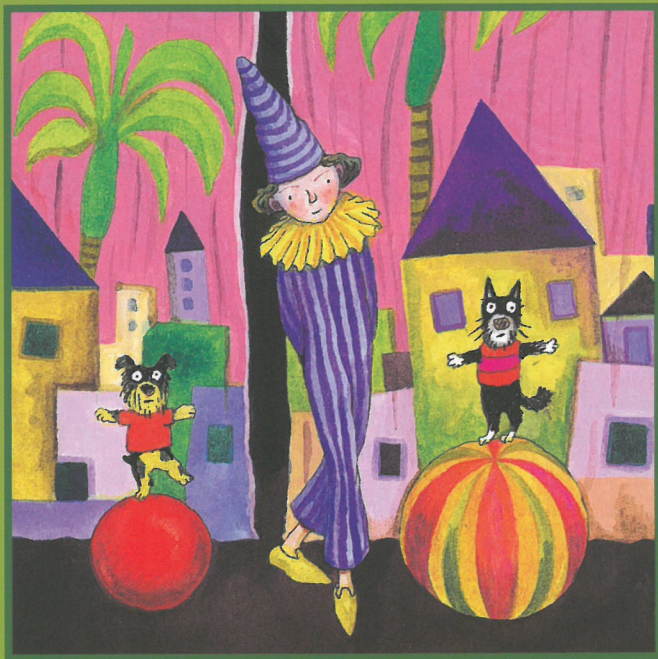


希望之路

面對攝護腺癌



財團法人癌症希望基金會

發行單位：財團法人癌症希望基金會

法律顧問：莊國偉

審稿顧問：吳俊德

執行編輯：癌症希望基金會編輯群

美術製作：美果有限公司

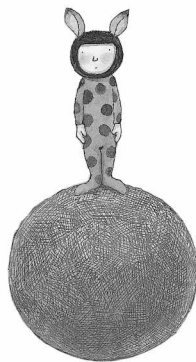
印刷：品鋒印刷有限公司

發行年月：2020年9月 十三版一刷（3000本）

會址：10058台北市中正區八德路一段46號5樓

電話：02-33226287

傳真：02-33221719



審稿顧問小檔案

吳俊德／基隆長庚醫院副院長

圖片選自幾米作品《我只能為你畫一張小卡片》

Copyright © 2002 by Jimmy Liao

All rights reserved.

Licensed by arrangement with Jimmy S.P.A. Co.,Ltd（墨色國際）

※ 版權所有，歡迎捐印，如需轉載，需經本會同意。

希望之路

認真的病人，你可以為自己爭取更多！

如果您正在看這段文字，我們知道，您已經開始學習做一位認真的病人（或親友）了。

這是件值得鼓勵的事情，因為唯有自助者，天才會助人；我們衷心希望您能勇敢而堅定地持續下去，知識能給予您更多的力量。尤其感謝插畫家幾米，以他清新真摯的線條，使手冊中稜角鋒芒的文字內容，變得溫柔可意，就請您跟隨著這些俏皮而深情的小人兒，開啟這道希望之門！

在台灣，每四個家庭中就有一個家庭遭遇癌症風暴，仔細看看衛生福利部國民健康署所公佈的資料，其分析的癌症發生率和死亡率，會發現台灣癌症治療的平均存活率約57%，落後先進國家的69%。

這絕不是台灣癌症治療的醫療藥物及治療觀念不如先進國家，會有這樣的結果原因當然很多，其中包括：台灣癌症病例發現的時候大多為晚期，可以治療的比率相對偏低；癌症病人未接

受正統治療的比率偏高；癌症的標準治療在各大醫院間並沒有
一致的醫療共識等等問題。

除了政府與醫療單位提供的資源外，您應該可以發現，其實
我們能為自己爭取的空間還是很多：如果您不是癌症病人，定
期身體檢查以利早期發現及早治療，將是保護自己的必要措施；
如果您已經是癌症病人，那麼把握治療的黃金契機，用心了解
疾病、配合醫師，讓心靈安適，坦然地接受疾病、面對疾病，
是您可以為自己謀求更高存活率的黃金準則。

