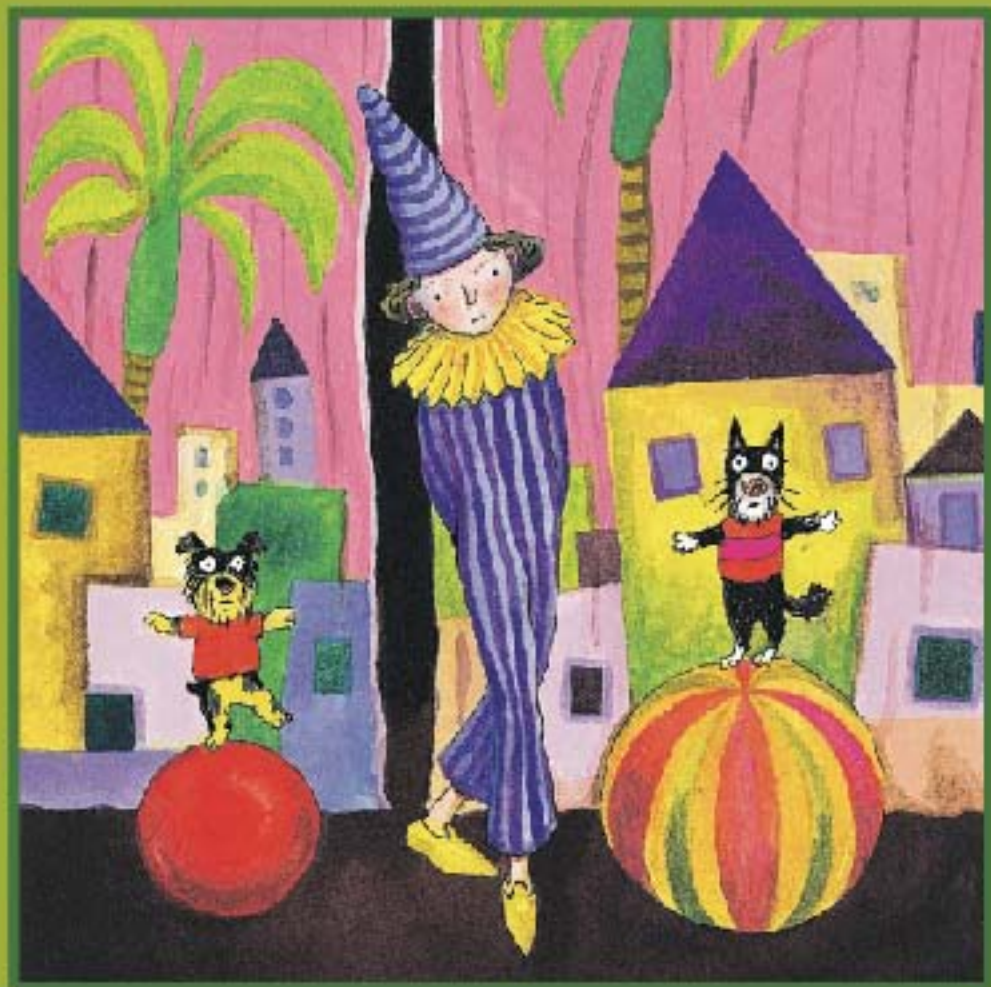


希望之路

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：張東杰·歐宴泉

執行編輯：希望編輯群

美術製作：美果有限公司

印刷：品鋒印刷有限公司

發行年月：2015年10月 八版四刷（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



編輯顧問小檔案

張東杰／林口長庚紀念醫院·放射腫瘤科教授級主治醫師

歐宴泉／台中榮民總醫院·泌尿外科主治醫師

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54.2%，落後先進國家的64%。

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—男性獨有的構造	2
* 為什麼會得攝護腺癌？	4
* 攝護腺癌有什麼症狀？	6
* 如何確定得了攝護腺癌？	7
* 攝護腺癌如何分期？	9
* 該如何治療攝護腺癌？	11
• 手術治療	12
• 放射線治療	15
• 荷爾蒙治療	21
• 化學治療	23
• 骨轉移治療	25
* 面對攝護腺癌	28
* 在攝護腺癌風暴之後	31



