

Version 1.2016

NCCN肿瘤学临床实践指南 (NCCN指南®)

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

消化系统肿瘤指南 总主译 孙 燕 召集人 季加孚

胰腺癌

Pancreatic Adenocarcinoma

2016年第1版

制订 / National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

主译 / 赵玉沛



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

NCCN 肿瘤学临床实践指南(NCCN 指南®)

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

消化系统肿瘤指南 总主译 孙 燕 召集人 季加孚

胰 腺 癌

Pancreatic Adenocarcinoma

2016 年第 1 版

NCCN.org

制订 / National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

主译 / 赵玉沛

执行主译 / 邢宝才

此 NCCN 肿瘤学临床实践指南(“NCCN Guidelines®”)胰腺癌指南 *Pancreatic Adenocarcinoma* (V. 1.2016. ©2016) 由美国国家综合癌症网络公司授权翻译。版权所有, 违者必究。NCCN 肿瘤学临床实践指南(“NCCN Guidelines®”)及其解释如没有 NCCN 的书面许可不得以任何目的和以任何形式被复制。查看最近的和完整版的 NCCN 指南, 可上网 NCCN.org。NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®, NCCN®, NCCN GUIDELINES® 和其他所有的 NCCN 内容等标志均为美国国家综合癌症网络公司版权所有。

To view the most recent and complete version of the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Pancreatic Adenocarcinoma, visit NCCN.org.



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

此 NCCN 肿瘤学临床实践指南(“NCCN Guidelines[®]”)胰腺癌指南 *Pancreatic Adenocarcinoma* (V. 1.2016. ©2016) 由美国国家综合癌症网络公司授权翻译。版权所有, 违者必究。NCCN 肿瘤学临床实践指南(“NCCN Guidelines[®]”)及其解释如没有 NCCN 的书面许可不得以任何目的和以任何形式被复制。查看最近的和完整版的 NCCN 指南, 可上网 NCCN.org。NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK[®]、NCCN[®]、NCCN GUIDELINES[®] 和其他所有的 NCCN 内容等标志均为美国国家综合癌症网络公司版权所有。

To view the most recent and complete version of the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines[®]) for Pancreatic Adenocarcinoma, visit NCCN.org.

图书在版编目 (CIP) 数据

NCCN 肿瘤学临床实践指南: NCCN 指南. 胰腺癌 / 美国国家综合癌症网络公司编著; 赵玉沛主译.
—北京: 人民卫生出版社, 2016

ISBN 978-7-117-22731-5

I. ① N… II. ① 美… ② 赵… III. ① 胰腺癌 - 诊断 - 指南 IV. ① R73-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 123359 号

人卫智网 www.ipmph.com 医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网 www.pmph.com 人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

图字: 01-2015-4467

NCCN 肿瘤学临床实践指南 (NCCN 指南[®])

胰腺癌

主 译: 赵玉沛	经 销: 新华书店
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)	开 本: 787 × 1092 1/16
地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号	印 张: 9
邮 编: 100021	字 数: 216 千字
E - mail: pmph@pmph.com	版 次: 2017 年 3 月第 1 版 2017 年 3 月第 1 版第 1 次印刷
购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830	标准书号: ISBN 978-7-117-22731-5/R · 22732
印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司	定 价: 98.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

NCCN 指南 2016 年第 1 版胰腺癌

制订 /National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

主译 / 赵玉沛 北京协和医院

执行主译 / 邢宝才 北京大学肿瘤医院

审校专家组(按姓氏笔画排序)

白春梅 杨爱明 张太平 张福泉 陈 杰 赵玉沛 梁志勇 程月娟 蔺 晨 薛华丹

单位 北京协和医院

NCCN 肿瘤学临床实践指南(NCCN 指南®)

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

总主译 孙 燕

学术委员会

资深学术委员(按姓氏汉语拼音排序)

曹雪涛 曹泽毅 樊代明 管忠震 郭应禄 韩德民 郝希山 何友兼 赫 捷 郎景和 李维廉 廖美琳
陆道培 沈镇宙 宋三泰 孙颖浩 汤钊猷 万德森 王 辰 王瑞林 赵玉沛 郑 树

主任委员 孙 燕

副主任委员 吴一龙 季加孚

委员(按姓氏汉语拼音排序)

