025 v2. – Pancreatic adenocarcinoma.
4. 唐振育、姜乃榕著，胰臟癌的精準醫療。臨床醫學，2023;91(2):p67-72.
5. Gastric cancer : from biomarkers to functional precision medicine. Trends Mol Med. 2025 Dec;31(12):1089-1102. doi: 10.1016/j.molmed.2025.05.007.
6. Advances in targeted therapy for pancreatic cancer. Biomed Pharmacother. 2023 Dec;168:115717. doi: 10.1016/j.biopha.2023.115717.



胰臟癌的放射治療

放射腫瘤部醫師·楊繕駿

根據最新公布的 111 年癌症登記年報，胰臟癌在男性與女性的發生率都排在第 13 名，不是常見的癌症。但從死亡率來看，是死亡率極高的癌症，分別排到男性第 7 名、女性第 5 名。當年共有 3,234 位民眾第一次被診斷為胰臟癌，而同一年有 2,769 人死於胰臟惡性腫瘤（包括往年診斷的病患）。這樣的數據告訴我們：胰臟癌雖然不算常見，但一旦發生，往往來得又快又兇。

為什麼會這樣？

主要是因為胰臟在身體裡很深的位置，腫瘤一開始體積小不容易被發現，而且早期幾乎沒有症狀。很多病人一出現黃疸、背痛或體重明顯下降時，往往已經是局部晚期或轉移了，所以能夠完全切除的比例不高，即使開刀，後續仍有復發的風險。

因此，胰臟癌的治疗通常需要多管齊下，常見的方式包括：

- 手術（能手術是最好的治療機會）
- 藥物治療（含化學治療、標靶或免疫治療）
- 放射治療（腫瘤控制或症狀治療以提升生活品質）
- 黃疸的處理（如支架）
- 疼痛、營養與生活品質的照顧

放射治療的原理

放射線治療（Radiation Therapy, RT）為利用高能游離輻射束（如光子、質子或重粒子）對腫瘤細胞造成 DNA 破壞，使其失去增殖能力或死亡，藉以達成腫瘤控制或緩解症狀。其基本原理為腫瘤與正常組織之

差異：1. 腫瘤細胞因基因不穩定、DNA 修復能力較弱，對輻射造成的 DNA 損傷敏感度通常較高；而正常組織具備較佳的修復能力。2. 透過分次照射（fractionation）可讓正常組織修復，而腫瘤細胞累積損傷導致無法繼續複製及生長。

使用放射線治療的時機

胰臟癌的治療中，主要為手術與化學治療，放射線治療則為配角。當病情有需要的時候，可以考慮加入放射治療。簡單來說，放射治療在胰臟癌中可分為兩大目的：

- **治療性**：根治或促進疾病轉為可切除（conversion to resectable）
- **姑息性**：症狀控制（包括緩解疼痛、局部腫瘤壓迫或阻塞症狀、轉移病灶控制）

在合適的情況下，比如手術後有殘存腫瘤，可以加入局部放射治療增加局部控制率。若為介於開刀與不能開刀之間（Borderline Resectable）的患者，當進行前導性治療（Neoadjuvant Treatment）時，放射治療可以與化學治療搭配讓腫瘤縮小、提高手術完整切除的機率，間接提高存活率。若為無法切除（Unresectable）的情況下，在化學治療療程中適時地加入放射治療也可以提高照射處的腫瘤控制率。由於胰臟附近有許多重要構造，如果腫瘤侵犯附近神經叢造成難耐的腹痛、腫瘤壓迫造成附近膽管阻塞而有黃疸的狀況，也可以用放射治療來協助減輕這些症狀、降低放置膽管支架後發生再阻塞的機會。

放射治療方式

胰臟位於腹內深處，鄰近胃、十二指腸與小腸……等重要器官，這些腹腔內的器官普遍對放射線的耐受不高，且呼吸可能導致腫瘤移動，故要求高精準度的放射治療。隨著影像導引放射治療（Image-Guided Radiation Therapy, IGRT）與呼吸控制（breath motion management）技術興起，能更準確對準腫瘤，提高腫瘤劑量，並且降低正常組織的照射劑量而降低毒性。

放射治療次數與劑量：可採用傳統分次（小劑量、長療程），一週五天，總共執行 25-30 次；另一種新技術是全身立體定位放射治療（Stereotactic Body Radiation Therapy, SBRT），利用單次給予高劑量（短療程）並以較少次數（3-6 次）的治療，來提高生物等效劑量的方式；另外，介於兩者之間的單次中等劑量且低分次（Hypo-fractionation）療程，總共 15-25 次，亦是可以選擇的方式。醫師會依據病情、搭配的治療及能否進行呼吸調控，來選擇合適的方式。