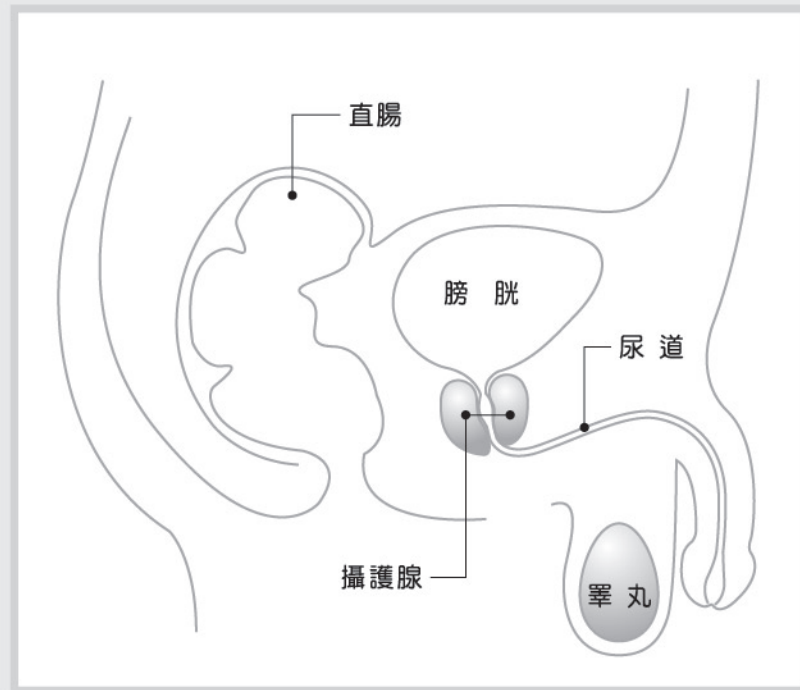
* 攝護腺癌小檔案

- ◆ 攝護腺癌好發於50歲以上左右的男性。
- ◆ 黑人是最容易罹患攝護腺癌的民族，而東方人的罹患率較低。
- ◆ 根據衛生福利部國民健康署民國101年癌症登記報告顯示：國人攝護腺癌的發生率為男性癌症的第五位，該年發生4,735人，死亡個數1,187人，死亡率的排名為第七位。
- ◆ 在台灣前列腺癌的細胞型態絕大多數為腺細胞癌，少數非腺細胞癌的包含鱗狀細胞癌、惡性肉瘤、神經內分泌癌、基底細胞癌。

* 攝護腺—男性獨有的構造

攝護腺又稱為前列腺，是男性的生殖系統的器官之一。攝護腺位於膀胱的正下方，由膀胱出來的尿道從上而下在它正中穿過，它的外形及大小相當於一粒栗子，重量約20公克。

攝護腺的功能目前尚不十分清楚，就目前所知，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，另外也可能具有保護生殖泌尿道，避免細菌侵犯，此外睪丸製造的睪固酮有促進攝護腺的功能。



* 為什麼會得攝護腺癌？

攝護腺癌發生的風險因素有以下幾種可能：

- **年齡：**攝護腺癌多發生在50歲以上的高齡男性，年齡愈大，發生率增加，可見這是一種老年人的癌症；根據病理學家的研究，這種癌症和人類組織老化有關。在60歲以上的男性，約有60~80%的人有潛伏（occult）的攝護腺癌細胞，只是大部分的人在有生之年都不會發作。
- **種族：**一般來說，黃種人較不易罹患攝護腺癌。根據統計，美國的黑人是全世界攝護腺癌最好發的人種。
- **遺傳：**有攝護腺癌的家族史時，攝護腺癌的發生危險度會明顯升高，若有一等親患有攝護腺癌，則發生攝護腺癌的機會是一般人的2~4倍。有家族史的人罹患攝護腺癌的年齡都較年輕，小於55歲之間。

- **荷爾蒙：**人體雄性素的來源，90%以上來自於睪丸，10%以下來自於腎上腺。依據對清末太監的調查，他們從小切除睪丸，長大後幾乎摸不到攝護腺，更不會得到攝護腺癌，因此攝護腺癌與荷爾蒙是有密切關係的。
- **飲食：**一些動物實驗證明，高脂肪和缺乏黃綠色蔬菜的攝取是攝護腺癌的促進因子。由於西方人的飲食習慣長久以來以高脂肪的漢堡速食為主，可能因此導致攝護腺癌的高罹患率；目前東方人也開始流行西方的飲食文化，可能也是造成罹患攝護腺癌的比例攀升的原因。