巴 一	白玉贤	步召德	蔡建强	蔡三军	陈 嘉	陈佳艺	崔 恒	狄 文	樊 嘉	丰有吉	高 黎
高雨农	高子芬	顾 晋	郭 军	郭丽娜	郭 伟	郭小毛	韩宝惠	郝纯毅	郝 权	何小慧	何志嵩
胡超苏	胡国清	黄 镜	黄翼然	嵇庆海	季加孚	冀 明	江泽飞	蒋国梁	焦顺昌	孔北华	郎锦义
李甘地	李惠平	李 进	李 凯	李 鸣	李晔雄	李子庭	林 锋	林汉良	林素暇	林桐榆	林仲秋
刘冬耕	刘尚梅	刘 霆	刘艳辉	刘云鹏	卢泰祥	陆 舜	罗荣城	马 丁	马建辉	马 军	孟凡义
那彦群	倪 鑫	欧阳学农	潘建基	朴炳奎	秦叔逵	邱录贵	任 军	邵永孚	邵志敏	沈 铿	沈坤炜
沈 琳	沈 悌	沈志祥	盛修贵	师英强	石远凯	宋 磊	孙 强	唐平章	陶 敏	佟仲生	汪建平
王华庆	王 洁	王金万	王绿化	王雅杰	王子平	魏丽惠	吴令英	吴 鸣	吴 强	吴小华	吴一龙
向 阳	谢晓冬	谢 幸	邢宝才	徐兵河	徐国镇	徐建明	徐瑞华	杨 跃	叶定伟	叶章群	于世英
余子豪	张保宁	张福泉	张 力	张沂平	章 真	赵永强	支修益	周爱萍	周彩存	周道斌	周芳坚
周立强	周清华	周志祥	朱 军	朱雄增	朱正纲						

NCCN 肿瘤学临床实践指南(NCCN 指南®)

——消化系统肿瘤

总主译 孙 燕

召集人 季加孚

主译专家组成员(按姓氏汉语拼音排序)

巴 一 步召德 蔡建强 蔡三军 樊 嘉 郝纯毅 赫 捷 黄 镜 季加孚 李 进 李晔雄 秦叔逵
沈 琳 万德森 汪建平 邢宝才 徐瑞华 杨 跃 章 真 赵玉沛

秘书 步召德



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN 肿瘤学临床实践指南(NCCN 指南®)

胰 腺 癌

Pancreatic Adenocarcinoma

2016 年第 1 版

NCCN.org

此 NCCN 肿瘤学临床实践指南(“NCCN Guidelines®”)胰腺癌指南 *Pancreatic Adenocarcinoma* (V. 1.2016, ©2016) 由美国国家综合癌症网络公司授权翻译。版权所有,违者必究。NCCN 肿瘤学临床实践指南(“NCCN Guidelines®”)及其解释如没有 NCCN 的书面许可不得以任何目的和以任何形式被复制。查看最近的和完整版的 NCCN 指南,可上网 NCCN.org。NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®, NCCN®, NCCN GUIDELINES® 和其他所有的 NCCN 内容等标志均为美国国家综合癌症网络公司版权所有。

To view the most recent and complete version of the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Pancreatic Adenocarcinoma, visit NCCN.org.

继续

*Margaret A. Tempero, MD/Chair ††
UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center

Mokenge P. Malafa, MD/Vice Chair ¶
Moffitt Cancer Center

Mahmoud Al-Hawary, MD ~
University of Michigan
Comprehensive Cancer Center

Horacio Asbun, MD ¶
Mayo Clinic Cancer Center

Stephen W. Behrman, MD ¶
The University of Tennessee
Health Science Center

Al B. Benson III, MD †
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University

Jordan D. Berlin, MD †
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Charles Cha, MD ¶
Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital

E. Gabriela Chiorean, MD †
Fred Hutchinson Cancer Research Center/
Seattle Cancer Care Alliance

Vincent Chung, MD †
City of Hope Comprehensive Cancer Center

Steven J. Cohen, MD †
Fox Chase Cancer Center

Brian Czito, MD §
Duke Cancer Institute

Mary Dillhoff, MD ¶
The Ohio State University Comprehensive
Cancer Center - James Cancer Hospital
and Solove Research Institute

Mary Feng, MD §
University of Michigan
Comprehensive Cancer Center

Cristina R. Ferrone, MD ¶
Massachusetts General Hospital Cancer Center

Jeffrey Hardacre, MD ¶
Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center and
Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