可能的副作用

因胰臟位於腹腔深部，鄰近胃腸道，故胃腸道症狀較常見。儘管放射治療技術已進步許多，但胰臟癌病人接受放射治療仍可能發生以下副作用（急性與慢性）。

急性期副作用包括：疲倦、食慾不振、胃腸道反應：如噁心、嘔吐、腹瀉、胃腸脹氣或消化不良……等。少數敏感者可以感受到局部反應，例如放射區域輕微疼痛或壓迫感。大多數的急性副作用症狀都在二級以下，療程中，亦會定期安排門診與相關衛教，協助渡過這些副作用。

晚期／延遲副作用有 1. 胃腸道潰瘍、出血或穿孔：特別是腫瘤鄰近十二指腸或胃，劑量較高時潰瘍風險增加。早期報告中，潰瘍風險可達 10%，但透過適當選擇治療的療程與技術改進後已降至 <2%。除了照射劑量調整外，也能利用胃藥（氫離子幫浦抑制劑 Proton Pump Inhibitor, PPI）來預防。2. 腹腔血管或淋巴結受到照射後可能出現組織纖維化的問題。3. 腎功能或肝功能受影響：如果照射範圍大且接近肝腎邊緣，長期可能會肝腎功能下降。

副作用的預防與照護

1. 飲食與營養

- 低脂、少量多餐可減少放射性胃腸道不適。
- 避免刺激性食物（辛辣、咖啡、酒精）與高纖維，以減輕腹脹與腹瀉。
- 多補充蛋白質類食物，提供身體修復的元素，加速復原以減輕化療、放療副作用。

2. 胃腸道保護

- 若有潰瘍或胃炎病史，建議預防性使用氫離子幫浦抑制劑（proton-pump inhibitor, PPI）的藥物。
- 胃腸蠕動較慢者或消化不良者可加入其症狀治療藥物，改善不適。

對於胰臟癌患者，放射治療為一重要治療策略。其基本原理是利用高能輻射造成腫瘤 DNA 破壞，結合先進的影像導引與呼吸控制技術，能提升治療精準度。適應症包括腫瘤不可切除時（目的為提高局部控制與手術完整切除的機率）、術後殘存或切緣接近情況、以及轉移情況下之疼痛或其他症狀緩解。雖然副作用相對可控，但仍須仔細監控胃腸道及鄰近器官之風險。治療前宜與醫療團隊充分討論個人情況、風險與治療目標。

參考文獻

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Pancreatic Adenocarcinoma Version 2.2025
2. Quisette P Janssen, et al. Neoadjuvant FOLFIRINOX versus neoadjuvant gemcitabine-based chemoradiotherapy in resectable and borderline resectable pancreatic cancer (PREOPANC-2): a multicentre, open-label, phase 3 randomised trial. Lancet Oncol 2025
3. Rainer Fietkau, et al. Benefit of Chemoradiotherapy Versus Chemotherapy After Induction Therapy for Conversion of Unresectable Into Resectable Pancreatic Cancer: The Randomized CONKO-007 Trial J Clin Oncol 2025
4. Colin S. Hill, et al. Multiagent Chemotherapy and Stereotactic Body Radiation Therapy in Patients with Unresectable Pancreatic Adenocarcinoma: A Prospective Nonrandomized Controlled Trial. Practical Radiation Oncology (2022) 12, 511-523
5. Marcin Miszczyk, et al. Beyond Opioids in Pancreatic Cancer: Palliative Radiotherapy and Celiac Plexus Radiosurgery. Semin Radiat Oncol 2025 35:546-555

消化道癌症

營養支持

營養師 · 邱珮筑

臨床照顧癌症病人時，病人或家屬往往將重心放在藥物 / 化學 / 放射 / 手術治療等療程，而忽略了營養支持，治療期間若發生營養不良可能會影響後續治療進度，使病況惡化、增加死亡風險、生活品質降低等等。

癌症治療期間發生營養不良的原因

- **腫瘤本身**：腫瘤會消耗大量能量，擾亂身體的代謝平衡，影響蛋白質合成、營養素吸收，並可能改變味覺，降低食慾；另外，消化道梗阻、顱內壓上升引起嘔吐，或是腸胃道腫瘤引起的腹瀉等。
- **治療副作用**：化療和放療可能引起噁心、嘔吐、味覺改變、口腔潰瘍、腹瀉等，這些都會影響飲食攝取。