我們想告訴您，只要您願意，在您我能夠努力的空間裡，我
們將盡最大的力量協助您、陪伴您。

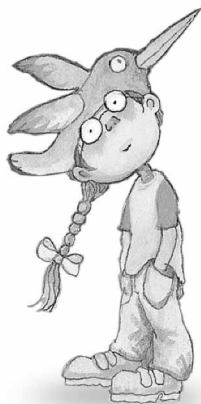
認真的病人，加油！

財團法人癌症希望基金會全體 敬上



目錄

攝護腺癌小檔案	1
攝護腺—男性獨有的腺體	2
為什麼會得攝護腺癌？	3
攝護腺癌有什麼症狀？	4
如何確定得了攝護腺癌？	5
攝護腺癌如何分期？	7
該如何治療攝護腺癌？	10
• 手術治療	11
• 放射線治療	14
• 冷凍治療	17
• 超音波聚能治療	18
• 荷爾蒙治療	19
• 化學治療	22
• 標靶治療	23
• 骨轉移治療	24
面對攝護腺癌	27
在攝護腺癌風暴之後	30



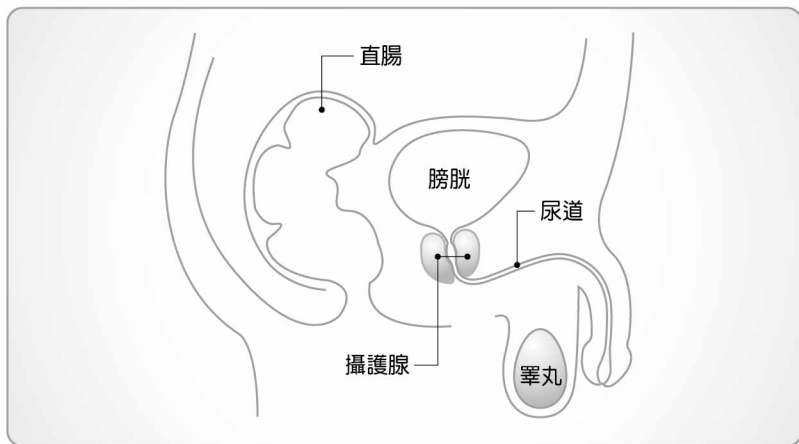
攝護腺癌小檔案

- 攝護腺癌好發於50歲以上的男性。
- 黑人及北歐人是最容易罹患攝護腺癌的民族，東方人罹患率較低。
- 近年來，攝護腺癌發生率逐年上升，目前已是台灣男性第五大癌症。根據衛生福利部國民健康署癌症登記報告顯示：106年有5,866人罹患攝護腺癌，同年有1,392人因攝護癌喪命。
- 預防攝護腺癌，要少吃高脂、油炸食物。50歲以上或45歲以上有家族病史的男性，建議每年可定期接受醫師肛門指診檢查，每次僅需要1到2分鐘。

攝護腺—男性獨有的腺體

攝護腺又稱為前列腺，是男性生殖系統的一部分。攝護腺位於膀胱的正下方，由膀胱出來的尿道從它正中穿過，外形及大小相當於一顆栗子，重量約20公克。

攝護腺會分泌一種乳白色液體，是男性射精的精液中一部份，攝護腺液可維持精蟲的生命力及活動力，另外也具有保護生殖泌尿道、避免細菌侵犯的功能。



為什麼會得攝護腺癌？

- **年齡**：根據病理學家研究，這種癌症和人類組織老化有關。攝護腺癌多發生在50歲以上的高齡男性，年齡越大發生率越高，60歲以上的男性，約有60~80%的人有潛伏的攝護腺癌細胞，但大部分在有生之年都不會發作。
- **種族**：根據統計，美國的黑人是全世界攝護腺癌最好發的人種，黃種人較不易罹患。
- **遺傳**：有攝護腺癌家族史的人，發生風險明顯升高，罹患攝護腺癌的年齡也都較年輕。
- **荷爾蒙**：人體雄性素的來源90%來自於睪丸。依據調查，清末太監從小切除睪丸，長大後幾乎摸不到攝護腺，更不會得到攝護腺癌，可知攝護腺癌與荷爾蒙是有密切關係的。
- **飲食**：動物實驗證明，高脂肪和缺乏黃綠色蔬菜的攝取是攝護腺癌的促進因子。由於西方人飲食習慣以高脂肪速食為主，可能因此導致高罹患率；目前東方人飲食走向西化，可能是罹患攝護腺癌比例攀升的原因。

攝護腺癌有什麼症狀？

初期很少有症狀，多半都是在腫瘤較大且壓迫到膀胱或尿道時才會出現，但由於良性的攝護腺肥大（BPH）也會有類似的症狀產生，所以不能單憑症狀來判斷是否罹患攝護腺癌：

- **尿尿有狀況**：可能會頻尿、解尿不完全；排尿困難、疼痛有燒灼感；尿柱變細；血尿等症狀。
- **骨頭會疼痛**：當癌症轉移到骨骼時，會引起骨頭痛或神經痛症狀，甚至造成病理性骨折、脊椎骨折而導致下肢無力及大小便失禁。



