

胰臟癌家族風險：有家人罹癌時該何時開始監測？

Pancreatic cancer surveillance for high-risk individuals

林協霆, MD, 內科專科醫師, 腫瘤內科專科醫師

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院 腫瘤內科部 · ORCID: [0009-0002-3974-4528](https://orcid.org/0009-0002-3974-4528)

發表日期：2026/05/12 · 最後更新：2026/05/12 · 審稿：林協霆 (2026/05/12) · 主題：胰臟癌高風險族群監測 (Pancreatic cancer surveillance in high-risk individuals)

DOI: 10.5281/zenodo.20131241 · 此版本 10.5281/zenodo.20131242 · <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/pancreatic-cancer-high-risk-surveillance/>

摘要 · ABSTRACT

胰臟癌大眾篩檢沒有死亡率下降證據，但對特定高風險族群 (≥ 2 個一等親罹癌、BRCA1/2、PALB2、ATM、CDKN2A、Lynch、PJS、HP) 有效。本文整理 CAPS 2022 共識、ASGE 2022 建議的高風險定義、起始年齡、影像選擇 (EUS / MRI 輪替)、實際在台灣怎麼安排。

胰臟癌大眾篩檢沒有死亡率下降證據 (USPSTF D 級)，但對特定高風險族群有效。 本文用病人語言整理：哪些人算「高風險」 (≥ 2 個一等親罹癌、BRCA1/2、PALB2、ATM、CDKN2A、Lynch、Peutz-Jeghers、遺傳性胰臟炎)、CAPS 2022 與 ASGE 2022 共識的起始年齡與檢查頻率、為什麼用 EUS + MRI 輪替而不是腹部超音波、在台灣怎麼找到合適的監測門診，並提供「該不該做基因檢測」決策表。

閱讀對象

本文設定讀者為一等親或多重家族成員罹胰臟癌、想了解自己風險的個案，以及第一線家醫科、消化科同仁衛教參考。實際監測安排請依個別風險與專科判斷。



高風險族群 (CAPS 2022 / ASGE 2022 共識)

條件	起始年齡 (取早者)
BRCA1 / BRCA2 突變 + ≥ 1 個一等親罹癌	50 歲或比最早診斷者早 10 歲
PALB2 突變 + ≥ 1 個一等親罹癌	50 歲或早 10 歲
ATM 突變 + ≥ 1 個一等親罹癌	50 歲或早 10 歲
CDKN2A (p16) 突變 (FAMMM 症候群)	40 歲
Lynch (MLH1/MSH2/MSH6/PMS2/EPCAM) + ≥ 1 個一等親	50 歲或早 10 歲
Peutz-Jeghers syndrome (STK11)	35 歲
遺傳性胰臟炎 (PRSS1/SPINK1)	40 歲 (個案評估)
家族性胰臟癌 (FPC, ≥ 2 個一等親且無已知基因)	50 歲或早 10 歲

一般人不適合篩檢

USPSTF (D 級)、NCCN 都不建議無症狀、一般風險族群做胰臟癌篩檢——偽陽性多、過度檢查傷害大。單一一等親罹癌、無基因突變的人，風險上升有限 (從 1.5% 升到約 3%)，目前共識不建議常規影像監測。重點是維持健康體重、不吸菸、節制飲酒、控制血糖。

監測組合：EUS + MRI 輪替

工具	強項	弱項	頻率
MRI / MRCP	無輻射、看整個胰臟、膽管細節	< 5 mm 病灶較弱、貴	每年 (與 EUS 輪替)
內視鏡超音波 (EUS)	對小病灶敏感、可同步切片	鎮靜風險、操作者依賴、胰臟炎風險 < 1%	每年 (與 MRI 輪替)
CA-19-9	抽血便宜	敏感度 70%、Lewis 抗原陰性者測不到	輔助，不單獨判讀
腹部超音波	便宜、無創	胰臟被腸氣遮蔽，敏感度低	不建議做主要工具
CT	速度快	輻射、軟組織對比較 MRI 差	必要時補做

監測流程

第一年 — Baseline MRI + EUS

建立基準影像；發現任何可疑病灶（囊腫、實心結節、胰管擴張）做風險分層。

之後每年 — MRI 與 EUS 輪替

一年 MRI、下一年 EUS。若發現可疑病灶可調整為短期追蹤（3–6 個月）。

出現 high-risk stigmata 時 — 立刻評估

包括實心結節 ≥ 5 mm、胰管 ≥ 10 mm、強化壁、可疑細胞學。考慮手術或更密集追蹤。

監測終止 — 80 歲或預期壽命 < 10 年

依個別共病、手術耐受度評估。

該不該做基因檢測？

情境	建議
一等親胰臟癌、年輕 (< 50 歲)	是，做多基因 panel
≥ 2 個一等親罹任何上述癌 (胰、乳、卵、攝、大腸、黑色素瘤)	是
一等親罹胰臟癌 + 自己有乳癌 / 卵巢癌 / 黑色素瘤	是
個人罹胰臟癌 (不論年齡、家族史)	NCCN 建議：所有胰臟癌病人都應做胚系檢測
單一等親 50 歲後罹胰臟癌、自己無其他病史	個案評估，不一定必要
無一等親罹癌	不建議常規檢測