- **代謝改變**：腫瘤細胞需要葡萄糖作為能量來源，使體內蛋白質轉換為葡萄糖，造成蛋白質減少、肌肉組織流失，使病人日漸消瘦，如：胃、大腸、食道癌等。

營養不良的影響

- **抵抗力下降**：免疫力降低，增加感染和併發症的風險。
- **治療受阻**：可能影響手術效果，降低對化療、放療的耐受性，甚至無法完成治療。
- **身體機能衰退**：出現疲勞、虛弱、傷口癒合不良等症狀，並影響生活品質。

重要的飲食觀念

- **基礎營養原則**：高蛋白、充足熱量；除經口攝取天然食物外，搭配使用口服營養補充品來確保攝取足夠量的營養，以避免營養惡化、中斷治療。
- **營養補品使用技巧**：市售濃縮營養品可幫助控制水份及電解質，且熱量密度較高可增加熱



量攝取，正餐食量不足可飲用一瓶 400 大卡左右的配方，點心時間可飲用小瓶裝（125ml 約 250 大卡）；罐裝營養品就口喝建議將瓶身沖洗乾淨，若預期當餐無法全量飲用建議倒至杯中飲用（剩餘加蓋冷藏保存），避免就口飲用使剩餘量孳生細菌。

- **少量多餐**：治療期間能量消耗較多，可嘗試少量多次的方式，每日正餐加點心共 5-6 餐甚至更多餐，以獲取足夠營養。
- **藉由攝取多樣化且足量的蔬菜水果**：不同顏色蔬果所含的維生素、礦物質、纖維及植化素不盡相同，有助提升免疫力、誘導癌細胞走向良性分化、促進癌細胞走向凋亡。
- **不需特別進補**：維持均衡飲食即可，不需要迷信偏方，湯品如雞湯、魚湯等也建議要將肉吃下，才能攝取到

蛋白質，只喝湯無法獲得足夠的熱量及蛋白質。

- **進食前後適度活動**：餐前或餐後起身走動可促進腸胃道蠕動並增加食慾，許多研究證實，適度活動能降低癌疲憊、增強免疫力、減少焦慮及憂鬱情況，並使心情愉悅、增強肌肉強度，更重要的是可以增加治療耐受性，減少副作用的發生。
- **避免高劑量補充品**：過量的特定維生素或礦物質補充品可能產生負面影響，應避免，並依醫囑進行。
- **「餓死癌細胞」的迷思**：少吃或不吃並不能餓死癌細胞，反而會使營養不良，影響治療效果。



生活調整

- 建議維持或增加身體活動量，如：有氧運動，同時進行適合個案狀況的阻抗運動，以維持肌肉量、生理機能和代謝狀況。





一起走過這段路 給正在與**胃癌**奮戰的你

腫瘤中心個案師·鄭玉琴

親愛的你：

當你聽到「胃癌」這二個字的那一刻，心裡是不是像打翻了五味瓶？有擔心、有害怕，甚至還有一點不知所措。這樣的感覺真的很正常，因為沒有人天生就準備好面對癌症。

但我想跟你說——你不是一個人。我們醫療團隊都在，而且我，作為你的個案管理師，會一路陪著你。

從你開始接受治療，無論是開刀、化療、放療，還是正在調整生活作息、適應飲食變化，這段路或許不太容易走，有時候甚至會覺得很累、很辛苦。但別忘了，每一步，都是往康復更靠近的一步。

有時候你可能會擔心副作用、害怕身體撐不住，甚至開始懷疑自己撐不撐得下去。這時候請記得，你已經很勇敢了，真的！願意接受治療、願意相信醫療團隊，已經是很了不起的一件事。

我的工作，就是在你需要的時候，幫你解答問題、連結資源，甚至只是一個願意傾聽你說說話的人。

別擔心問問題，也別害怕說你不舒服，因為你說出來，我們才能幫得上忙。我們希望你不是孤軍奮戰，而是知道，身邊一直有一群人，和你站在同一陣線。

最後，也想請你對自己多一點耐心。給身體一點時間，也給心靈一點空間。生活的節奏可能變慢了，但你還是你——那個值得被照顧、被理解，也有能力重新出發的你。

不管現在的你在哪個階段，我們都會一直在。陪你走過這段路，一起往前走。

祝福你，每一天都多一點平安，多一點好轉。

如果有需要，歡迎聯絡我喔！

你的個案師 敬上



胃癌病友關心的 Q&A 由個案管理師為您解答

Q1 / 胃癌治療過程會很辛苦嗎？我需要準備什麼？

A / 每個人的治療方式和反應都不太一樣，有些人可能只需要手術，有些人會搭配化療、標靶或免疫治療。的確，過程中可能會有些不適，例如食慾變差、體力下降、噁心等，但醫療團隊會幫你預防和處理這些狀況。建議你保持均衡飲食、多休息、適當活動，也可以事先準備一個治療小筆記，記下自己的感受和疑問，和醫師或個管師討論。