良性的攝護腺肥大(BPH)，是因為隨著年齡增加，攝護腺組織增生擠壓到尿道，使排尿不順暢。

如何確定得了攝護腺癌？

要診斷攝護腺癌，除須了解詳細病史外，還要進行完整的身體檢查及評估，這些檢查包括：

- **肛門指檢（DRE）**：醫師以食指經肛門放入病人的直腸，檢查位在直腸前方的攝護腺。正常的攝護腺應該是柔軟有彈性的，而攝護腺癌觸摸起來卻是如結節般的硬塊，甚至硬如石頭。但如果遇到攝護腺肥大、攝護腺發炎、攝護腺結石、或做過經尿道攝護腺切除手術及切片的病人，則肛門指檢就不易判讀。



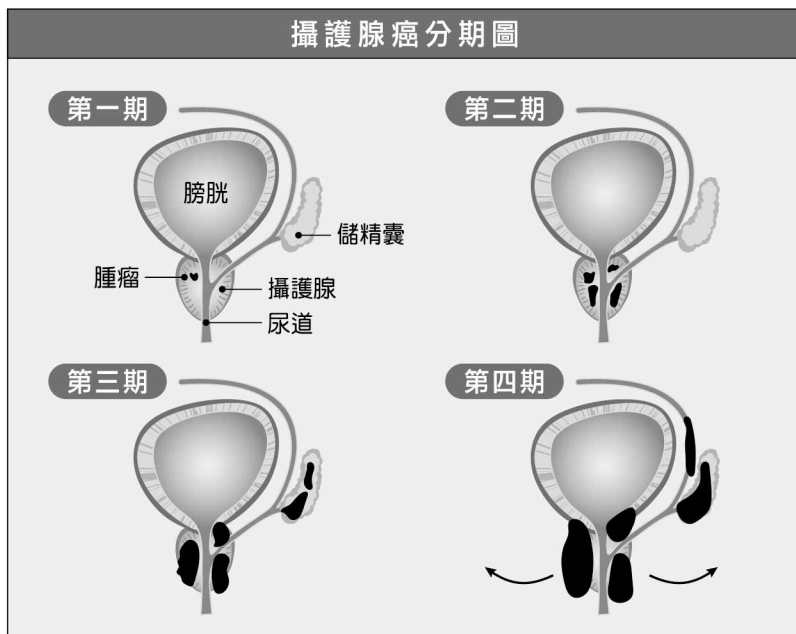
- **攝護腺特異抗原（PSA）**：這是一種攝護腺產生的蛋白質。攝護腺的上皮細胞與癌細胞都會分泌PSA，但癌細胞會分泌數倍以上的量。若抽血檢驗PSA大於正常值，除了有攝護腺癌的可能外，攝護腺肥大、攝護腺發炎、泌尿道感染、肛門指檢、導尿管的置放、膀胱鏡的檢查、經直腸超音波檢查及攝護腺的切片，也都會使PSA有不同程度的升高，所以必須先排除其他非攝護腺癌所引起的PSA升高因素才能下診斷。



- **經直腸攝護腺超音波檢查**：經直腸超音波檢查可由距離攝護腺最近的位置直接掃描，觀察攝護腺的變化。當發現病灶時，還可藉由超音波的引導，將病變切片送檢查。但切片正常，並不一定代表就沒有癌症，有可能是因為切片採樣時沒有取到病變細胞。因此醫院最常採用PSA檢測、肛門指診合併直腸超音波檢查，如果三種檢測皆不正常，則惡性腫瘤的機會高達七成以上。
- **電腦斷層及核磁共振攝影**：電腦斷層及核磁共振攝影可以較清楚的評估骨盆腔內的淋巴結，以及其他器官是否有被癌細胞侵犯，來做為腫瘤分期診斷。
- **核磁共振攝影暨超音波融合切片**：對於高度懷疑腫瘤卻無法由一般切片診斷的病例，目前也有運用多功能核磁共振攝影（mpMRI）做為切片前的診斷參考。藉由核磁共振攝影暨超音波融合切片提高診斷準確度並降低低風險之攝護腺癌之切片機率。
- **其他**：倘若懷疑有骨頭的轉移，還要做骨骼掃描或胸部X光檢查，觀察是否有肺部轉移，做為腫瘤分期診斷。

攝護腺癌如何分期？

根據美國癌症聯合委員會（AJCC）2018年的分期系統，除了考慮腫瘤大小、淋巴和遠端轉移外，也加入手術前PSA及格里森分級系統（請參閱後方說明）檢驗結果，攝護腺癌可分成第一期到第四期。