William G. Hawkins, MD ¶
Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine

Joseph Herman, MD, MSc §
The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins

John P. Hoffman, MD ¶
Fox Chase Cancer Center

Andrew H. Ko, MD †
UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center

Srinadh Komanduri, MD □ ~
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University

Albert Koong, MD, PhD §
Stanford Cancer Institute

Andrew M. Lowy, MD ¶
UC San Diego Moores Cancer Center

Wen Wee Ma, MD ††
Roswell Park Cancer Institute

Cassadie Moravek ¥
Pancreatic Cancer Action Network

Sean J. Mulvihill, MD ¶
Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah

Eric K. Nakakura, MD ¶
UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center

Eileen M. O'Reilly, MD † ‡
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Jorge Obando, MD □
Duke Cancer Institute

Sushanth Reddy, MD ¶
University of Alabama at Birmingham
Comprehensive Cancer Center

Sarah Thayer, MD ¶
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Colin D. Weekes, MD, PhD †
University of Colorado Cancer Center

Robert A. Wolff, MD □ †
The University of Texas
MD Anderson Cancer Center

Brian M. Wolpin, MD, MPH †
Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center

NCCN
Jennifer Burns
Susan Darlow, PhD

□ 胃肠科	¶ 外科 / 肿瘤外科
§ 放疗 / 肿瘤放射科	† 肿瘤内科
‡ 血液科 / 血液肿瘤科	‡ 内科
~ 介入放射科	≠ 病理科
¥ 患者教育	* 编写委员会成员

继续

NCCN 胰腺癌专家组成员

指南更新概要

简介

临床疑似胰腺癌或发现胰和(或)胆管扩张的证据(PANC-1)

体格检查和影像学检查未见远处转移(PANC-2)

肿瘤可切除,检查,治疗(PANC-3)

肿瘤可能切除,无远处转移(PANC-4)

术后辅助治疗(PANC-6)

局部晚期,不可切除(PANC-7)

转移性胰腺癌(PANC-9)

切除后复发(PANC-10)

诊断、影像及分期原则(PANC-A)

• 胰腺癌影像学报告模板(PANC-A, 5/8)

肿瘤可切除性的判定标准(PANC-B)

手术切除的原则(PANC-C)

病理分析:标本定位、组织切片和报告(PANC-D)

姑息和支持治疗的原则(PANC-E)

放射治疗原则(PANC-F)

化疗原则(PANC-G)

美国癌症联合委员会(AJCC)胰腺癌 TNM 分期(2010)(ST-1)

临床试验:NCCN认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理,因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。

NCCN 成员机构的临床试验可查询:http://www.nccn.org/clinical_trials/physician.html

NCCN 对证据和共识的分类:除非特别指出,NCCN对所有建议均达成 2A 类共识。见 NCCN 对证据和共识的分类

《NCCN患者指南®》可在 www.nccn.org/patients 获得

NCCN 指南是作者根据他们对目前已经接受的治疗方法的看法做出的证据和共识的陈述。任何临床医师欲参考或应用该指南应该按照具体的临床情况做出独立的医疗判断,以决定患者需要的管理和治疗。NCCN 对该指南内容的使用或应用不发表任何陈述或保证,并且不承担使用或应用后的任何责任。该指南版权为 NCCN 所有,未经 NCCN 书面允许,该指南和解释部分不能以任何形式复制。©2016.

2016 年第 1 版与 2015 年第 2 版相比,更新内容主要包括:

PANC-1

- 在“家族史”增加脚注:“一旦诊断胰腺癌,对于年轻或具有肿瘤家族史的患者应考虑遗传学咨询。”
- “胸部影像学检查”更改为“胸部 CT (推荐)或胸片。”

PANC-3

- 脚注“i”修改为:“对于明确可切除和不伴有预后不良因素的患者,新辅助治疗只推荐用于临床研究。对于伴有不良预后因素的患者(例如,CA19-9 水平很高、肿瘤体积大、区域淋巴结肿大、过度体重减轻或极度疼痛),可以考虑新辅助治疗,需要活检证实为胰腺癌(见 PANC-4)。可接受的方案包括 FOLFIRINOX 或健择+白蛋白结合型紫杉醇³。有时包括序贯化放疗。大多数 NCCN 机构倾向于在高水平的医疗中心采用新辅助治疗。”对于技术上可切除但伴有预后不良因素的患者(例如,CA19-9 水平很高、肿瘤体积大、区域淋巴结肿大、过度体重减轻或极度疼痛),应该考虑新辅助治疗(推荐临床试验),这需要活检证实为胰腺癌(见 PANC-4)。对于存在胆管梗阻的患者,持续胆道减压。