* 攝護腺癌有什麼症狀？

攝護腺癌在初期很少有症狀，多半都是在腫瘤較大且壓迫到膀胱或尿道時，才會出現像頻尿、解尿困難、排尿時有疼痛及燒灼的感覺、甚至解血尿。不過由於良性的攝護腺肥大也會有類似的症狀產生，所以有時也很難以這些症狀來判斷是否罹患攝護腺癌。良性的攝護腺肥大，是因為攝護腺中間即為尿道，隨著年齡增加，攝護腺組織增生，擠壓尿道，而阻礙排尿。

攝護腺癌發生遠端轉移的時候，最常轉移到骨骼，此時多半會引起骨頭疼痛，或壓迫神經引起神經痛的症狀，嚴重的話，還會有病理性骨折，甚至脊椎骨折造成下肢無力及大小便失禁的情形。

* 如何確定得了攝護腺癌？

要診斷攝護腺癌，首先要詳細的詢問病史，並要進行完整的身體檢查及評估，這些檢查包括：

- **肛門指檢**：直腸就在攝護腺的後側，所以醫師可以用食指經肛門放入病人的直腸，來觸診攝護腺，這樣的檢查就稱為「肛門指檢」。正常的攝護腺應該是柔軟有彈性的，如同握拳時大姆指旁虎口的肌肉，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 (prostate specific antigen 簡稱PSA)**：這是一種攝護腺產生的蛋白質，其生理功能是使射精後的精液液化，可能有助於精子游走和受孕。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。血中PSA的正常值是小於4.0 ng/ml，若抽血檢驗PSA大於正常值，就要懷疑有攝護腺癌的可能。但由於攝護腺肥大、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，都會使PSA有不同程度的升高，所以一旦發現病人有PSA升高的情形，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**：由於攝護腺是深埋在人體的一個小器官，一般的X光只能看到外形的影子，而肛門指診有時又會有人為因素的誤差，因此就發展出經直腸超音波檢查，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。

醫院最常採用PSA檢測、肛門指診合併直腸超音波檢查，如果PSA升高合併肛門指診與超音波不正常，惡性腫瘤的機會高達七成以上。

- **電腦斷層及核磁共振攝影**：為了確實了解病灶與鄰近器官的關係，可以做電腦斷層及核磁共振攝影，以便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。
- **其他**：倘若懷疑有骨頭的轉移，還要做骨骼掃描，或是胸部X光檢查，以觀察是否有肺部轉移。

* 攝護腺癌如何分期？

根據美國癌症聯合委員會（AJCC）2010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及格里森分級系統檢驗結果，攝護腺癌可分成第一期到第四期。

第一期：醫師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，切片檢查發現。

第二期：腫瘤侷限於攝護腺體內，但可以由肛門指診或超音波發現病灶。

II a：腫瘤已侵入一葉或一側的攝護腺一半。

II b：腫瘤已蔓延超過一半的攝護腺，未超過兩葉。

II c：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）。

什麼是格里森分級系統 (Gleason grading system)

將腫瘤標本置於顯微鏡下，依據細胞分化的成熟度來分類為1~5級，分化最成熟、最不具侵襲性的為1級，分化最不成熟、最具侵襲性的為5級。醫師先找出攝護腺癌組織切片中，病灶面積最大的格里森級數，及第二大病灶的格里森級數，再把這兩個級數加起來，就等於這個病人的分數，總分是2~10分。

- 2~4 分：分化良好
- 5~7 分：中度分化
- 8~10 分：分化差（預後不好）

* 該如何治療攝護腺癌？

攝護腺癌的治療選擇包括：手術切除、放射線治療、荷爾蒙療法及化學治療，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，所以除了以疾病期別、病人年齡及病人身體狀況考量外，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，譬如說患者是年紀很大的老人家，這樣的病人醫師通常採取觀察的方式，不急著做治療。但如病人身體狀況良好，預期生命存活很長的話（例如十年以上），則建議病人做根治性攝護腺切除。
- **第三期**：這類的病人醫師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癌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，最重要的一點是：當已經決定接受某一治療方法後，切勿患得患失；必須勇往直前，完成醫師所計劃的整個療程。