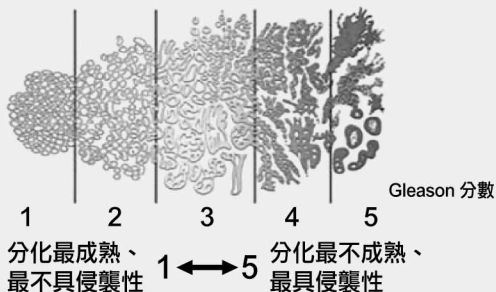


期 別	檢 驗	
第一期	可能無法透過肛門指檢或超音波檢查發現病灶，PSA數值高於參考值，由切片檢查發現。	
第二期	腫瘤侷限於攝護腺內，可由肛門指診或超音波發現病灶。 細分如右：	IIa 腫瘤已侵入一葉或一側的攝護腺一半。
		IIb 腫瘤已蔓延超過一半的攝護腺，未超過兩葉。
		IIc 腫瘤侵犯兩葉攝護腺。
第三期	腫瘤已穿出攝護腺被膜之外，或已經侵犯到鄰近組織，如儲精囊，沒有淋巴結轉移。	
第四期	已擴散到骨盆腔的淋巴結及身體其他器官（如直腸、骨頭）。	



格里森分級系統 (Gleason grading system)

依據腫瘤細胞的分化成熟度，分類為1~5級。



病理科醫師先找出攝護腺癌組織切片中面積最大及第二大的病灶，將兩者的格里森級數加起來，就是這位病人的分數，總分是2~10分。

Group 1 : GS: ≤ 6

Group 2 : GS: 3+4

Group 3 : GS: 4+3

Group 4 : GS: 4+4

Group 5 : GS: 9 or 10

復發風險評估

復發程度	低風險	中風險	高風險
PSA 指數	≤ 10	10~20	> 20
細胞分化 - 格里森分數	≤ 6	7	> 8
癌症分期	第1期 第2a期	第2b期 第2c期	第3期 第4期
	1. 腫瘤大小 2. 淋巴結有無侵犯？		器官轉移 (骨、肺……)

該如何治療攝護腺癌？

治療選擇包括：手術切除、放射線治療、荷爾蒙療法及化學治療等，有時候病人會同時接受兩種以上的治療。由於攝護腺癌的治療有時會影響性行為、排尿，以及一些其他的身體功能，所以除了考量疾病期別、病人年齡及病人身體狀況外，還需要尊重病人自己的選擇。

- **第一期、第二期：**如果預估病人的生命存活小於十年，譬如患者是年紀很大的老人家，醫師通常採取觀察的方式，不急著做治療。但如果病人預期生命存活很長的話，則會建議病人做根除性攝護腺切除。
- **第三期：**多建議做放射線治療或荷爾蒙治療，或者兩者合併。
- **第四期：**對於有遠端轉移的第四期病人，荷爾蒙治療將是其主要的療法，有時再輔以放射線治療來減緩因腫瘤在身體各處引發的疼痛等問題，以提高病人生活的品質。

現代科技的發展為攝護腺癌的治療開創了一個新紀元，藉由許多不同的治療方法，提昇了早期攝護腺癌的療效。不過最重要的是，當決定治療方法後，就切勿患得患失，必須勇往直前，完成醫師所計劃的整個療程，才能獲得所預期的療效。



手術治療

傳統開刀方式為根治性攝護腺切除術：在下腹部做一個小切口，切除的範圍包括攝護腺、儲精囊和一部分尿道及鄰近淋巴結。除此，腹腔鏡或達文西機械手臂也都是目前許多醫師運用的手術方式工具，以下就三種不同手術方式比較：

	傳統開刀手術	腹腔鏡	達文西機械手臂
手術時間	2~4小時	1.5~4小時	1~2.5小時
出血量	200~2,000cc	100~600cc	50~100cc
傷口大小	10~15公分x1個	1公分x5個	1公分x5~6個
術後住院天數	5~10天	3~7天	3~7天
術後一年內 尿失禁恢復程度	約60~95%	約70~90%	約90~100%
術後一年內 性功能恢復程度	約30~80%	約50~80%	約60~95%
手術費用	2萬，健保給付	約5萬，自費	約20萬，自費

手術後的注意事項

- 大部分病人在手術後第1或第2天即可進食。
- 傷口的引流管會將腹部內的血水及淋巴液引流出來，當引流管內的引流量連續2天少於50cc就可以拔除。
- 由於在切除攝護腺後，膀胱和尿道要重新縫合，所以術後病人會有留置的尿管，需放置約3~14天，等尿道的傷口癒合才拔除。
- 一個月內避免久坐，以免壓迫傷口。
- 尿失禁，常發生於咳嗽、打噴嚏或是大笑時。當傷口漸漸恢復後，可以做骨盆腔括約肌運動，增強尿道肌肉的收縮能力，以改善漏尿情形。
- 接受根治性攝護腺切除術的病人已沒有儲精囊，因此在性行為過程中雖然仍有高潮但不會有精液的射出。有些不適合做神經保留的病人，術後會出現勃起困難的障礙，有這些問題請參閱本會《男人的癌後幸福》手冊，可以提供您相關的解決之道。