PANC-4

- 初始治疗中加入“基线 CA19-9”,并且新辅助治疗后加入“治疗后 C19-9”。
- 新辅助治疗后,第一点已经被修改并且分为两个部分:“胰腺 CT 或

MRI (腹部和盆腔);并且,胸部影像检查-CT (首选)或 X 线。”

- 如果手术无法切除,梗阻性黄疸患者治疗方案已经修改:金属支架或胆道旁路手术 ± 胃空肠吻合术……”

PANC-5

- 已经删除对于之前“肿瘤可能切除,计划手术切除”的流程图。
- 已经添加“肿瘤可能切除,无远处转移,肿瘤无法确认”的流程图。

PANC-6

- 备选辅助治疗的选择已经修改:“化放疗前和后……进行吉西他滨或 5-FU/ 亚叶酸钙或持续输注 5-FU 的全身化疗”。
- 前 2 年监测结束后,“每年”检查一次的频率修改为“每 6~12 个月。”
- 以下内容增加至脚注“o”:“辅助化疗方案选择取决于患者对新辅助治疗的反应和其他临床考虑。”

PANC-8

- 二线治疗选择方案被拆分为两部分“之前接受过基于吉西他滨的治疗”或“之前接受过基于氟尿嘧啶的治疗。”(亦见于 PANC-9)
- 增加脚注“v”:“FOLFIRINOX 仅限于 ECOG 0-1 的患者,吉西他滨+白蛋白结合型紫杉醇限于 KPS ≥ 70 的患者。”(亦见于 PANC-9)

PANC-9

- 转移性胰腺癌患者既往接受吉西他滨治疗的情况下增加二线治疗方案:“5-FU+ 亚叶酸钙+伊立替康脂质体 1 类。”(亦见于 PANC-G, 1/3)

[转下页](#)

注:除非特别指出,NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

临床试验:NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理,因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。

2016 年 v1.2016 版与 v2.2015 版相比,更新内容主要包括:

PANC-A

- 增加以下参考文献: **Al-Hawary MM, Francis IR, Chari ST, et al. Pancreatic ductal adenocarcinoma radiology reporting template: consensus statement of the Society of Abdominal Radiology and the American Pancreatic Association. Radiology 2014 Jan; 270(1):248-260.** (亦见于 PANC-B)。

PANC-A (2/8)

- 以下内容增加至 #8: “腹腔镜分期时可以采用术中超声用于诊断。”
- 增加 #10: “对于局部进展期 / 存在转移的情况, 专家组推荐 CT (常规单一门静脉期或如果仍计划手术应采用专门的胰腺扫描方案) 或在已知病变部位进行 MRI 检查, 以期明确可能的治疗获益。现已发现, 有些患者在影像学无客观证据证明疾病进展情况下, 临床可能最终被证实存在疾病进展。”

PANC-A (5/8)

- 增加了胰腺癌影像学报告模板, 模板来源为:
 - ▶ **Al-Hawary MM, Francis IR, Chari ST, et al. Pancreatic ductal adenocarcinoma radiology reporting template: consensus statement of the Society of Abdominal Radiology and the American Pancreatic Association. Radiology 2014 Jan; 270(1):248-260.**

PANC-C

- 胰体尾切除术, 以下内容已经删除:
 - “根治性手术, 增加术中出血、输血、手术时间、住院时间和并发症, 但是并发症 / 死亡率仍旧可接受。”

注: 除非特别指出, NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

临床试验: NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理, 因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。

PANC-D (2/4)

- 组织切片, 最后一项内容已经修改:
 - “考虑术中对胰颈断端和胆管断端进行冷冻病理切片。”

PANC-E

- 第 3 点已经修改: 对固定时间给予镇痛处理无反应的严重肿瘤相关腹痛, 或如果患者接受镇痛治疗后出现未预见的不良反应 (见 NCCN 指南成人癌性疼痛)。”
- 脚注 “c” 增加: “一项随机临床研究预防性应用低分子肝素可以降低 VTE 但是对生存并无影响。 (Pelzer U, Opitz B, Deutschinoff G, et al. Efficacy of prophylactic low-molecular weight heparin for ambulatory patients with advanced pancreatic cancer: Outcomes from the CONKO-004 trial. J Clin Oncol 2015;33:2028-2034.)”