手術治療

攝護腺癌的病人所使用的傳統開刀方式為根除性攝護腺切除術，在肛門及陰囊中間做一個小切口，切除的範圍包括攝護腺、貯精囊和一部分尿道及鄰近淋巴結的摘除。除此，腹腔鏡或輔以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做介紹：

	傳統手術	腹腔鏡	腹腔鏡輔以機械手臂
手術時間	2~4小時	1.5~4小時	1.5~3小時
出血量	200~2000cc	100~600cc	50~1100cc
輸血率	20~60%	5~20%	5%以內
傷口大小	10~15公分	5個0.5~1.2公分	5個0.5~1.2公分
術後導管置放	7~14天	4~12天	3~10天
住院天數	術後5~10天	術後3~6天	術後1~4天
術後疼痛指數	4~8	2~6	2~5
尿失禁解除時間	一年內60~95%	一年內90~95%	一年內90~110%
性功能恢復	一年內30~80%	一年內50~90%	一年內60~95%
手術費用	2萬，健保給付	5萬，自費	20萬，自費

■ 手術後的注意事項

- 大部分病人在手術後第2或第3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7~21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，為了緩解尿失禁的困擾，可以做一些骨盆腔括約肌運動，經由收縮與放鬆的運動，增強尿道肌肉的收縮能力，以改善漏尿情形。

骨盆腔括約肌運動怎麼做？

- 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，您可以試一手放在腹部，或是一邊說話或呼氣，一邊收縮肛門，來確定是否達到目標。
 - 慢放：縮緊肛門肌肉，將整個骨盆腔肌肉上提，維持呼吸正常，算到5後，再慢慢放鬆。
- 每回每項做各十次，每回做四次，逐漸增加數量，每回以五次增加。進行這種運動一定要有耐性，至少要三個月才能見效。

接受根除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，而造成性生活的影響，您可以參閱協會《男人的癌後幸福》手冊，可以提供您遭遇的性問題與解決之道。

放射線治療

近二三十年來，從無數的放射線治癌機構所發表的經驗來看，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，效果和外科手術切除所能達到的效果差異不大，二期以上腫瘤期別的病人，合併使用荷爾蒙藥物六個月，確實可以增高病人的存活率，可見放射線治療在攝護腺癌治療上扮演了極為重要的角色。

雖然對處於骨盆腔裡的攝護腺來說，放射線治療可能會造成膀胱和直腸的傷害，並影響到神經組織的功能，但可喜的是因為科技的發達而使放射線治療的技術精益求精，它所造成的副作用也一直在改進中，帶給病人新的希望。

1. 三度空間順形放射治療技術

讓放射醫學物理師能夠準確地把劑量盡量集中在不規則形狀的腫瘤上，而同時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。令人興奮的是，這種技術日新

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；其技巧是在治療時，隨時調變著各方位所描準而來的放射強度，而使劑量順著腫瘤的形狀分佈，即所謂的強度調控放射線治療法（Intensity Modulated Radiation Therapy；IMRT），俗話說：「人算不如天算」，醫學物理師所認同的卻是「人算不如電腦算」。

數十年來，傳統的治療規劃系統，得靠物理師先猜想什麼樣的放射角度和劑量強度的安排，才可以減少正常組織的破壞，在——計算後去蕪存菁，選擇醫師主觀下最好的劑量分佈設計，這叫做「前向性策劃」（Forward Planning）。強度調控放射治療則運用最新發展的「反向性策劃」（Inverse Planning），醫師先註明腫瘤和正常所能有的劑量，便由物理師輸入電腦，讓電腦運算程式去安排放射線治療的方法，以達到醫師所要的理想。

2. 強度調控式放射治療技術（IMRT）

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（三度空間選取最合適治療角度）外，利用電腦來自動計算出精

確的劑量分佈。其技巧是在治療時，隨時調整各方位的放射強度，而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。雖然與三度空間順形放射治療有相同的技術目標，卻擁有劑量強度調整更理想的靈活度，所以逐漸被應用在攝護腺癌放射線治療以減少直腸傷害。