骨盆腔括約肌運動

快 收

快速收縮肛門肌肉。此時肚子、大腿、臀部應該放鬆，像解便剛結束時肛門自動內縮，而且陰莖會稍微舉起的感覺。



慢 放

接續快收縮緊肛門肌肉的動作，將整個骨盆腔肌肉上提，維持呼吸正常，默數算到5後，再慢慢放鬆。

- 您可以試著將手放在腹部，或是一邊說話或呼氣，一邊收縮肛門，來確定是否達到目標。
- 這項運動無論是站或坐、躺都可以做。
- 快收慢放各做十次為一組，每回做四組，然後逐漸增加數量。進行這種運動一定要有耐性，至少要三個月才能見效。



放射線治療

放射線治療無論是在攝護腺癌的局部控制率或病人的存活率上，和外科手術切除所能達到的效果接近。

1. 三度空間立體放射治療（3DCRT）

屬於體外遠隔放射治療的一種，除了擁有三度空間順形放射治療的優點（可選取最合適治療角度）外，還能利用電腦計算出精確的劑量分佈。指在治療時，隨時靈活調整各方位的放射強度，使劑量順著腫瘤的形狀分佈，每個照射角度的照野中劑量不同，將高劑量集中於腫瘤，並減少正常器官的照射，所以逐漸被應用在攝護腺癌放射線治療以減少直腸傷害。

2. 強度調控式放射治療（IMRT）

數十年來，傳統的治療規劃得靠物理師先猜想怎樣的放射角度和劑量強度，才能減少正常組織的破壞，再一一計算後去蕪存菁，選擇最好的劑量分佈設計，這叫做「前向性策劃」（Forward Planning）。而

所謂的強度調控放射線治療法（Intensity Modulated Radiation Therapy；IMRT）則運用最新發展的「反向性策劃」（Inverse Planning），醫師先註明腫瘤和正常所能有的劑量，由物理師輸入電腦，讓電腦運算程式去安排放射線治療的方法，其技術日新月異，甚至已發展到可以利用電腦來自動計算出精確的劑量分佈，並且在治療時，隨時調整各方位所瞄準而來的放射強度，而使劑量順著腫瘤的形狀分佈，可更精準的減少正常組織的破壞。由於它適用於傳統的直線加速器，所以已逐漸成為放射線治療法的主流。

3. 影像導引放射治療（IGRT）

雖然強度調控式放射治療技術（IMRT），可以避開正常組織、減少副作用、提高輻射劑量與提高腫瘤控制率，但需要數週約40次的療程，即使很準確的對位，仍會有位移誤差。因此便設計在攝護腺打入金屬當作記號，每天治療前先拍X光，用影像合成來校正移位，以減少誤差。也有不打入金屬而以電腦斷層來作校正的方式，在各醫院中的「螺旋刀、銳速刀、諾力刀、電腦刀」都是廣義的影像導引放射治療。

4. 質子放射線治療

質子在生物體內的劑量分佈，和傳統放射治療所用的光子不同，特性在於可以將劑量集中於某一深度，順著腫瘤的形狀分佈，而使周圍的組織維持在極低的劑量之下。因此可得到比立體順形照射更精確的治療效果。

5. 近接放射線治療（Brachytherapy）

是主要的治癌方法之一。通常是在開刀房裡麻醉的情況下，將具輻射之物質放在攝護腺中，作短距離的照射。近幾年來，利用經直腸超音波掃描前方的攝護腺以引導針頭的插種，技巧已日趨成熟，漸漸成為攝護腺癌治療方法中的熱門選項。

體外及體內放射線治療比較表

	體外放射線治療	體內放射線治療
說明	利用高輻射X射線或質子射線，經體外聚焦於攝護腺，破壞癌細胞。	為侵入性治療，將放射性射源直接置於攝護腺內，近距離破壞癌細胞。
療程	<ul style="list-style-type: none"> ● 需每天治療，每周5次，連續多週。 ● 不痛、不用麻醉、不用手術。 ● 局部治療的範圍較大。 ● 有機會保留性功能。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 單次插種，或24小時內進行3次治療。 ● 疼痛，需住院。 ● 放射劑量集中於攝護腺，可減少對遠處組織的傷害。

