



我被診斷為早期攝護腺癌，有什麼治療選擇？

前言：

根據國民健康署民國 109 年癌症登記顯示，106 年有 5,866 位罹患攝護腺癌，為我國男性癌症發生率第五位，108 年男性癌症死因的第六位，發生率與死亡率近年來均呈逐年增加之現象。本院登錄攝護腺惡性腫瘤 5 年個案數為 260 例，發病年齡在 65 歲以上明顯增加，在 80 歲以上的組距佔最大族群。攝護腺癌相對於其他器官癌症，是一個進展較為緩慢的疾病，攝護腺癌比較不會在短時間內影響病患的存活。也因此攝護腺癌的治療考量與其他常見癌症不同，需要同時將年齡、生活品質、社經狀況與預期餘命納入治療選擇的考量當中。

隨著老年化社會的來臨及篩檢工具（攝護腺特定抗原 PSA 檢測）的準確率提高，病患健康意識的提昇，攝護腺癌的發生率必將持續增加。本表單將幫助您早期攝護腺癌可能的治療選項，請跟著我們的步驟，一步步探索自己的需求以及在意的事情，希望能夠幫助您做出最適合的治療選擇。如果有任何問題，歡迎進一步詢問醫療人員。

適用對象 / 適用狀況

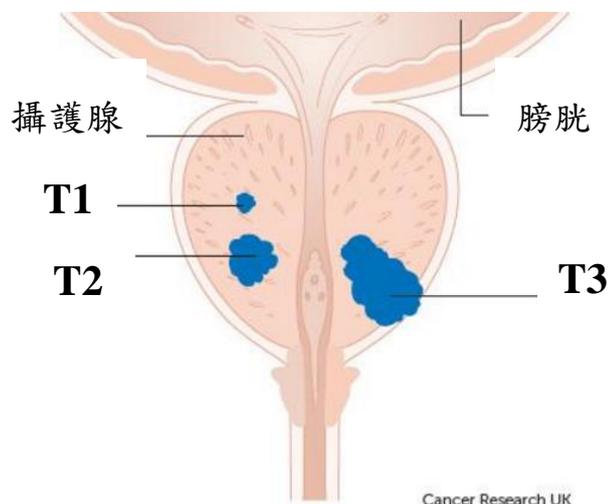
早期攝護腺癌患者

癌症分期第一期~第三期

介紹

一、何謂早期攝護腺癌？

早期攝護腺癌意指攝護腺癌尚未擴散至攝護腺以外的其他器官，腫瘤仍侷限在攝護腺內部。

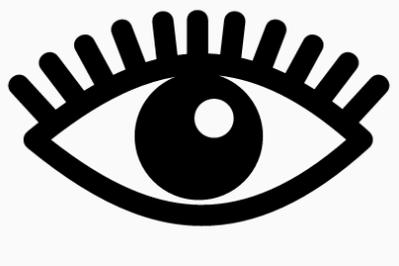




二、我是哪一種攝護腺癌呢?治療選擇又有哪些?

表 1.攝護腺癌復發風險的治療選擇表

風險分級	臨床/病理期別		治療選擇		
			積極監測	手術	放療± 荷爾蒙 治療
<input type="checkbox"/> 非常低度 ★	T1c 且 格里森分級(Grade Group)第1級：≦6分 且 PSA< 10 ng/ml 且攝護腺切片小於3次		◎	◎	◎
<input type="checkbox"/> 低度 ★	T1-T2a 且 格里森分級(Grade Group)第1級：≦6分 且 PSA< 10 ng/ml		◎	◎	◎
<input type="checkbox"/> 中度 ★	中度危險因子 Intermediate risk factor(IRF) T2b-T2c 或 格里森分級 (Grade Group)第 2-3級(3+4 或 4+3) 或 PSA 10-20 ng/mL	<input type="checkbox"/> 較有利的 因子 Favorable	1 IRF and Grade Group 1 or 2 and <50% biopsy scores positive	◎	◎
		<input type="checkbox"/> 較不利的 因子 Unfavorable	2 or 3 IRF and/or Grade Group 3 and/or ≧50% biopsy scores positive	◎	◎
<input type="checkbox"/> 高度 ★	T3a 或 格里森分級(Grade Group)第 4 級(4+4)跟第 5 級(9 or10) 或 PSA >20 ng/mL			◎	◎
<input type="checkbox"/> 非常高度	T3b-T4 或 格里森分級(Grade Group)第5級(9 or10) 或大於4針有格里森分級(Grade Group)第4級(4+4)或第5級(9 or10)			◎	◎
<input type="checkbox"/> 局部侵犯 性腫瘤	任何 T 期,N1,M0			◎	◎