PANC-F (2/6)

- 以下辅助治疗方案已经被删除: “初始氟尿嘧啶类 (CI 5-FU 或卡培他滨) 或吉西他滨为基础的化放疗, 随后给予 5-FU 或吉西他滨维持化疗。”
- 脚注 “b” 增加: “辅助治疗方案仅适用于未接受术前新辅助化疗患者。对于接受新辅助化疗的患者, 应根据其治疗评效或其他因素进行考量。”

PANC-G (1/3)

- 吉西他滨 + 顺铂 (尤其适用于可能为遗传性肿瘤 DNA 突变的患者用于代替 FOLFIRINOX 方案)

PANC-G (2/3)

- 增加以下点: “辅助治疗方案仅适用于未接受术前新辅助化疗患者。对于接受新辅助化疗的患者, 应根据其治疗评效或其他因素进行考量。”

简 介

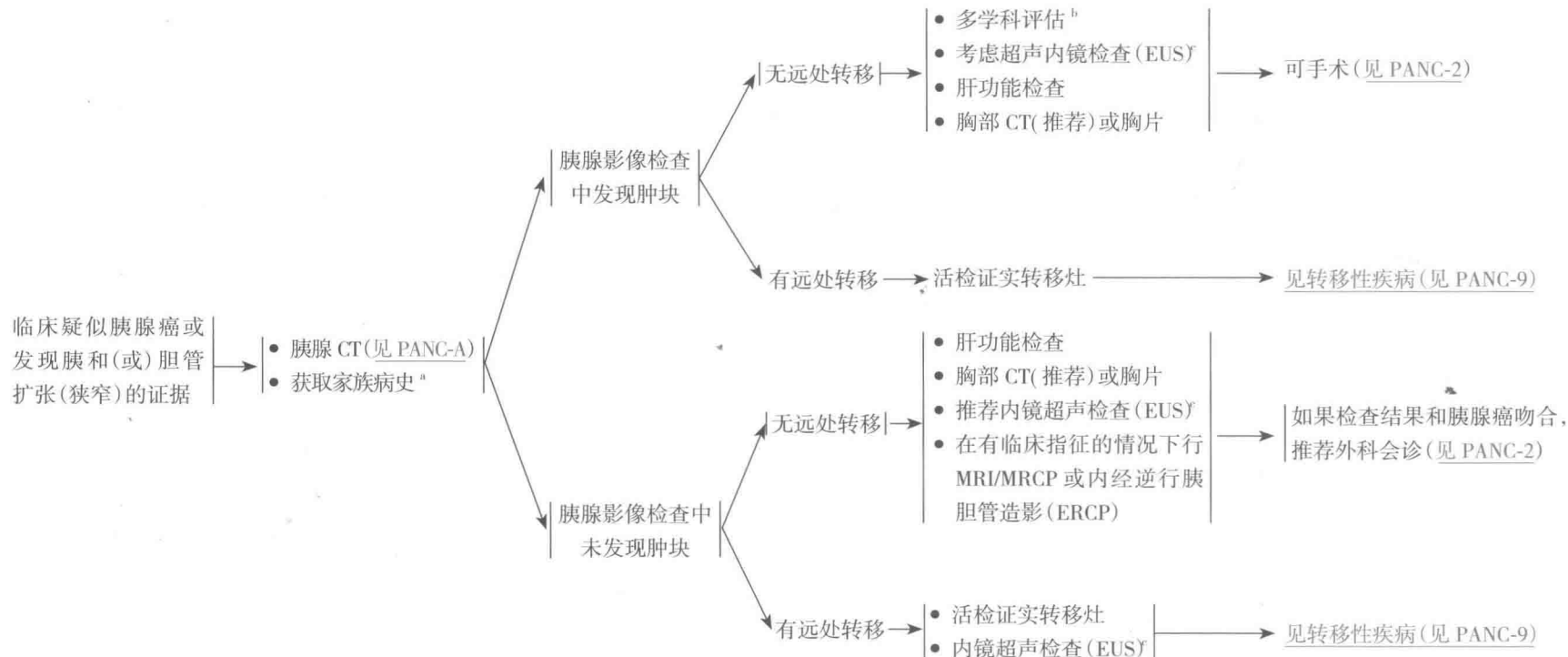
诊疗决策和可切除性评估应在高水平的医疗中心及恰当的影像检查基础上由多学科讨论得出

