



相關治療

胰臟癌的治療，除了手術治療外，其他方法如化學治療、放射治療、免疫治療等都未被證實明顯有效。

手術

胰臟癌若無遠處轉移或重要血管侵犯，即為可切除性腫瘤。目前胰臟癌的手術以胰十二指腸切除術為主，手術切除後的五年存活率約有 10%；其他手術，如全胰切除、合併切除肝門靜脈，或是較保守的術式，如保留胃幽門的 PPPD(Pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy)，雖不影響預後，但手術時間縮短，術後病人較不會有傾食症候群症狀，且營養狀況較好，但是胃排空速度減慢及邊緣性潰瘍的機會較大。

而沒法切除的胰臟癌患者只能接受姑息性療法，即是將阻塞的膽管與腸道做一個繞道引流，如果在發現癌症時即知有轉移的情形，可以利用內視鏡將一根管子放入阻塞之膽管中來將膽汁引流出。這種手術目的是解決因腫瘤引起的阻塞性黃疸及胃出口阻塞，以改善病人的生活品質，但因腫瘤沒法切除，對病人的存活期沒影響。

化療與放射線

化學藥物治療和放射線治療：

胰臟腺癌在手術切除後，建議接受輔助性化療和放射線治療，可以增加術後的存活率。

對某些有接受手術潛力的病人（如：為於第 2~3 期的病人）可考慮前導性放化療（neoadjuvant chemoradiation），約 50%的病人因此可進一步接受手術完全切除。

標靶治療

目前唯一獲得大型隨機分組第三期臨床試驗證實的標靶藥物 erlotinib（Tarceva □，得舒緩）合併 gemcitabine，可以有顯著意義地延長病患的整體存活期（僅接受 gemcitabine 者 5.9 個月，接受 erlotinib 合併 gemcitabine 者 6.2 個月）。因此美國食品藥物管理局（FDA）也在 2005 年核准 erlotinib 合併 gemcitabine 可用於晚期胰臟癌病患的第一線治療。但是儘管在統計上有顯著意義，合併使用所費不貲的標靶藥物僅增加約 2 週的存活期，在臨床上的意義仍需審慎評估。