中山醫學大學附設醫院

醫病共享決策輔助評估表

以下將依各項治療選擇進行介紹

(一)積極監控(積極追蹤不治療)的介紹

1. 「積極監控」的條件：

依據本院診療指引及美國國家癌症資訊網(NCCN)的治療建議，「積極監控」的復發風險需符合以下條件：(1)非常低度 或是 (2)低度 或是 (3)中度-較有利的因子 復發風險病人。

2. 「積極監控」該如何進行？

積極監控是指積極追蹤不治療，代表病人仍需要規則回診，回診時除了接受醫師定期的問診以外，還需要每3至6月抽血檢測PSA，每6至12月接受肛門指檢，任何一項如有惡化，需再進一步接受攝護腺切片，以決定是否改成其他積極治療。越年輕的病人(例如小於65歲者)，須接受更密切的追蹤。原則上，對於病人預期餘命有10年以上者，可能需每12至18月重覆1次攝護腺切片(Chen, et al,2016)。

3. 「積極監控」的結果如何？

在一項大規模的觀察性研究中，積極監控的10年整體存活率為68%，表示32%的人已經死亡，但是死於攝護腺癌的比率僅有2.8%(L Klotz et al,2010)，其他死亡原因則與其他疾病有關。研究中也顯示，接受手術或放療的病人，可以降低疾病進展率及轉移性疾病的發病率，顯示即時根治性治療優於積極監控的有效性，但在全因死亡率方面並沒有顯著差異。



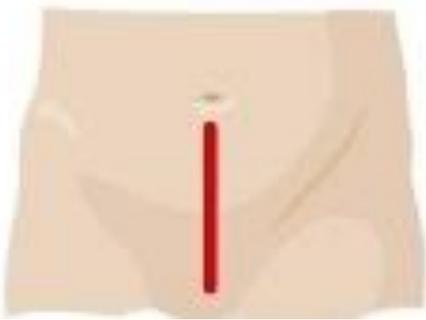
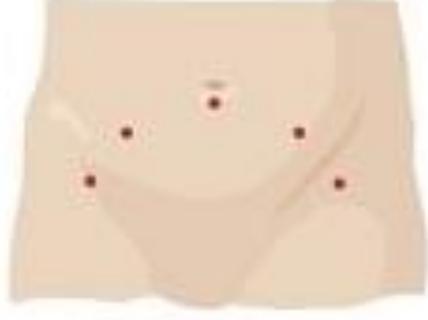


(二)手術治療的介紹

❖ 攝護腺根除手術：切除攝護腺及儲精囊，骨盆腔淋巴結清除

❖ 手術方式：傳統開腹手術 V.S. 機械手臂(達文西)輔助手術

表 3.攝護腺癌手術比較表(Geoffrey D Coughlin,et al,2018)

比較		傳統開腹手術	機械手臂(達文西)輔助手術
手術時間		依醫師經驗(4~6 小時不等)	
出血量		較多(800c.c.~2000c.c.)	較少(50c.c.~150c.c.)
疼痛感		較多	較少
住院天數		約 7~14 天	較短(5~10 天)
醫療費用支出		健保給付+醫師建議的部分自費項目，如止血耗材約數千元~萬元不等	常見約自費 25 萬~30 萬 本院約自費 20 萬
傷口大小			
可能發生併發症	尿失禁	尿失禁之機率依病人年齡，及治療範圍不同。術後一個月，約 70%之病人已恢復小便控制。 9 成以上術後一年不需要或最多 1 片/天棉墊， ≥ 1 片/天的機率不到 10%。(局部性(未轉移)攝護腺癌各種治療法比較 (PC-004),臺灣楓城泌尿學會,2020)	
		術後一年無尿失禁的比率	
		80-97%	89-100%



比較		傳統開腹手術	機械手臂(達文西)輔助手術
可能發生併發症	性功能障礙	20% ~ 90% (依年齡、治療前之勃起功能、疾病程度、醫師經驗、及治療範圍而不同)。(局部性(未轉移)攝護腺癌各種治療法比較(PC-004),臺灣楓城泌尿學會,2020)	
		術後一年保有勃起功能的比率	
	尿道狹窄、淋巴液積蓄	26% ~ 63%	55% ~ 81%
	尿道狹窄、淋巴液積蓄	少於 10%	少於 10%



