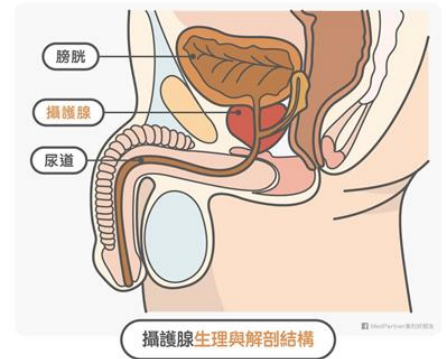


## “中度風險”攝護腺癌的治療選擇

## 前言

當醫師診斷您有“中度風險之攝護腺癌”的問題時，代表您現在需要思考是否需要積極治療以達到治癒及最好的疾病控制之目標。本表單將幫助您瞭解病因及有哪些治療選擇，請跟著我們的步驟，一步步探索自己的需求及在意的事情，希望能幫助您思考適合自己的選擇。



## 適用對象 / 適用狀況

符合“中度風險之攝護腺癌”條件如下，腫瘤侷限在攝護腺兩側(T2b-T2c)或病理組織分化為7分或血液檢查癌指數(PSA)值為10~20 ng/ml。中度風險族再細分為“較好”及“較差”的預後族群，假設組織切片檢查中惡性腫瘤切片數佔超過50%或病理組織的葛林森分級為4+3時，被歸類為預後“較差”的中度風險族群。

## 疾病或健康議題簡介

攝護腺癌通常沒症狀，因此患者多半「無感」，當腫瘤逐漸侵犯尿道、膀胱頸時，則會發生解尿不順的症狀，會一直有尿意感，尿液排空不易，嚴重者可能出現血尿、尿失禁等。即便有些症狀已經出現，臨床上往往與(良性)攝護腺肥大症狀相似，因此需要加以鑑別。據統計，台灣每年新診斷之攝護腺癌案例，約四分之三為早期及中期攝護腺癌，四分之一為晚期。依照衛生福利部2015年的報告，攝護腺癌為男性癌中排名第5位，死亡率的排名於男性為第7位。

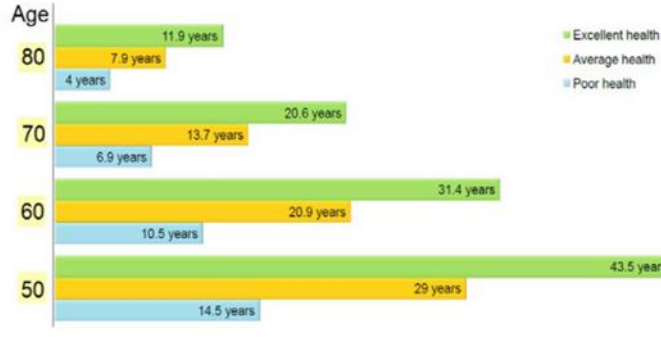
為何您的醫師會建議您做積極治療(攝護腺根除手術或放射線治療合併荷爾蒙治療)？

首先我們要了解，當一位“中度風險”病患的預期壽命超過十年時，在有生之年有可能因為攝護腺癌進展惡化並導致死亡。研究證據告訴我們，接受根除性攝護腺切除手術族群或放射線治療合併荷爾蒙或積極監控組之十年癌症專一性存活率皆超過90% (只要適時介入治療，十年內純粹因癌症死亡率少於10%)，但僅做觀察的組別存活率少於85%。積極治療的組別十年後，抽血發現復發的機會約三分之一，但只有做觀察不做任何治療的組別其復發及死亡率為積極治療組的兩倍。對於健康狀況良好且預期壽命較長的病患來說，接受積極治療有一定的好處；相對的如果病患預期壽命少於十年或有多項慢性疾病，其治療的好處就不明顯，因此我們可以考慮是否需要保守治療。

我們如何推算自己的餘命？

依照2015年內政部的資料，國人男性大約在75歲時餘命少於10歲。當然每個人之間健康狀況差異大，即便一樣的70歲，壽命差距頗大。

年齡 (歲)	男性平均餘命				
	40歲	50歲	60歲	70歲	80歲
2016 年	38.47	29.78	21.79	14.48	8.63
資料來源：內政部統計處。					



