

胰臟癌存活率真的那麼低嗎？被告知「可能是胰臟癌」後，先別把那個數字套在自己身上

Is pancreatic cancer survival really that low? Why the headline 5-year figure may not apply to you

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：2026/05/27 · 最後更新：2026/05/27 · 審稿：林協霆 (2026/05/27) · 主題：胰臟腺癌 (Pancreatic Ductal Adenocarcinoma, PDAC)

摘要 · ABSTRACT

網路上查到的胰臟癌「5年存活率約一成」，是把所有期別、年齡與好幾年前確診的人平均出來的數字。分期與能不能開刀才真正決定預後；切片確診前，這個數字還不該套在你身上。

你在網路上查到的「胰臟癌5年存活率約一成多」，是把所有期別、所有年齡、所有體能狀態、而且好幾年前才確診的人，全部平均在一起算出來的數字——它描述的是一大群人的平均，不是你一個人的結局。真正決定預後的，是腫瘤的分期，以及最關鍵的「能不能開刀」；而你連切片都還沒做、還沒分期，現在就把那個最低的平均值套到自己身上，並不準確，也對你不公平。

被告知胰臟「可能有癌細胞」之後，會去查資料、會害怕、會問「為什麼是我」，都是再正常不過的反應。這篇文章不會用空話安慰你，而是把那個嚇人的數字拆開來，告訴你它從哪裡來、為什麼還不該套在你身上，以及在等待切片的這段時間，你可以做哪些真正有用的事。

閱讀對象

本文設定讀者為剛被告知胰臟可能有腫瘤、正在等待切片確診的病友與家屬，以及想複習胰臟腺癌分期存活與現代治療數據的同業與住院醫師。本文為實證整理，**不構成對特定病人的個別醫療建議**；你的分期、可切除性與治療方向，請以你的主治團隊（外科、腫瘤內科、放射科、病理科）的評估為準。



我查到的「5年存活率約12–13%」是怎麼算出來的？

那個數字來自像美國 SEER 這種全國癌症登記資料庫，把某一年確診的「所有胰臟癌病人」追蹤5年後，算出來的整體相對存活率。它沒有錯，但有三個重要的特性，讓它不適合拿來預測你一個人：

- 它混合了所有期別：早期、晚期、已經轉移的人，全部加在一起平均。

- 它混合了所有年齡與體能：40 多歲、體能良好的人，和 80 多歲、合併多重慢性病的人，在這個數字裡權重一樣。
- 它落後現實好幾年：5 年存活率必須等確診滿 5 年才能算，所以那個「12%」反映的是好幾年前確診、用當年治療的人，沒有完全納入近年才普及的化療組合 [1]。

換句話說，那是一張「一大群非常不一樣的人」的合照平均，而不是你的個人預報。

為什麼這個數字「還不該」套在你身上？

因為你現在所在的位置，是這整個流程最前面、資訊最少的一段：

1. 你還沒切片確診。「影像或細胞學看起來可能有癌細胞」與「組織病理確認是胰臟腺癌」並不同。
2. 胰臟的腫塊不一定是最常見的胰臟腺癌。也可能是預後差異很大的其他類型，例如神經內分泌腫瘤（預後與治療都很不同），少數甚至是良性或發炎性病變。
3. 你還沒分期。在分期出來之前，沒人能把你的歸到哪一格——而下一段會看到，分到哪一格，數字天差地遠。

在不確定裡，先抓住確定的事

在病理與分期報告出來前，「最壞的平均數字」並不是你的判決書。這段空窗期該做的，不是反覆對號入座最低的統計，而是把分期做完整、把該問的問題準備好（本文最後有清單）。

分期不同，數字差很多

同樣是胰臟癌，分期不同，5 年相對存活率（relative survival）差距非常大。下表是美國 SEER（2015 年確診世代）的數字 [1]：

診斷時的分期	5 年相對存活率	約佔所有新診斷病人
局限性（腫瘤仍局限在胰臟）	約 46%	約 14%
區域期（侵犯鄰近組織或局部淋巴結）	約 16%	約 1/3
遠端轉移（已轉移到其他器官）	約 3%	約 53%
整體（不分期別平均）	約 12%	—