(三)放射線治療的介紹

- ❖ 利用放射線照射到攝護腺及鄰近組織，將癌細胞殺死
- ❖ 不必住院，每天都要到醫院進行治療，療程約 1-2 個月
- ❖ 通常需合併荷爾蒙治療以達最佳腫瘤治療效果
- ❖ 沒有傷口、沒有麻醉或手術的風險；尿失禁及勃起功能障礙的比例較低
- ❖ 風險：放射性膀胱炎、直腸炎



表 3.攝護腺癌之放射線治療比較表

比較	放射線治療	放射線治療+ 影像導引	放射線治療 (弧形刀)+影 像導引	放射線治療 (螺旋光子 刀)+影像導引
治療時間	10 分	10-15 分	7-8 分	15-20 分
治療次數	25-40 次			
照射劑量	單次給予較低劑量、照射次數多	單次給予較高劑量、照射次數較少 *是否可以使用少次數單次高劑量仍需評估疾病其他風險考慮 (如:是否需要骨盆腔淋巴結預防性照射...) *如選用少次數單次高劑量技術,建議至少搭配影像導航技術以確保治療過程準確性,如能搭配弧形刀或螺旋光子刀則為能提供最佳的劑量給予之選項		
醫療費用支出	健保給付	2400 元/次	2800 元/次	6000 元/次
可能發生副作用	短期副作用	輕到中度的慢性膀胱炎佔約 10~15%、腹瀉佔 8~10%、直腸炎佔 6~8%、直腸出血佔 4~5%、尿道狹窄或膀胱頸收縮佔 1~3%、血尿佔 1~3%。(RTOG 相關研究)		
	長期副作用	性功能障礙 放射治療結束一年後,約 50~75%病人可能產生性功能障礙。而在五年或更久以後,約只剩下 30~55%病人可能仍可能產生有性功能障礙。(Zelevsky, M.J. et al,2002)		
	腸胃副作用	10%	3.5%	
	泌尿副作用	12%	4%	

(Zelevsky, M.J. et al,2002)



中山醫學大學附設醫院
醫病共享決策輔助評估表

您目前比較想要選擇的方式是：

積極追蹤不治療(積極監視) 接受手術治療 接受放射線治療 ±荷爾蒙治療

參考文獻：

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.2019
2. Chen, Ronald C Rumble, R Bryan Loblaw, D Andrew Finelli, Antonio Ehdiaie, Behfar Cooperberg, Matthew R Morgan, Scott C Tyldesley, Scott Haluschak, John J Tan, Winston et al. *Active Surveillance for the Management of Localized Prostate Cancer (Cancer Care Ontario Guideline): American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement.* Journal of clinical oncology 34 :2182 -2190, 2016
3. L Klotz, L Zhang, A Lam: et al: *Clinical results of long-term follow-up of a large, active surveillance cohort with localized prostate cancer.* J Clin Oncol 28:126-131, 2010
4. Geoffrey D Coughlin, John W Yaxley, Suzanne K Chambers, Stefano Occhipinti, Hema Samaratunga, Leah Zajdlewicz, Patrick Teloken, Nigel Dungalison, Scott Williams, Martin F Lavin, Robert A Gardiner. *Robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus open radical retropubic prostatectomy: 24-month outcomes from a randomised controlled study.* Lancet Oncol 19: 1051 – 60 ,2018.
5. F.C. Hamdy, J.L. Donovan, et al: *10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer.* N Engl J Med 375 : 1415-1424 ,2016.
6. Jeff M. Michalski, MD, MBA; Jennifer Moughan, MS; et al: *Effect of Standard vs Dose-Escalated Radiation Therapy for Patients With Intermediate-Risk Prostate Cancer The NRG Oncology RTOG 0126 Randomized Clinical Trial.* JAMA Oncol 4(6),2018.
7. Himanshu R. Lukka, MD, Stephanie L. Pugh, PhD, Deborah W. Bruner, et al: *Patient Reported Outcomes in NRG Oncology RTOG 0938, Evaluating Two Ultrahypofractionated Regimens for Prostate Cancer.* International Journal of Radiation Oncology 102(2) ,2018.
8. Zelefsky, M.J., Email Author, Fuks, Z., Hunt, M., Yamada, Y., Marion, C., Ling, C. Clifton, Amols, H., Venkatraman, E.S., Leibel, S.A. *High-dose intensity modulated radiation therapy for prostate cancer: Early toxicity and biochemical outcome in 772 patients.* International Journal of Radiation Oncology Biology Physics 53(5):1111-1116,2002.
9. 臺灣楓城泌尿學會網站 <https://tmua.org.tw/>