3. 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（Photon，即 X rays）有所不同，其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，它可得到比立體順形照射更精確的治療效果。在後者技術還未被發展成形以前，質子治療和所謂的重粒子治療對於某些癌症的治療確實有更佳的療效與較少的副作用。台灣目前已經有少數醫院進入籌備階段。

4. 近接放射線治療

近接放射線治療在放射腫瘤學裡歷史悠久，從百年前的居禮夫人時

代就一直是以主要的治癌方法之一。通常它的步驟，是在開刀房裡在麻醉的情況下，將金屬針頭插種在含有惡性腫瘤的組織內，再將具有放射性質的源體輸入該針頭，以作短距離的照射，並避免傷害到較遠處的正常組織。最大的優點就是治療劑量集中於攝護腺，膀胱及直腸接受放射線的劑量較少。

單就攝護腺癌來講，早期的針頭插種技術很不理想。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，放射線治療專家的技巧已日趨成熟，使得近接治療漸漸地成為攝護腺癌治療方法中最新的寵兒。

■ 攝護腺癌的近接治療現今大略可分兩種：

- 永久植入性放射源插種法：把具有低放射劑量率，像米粒般的同位素金屬一排排地插入攝護腺內，利用它們在自然放射衰退過程中，照射著腺體而達到治療效應。
- 高劑量率暫時植入插種法：將空心的針頭管道先插種於攝護腺體，

再用所謂的遠隔後荷治療器（Remote Afterloader）把高劑量率的放射源體輸入針頭，做很短暫的照射後便收回放射源；如此分次治療，直到給完預期的總劑量後再把針頭拔出。這兩種技術，現在都依靠非常成熟的電腦軟體來做治療策劃，和立體順形治療有著異曲同工之妙，目的都在求取最高的腫瘤劑量，同時減低正常組織的傷害。到目前為止，和傳統的放射線治療來比較，似乎還沒有很強有力的證據顯示這些高科技的產物真的可以提高病人的生存率，但是以PSA數值為主的控制率已有改善，並且正常組織的副作用也確實減少了，台灣目前僅有高劑量率暫時植入插種法的設備。

5. 影像導引放射治療(IGRT)

影像導引放射治療是最近更新發展的治療方式，雖然強度調控式放射治療技術（IMRT），可以將放射劑量集中在腫瘤部份、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，但是放射治療需要數週約40次的療程，病患即使很準確的對位，大約還會有約1cm的位移誤差。因此便設計在攝護腺打入金屬當作記號，每天在做放射

線治療前先拍X光，用影像合成來校正移位，更精準的將放射劑量集中在腫瘤部份，以減少誤差，降低正常組織的放射治療體積進而減少副作用的發生，或是不打入金屬而以電腦斷層來作校正亦可。在各醫院中的銳速刀、諾力刀、電腦刀及螺旋刀都是廣義的影像導引放射治療。

■ 放射線治療的注意事項

攝護腺癌放射治療的副作用，可概分為隨著療程出現的短期副作用，和治療結束後追蹤中出現的長期副作用。

短期副作用多出現在放射療程的第三至第四週，累積了相當劑量後的反應。最常見的症狀是因為骨盆腔內腸道受放射線照射後產生的腹瀉與腹絞痛，臨床醫師會配合給予口服藥減緩症狀。其次是肛門附近的皮膚發炎反應，來自於放射線對攝護腺鄰近的肛門部位的影響，可以配合類固醇類藥膏的局部使用來減輕不適。再者是間斷出現的解尿灼熱感或輕微疼痛，最好的解決方法是多喝水、多解尿，偶爾配合藥物的使用，以促進尿道細胞的代謝更新。這些短期反應多在放射療程結束後，一至二週逐漸減退消失。

長期副作用則來自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，特別是較常見的直腸黏膜傷害和次常見的膀胱炎，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。

荷爾蒙治療

正常情況下，男性會分泌雄性激素持續刺激攝護腺成長，但攝護腺癌細胞也會同樣受到雄性激素的刺激而不斷成長。因此，攝護腺癌的病人會使用荷爾蒙治療來去除這種刺激，以抑制癌細胞生長甚至消失。這種療法，通常能縮小攝護腺癌末期病人約90%的攝護腺癌，但是無法根治攝護腺癌。荷爾蒙治療的方法，包括手術切除睪丸或使用藥物：