兩個重點：

- 局限期的存活率（約 46%）是整體數字（約 12%）的好幾倍。局限期的 5 年存活率，這十年間從 24% 一路上升到 46% [1]。

- 整體數字之所以低，主要是因為超過一半的人在「已經轉移」時才被發現，只有約 14% 在局限期被診斷出來 [1]。一個還在等切片、尚未分期的人，沒有理由預設自己就落在最差那一格。

能不能開刀，是預後最大的分水嶺

在胰臟腺癌，能否把腫瘤完整切除，是預後影響最大的單一因素。臨床上會依腫瘤和血管的關係，把病人分成四類：

分類	大致意義	一般處置方向
可切除 (resectable)	腫瘤未包覆重要動脈、靜脈受累有限	多可直接或先化療後手術，術後接輔助化療
邊緣可切除 (borderline resectable)	與血管接觸較多但仍可能重建	常先做術前 (neoadjuvant) 化療爭取乾淨切除
局部晚期 (locally advanced)	血管包覆過多、暫時無法手術	以全身性治療為主，部分人化療後有機會轉為可開刀
轉移性 (metastatic)	已有遠端轉移	以全身性藥物治療為主，目標是控制與生活品質

診斷時大約只有 15–20% 的人屬於可切除 [1][2]。但可切除這群人的預後，和整體平均完全是兩個世界：

- 接受手術切除、再完成術後輔助化療的病人，中位整體存活期約 35–54 個月，視方案與淋巴結狀態而定 [2]。
- 以統計模型估計，完整切除者的「治癒機率」約 25%，若先做術前化療再手術可再往上 [4] (此為模型推估，個別差異大)。

所以確診後，你和團隊要一起釐清的關鍵問題其實是：「我可不可以開刀？如果現在不能，有沒有機會透過術前化療爭取到開刀的機會？」——這比任何一個網路平均數字都重要。

兩個常被忽略的事實

一、**真的有長期存活者**。真實世界資料顯示，確實存在一群胰臟腺癌的 5 年 (甚至更久) 存活者，多數出現在可切除、接受手術與輔助治療的族群 [6]。他們不是統計的雜訊，而是真實存在的人。

二、**存活率會隨「你已經活過的時間」改善 (條件式存活)**。研究顯示，當你已經撐過確診後最艱難的一段時間，往後的存活機率會比剛確診時所看到的數字更好 [5]。換句話說，剛確診時看到的那個數字，並不會一直套用在你身上。

那些統計數字，落後「現在的治療」好幾年

你查到的存活率，反映的是好幾年前確診、用當年藥物的人。而胰臟癌的全身性治療，這十幾年其實一直在往前走。以下用實證數字說明（請先讀下方跨試驗比較警語）。

可切除：術後輔助化療把存活推上來

PRODIGE-24 / CCTG PA.6 試驗（n=493）比較完整切除後，用 **mFOLFIRINOX** 與舊標準 gemcitabine 做輔助化療 [7][8]：

指標（5 年長期追蹤）	mFOLFIRINOX	gemcitabine
中位整體存活期（median OS）	53.5 個月	35.5 個月
5 年整體存活率	43.2%	31.4%
中位無病存活期（DFS）	21.4 個月	12.8 個月

風險比（hazard ratio, HR）為 0.68（95% 信賴區間 0.54–0.85），代表死亡風險明顯下降 [8]。對體能無法承受 mFOLFIRINOX 的人，gemcitabine 合併 capecitabine 仍優於單用 gemcitabine（ESPAC-4：中位整體存活期 28.0 vs 25.5 個月，長期更新 R0 切除者可達約 49.9 個月）[9][10]。

轉移性：第一線方案的進展

對已轉移的病人，第一線化療的目標是延長存活、控制症狀。近年數據：

方案（第一線轉移性）	中位整體存活期	中位無惡化存活期（PFS）	客觀反應率（ORR）	來源
NALIRIFOX（NAPOLI-3, n=770）	11.1 個月（95% CI 10.0–12.1）	7.4 個月	41.8%	[11]
nab-paclitaxel + gemcitabine（NAPOLI-3 對照組）	9.2 個月（95% CI 8.3–10.6）	5.6 個月	36.2%	[11]
FOLFIRINOX（跨試驗統合分析）	約 11 個月	約 6 個月	約 32%	[12] [13]