～後面尚有題目，請繼續回答，謝謝～



中山醫學大學附設醫院

醫病共享決策輔助評估表

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

步驟一：醫療選項的比較

醫療選項 比較項目	手術切除	放射治療± 賀爾蒙治療	積極監控
治療結果	根治性治療	癌症依然存在，可獲得有效控制	癌症依然存在
存活率	手術、放射治療有相當不錯的療效。低風險者平均可存活達 15-30 年，幾乎不影響壽命。中度風險者平均存活可達 10-20 年。 (局部性(未轉移)攝護腺癌各種治療法比較 (PC-004), 臺灣楓城泌尿學會,2020)		積極監控的 10 年整體存活率為 68%，表示 32% 的人已經死亡，但是死於攝護腺癌的比率僅有 2.8%(L Klotz et al,2010)，其他死亡原因則與其他疾病有關
常見併發症	尿失禁	大部分病人將在術後半年內恢復控制	發生機率比手術小 和正常人發生機率相同
	性功能障礙	勃起功能影響最大，可做神經血管保留，術後約 30~80% 可漸漸恢復後，但無法射精	約 55%~75% 治療後一年出現障礙，可能和血管纖維化相關
	膀胱炎、直腸炎、腸胃道副作用	無	有 無
費用	傳統手術健保給付 達文西機械手臂約 20 萬	放射線治療健保給付 半自費 2400-2800 元/天 全自費 6000 元/天 上限 18 萬	無
治療時間	住院 2 週 復健期 1~2 次/月	週一到週五，每天一次， 需連續 5~8 週	無
復發機率	最少	中等	最多



中山醫學大學附設醫院

醫病共享決策輔助評估表

步驟二：您選擇醫療方式會在意的項目有什麼？以及在意的程度為何？

請圈選下列考量因素，1分代表對您不重要，5分代表對您非常重要。

請您把上面5題的分數加起來，看看您的總分數落在哪個範圍？

考量項目	1分	感受程度			5分
		—————→			
治療療程長短	不在意	不太在意	普通	在意	非常在意
	1	2	3	4	5
醫療費用較高	不接受	不太接受	普通	接受	非常接受
	1	2	3	4	5
排尿狀況需至少半年恢復期	不接受	不太接受	普通	接受	非常接受
	1	2	3	4	5
射精功能受影響	不接受	不太接受	普通	接受	非常接受
	1	2	3	4	5
復發機率	不在意	不太在意	普通	在意	非常在意
	1	2	3	4	5

5分為積極監控治療選項

6~12分(含)以下則為放射治療±賀爾蒙治療治療選項

13分(含)以上則為手術切除治療選項。



中山醫學大學附設醫院

醫病共享決策輔助評估表

步驟三：您對治療的認知有多少？（請勾選√）

	對	不對	我不確定
1. 積極追蹤不治療仍必須固定回診追蹤病況			
2. 術後尿失禁情形，可恢復控制			
3. 選擇放射線治療就不會有性功能障礙			
4. 選擇放射線治療±賀爾蒙治療可能會治癒			
5. 手術治療或是放射線治療±賀爾蒙治療都有健保給付 跟自費選擇			

步驟四：您現在確認好想要的治療方式嗎？

- 我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇接受手術治療
- 我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇接受放射線治療±賀爾蒙治療
- 我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇積極積極監控(追蹤不治療)
- 目前我還無法決定，我想再與我的主治醫師討論我的治療方式
- 目前我還無法決定，我想要再與其他人(包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者…)討論我的治療方式
- 對於以上治療方式，我想要再了解更多，我的問題有：

完成以上評估後，您可以將此份結果與您的主治醫師討論。

患者/家屬簽名欄：

主治醫師/SDM 指導員：

日期： 年 月 日



中山醫學大學附設醫院
醫病共享決策輔助評估表

最後，請花一點時間幫我們完成下列評估

您的肯定跟建議，是我們動力

醫療決定品質評估

	不同意	不太同意	普通	同意	非常同意
1. 作了最適合的決定	1	2	3	4	5
2. 知道每個選項的優點及缺點	1	2	3	4	5
3. 了解在意問題的好處及壞處	1	2	3	4	5
4. 得到足夠的幫助或建議來作決定	1	2	3	4	5

The SURE Test O'Connor and Le'gare', 2008

有建議也歡迎提出
