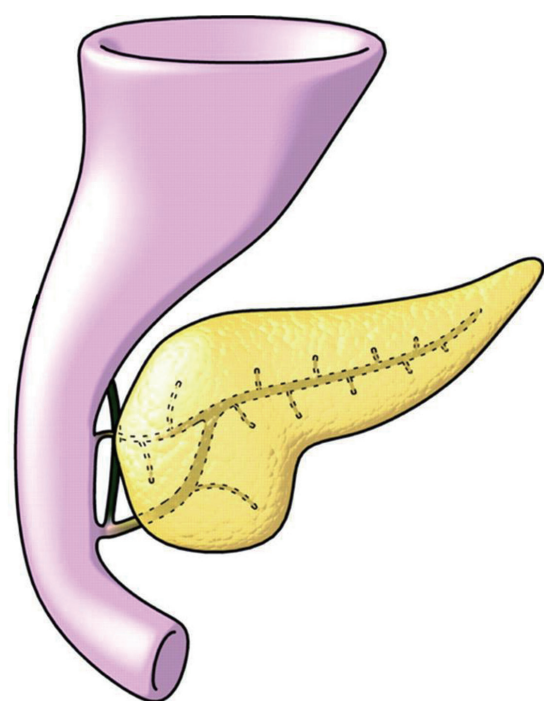




早诊早治胰腺癌

多学科协作共击“癌中之王”

▲本报记者 窦洁

胰腺癌早期诊断困难、进展快、预后差，中位生存期仅为4~6个月，5年生存率仅为5%，素有“癌中之王”之称。多个国家和地区先后制定了胰腺癌的专家共识和诊治指南，讨论了多种手术、放射化学治疗方案，以及生物制剂对胰腺癌的治疗作用。然而，胰腺癌特殊的生物学特点使其诊治成为临床一大难题。本期特邀四位专家从胰腺癌的早期诊断、发生特点、综合诊治以及个体化治疗等焦点进行阐述。

郭晓钟：早诊的五大关键点

“胰腺癌早期诊断困难、报警症状不典型、肿瘤标志物特异性不高，80%的胰腺癌患者就诊时已属晚期、不能手术。关注5个方面或可提高胰腺癌的早期诊断。”

密切关注报警症状和高危因素

研究表明，40%~70%的胰腺癌患者以腹痛为首发症状，约10%患者以消瘦为首发症状，病变位于胰头者常以黄疸为首发症状（图1）。因此，对于近期出现不能解释的体重减轻、上腹部或腰背部疼痛、突发糖尿病患者，应高度重视。

据胰腺癌流行病学特点，应针对高危人群（图2）

作为关注对象。然而，吸烟、饮酒、高龄、肥胖人数太多，全部筛查需要耗费资源甚多，因此有必要进行深入细化研究，针对高危人群定期随访。

另外，胰腺上皮内瘤变、黏液性囊性肿瘤、导管内乳头状黏液瘤均为胰腺癌的癌前病变，具有潜在的恶变倾向，应密切随访，必要时手术治疗。

多项肿瘤标志物联合诊断

CA19-9对进展期胰腺癌诊断敏感度约90%，特异度约80%，是目前使用广泛的血清肿瘤标志物。高通量筛选、基因检测和蛋白质组学检测等技术的发展也为胰腺癌的早期诊断提供一

些希望。笔者认为，目前尚无一种标志物兼具高特异度和敏感度，尤其对于早诊价值十分有限。因此，在寻找有效早期标志物的同时，应关注多项肿瘤标志物联合诊断胰腺癌。

影像学检查四原则

影像学检查是诊断胰腺癌的重要手段，CT、MRI、超声内镜、PET-CT各具优势。

选择时应本着完整（显

示整个胰腺）、精细（层厚2~3 cm的薄层扫描）、动态（动态增强、定期随访）、立体（多轴面重建全面了解毗邻关系）的原则。

多学科协作力争精准

在美国约翰霍普金斯医院，放疗科、外科、病理科、影像科、遗传科专家组成了胰腺癌多学科协作团队（MDT）团队，建立了MDT的“一日工作流程”，实现了胰腺癌的系统诊治。

精准医学通过基因组、

蛋白质组等组学技术，对特定疾病进行分型鉴定，从而精准找到疾病原因和治疗靶点，实现对患者的个体化精准诊治。

MDT、整体把握，有助于肿瘤的明确诊断和系统治疗，最大程度地实现胰腺癌的精准治疗。



图1 胰腺癌报警症状

黄疸（病变位于胰头）
腹痛（4%~70%）
不明原因体重减轻（10%）



图2 胰腺癌危险因素

MDT 由来

“外科优先”的传统治疗理念

1898年胰头切除术

1912年部分十二指肠和胰腺切除

1935年全十二指肠和胰腺切除（Whipple术）

沿用至今

MDT 形成

然而，成熟的Whipple术并没有改善患者的5年生存率，外科手术并不足以攻克胰腺癌这一预后最差的实体肿瘤。因此，循证医学、整合医学和精准医学相结合，以MDT为抓手，才能争取最佳临床结局。

本版制图 / 林丽

钱家鸣：MDT 促进诊疗

“MDT在临床诊治中已得到广泛认可，是当今胰腺癌综合诊治的主流模式。胰腺癌患者应在较大规模的医疗中心接受治疗，包括外科、消化、肿瘤、影像、内镜、病理、介入、放射治疗等学科的共同参与。”

消化科医师是早诊核心

对于疑诊胰腺癌的患者，应根据其各项指标在MDT模式下进行诊断。其中，消化科医师发挥核心作用。多数胰腺癌患者起病隐匿，早期症状不典型，多以上腹部不适、隐痛、腹泻等非特异性症状就诊，消化科通常是首诊科室。因此，消化科医师应保持足够的警惕。

某些易与胰腺癌混淆的良性疾病，如肿块型慢性胰腺炎、自身免疫性胰腺炎、十二指肠旁胰腺炎等，也需消化科医师鉴别诊断。超声内镜可发现最大径约1 cm的微小结节，还可通过细针穿刺获得病理标本，

成为检出并确定胰腺占位和性质的有力工具。

40岁以上有以下八种临床表现者属于胰腺癌高危人群。

- ★ 梗阻性黄疸；
- ★ 不明原因的体重减轻；
- ★ 不明原因的上腹或腰背部疼痛；
- ★ 消化不良；
- ★ 新发糖尿病而无常见危险因素（图2）；
- ★ 严重腹泻；
- ★ 急性胰腺炎而无明显诱因（如胆石症、饮酒、高脂血症）；
- ★ 吸烟者。

MDT 评估可切除性

胰腺癌患者术前应通过MDT模式评估其可切除性，并制定个体化治疗方案。CT是目前诊断和术前评估的首选方法。MRI同样重要，其显示肝脏转移的敏感性高于CT。PET-CT不能代替CT或MRI，但可作为补充，在发现远处转移有独到优势，推荐用于瘤体较大、CA19-9显著升高，以及怀疑区域淋

巴结转移的患者。

根据术前评估结果，可将胰腺癌患者分为3种类型（表1）。值得注意的是，决定手术的胰腺癌患者术前病理诊断并非必要，但对于新辅助治疗和姑息性放射化学治疗，都需要在治疗前明确病理诊断，超声内镜-细针穿刺术是首选方法，其安全性优于体外穿刺活检组织检查。

表1 胰腺癌患者术前评估分类

分类	占比	治疗方法
可切除	15%~20%	首选手术、术后化疗
可能切除	20%~40%	R0切除
不可切除	50%~60%	化疗、放疗、姑息治疗

（下转第21版）