NALIRIFOX 相較 nab-paclitaxel + gemcitabine 的死亡風險比為 0.83（95% CI 0.70–0.99）[11]。一項貝氏網絡統合分析則顯示，NALIRIFOX 與 FOLFIRINOX 的整體存活並無統計上顯著差異（HR 0.95, 95% CI 0.68–1.33）——兩者中位整體存活都在 11 個月左右 [13]。

新興方向：KRAS 標靶（仍在試驗中）

約 9 成的胰臟腺癌帶有 KRAS 基因突變。針對 KRAS G12D 與泛 RAS（pan-RAS）的新藥目前仍在早期（第一／二期）臨床試驗階段、尚未核准，初步報告在部分病人觀察到活性訊號，但還沒有足夠把握的療效數據 [2]。它代表這個領域正在快速前進，對符合條件的病人，參加臨床試驗可能是一個選項——但現階段必須清楚理解它屬於研究中的治療。

跨試驗比較請務必小心

上面幾個表格來自不同的臨床試驗與統合分析，各自的病人族群、體能標準、治療線數、評估基準都不一樣，**數字不能直接相減比較**。它們的用途是說明「治療在進步」，不是用來排名「哪個藥比較強」。實際方案選擇必須依你的分期、體能、共病與基因檢測，由腫瘤內科個別評估。

適應症、禁忌症與副作用（治療層面的風險揭露）

雖然你還沒走到選藥這一步，但了解這些有助於之後和醫師討論：

- **適應症（誰適合）**：mFOLFIRINOX、NALIRIFOX 這類較強的組合，主要用於**體能良好（ECOG 0-1）、器官功能足夠**的病人；mFOLFIRINOX 用於可切除病人的術後輔助，NALIRIFOX / FOLFIRINOX / nab-paclitaxel + gemcitabine 用於第一線轉移性。
- **禁忌症（誰不適合或需調整）**：體能較差（ECOG ≥ 2 ）、肝腎功能不足、嚴重既有周邊神經病變（oxaliplatin 相關）、DPD 酵素缺乏（影響 5-FU 代謝）等，需改用較緩和的方案或減量。
- **嚴重（ \geq 第 3 級）副作用**：這類組合常見 \geq 第 3 級的中性球低下、腹瀉、噁心嘔吐、疲憊與周邊神經病變。NAPOLI-3 中，NALIRIFOX 的 \geq 第 3-4 級中性球低下（約 23.8%）與周邊神經病變（約 3.5%）比歷史上的 FOLFIRINOX（分別約 45.7%、9.0%）為低，可能與 oxaliplatin 累積劑量較低有關 [12]。
- **健保與費用**：台灣的給付範圍以最新公告為準，部分新方案或新適應症可能需自費或尚未納入給付，請與主治醫師確認。

在等切片的這段時間，你可以做的事

與其反覆查那個整體數字，不如把力氣放在這些**現在就能做、且會實際影響後續選項**的事：

確認分期影像是否完整

高品質的胰臟 CT 或 MRI、必要時加上內視鏡超音波（EUS）。分期與可切除性判讀清楚，後面的治療方向才談得上。

及早讓多專科團隊評估可切除性

胰臟癌的處置仰賴外科、腫瘤內科、放射科、病理科共同討論（MDT）。「能不能開刀」往往不是單一科別說了算。

顧好體能與營養

胰臟腫瘤常影響消化吸收。必要時補充胰臟酵素、控制血糖、維持體重與肌肉量——體能好，未來才撐得住手術或化療。

想要的話，尋求第二意見

對重大治療決定（尤其是能不能開刀），徵詢另一個有經驗的團隊意見是合理且常見的。

照顧情緒，找支持資源

害怕、失眠、「為什麼是我」都很正常。和家人、身心科或癌症支持團體談，跟做檢查一樣重要。

為什麼偏偏是我？

這個問題沒有讓人滿意的答案，但有一件事可以說清楚：**胰臟癌的發生，絕大多數不是任何人「做錯了什麼」的懲罰。**已知的風險因子（年齡增長、吸菸、慢性胰臟炎、肥胖與糖尿病、某些遺傳性基因變異、家族史）多半是機率與不可控的因素，而且很多病人根本找不到明確原因 [2] [3]。

把心力花在自責或反覆問「為什麼」，通常只會更累。你真正能影響的，是**接下來怎麼把分期做清楚、找對團隊、把身體與心理顧好**——這些才是會改變後續選項的事。想活下去，是非常正當的願望；而在還沒確診、還沒分期的此刻，事情遠比那個網路平均數字所暗示的更未定。