1. 睪丸切除術：傳統上將兩側的睪丸切除，就可大幅度下降雄性激素，但施行睪丸切除術常會造成病人有被閹割的恐懼，而使男性病患心中有嚴重的挫折感。現在有許多藥物具有同樣的功能，不願意接受睪丸切除之病人可換用此類藥物。

2. **雌性素**：也就是女性荷爾蒙，病人服用後會抑制睪丸製造雄性素，目前以Diethylstilbestrol (DES) 的效果最好，但長期服用會增加心臟血管病變的發生，易導致心肌梗塞及血栓等副作用，所以這種療法對於有心臟病病史的病人並不合適。另外還會有男性女乳化、失去性慾、性無能等副作用。
3. **黃體素分泌激素同類物**：由於睪丸所產生的雄性激素，是由下視丘所分泌的促黃體素分泌激素 (LHRH) 所控制，因此只要給予LHRH拮抗劑，就可以減少雄性激素的分泌。通常每一個月或三個月注射一次。一般的副作用有全身潮熱、盜汗、失去性慾、性無能等，而且用藥的前一、兩週會加重轉移性腫瘤所引起的症狀，如骨頭疼痛或神經壓迫等症狀。因此，使用期間的前4到6週，醫師會給予雄性激素阻斷劑以減緩症狀。
4. **雄性激素阻斷劑**：雄性激素阻斷劑的原理，是阻斷雄性激素與其受體結合，以去除它對癌細胞的生長刺激，較常見的副作用有噁心、嘔吐、腹瀉、男性女乳化與肝功能異常等。

化學治療

目前化學治療在治療攝護腺癌的角色上，以治標為主，也就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。通常荷爾蒙治療沒有效果，有些醫師會考慮使用化學治療，一般需要在荷爾蒙治療停止後約1~4個月後才會開始。臨床上常使用的藥物包括有Mitoxantrone、Docetaxal及Estramustine等。

※ 攝護腺癌常見的化學治療藥物

藥名	中文名	給藥途徑	副作用	注意事項
Estramustine phosphate (Estramustine)	樂抑癌	口服	腳部或下肢腫脹、乳房脹痛、性慾減低、腹瀉、噁心和嘔吐是常見的，尤其在開始治療後的兩星期	需空腹服用，可於飯前1小時或飯後2小時，且應避免與牛奶、鈣、鎂或鋁離子（如制酸劑）同時服用。 合併患有糖尿病、高血壓、腎功能不全之患者應謹慎使用。
Docetaxel (Taxotere; Tyxan)	剋癌易； 汰杉； 俗稱： 歐洲 紫杉醇	靜脈注射	噁心·嘔吐·過敏反應·低血壓·白血球減少·血小板減少·體液蓄積症狀（如末梢肢體水腫·體重增加等）·末梢神經病變（手·腳麻木感）·掉頭髮·口腔炎·腹瀉·衰弱無力·肌痛	1.最常見的副作用為白血球減少，平均在治療後7天會降至最低點，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。
Mitoxantrone (Novantrone)	能滅瘤	靜脈注射	噁心·嘔吐·食慾不振·白血球減少·血小板減少·掉頭髮·腹瀉·口腔潰瘍·心毒性·肝功能指數上升	治療後的24小時，其尿液會呈現藍綠的顏色。

骨轉移治療

約有80%攝護腺癌病人會出現骨骼轉移，且50~80%骨轉移癌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。疼痛控制的治療方法，包括放射線治療、化學療法、止痛藥物及麻醉性止痛藥。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。

- **體外放射線治療**：此主要是以高能量射線消滅癌細胞，適用於針對局部疼痛治療。
- **體內注射放射性同位素—鐳89**：此種治療法直至近十年才漸被使用，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，治療後也須定期每隔8週驗血乙次。鐳-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。

- **化學治療**：利用強效的化學藥物以殺死癌細胞，斷絕癌細胞的擴散，避免癌症骨轉移。但是如同放射線治療的影響一樣，化學治療也會造成某些正常細胞的傷害。
- **雙磷酸鹽類藥物**：2011年NCCN國際治療準則將卓骨祇 Zoledronic acid 列為最高等級證據支持，其主要作用在骨骼，可以抑制蝕骨細胞活性，減少骨質流失，故能改善癌症造成的骨溶解，減少病人的骨折、骨疼痛及高鈣血症等臨床狀況，並治療及預防攝護腺癌病患之骨頭轉移及骨質疏鬆。