Q2 / 胃切除之後，我是不是就不能正常吃東西了？

A / 不用太擔心！剛開始會需要一些時間適應，但經過營養師指導與自己的調整，大多數人都能慢慢恢復飲食。你可能需要少量多餐、細嚼慢嚥，避免高糖或油膩食物，但這些習慣一旦建立後，日常生活是可以過得很正常的。別忘了，我們的營養師也會一起協助你度過這段過渡期！


Q3 / 我常常覺得焦慮，晚上睡不好，這正常嗎？

A / 很正常！面對癌症，很多病友都會經歷情緒波動，像是焦慮、煩躁、難入睡，甚至感到孤單。這時候你可以嘗試找朋友聊聊、聽音樂、做一些讓自己放鬆的小事。如果情緒長時間影響生活，也可以請醫師或心理師幫忙。不要害怕求助，情緒健康和身體一樣重要。

Q4 / 我需要請假很久嗎？什麼時候可以回去工作？

A / 這會依照你接受的治療方式和身體恢復狀況來看。有些人治療幾個月後就能回去工作，有些人需要多一點時間。建議你和醫師討論適合的時間點，慢慢恢復也可以考慮先從部分工時或簡單的工作開始。別急，健康優先，職場也會等你慢慢回來！

還有問題想問嗎？

歡迎聯絡你的個管師，或在門診、病房找我們的護理師、營養師或社工師，我們都很樂意幫你解答！



免費交通車，班班到彰基

彰基總院→中華路院區→火車站交通車時刻表

週一～週五			週六		
總院	中華路	火車站	總院	中華路	火車站
07:00	07:10		07:00	07:10	
07:20	07:30		07:20	07:30	
07:38	07:48		07:38	07:48	
08:10	08:20		08:10	08:20	
08:30	08:40	08:35	08:30	08:40	08:35
09:00	09:10		09:00	09:10	
09:30	09:40	09:35	09:30	09:40	
10:30	10:40		10:00	10:10	
11:00	11:10		10:30	10:40	
11:30	11:40	11:35	11:00	11:10	
12:10	12:20		11:30	11:40	
13:30	13:40	13:35	12:00	12:10	12:05
14:30	14:40		12:40	12:50	
15:00	15:10		15:00	15:10	
15:30	15:40		16:40	16:50	
16:40	16:50	16:45	23:25	23:30	
17:10	17:20		00:20		
★ 17:35			00:40		
★ 17:40	17:50	17:45			
18:00	18:10	18:05			
18:30	18:40	18:35			
19:00	19:10	19:05			
19:40	19:50				
23:25	23:30				
00:20					
00:40					

1. 上下車地點：

- (1) 彰基總院：醫院大門口 (2) 中華路院區：中華路院區汽車出入口
(3) 彰化火車站：光復路與圓環入口 (4) ★號員工專車直達火車站

2. 交通車定點停靠，中途不可上、下車

3. 行駛時間：週一至週六，週日及例假日停駛

癌症防治基金捐款芳名錄

114年7月	黃琬真 200	梁陳玉珍 100	楊美雀 1000	林怡惠 1000	陳子坤 500
郭玉環 300	楊美雀 1000	賴儀芳 75	趙心祺 200	邱郁安 100	彭陳淑娟 100
吳可威 100	趙心祺 200	114年8月	薛秉峰 500	高千琇 100	彭進興 100
吳燕明 100	薛秉峰 500	上帝祝福你	謝鈴珠 100	陳姿語 100	彭雅妮 100
彭陳淑娟 100	謝鈴珠 100	100	王采蘭 100	陳惠芳 1000	彭雅惠 100
彭進興 100	上帝祝福你	上帝祝福你 50	王俊喻 100	游毅銘 200	梁瓊徽 1000
彭雅妮 100	100	郭玉環 300	王儷紋 100	黃琬真 200	上帝祝福你 50
彭雅惠 100	許瑞昌 15000	林怡惠 1000	洪湘芸 100	楊美雀 1000	王采蘭 100
林怡惠 1000	上帝祝福你	邱郁安 100	梁陳玉珍 100	趙心祺 200	王俊喻 100
邱郁安 100	100	高千琇 100	賴儀芳 75	薛秉峰 500	王儷紋 100
高千琇 100	王采蘭 100	陳姿語 100	上帝祝福你 50	謝鈴珠 100	洪湘芸 100
陳姿語 100	王俊喻 100	陳惠芳 1000	114年9月	吳可威 100	梁陳玉珍 100
陳惠芳 1000	王儷紋 100	游毅銘 200	上帝祝福你 50	吳燕明 100	賴儀芳 75
游毅銘 200	洪湘芸 100	黃琬真 200	上帝祝福你 50	郭玉環 300	顧珮鈺 200