**醫療選項簡介**

**根除性攝護腺切除術的介紹**

手術是切除攝護腺及儲精囊，再將膀胱及尿道縫合(吻合)，手術失血量平均為100~500 西西，因此屬於高侵入式治療。機械人手臂手術，有手術視野放大，流血較少等優勢，但健保不給付，須自費約22-25萬。

**放射線治療的介紹**

(即俗稱放療或電療)：以體外放射線治療為主，病人不用住院，但需連續8-9週(週一至週五)到醫院治療，每次約15分鐘。

**荷爾蒙治療的介紹**

攝護腺癌細胞的生長與轉移，需要男性荷爾蒙(睪固酮)的刺激。使用皮下注射及口服藥物來抑制男性荷爾蒙合成及阻斷男性荷爾蒙作用，促使癌細胞死亡。荷爾蒙治療不是根治性治療，但它會讓血液中癌症指數(PSA)下降，並壓抑癌細胞生長。

**積極監控的介紹**

即暫時不治療，但積極地追蹤病情變化。在監控期間病人無須接受任何治療。若定期抽血發現PSA上升，或再次切片顯示癌細胞惡化，才須轉而進行積極治療(如根除手術與放射線治療等)。

**追蹤觀察的介紹** 一直不治療，直到出現轉移或有症狀，再開始荷爾蒙治療，或做一些簡單手術，解決症狀。

您目前比較想要選擇的方式是：

- 攝護腺根除手術
- 放射線治療合併荷爾蒙治療
- 積極監控
- 追蹤觀察
- 目前還不清楚

目前的病情摘要

年齡	第幾期	共病	分化

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

步驟一、選項的比較

選項 考量	攝護腺根除手術	放射線治療+/-荷爾蒙治療	積極監控	追蹤觀察
建議對象	有機會治癒 年紀較輕	有機會治癒 不適合手術或麻醉者 預期壽命<10年及身體狀況差	年紀大，癌細胞分化良好(3+4及腫瘤量少)，預期病人終其一生，癌細胞不會致命者。國外大約15%的中度風險族群採用積極監控	年紀較老，身體狀況不佳，慢性病多
要做的事	手術約 3-8 小時，住院約一周；傷口照護需要 7-10 天，視傷口及尿道吻合處癒合狀況，決定放置尿管及引流管路的時間	連續八周，門診放射線治療 除 8-9 周之連續放射線治療外需要每月回診注射荷爾蒙藥物	“暫”不做治療 定期追蹤檢查(如抽血 PSA、肛門指診、核磁共振檢查及攝護腺切片檢查)	持續追蹤“觀察”
優點	十年內癌症造成的死亡率 1.8% <sup>10</sup> ~6.5% <sup>11,13</sup> 整體存活率(十年)最高約 85.8% <sup>1</sup> ~88.9% <sup>10</sup>	十年內癌症造成的死亡率 2.3% <sup>10</sup> ~ 8% <sup>11,13</sup> 整體存活率(十年) 49.8 <sup>1</sup> ~81.7% <sup>10</sup>	十年內癌症造成的死亡率約 5% <sup>14</sup> 保有隨時接受積極治療的特性，就算中途需要改成積極治療，十年整體存活率約	避免任何檢查及治療造成的傷害。

			82.5% <sup>2</sup>	
缺點/副作用	1. 尿失禁 (2%~10%)。 2. 勃起功能障 (20%~90%)。 3. 尿道直腸損傷造成瘻管(1%)	1. 尿失禁: (0%~10%) 2. 勃起功能障:若合併荷爾蒙治療, 機率達 90%以上。 3. 直腸損傷( 5%~12%)。 4. 沒有攝護腺根除, 只根據切片之病理分化判斷, 40%病患疾病可能被低估。 5. 荷爾蒙造成的副作用 (例如: 疲累, 性慾減低, 性功能障礙, 熱潮紅, 骨質疏鬆, 貧血, 肌肉量減少, 體重增加, 疲累, 膽固醇增加, 血糖上升或憂鬱)	1. 需要定期做攝護腺切片檢查。 2. 追蹤過程 40% 癌症惡化, 需接受積極治療。 3. 沒有攝護腺根除, 只根據切片之病理分化判斷, 40%病患疾病可能被低估。	癌症存活率及復發率都比較差 十年內癌症造成的死亡率 13% <sup>10</sup> ~15% <sup>12</sup>
癌症復發率比較(十年)	約 1/3(血液中發現異常) <sup>5</sup>	約 1/3 (血液中發現異常) <sup>6</sup>	前 4 年內發現有 35%疾病惡化需要接受積極治療 <sup>8</sup> 十年有約 40%疾病惡化 <sup>9</sup>	癌症相關死亡率為治療組的兩倍 <sup>3</sup> 比手術增加 19.9% 癌症轉移風險。
費用	健保+自費 6-25 萬元	健保 如需影像引導需自費 4-5 萬	健保	健保