注:除非特别指出,NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

临床试验:NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理,因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。

临床表现

检查



^a 一旦诊断胰腺癌,对于年轻或具有肿瘤家族史的患者应考虑遗传学咨询。

^b 理想情况下,多学科评估应包括诊断影像、介入内镜、肿瘤内科、放射肿瘤科、外科和病理科的专业评估。

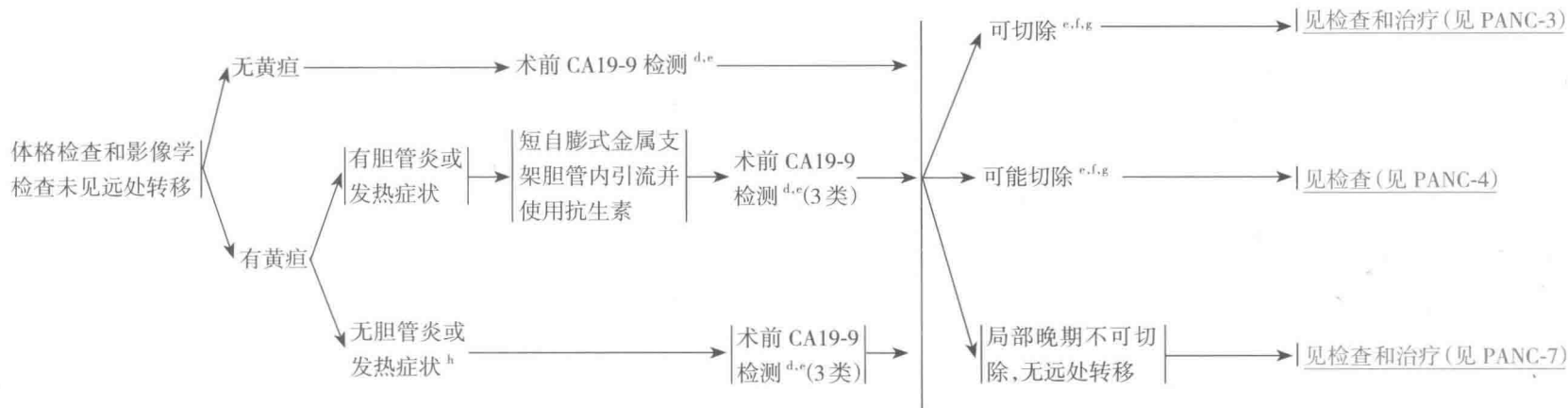
^c 内镜超声引导下细针穿刺活检应在有临床指征的情况下进行

注:除非特别指出,NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

临床试验:NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理,因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。

临床表现

检查



^d CA19-9 水平升高并不一定代表癌症或疾病晚期。CA19-9 水平可因胆道感染 (胆管炎)、炎症、梗阻、良性或恶性肿瘤而升高。此外, 在 Lewis 抗原阴性患者中, CA19-9 可能无法检出。(见讨论)

^e 见诊断和分期原则 (PANC-A)