放射線治療的副作用

短期副作用～多出現在放射療程的第三至第四週

照射部位	症狀	處理方式
腸道	腹瀉、腹絞痛	口服藥減緩症狀
肛門	肛門附近皮膚發炎	使用類固醇類藥膏減輕不適
泌尿道	解尿灼熱感或輕微疼痛	多喝水、多解尿，配合藥物的使用

長期副作用～於療程結束後數月至數年間

受放射線影響的正常組織無法完全復原。較常見的是直腸黏膜傷害和膀胱炎，會出現解便或解尿的帶血症狀，但在現今治療技術的不斷進步下，出現的機會已大幅降低。



冷凍治療（氬氦刀）

這種冷凍治療方式是從會陰部插入約4至8針之冷凍治療探針，以極低溫冷凍攝護腺與儲精囊來殺死癌細胞，過程約1.5～2小時，出血量極低、也無傷口，治療後隔天即可出院，是低風險又高效率之治療。適合年紀大、體力不佳，擔心手術風險的病人，但治療仍可能會影響性功能。目前此治療需自費。



超音波聚能治療（微創海福刀）

將超音波探頭放置入直腸，藉由震盪加熱原理，以超音波能量燒灼攝護腺，使局部組織凝固性壞死，殺死癌細胞。不僅無傷口、麻醉時間短，更能大幅提升安全性和降低副作用。術後只需住院一天，但仍有一部分患者出現尿失禁、男性勃起功能障礙等副作用。適合有心血管疾病、高齡不適合承受大手術風險、就醫不便之患者採用。目前此治療需自費。

攝護腺癌局部治療會產生不同併發症

併發症	處理方式
尿失禁	藥物控制、提肛運動、玻尿酸尿道壁注射、尿道懸吊帶、人工括約肌置入等。
性功能喪失	復健、藥物控制、陰莖內注射藥物、人工陰莖等。
尿道直腸瘻管	大腸造瘻、瘻管移除等。
尿道崩塌	經尿道崩落物刮除手術。
尿道狹窄	尿道擴張。



荷爾蒙治療 (ADT)

男性荷爾蒙會刺激攝護腺癌的生長，荷爾蒙治療就是要去除男性荷爾蒙，來抑制癌細胞生長。常見副作用為噁心、全身潮熱、盜汗、性慾低、性功能下降、乳房脹大、骨質流失等症狀。

● 傳統荷爾蒙治療

1. **促性腺激素釋放素 (GnRH) 同類物**：透過抑制腦下垂體的功能，來減少男性荷爾蒙的分泌。如：Leuprorelin (Leuplin, Eligard; 柳菩林，癌立佳)、Goserelin (Zoladex; 諾雷德)、Triptorelin (Diphereline; 達菲林)。通常每一個月或三個月皮下注射一次。
2. **促性腺激素釋放素 (GnRH) 抑制劑**：透過抑制腦下垂體的功能，直接阻斷男性荷爾蒙的生成。如：Degarelix (Firmagon; 輔美康)。每一個月皮下注射一次。

- 3. 男性荷爾蒙抑制劑**：可阻斷男性荷爾蒙與其接受體結合，讓男性荷爾蒙失去作用。如：Bicalutamide（Casodex; 可蘇多錠）、Flutamide（Eulexin; 護腺寧）等。
- 4. 女性荷爾蒙**：可抑制睪丸製造男性荷爾蒙，但長期服用可能會增加心臟血管病變的風險，所以有心臟病史的病人並不合適。
- 5. 睪丸切除術**：因為90%的男性荷爾蒙是由睪丸製造，所以直接切除睪丸，可大幅下降男性荷爾蒙的濃度，但可能會造成病患心中產生如閹割般嚴重的挫折感。

● 新一代口服荷爾蒙治療

根據研究結果顯示，針對「荷爾蒙敏感性」的轉移性攝護腺癌 mHSPC 病人，經過一段時間的傳統荷爾蒙治療後，可能會產生抗藥性，轉變成「去勢抗性」的轉移性攝護腺癌 mCRPC，導致病情惡化。下一步治療方式，可考慮加上化學治療，或「新一代荷爾蒙抑制劑」治療，都有機會再延長生命、改善生活品質。

