

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

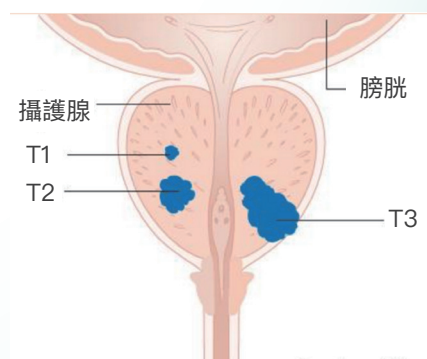
介紹

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？

醫師根據病理報告中格里森分級、PSA指數及TNM系統（腫瘤大小、淋巴結情況和轉移）進行分類，將攝護腺癌患者分為低風險、中風險和高風險等不同的復發風險群體，進而制定個人化的治療和監測方案。建議您與您的醫生討論您的具體情況，以



獲得更準確的復發風險評估和治療建議。攝護腺癌復發風險的治療選擇見表1。

表1. 攝護腺癌復發風險的治療選擇表(註：在一般身體狀況良好，無重大共病情況下)

風險分級	臨床/病理期別		治療選擇			
			積極監測	海扶刀	手術	放療± 荷爾蒙治療
低度	須包含以下 3 個條件： (1)T1-T2a (2)PSA < 10 ng/ml (3)格里森分級：≤6分					
中度	(1)T2b-T2c (2)格里森分級： 3+4分或 4+3分 (3)PSA10-20 ng/mL	1 個 風險				
		2 個 風險				
高度	(1)T3b-T4 或 (2)格里森分級：8分or9分 or10分 (3)PSA >20 ng/mL (4)任何T期,N1,M0					

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

「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。（Chen, et al,2016）。

「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。

「海扶刀是什麼？」

海扶刀正式名稱為超音波聚焦刀，屬於高強度聚焦超音波消融治療系統，透過超音波的組織穿透性以及將超音波聚焦在體內攝護腺癌上，藉此讓聚焦處產生高溫，使腫瘤凝固壞死。在海扶刀手術治療過程中幾乎不會出血，同時也沒有放射性治療的副作用、住院天數少即可出院，因此海扶刀手術是一種非侵入身體就能治療體內腫瘤的新技術，有人稱海扶刀為「無創手術」。

攝護腺癌患者使用海扶刀手術比起透過達文西手術治療的患者，術後尿失禁的比例較低，同時透過海扶刀手術也可以避免影響男性勃起的神經、血管。

「我適合海扶刀治療嗎？」

海扶刀手術時間約在1.5小時至3小時，手術時間較根除性手術短，且能使手術出血風險大幅降低，因此海扶刀手術較適合中高齡患者、心肺功能較差、麻醉風險高的攝護腺癌患者。

海扶刀適用於第一或第二期的攝護腺癌患者進行局部治療，避免一次性的的大範圍破壞、較能保留性功能。若是患者是罹患攝護腺癌第二期以上的患者，則目前較少文獻資料支持。

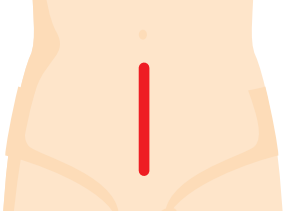
(二)手術治療的介紹

★ 攝護腺根除手術：切除攝護腺及儲精囊（視您的病情增加骨盆腔淋巴結清除）

★ 手術方式：傳統開腹手術 V.S. 機械手臂（達文西）輔助手術

表2. 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

比較		傳統開腹手術	機械手臂(達文西)輔助手術
可能併發症	傷口大小		
	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%
	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	
		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、 多元智能刀) + 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更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	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)			
		性功能障礙			
		腸胃副作用	10%	3.5%	
	泌尿副作用	泌尿副作用	12%	4%	

您目前比較想要選擇的方式是

- ☐ 積極追蹤不治療(積極監視)
- ☐ 海扶刀治療
- ☐ 接受手術治療
- ☐ 接受放射線治療 ± 荷爾蒙治療

獲得更準確的復發風險評估和治療建議。攝護腺癌復發風險的治療選擇見表1。

表1. 攝護腺癌復發風險的治療選擇表(註：在一般身體狀況良好，無重大共病情況下)

風險分級	臨床/病理期別		治療選擇			
			積極監測	海扶刀	手術	放療± 荷爾蒙治療
低度	須包含以下 3 個條件： (1)T1-T2a (2)PSA < 10 ng/ml (3)格里森分級：≤6分					
中度	(1)T2b-T2c (2)格里森分級： 3+4分或 4+3分 (3)PSA10-20 ng/mL	1 個 風險				
		2 個 風險				
高度	(1)T3b-T4 或 (2)格里森分級：8分or9分 or10分 (3)PSA >20 ng/mL (4)任何T期,N1,M0					