若您願意支持本院癌症相關服務，歡迎您捐款奉獻。
捐款帳號：02-154483 戶名：彰基社工部



8 癌篩檢定期做

歡迎民眾多加利用優質癌症篩檢服務，並接受篩檢領禮券
諮詢地點位於總院第三醫療大樓二樓129診癌症篩檢窗口

1 口腔癌篩檢：30歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者。且去年及今年未接受過口腔黏膜檢查之民眾。（請至耳鼻喉或口外門診受檢）

2 大腸癌篩檢：45歲以上未滿75歲。且去年及今年未接受過糞便潛血檢查之民眾。（請至129診報到）

3 乳癌篩檢：一般民眾—40歲以上未滿75歲；且去年及今年未接受過乳房攝影檢查之婦女。（請至170診受檢）

4 子宮頸癌篩檢：30歲以上曾有性行為者。且今年未接受過子宮頸抹片檢查之婦女。（請至140診受檢）

5 肺癌篩檢：男性45-75歲、女性40至未滿75歲，且具有肺癌家族史，或50-74歲有重度吸菸史、有成菸意願。且去年及今年未接受過低劑量電腦斷層掃描者可安排受檢。（請至129診報到）

6 腎癌篩檢：45歲以上未滿75歲之民眾，終身一次。（請至129診報到）



癌症篩檢窗口 諮詢專線 **04-7238595**
分機7201或7143



彰化基督教醫療財團法人
彰化基督教醫院

預防 永遠勝於治療
而**精準的預防**
是給家人最珍貴的禮物



精準醫療的極致守護

PET/CT 高端全方位影像

篩檢專案

身體的警訊，有時比想像中更安靜。

在忙碌的生活裡，我們常把「明年再檢查」放進待辦清單，卻忘了健康不會自動延期。

在國人十大死因之中，癌症長年位居首位。影像醫學科技的躍進，有助早期癌症的發現，若能以主動積極的行動，就能更了解自己的健康。

專案核心優勢

精準追蹤

透過正子顯影，追蹤組織代謝表現，協助臨床判讀，及早掌握異常區域的線索，提升病灶及微小腫瘤的偵測機會。

器官掃描

肝臟、腎臟超音波，守護沈默的功臣。

檢驗數據

血糖、血脂肪、肝腎功能及各式腫瘤相關指標等，輔助影像檢查，解碼血液裡的健康訊號，協助風險分層與健康管理。



彰化基督教醫療財團法人
彰化基督教醫院

免費

BC型 肝炎篩檢 您做了嗎？

爲什麼要篩檢

因爲肝病初期症狀不明顯，等到不舒服，往往已經太晚。

抽一次血，就能提早發現、及早治療

行動篩檢車—肝願爲您服務

本院肝病防治團隊「走出去」，把篩檢帶到您身邊，讓健康更靠近！

定點篩檢地點

時間／週一至週五上午

地點／總院2樓抽血站旁

方式／

- 攜帶健保卡

- 現場立即查詢資格、開立抽血單

- 不須空腹

其他時段亦可至總院2樓167診（不須掛號）進行篩檢

篩檢結果通知

- 郵寄紙本報告至您指定的地址

- 或彰基行動服務APP線上查詢

- 國民健康署免費提供民國75年前出生，至79歲
- 一生一次B、C型肝炎抽血篩檢

加碼好康 | 設籍彰化縣民完成篩檢即可獲得禮券一份



彰化基督教醫療財團法人
彰化基督教醫院

胰臟囊腫 與胃幽門桿菌感染 不可輕忽

1

胃幽門桿菌感染會造成胃的慢性發炎，感染者有較高的機會發生胃癌。

胃幽門桿菌篩檢（健保2026年開始提供終身一次免費篩檢）加上高品質胃鏡檢查可以早期診斷胃癌！



— 諮詢門診 —

總院2樓

胃腸肝膽科門診

— 諮詢電話 —

04-7238595

轉5505

2

胰臟囊腫過半是黏液性囊腫，而黏液性囊腫是胰臟癌的高危險群，絕對不可輕忽。

高危險群必須定期接受核磁共振檢查以及內視鏡超音波的檢查，才可能早期發現胰臟癌！