新一代荷爾蒙治療藥物

治療方式	Enzalutamide (Xtandi, 安可坦)	Apalutamide (Erleada, 安列康)	Abiraterone (Xytiga, 澤珂、阿比特龍)
臨床效益	1. 可延後進行化療的時間及止痛藥物的使用，維持生活品質。 2. 可減輕症狀，延緩疾病惡化，延長存活。		
副作用	無力、疲勞、熱潮紅、頭痛、跌倒、骨折、高血壓	無力、疲勞、熱潮紅、頭痛、跌倒、骨折、高血壓、皮疹、甲狀腺低下	無力、疲勞、熱潮紅、下肢水腫、高血壓、心衰竭、骨折、尿道感染、腹瀉、咳嗽
併用類固醇治療	允許，但不要求	不用	一定要併用
健保給付	健保給付 mCRPC	自費使用	針對 mCRPC 或新診斷的高風險 mHSPC 病人，健保擇一給付。

不論以哪種方式來壓抑男性荷爾蒙，都可能引起骨質疏鬆、肌肉萎縮、血糖、血脂增加、體重增加等副作用，所以病人更要注意適當飲食和運動喔！





化學治療

主要目的是減輕癌症引起的痛苦，尤其是骨骼轉移所引起的疼痛，維持病患的生活品質。通常針對荷爾蒙治療失敗者，醫師可能會考慮使用化學治療。

常用的化學治療藥物		
化學治療	Docetaxel (Taxotere ; Tyxan) 劑癌易；汰杉；歐洲紫杉醇	Cabazitaxel (Jevtana) 去癌達（新一代紫杉醇類）
給藥途徑	靜脈注射	靜脈注射
副作用	噁心嘔吐、過敏反應、低血壓、白血球及血小板減少、肢體水腫、體重增加、神經病變（手腳麻木感）、掉頭髮、口腔炎、腹瀉、衰弱無力、肌痛	白血球低下、感染、手腳水腫、倦怠、周邊神經麻痛。
注意事項	1. 血球平均在治療7天後降至最低點，應注意衛生清潔及體溫變化，避免感染。 2. 如手腳有麻木感，停藥後可改善。	三周注射一次，自費使用。



標靶治療

是利用癌細胞中某些正常細胞缺乏的特殊構造，鎖定目標，用專一性的藥物攻擊，達到阻斷腫瘤生長的目的。在攝護腺癌的最新研究中發現，隨著腫瘤的進展，DNA損傷修復突變的發生率逐漸升高，其中以「BRCA基因突變」造成的轉移風險最為顯著。對於轉移性攝護腺癌病人，亦可考慮進行BRCA基因檢測，具突變者可選擇使用針對損傷修復基因突變的「PARP抑制劑」標靶藥物進行治療。

.....

.....

.....

.....



骨轉移治療

約有80%攝護腺癌病人會出現骨骼轉移，且50~80%骨轉移病患會有骨痛的症狀，亦有15%病患雖未見轉移，也會發生疼痛。所以，骨疼痛不是只有出現在癌症末期，也可能出現在任何時期。疼痛控制的治療目的是在使病患能免於疼痛，提高生活品質，活得有尊嚴。治療方法有：

● 體外放射線治療

以高能量射線消滅癌細胞，適用於局部疼痛治療。

● 體內注射放射性同位素 — 銾89

主要用在各項癌症併骨轉移骨痛，尤其是攝護腺癌病患經荷爾蒙治療無效者。在治療前會先以核醫骨骼掃描確定骨骼轉移部位、數目，並做常規血液檢查及驗血清PSA濃度，治療後須定期每隔八週驗血乙次。銾-89代謝主要經由腎臟排出，部分由膽汁排出，此藥品代謝物會存於糞便或尿液中，因此病人上廁所後需多沖水兩次。

● 體內注射放射性同位素 — 鐳223

- **作用：**是針對荷爾蒙療法無效合併有骨轉移患者之新型同位素治療。由於攝護腺癌骨轉移會有劇烈的成骨作用，鐳-223能夠抵達這些區域，並取代鈣離子參與成骨作用，在作用距離很短下發出 α 粒子射線、殺死轉移至骨頭的癌細胞，因而能夠延長整體存活期、改善整體生活品質；由於作用距離短，故不易損及其他部位的正常細胞。
- **療程：**為6個月，需每4週一次接受注射，注射時間約一分鐘。治療後可繼續日常生活，無須進行輻射隔離。
- **給付狀況：**目前健保最多給付6次療程，需事前申請核准。

鐳-223主要經由糞便從體內排除，接受鐳-223期間和最後一次注射後一週，患者須注意以下事項：

- 每次上完廁所後應多沖幾次水，並且將手洗乾淨。
- 沾染到排泄物的衣物床單等應立即清除，並且另外單獨清洗。
- 清理身體排泄物每次需穿戴拋棄式手套或隔離防護衣，並於使用後即丟棄，隨時保持衛浴間清潔。