針劑雙磷酸鹽類藥物如Zoledronic acid使用方法：每三至四週以15分鐘以上的靜脈輸注方式給藥。除了單一療法之外，雙磷酸鹽類藥物也可以與各種治療方法合併使用。常見副作用在靜脈輸注後，一開始會有類似流行性感冒之症狀，如骨頭酸痛、發燒、疲勞和寒顫，也有約 3% 的病人偶有關節和肌肉痛的症狀，但這些副作用多是輕微與暫時性的。

目前健保的給付規定為 Zoledronic acid（如Zometa）：用於

- (1) 治療惡性腫瘤之高血鈣併發症，且限用於血清鈣濃度超過2.75 mmol / L (11.0mg /dl) 或游離鈣大於5.6 mg / dl之病例。
- (2) 治療癌症骨轉移：攝護腺癌併有蝕骨性骨轉移之病患。

* 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，攝護腺癌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。罹患攝護腺癌後，許多病人不只生命受到威脅，攝護腺癌疾病本身以及治療產生的副作用，也會對病人的心理產生重大衝擊，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。

以下就身體心像(因外觀改變而造成心理的衝擊)、生殖能力、家庭權力配置，以及個人生命週期任務四方面來看攝護腺癌對男性的社會心理衝擊。

- **身體心像**：因攝護腺癌的病人，在接受睪丸切除術之後，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。

- **生殖能力**：對男性而言，傳宗接代是社會、家庭賦予他們的重要任務與責任，尤其當問題是出現在自己身上時，其所承受的壓力不可謂不大！目前攝護腺癌的主要族群是六十歲以上的老年人，在這個階段大多已經完成生育的任務，故生殖能力的議題對病人的衝擊在這個階段似乎緩解了不少。
- **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，從Erickson（1963）的心理社會理論來看，此階段的主要任務與危機是統整 / 絕望，死亡原本就是他們此階段要面臨的議題，但疾病

更加速了他們處理這個議題的速度與複雜度。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，同時鼓勵病人的伴侶坦白地表達想法，避免病人因隱晦的溝通而誤解，產生不必要的困擾。第二，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。

當家庭穩定地在常軌上運作時，家庭的支持度與來源皆足夠，病人也會因為家庭支持系統健全，而使得疾病適應問題程度減到最低。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的人才是最勇敢的人！

* 在攝護腺癌風暴之後

任何攝護腺癌患者在癌症治療後定期的追蹤檢查是很重要的。醫師將會建議合適您的追蹤計畫。在攝護腺癌這個疾病中，「PSA」這個英文字相當重要。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，PSA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，所以定期的追蹤PSA便成了日後評估疾病進展一個很重要的依據了。

無論是經過開刀或放射線治療，假如PSA在一段時期後開始上升（尤其是持續性地上升），就表示癌細胞可能又回來了，不管是在局部復發或轉移到其他器官。當然除了簡單的抽血檢驗PSA外，定期的肛門指診更是重要的。

一般而言，經由治療的第一期攝護腺癌病人，有近90%的五年無病存活率及近80%的十年無病存活率；而第二期的攝護腺癌病人，也有近80%的五年無病存活率及近75%的十年無病存活率；對於第三期的攝護腺癌病人，更有近40%的五年無病存活率，及近20%的十年無病存活率（註：無病存活率是指沒有腫瘤再發跡象的期間）。

整體而言，只要能即時掌握治療機會，這個疾病的預後都不算差！



* 相關資源

- 台灣攝護腺癌防治協會部落格
網址：<http://blog.udn.com/TPCPA>
- 台灣癌症資訊全人關懷協會
網址：<http://www.totalcare.org.tw>
- 台灣癌症臨床研究發展基金會
網址：<http://www.tccf.org.tw>
- 國家衛生研究院
網址：<http://www.nhri.org.tw>
- 美國癌症協會
網址：<http://www.cancer.org>