**步驟二、休息一下，想一下您對選擇醫療方式的考量因素有那些？**

請圈選下列考量項目，0 分代表您完全不在意，5 分代表您非常在意

考量項目	完全 在意程度 非常 不在意 → 在意						備註：如果您非常在意這件事，建議您可以考慮選擇的方案
想要有最好的癌症控制	0	1	2	3	4	5	攝護腺根除性手術或放射線治療合併荷爾蒙治療

身體狀況良好，希望接受積極治療	0	1	2	3	4	5	攝護腺根除性手術或放射線治療合併荷爾蒙治療
對麻醉或手術風險非常在意(嚴重心肺或凝血異常)但仍想要治療	0	1	2	3	4	5	放射線治療或積極監控
暫時不想做積極治療，想要用追蹤的方式，一旦有惡化跡象立即治療	0	1	2	3	4	5	積極監控
因身體狀況不佳，不想接受任何侵入性治療及檢查	0	1	2	3	4	5	追蹤觀察

**步驟三、休息一下，確認對於上面提供的資訊，您是否已經了解呢？**

- 接受攝護腺根除手術或放射線合併荷爾蒙治療，能有效降低癌症的死亡率。  
對 不對 不確定
- 接受攝護腺根除手術或放射線治療或積極監測，長期(十年)癌症相關存活率約多少？  
 >90%  60%  30%
- 是否了解攝護腺根除手術之併發症，如尿失禁、性功能障礙及死亡風險。  
了解 不了解
- 接受積極監控，十年內約有多少會有惡化且需要接受治療？  
 90%  60%  >30%
- 年紀較老，身體狀況不佳，慢性病多的病人，適合接受追蹤觀察？  
對 不對 不確定

**步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？**

- 我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：(下列擇一)
- 攝護腺根除手術
  - 放射線治療合併荷爾蒙治療
  - 積極監控
  - 追蹤觀察
  - 目前還無法做決定
  - 不進行任何治療，原因：\_\_\_\_\_
- 
- 我目前還無法決定
- 我想要再與我的主治醫師討論我的決定。
  - 我想要再與其他人(包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者...)討論我的決定。
  - 對於以上治療方式，我想要再瞭解更多，我的問題有：

**瞭解更多資訊及資源：**

1. 台灣楓城泌尿學會 • <https://www.tmua.org.tw/index2.php>
2. NCCN 攝護腺癌治療指引 •  
[http://www.nhri.org.tw/NHRI\\_ADM/userfiles/file/tcog/2010prostatepg.pdf](http://www.nhri.org.tw/NHRI_ADM/userfiles/file/tcog/2010prostatepg.pdf)

**參考文獻**

1. Clinical Genitourinary Cancer, Vol. 16, No. 1, e39-46
2. N Engl J Med 2016;375:1415-1424.
3. NEJM 2014; 370(10): 932-42.
4. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2009 Sep 1;75(1):16-22.3
5. J Urol. 2008 Apr;179(4):1354-60; discussion 1360-1. Epub 2008 Mar
6. Nabid A, Carrier N, Vigneault E, et al: Place of short-term androgen deprivation therapy in intermediate-risk prostate cancer treated with radiotherapy: A phase III trial. 2015 Genitourinary Cancers Symposium. Abstract 5. Presented February 26, 2015.
7. BJU Int. 2017 Apr; 119(4): 560–566.
8. J Clin Oncol. 2011 Jan 10; 29(2): 228–234.
9. Journal of Clinical Oncology 33(3) • December 2014
10. J Urol 2012;187:1259
11. J Urol 2007;177: 932-936
12. N Eng J Med 2005; 352:1977
13. Journal of the National Cancer Institute. 2010; 102(13):950–8. [PubMed: 20562373]
14. Yamamoto T, Musunuru B, Vesprini D, Zhang L, Ghanem G, Loblaw A, et al. Metastatic Prostate Cancer in Men Initially Treated with Active Surveillance. The Journal of urology. 2015

出版日期/更新日期：107 年 11 月 30 日

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的主治醫師討論。