高風險族群的生活型態建議

- 不吸菸：吸菸是胰臟癌可控的最強危險因子（風險上升 2–3 倍）
- 節制飲酒：重度飲酒增加慢性胰臟炎與胰臟癌風險
- 健康體重：肥胖 (BMI > 30) 與胰臟癌風險上升相關
- 控制血糖：第 2 型糖尿病風險上升 ~2 倍
- 健康飲食：地中海飲食、得舒飲食

在台灣怎麼找到合適的監測門診？

- 醫學中心消化內科：多數有 EUS 與胰臟癌專家

- **遺傳諮詢門診**：台大、長庚、北醫、和信、振興等醫學中心有
- **健保條件**：高風險族群的 MRI / EUS 多可健保給付，但需個案申請；CDKN2A、BRCA 等基因檢測多需自費或符合特定條件健保給付

適用對象 / 不適用對象

本文適用

- 一等親或多重家族成員罹胰臟癌、想了解自己風險的個案
- 已知 BRCA、PALB2、Lynch 等突變者
- 第一線家醫科、消化科衛教

本文不適用

- 取代遺傳諮詢與專科判斷
- 已有症狀（黃疸、體重下降、腹痛）——請直接就醫
- 一般風險族群常規檢查（無證據效益）

副作用 / 風險揭露

EUS 風險

- 胰臟炎 < 1%
- 出血、感染（極罕見）
- 鎮靜相關（心肺）

MRI 風險

- Gadolinium 對比劑：eGFR < 30 慎用
- 幽閉恐懼者困難
- 體內金屬植入物禁忌

偽陽性與過度治療

- 監測可發現 20–40% 小囊腫，多數良性
- 不必要的手術風險

帶去診間的問題清單

我符合 CAPS / ASGE 高風險定義嗎？

一等親數、罹癌年齡、合併症候群。

我該做基因檢測嗎？做哪些基因？

建議多基因 panel 而非單一基因。

起始監測年齡是幾歲？

依基因或最早家族診斷年齡推算。

我在哪裡可以做 EUS / MRI 監測？

建議在有經驗的醫學中心。

健保給付嗎？

依基因確認、家族史、轉診而異。



參考文獻

1. Goggins M, et al. **Management of patients with increased risk for familial pancreatic cancer: updated recommendations from the International Cancer of the Pancreas Screening (CAPS) Consortium.** *Gut.* 2020;69(1):7–17. [doi:10.1136/gutjnl-2019-319352](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-319352)
2. Sawhney MS, et al. **ASGE guideline on screening for pancreatic cancer in individuals with genetic susceptibility.** *Gastrointest Endosc.* 2022;95(5):817–826. [doi:10.1016/j.gie.2021.12.001](https://doi.org/10.1016/j.gie.2021.12.001)
3. Canto MI, et al. **Frequent Detection of Pancreatic Lesions in Asymptomatic High-Risk Individuals (CAPS3).** *Gastroenterology.* 2012;142(4):796–804. [doi:10.1053/j.gastro.2012.01.005](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2012.01.005)
4. Klatter DCF, et al. **Pancreatic cancer surveillance in carriers of a germline CDKN2A pathogenic variant: yield and outcomes of a 20-year prospective follow-up.** *J Clin Oncol.* 2022;40(28):3267–3277. [doi:10.1200/JCO.22.00194](https://doi.org/10.1200/JCO.22.00194)
5. Daly MB, et al. **NCCN Guidelines Insights: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic.** *J Natl Compr Canc Netw.* 2021;19(1):77–102. [doi:10.6004/jnccn.2021.0001](https://doi.org/10.6004/jnccn.2021.0001)
6. Owens DK, et al. **Screening for Pancreatic Cancer: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement.** *JAMA.* 2019;322(5):438–444. [doi:10.1001/jama.2019.10232](https://doi.org/10.1001/jama.2019.10232)

引用整理協力：CAPS 2020、ASGE 2022、NCCN Genetic/Familial High-Risk Assessment 2021、USPSTF 2019、Klatter 2022 CDKN2A 20-year prospective (2026/05/12)。

SOURCE <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/pancreatic-cancer-high-risk-surveillance/>

CITATION 林協霆. 胰臟癌家族風險：有家人罹癌時該何時開始監測？. 林協霆 · 臨床筆記. 2026/05/12. [doi:10.5281/zenodo.20131241](https://doi.org/10.5281/zenodo.20131241)

LICENSE CC BY-NC-ND 4.0 — 文章內容依 [Creative Commons 姓名標示-非商業性-禁止改作 4.0 國際](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 授權公開使用。

DISCLAIMER 本文整理公開發表之臨床試驗結果與 NCCN/ASCO/ESMO 治療指引，僅供醫學新知與病人衛生教育參考，不構成個別醫療建議，亦不取代主治醫師之診療判斷。實際治療決策請與您的主治團隊面對面討論。