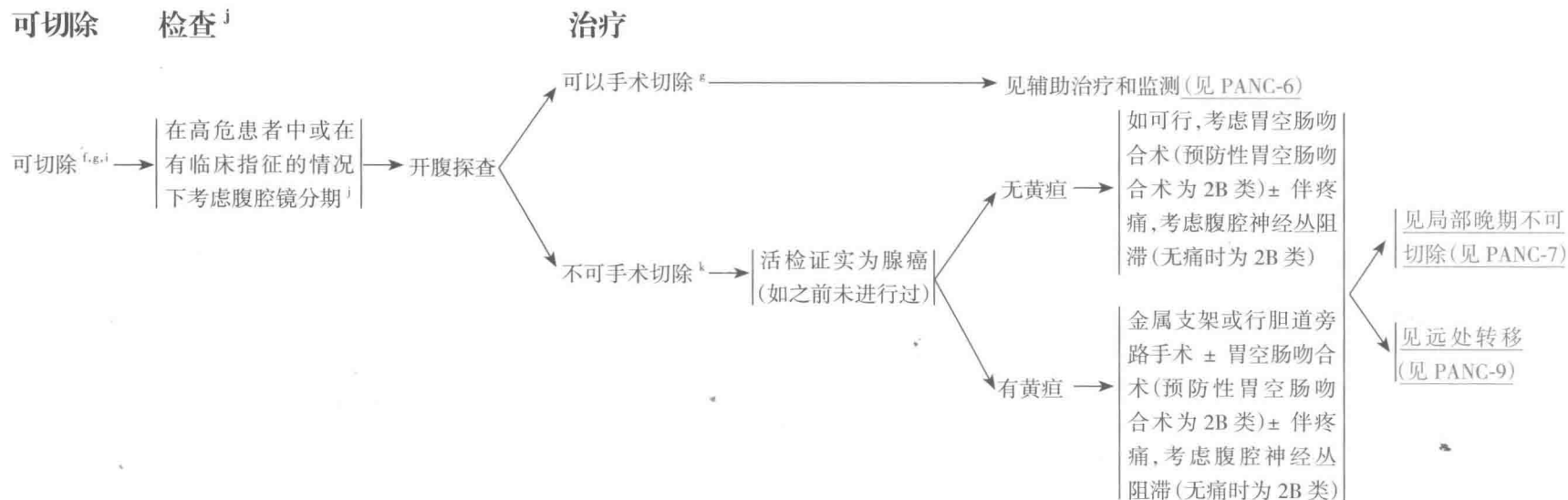
^f 见肿瘤可切除的判定标准 (PANC-B)

^g 见外科技术原则 (PANC-C) 和病理分析: 标本取样, 组织切片和报告 (PANC-D)

^h 有某些合并症或手术可能延迟的患者在有临床指征的情况下可放置自膨式金属支架 (见讨论)

注: 除非特别指出, NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

临床试验: NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理, 因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。



^f 见肿瘤可切除的判定标准 (PANC-B)

^g 见外科技术原则 (PANC-C) 和病理分析: 标本取样, 组织切片和报告 (PANC-D)

ⁱ 对于明确可切除和不伴有预后不良因素的患者, 新辅助治疗只推荐用于临床研究。对于伴有不良预后因素的患者 (例如, CA19-9 水平很高、肿瘤体积大、区域淋巴结肿大、过度体重减轻或极度疼痛), 可以考虑新辅助治疗, 需要活检证实为胰腺癌 (见 PANC-4)。可接受的方案包括 FOLFIRINOX 或健择 + 白蛋白结合型紫杉醇。有时包括序贯化放疗。大多数 NCCN 机构倾向于在高水平的医疗中心采用新辅助治疗。

^j 见诊断、影像和分期原则 #8 (PANC-A)

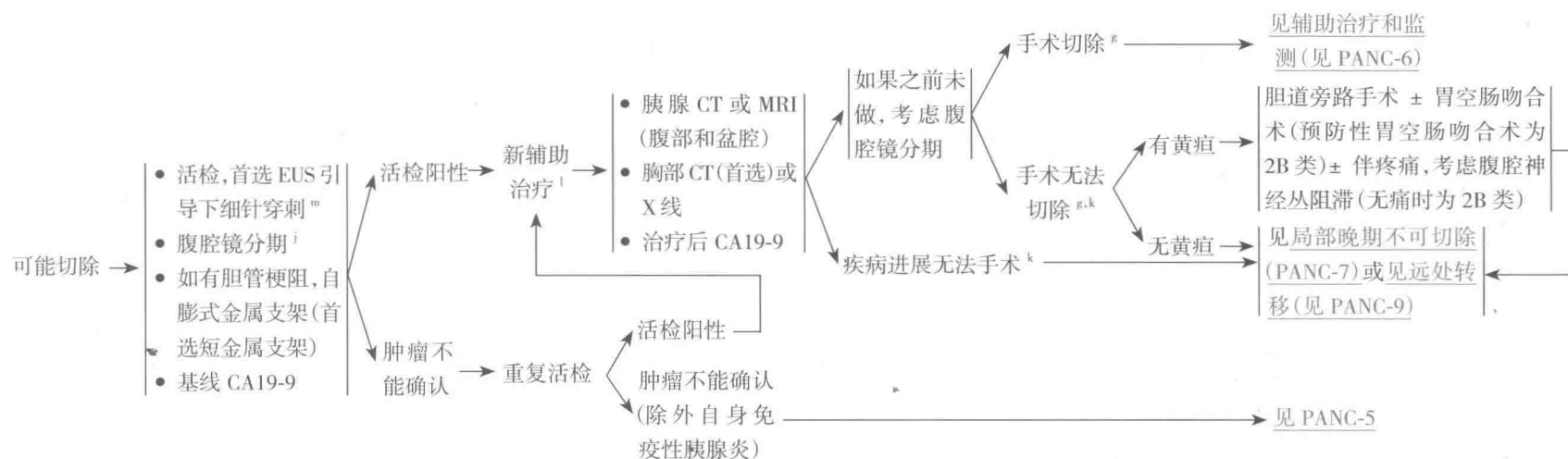
^k 见姑息和支持治疗原则 (PANC-E)