* 好書推薦

- 男人看不見的敵人：攝護腺癌（原水文化）
作者：台灣攝護腺癌防治協會
- 攝護腺關鍵問診（文經社）
作者：書田診所泌尿科醫師群
- 攝護腺健康新知〔增訂版〕（原水文化）
作者：簡邦平
- 男人的定時炸彈—前列腺（董氏基金會）
作者：蒲永孝
- 攝護腺—疾病與保健（健康文化）
作者：江漢聲
- 攝護腺 Mayo Clinic on Prostate Health（天下生活）
作者：雪登·謝伯
- 攝護腺（前列腺）癌診治共識
（國家衛生研究院癌症研究組）



政府補助 您做篩檢了嗎？



癌症種類	篩檢對象	篩檢方式	篩檢頻率	備註
大腸癌	50~74歲民眾	糞便潛血免疫法檢查	2年1次	健保特約醫療院所
乳癌	* 45~69歲女性 * 40~44歲具乳癌家族史之高危險群	乳房X光攝影	2年1次	通過國健署認證乳房X光攝影醫院(名單見國健署網站)
子宮頸癌	* 30歲以上婦女	子宮頸抹片檢查	3年至少1次	健保特約子宮頸抹片檢查醫療院所
	* 拒絕抹片高危險群婦女	HPV自採服務		國健署提供符合名單，透過衛生局所提供HPV自採服務；HPV檢測結果陽性者，後續應接受抹片檢查。
口腔癌	* 18歲以上嚼檳榔的原住民民眾 * 30歲以上吸菸或嚼檳榔民眾	口腔黏膜檢查	2年1次	含耳鼻喉科或牙科之健保特約醫療院所

資料來源／衛生福利部國民健康署

♥ 貼心的7大服務

- 提供癌症教育出版品 ● 圖書借閱服務 ● 醫療諮詢服務
- 心理諮商服務 ● 資源轉介服務 ● 病友成長團體
- 康復用品服務 * 假髮租借 * 頭巾贈送 * 義乳、胸衣配置 * 醫療輔助用品租借

- 台北希望小站 TEL：(02) 3322-6286 FAX：(02) 3322-1314
10058台北市中正區臨沂街3巷5號1樓 * 捷運忠孝新生站一號出口
- 台中希望小站 TEL：(04) 2305-5731 FAX：(04) 2305-5736
40341台中市西區民權路312巷4-1號
- 高雄希望小站 TEL：(07) 581-0661 FAX：(07) 581-0663
81355高雄市左營區翠峰路22號
- 服務時間 週一至週六 9:00~18:00

如果，有人需要幫助，請告訴他們希望在這裡…
如果，您能提供幫助，他們的希望就是您！

捐款戶名：財團法人癌症希望基金會
郵政劃撥帳號：50191500
銀行名稱：兆豐國際商業銀行金控總部分行
銀行帳號：20110647544





癌症教育出版品，歡迎各界贊助捐印

我們出版各種癌症教育資料，內容深入淺出，
希望提供您對癌症的正確認識。

◆ 希望之路手冊

化學治療、放射線治療、腦瘤、鼻咽癌、口腔癌、食道癌、喉癌、甲狀腺癌、胃癌、乳癌、肺癌、肝癌、胰臟癌、大腸癌、膀胱癌、卵巢癌、子宮頸癌、攝護腺癌、白血病、淋巴瘤、皮膚癌、多發性骨髓瘤、慢性骨髓性白血病、胃腸道基質瘤、腎臟癌、營養滿分·抗癌加分、男人的癌後幸福、女人的癌後幸福、如何與孩子談癌症、神經內分泌腫瘤、骨肉瘤、癌症疼痛~並陸續出版中。

◆ 癌症照顧衛教單張

白血球下降的照顧、血小板下降的照顧、人工血管、貧血的照顧、乳癌病人淋巴水腫的預防與照顧、運動健健美、我該怎麼說出來~癌症疼痛的照顧、癌症病人的營養原則、保健食品停、看、聽。

◆ 希望護照

癌症希望基金會特別為您設計一本「希望護照」，期望能在您癌症治療期間，甚或追蹤過程中，可更順利的與醫護人員做溝通。

◆ 衛教光碟片

面對化學治療、面對放射線治療、希望樂活操、美麗守護班、營養補給班



資源有限，所有出版品免費提供給癌症病友及家屬。



若非病友索取每份出版品請付回郵50元，寄至「財團法人癌症希望基金會」
(10058台北市中正區臨沂街3巷5號1樓)，我們將儘快為您寄上。