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

「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。（Chen, et al,2016）。

「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

參考文獻

- 1.NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.2019
- 2.Chen, Ronald CRumble, R BryanLoblaw, D AndrewFinelli, AntonioEhdaie, BehfarCooperberg, Matthew RMorgan, Scott CTyldesley, ScottHaluschak, John JTan, Winstonet 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 Dunglison, 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 Radiotherapyfor Localized Prostate Cancer.N Engl J Med375 : 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/>
10. HIFU文獻：Matthew G. Parry, Arunan Sujenthiran, Julie Nossiter et al., Prostate cancer outcomes following whole-gland and focal high-intensity focused ultrasound, BJU International 2023; 132: 568–574
11. HIFU文獻：Ahmed et al. Lancet vol.13,622–632,June 2012
12. HIFU文獻：Guillaumier et al.European Urology,2018;74(4):422–429
13. HIFU文獻：Hindley et al.BAUS.2018
14. HIFU文獻：Stabile et al.BJU.2019
15. HIFU文獻：Brass et al.J Urology.2019;201:113–119

後面尚有題目，請繼續回答，謝謝

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

項目/醫療選項		手術切除	放射治療± 賀爾蒙治療	積極監控	海扶刀治療
治療結果		根除性治療	癌症依然存在， 可獲得有效控制	癌症依然存在	癌症依然存在， 早期患者可獲得 局部控制
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)	癌症依然存在， 可獲得有效控制	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	無治療失敗存活率 ~90% 無轉移存活率 ~98% 癌症特異存活率 100% 整體存活率 ~99%
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	發生機率比手術小
	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	發生機率比手術小	和正常人發生機率相同	發生機率比手術小
	膀胱炎、直腸炎、腸胃道副作用	較少發生機會	有發生機率	無	有發生機率
費用		傳統手術健保給付 達文西機械手臂約20萬	1. 全健保給付 2. 自費項目約18萬 2400–2800元/天 6000元/天	無	自費約30萬

項目/醫療選項	手術切除	放射治療± 賀爾蒙治療	積極監控	海扶刀治療
治療時間	住院2週 復健期1~2次/月	週一到週五， 每天一次，連續 5~8週	無	住院3~5天 需訓練尿管移除
復發機率	低	低	高	低

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？

考量項目	不重要	不太重要	普通	重要	非常重要
治療療程長短	1	2	3	4	5
醫療費用較高	1	2	3	4	5
排尿狀況需至少 半年恢復期	1	2	3	4	5
射精功能受影響	1	2	3	4	5
復發機率	1	2	3	4	5

☐ 5分為積極監控治療選項

☐ 6~9分(含)以下則為海扶刀治療選項

☐ 10~12分(含)以下則為放射治療±賀爾蒙治療治療選項

☐ 13分(含)以上則為手術治療選項

步驟三：您對治療的認知有多少？

	對	不對	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			

	對	不對	不確定
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			
6.海扶刀也是需要做尿管移除訓練			

步驟四：您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)
- ☐ 我已經確認好想要的治療方式，我決定海扶刀治療
- ☐ 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。

主治醫師/SDM 教練：

患者/家屬簽名欄：

日期： 年 月 日

～感謝您撥空填寫，敬祝 順心～

最後，請花一點點時間幫我們完成下列評估。您的肯定跟建議是我們的動力～ ^_^

醫療決定品質評估

	不在意	不太在意	普通	在意	非常在意
1. 在下決定前，幫助我知道每個選項的優點及缺點					
2. 在下決定前，幫助我辨識想詢問醫生的問題					
3. 在下決定前，幫助我表達疑慮與想法且受到醫療人員重視					
4. 在決定治療方式時，了解在意問題的好處及壞處					
5. 在決定治療方式時，得到足夠的幫助或建議來作決定					
6. 在決定治療方式時，作了最適合的決定					
7. 在協助你下決定時，醫療人員的努力程度					
8. 這樣的醫病溝通方式，能減少我的焦慮					
9.這份決策輔助工具，是否有哪些描述、圖片、呈現方式或題目，讓您不容易理解或作答？請簡述：					

10.是否有想知道且關係到抉擇的問題，但這份決策輔助工具沒有說明？請簡述：

參考：醫策會「病人安全共進計畫 成效評估調查問卷（民眾版）」

有建議也歡迎提出喔～