注: 除非特别指出, NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

临床试验: NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理, 因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。

肿瘤可能切除^{e,f} 无远处转移

检查



^e 见诊断和分期原则 (PANC-A)

^f 见肿瘤可切除的判定标准 (PANC-B)

^g 见外科技术原则 (PANC-C) 和病理分析: 标本取样, 组织切片和报告 (PANC-D)

^j 见诊断、影像和分期原则 #8 (PANC-A)

^k 见姑息和支持治疗原则 (PANC-E)

^l 仅有有限的证据支持推荐研究之外的特殊的新辅助治疗方案, 并因为化疗和化放疗的使用而改变。可接受的方案包括 FOLFIRINOX 或吉西他滨 + 白蛋白结合型紫杉醇 (见 PANC-G)。有时包括后续的化放疗 (见 PANC-F)。大多数 NCCN 机构倾向于在高水平的医疗中心采用新辅助治疗。不推荐施行出现切缘阳性可能性高的手术。

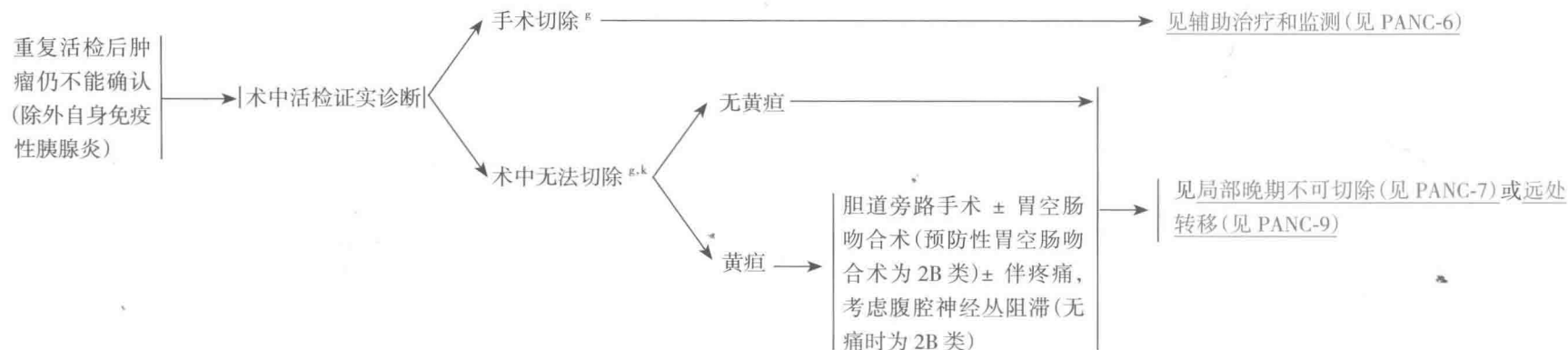
^m 见诊断、影像和分期原则 #1 和 #7 (PANC-A)

注: 除非特别指出, NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

临床试验: NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理, 因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。

肿瘤可能切除^f 无远处转移, 肿瘤无法确认

治疗



^f 见肿瘤可切除的判定标准 (PANC-B)

^g 见外科技术原则 (PANC-C) 和病理分析: 标本取样, 组织切片和报告 (PANC-D)

^k 见姑息和支持治疗原则 (PANC-E)

注: 除非特别指出, NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

临床试验: NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理, 因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。