● 單株抗體藥物

- **作用：**Denosumab (Xgeva) 「癌骨瓦」可減少癌細胞轉移至骨頭後造成的骨質流失，減少骨折、骨疼痛等狀況。
- **給藥方式：**每四週以皮下注射方式給藥。
- **副作用：**可能會發生低血鈣。
- **處理方式：**治療期間建議每日補充鈣質500mg，維生素D400IU；在用藥前做牙科評估，用藥後則需定期做口腔檢查，並避免侵入性的牙科治療。
- **給付狀況：**健保給付。

● 雙磷酸鹽類藥物

- **作用：**Zoledronic acid (Zometa) 「卓骨祉」主要作用在骨骼，能改善癌症造成的骨溶解，減少骨折、骨疼痛及高鈣血症等，並治療及預防骨頭轉移及骨質疏鬆。
- **使用方法：**每三至四週以靜脈輸注方式給藥。

面對攝護腺癌

在傳統社會中，男性的角色權力來自於其生理構造的優勢，包括：較為強健的體格與終身的生殖能力，因此，攝護腺癌本身以及治療所造成的副作用對男性無疑是一種生理與心理的重大傷害。許多人因此覺得自己不再是「男人」，不再有能力，甚至為此拒絕治療。

攝護腺癌對男性的社會心理衝擊分析如下：

- **身體心像改變**：由於男性荷爾蒙下降，病人會出現性功能障礙。自古以來，「性」一直是男性自我價值與概念的重要來源，亦是「能力」的重要指標，所以當病人因為疾病、治療而喪失性象徵或性能力時，其對自我的肯定與認同也開始喪失，將性無能概化成為「無能」，不管在工作、家庭、人際關係上都可能因為身體心像的改變而產生障礙。





- **家庭權力配置**：在傳統的中國家庭中，成熟男性一直扮演著最有生產力的角色、經濟支柱者、重要決策者與規則制定者等，當這位成熟的男性罹患攝護腺癌，進而影響其對身體心像的知覺時，極易喪失扮演角色的能力，而這些角色都是家庭權力結構中較上層的、較具決策力的。當角色、權力的喪失，會影響病人的自我看法，容易產生自我價值感低落。
- **個人生命週期任務**：罹患攝護腺癌的病人多為六十歲以上的男性，因為生命週期與疾病的交互作用，使病人與成年子女的角色顛倒，病人必須學習依賴、學習扮演被照顧者的角色、學習適應接受成年子女的協助。



當您的家中有攝護腺癌病人時該怎麼辦呢？

首先，打破「性無能即無能」的迷思，開放地與病人溝通有關性障礙的問題，同時鼓勵伴侶表達想法，避免病人因隱晦的溝通而有所誤解，產生不必要的困擾。

其次，鼓勵病人與家人重新分配家庭角色與責任，當病人仍有能力執行過去的角色任務時，就應該鼓勵他繼續執行下去，不要因為疾病而讓生活有太多的改變；如果因為治療或疾病本身而影響其執行的能力，病人與家人可做角色的轉換，讓家庭功能正常的運作。若家庭能夠穩定地在常軌上運作時，病人也會因為家庭支持系統健全，而更容易接受疾病、適應疾病。

最後，從生命週期的角度來看，對一個一輩子習於扮演「巨人」的男性而言，疾病是讓您學會如何表達需求的好機會。別忘了，勇於承認自己是有限制才是真正的勇敢！

在攝護腺癌風暴之後



在歷經手術切除、放射線治療後，或仍在做荷爾蒙治療的病人，定期追蹤PSA是日後評估疾病進展一個很重要的依據，除了可以被用來篩檢攝護腺癌和選擇適當的治療方法外，更可被用來衡量治療後是否有腫瘤復發的跡象。假如PSA在一段時期後開始上升，尤其是持續性地上升，那就表示癌細胞可能又在局部復發或轉移到其他器官。而除了簡單的抽血檢驗PSA外，定期的肛門指診也是相當重要的。醫師將會建議合適您的追蹤計畫。

一般而言，接受治療的第一期攝護腺癌病人，有近90%的五年無病存活率；而第二期的攝護腺癌病人，也有近80%的五年無病存活率；對於第三期的攝護腺癌病人，更有近40%的五年無病存活率，（註：無病存活率是指沒有腫瘤再發跡象的期間）。只要能即時掌握治療機會，這個疾病的預後都可以保持樂觀的！



相關資源

【攝護腺癌的發現與治療】

吳俊德醫師



HOPE TV【抗癌攻略】

權威專家與您攜手抗癌



【希望廚房】

鳳書上菜



【臺灣楓城泌尿學會】

攝護腺癌衛教



※本內容僅提供相關疾病之醫學及衛教資訊。關於您個人健康狀況或疾病治療方面的問題，建議您應向醫療人員諮詢專業意見。