參考文獻

1. Rahib L, Coffin T, Kenner B. **Factors Driving Pancreatic Cancer Survival Rates.** *Pancreas.* 2025;54(6):e530-e536. doi:10.1097/MPA.0000000000002489
2. Stoop TF, Javed AA, Oba A, et al. **Pancreatic cancer.** *Lancet.* 2025;405(10485):1182-1202. doi:10.1016/S0140-6736(25)00261-2
3. Park W, Chawla A, O'Reilly EM. **Pancreatic Cancer: A Review.** *JAMA.* 2021;326(9):851-862. doi:10.1001/jama.2021.13027
4. Elshami M, Pawar OS, Winter JM, et al. **Cure probabilities of patients with pancreatic ductal adenocarcinoma in the United States: A SEER-based analysis.** *Surgery.* 2026. doi:10.1016/j.surg.2026.110223

5. Kang MJ, Ha J, Park HM, et al. **Conditional Relative Survival of Exocrine Pancreatic Cancer: A Population-Based Study.** *Ann Surg Oncol.* 2024;31(2):1178-1189. doi:10.1245/s10434-023-14594-x
6. Bengtsson A, Andersson R, Ansari D. **The actual 5-year survivors of pancreatic ductal adenocarcinoma based on real-world data.** *Sci Rep.* 2020;10(1):16425. doi:10.1038/s41598-020-73525-y
7. Conroy T, Hammel P, Hebbar M, et al. **FOLFIRINOX or Gemcitabine as Adjuvant Therapy for Pancreatic Cancer (PRODIGE 24/CCTG PA.6).** *N Engl J Med.* 2018;379(25):2395-2406. doi:10.1056/NEJMoa1809775
8. Conroy T, Castan F, Lopez A, et al. **Five-Year Outcomes of FOLFIRINOX vs Gemcitabine as Adjuvant Therapy for Pancreatic Cancer.** *JAMA Oncol.* 2022;8(11):1571-1578. doi:10.1001/jamaoncol.2022.3829
9. Neoptolemos JP, Palmer DH, Ghaneh P, et al. **Comparison of adjuvant gemcitabine and capecitabine with gemcitabine monotherapy in patients with resected pancreatic cancer (ESPAC-4): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial.** *Lancet.* 2017;389(10073):1011-1024. doi:10.1016/S0140-6736(16)32409-6
10. Palmer DH, Jackson R, Springfield C, et al. **Pancreatic Adenocarcinoma: Long-Term Outcomes of Adjuvant Therapy in the ESPAC4 Phase III Trial.** *J Clin Oncol.* 2025;43(10):1240-1253. doi:10.1200/JCO.24.01118
11. Wainberg ZA, Melisi D, Macarulla T, et al. **NALIRIFOX versus nab-paclitaxel and gemcitabine in treatment-naive patients with metastatic pancreatic ductal adenocarcinoma (NAPOLI 3): a randomised, open-label, phase 3 trial.** *Lancet.* 2023;402(10409):1272-1281. doi:10.1016/S0140-6736(23)01366-1
12. Nichetti F, Rota S, Ambrosini P, et al. **NALIRIFOX, FOLFIRINOX, and Gemcitabine With Nab-Paclitaxel as First-Line Chemotherapy for Metastatic Pancreatic Cancer.** *JAMA Netw Open.* 2024;7(1):e2350756. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.50756
13. Mastrantoni L, Chiaravalli M, Spring A, et al. **Comparison of first-line chemotherapy regimens in unresectable locally advanced or metastatic pancreatic cancer: a systematic review and Bayesian network meta-analysis.** *Lancet Oncol.* 2024;25(12):1655-1665. doi:10.1016/S1470-2045(24)00511-4

引用整理協力：OpenEvidence (Ask OpenEvidence Light, 2026/05/27 查詢)；文獻 metadata 來源 PubMed / Crossref。

SOURCE <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/pancreatic-cancer-survival-rate-truth-before-diagnosis/>

CITATION 林協霆. 胰臟癌存活率真的那麼低嗎？被告知「可能是胰臟癌」後，先別把那個數字套在自己身上. 林協霆·臨床筆記. 2026/05/27.

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。