



SINCE 1896

彰化基督教醫院

CHANGHUA CHRISTIAN HOSPITAL

中華郵政彰化雜字第51號登記證登記為雜誌交寄



國內
郵資已付

彰化郵局許可證
彰化字第874號

雜誌

「無法投遞請勿退回」

癌症防治季刊



42
期

主後2022年

本期主題

泌尿道癌！

攝護腺癌

保留性福與生活品質的

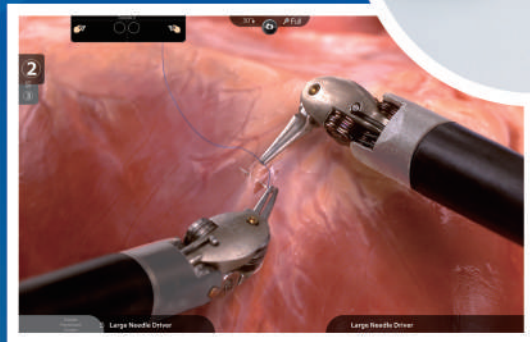
新選擇

達文西機械手臂手術

攝護腺癌手術除了根除癌症，還有另一重要目標，就是保留患者的排尿與勃起功能；彰基引進達文西機械手臂，仿真手臂的靈活器械，精準的機械性有助於保留尿道長度、更緊密縫合，降低尿失禁風險；3D 立體高解析影像有助醫師手術時避開傷害神經群，保留性功能；是攝護腺癌患者的新選擇。

達文西機械手臂手術優點：

- 降低手術出血量
- 降低術後疼痛感
- 降低感染風險
- 降低住院天數
- 降低併發症產生
- 手術傷口小
- 精確切除病灶
- 提高術後復原速度



想進一步了解達文西
機械手臂手術，請至
泌尿外科門診
諮詢。

臨床研究證實達文西系統在微創手術的有效性，但個別手術結果可能有差異；達文西手術不一定適合適用於每個人，請務必諮詢醫師所有治療方案的相關風險與益處。

〔宗旨〕以耶穌基督救世博愛之精神，宣揚福音，服務世人

〔任務及願景〕醫療－建立堅強、完整、安全的健康照護體系

傳道－成為全人關懷的醫療宣教中心

服務－提供以病人為中心的服務，並關懷社區與弱勢族群

教育－成為醫療從業人員教育訓練的標竿醫院

研究－成為先進醫療科技之醫學研究中心

〔彰基精神〕愛上帝、愛土地、愛人民、愛自己

〔價值觀〕無私奉獻、謙卑服務

Contents

CHANGHUA CHRISTIAN HOSPITAL

發行人 | 陳穆寬
總編 | 張東浩
主編 | 洪儷中 柯啟宏
 陳富滿
執行編輯 | 張美惠 張怡倩
 曾鈺婷
醫療顧問 | 石宏仁 黃章倫
 廖淑芬 張譽耀
 陳達人 蘇金泉
 賴冠銘 林聖皓
 顏旭亨 蘇竣揚
 陳子和 林盈利
 林進清 王舒儀
 黃頌儼
編輯群 | 周成德 王連嚴
 林正修 林岳民
 楊媛婷 林逸祥
 柯智慧 張淑真
 游馥蓮 陳琬青
 呂淑芬 陳美櫻

編者的話

04 攝護腺癌及膀胱癌醫療團隊 石宏仁
助您早期診斷，早期治療

診斷

05 攝護腺癌的診斷 陳俊吉
07 攝護腺健康指數 Prostate Health Index (PHI) 潘岳
提升攝護腺癌篩檢準確性
09 不敢做切片？多參數磁共振造影 (mpMRI) 提供另一個新選擇 張建祥
10 認識攝護腺切片方式 林奇柏、黃勝賢
12 無聲的血尿：小心可能是膀胱癌 陳建凱、黃國軒
14 膀胱癌的診斷 許家榮、江恆杰

治療攝護腺癌

15 如何選擇最適合的攝護腺癌治療方式 石宏仁
17 攝護腺癌的治療方式：積極監測 Active surveillance (AS) 張建祥
18 攝護腺癌的治療方式：放射線治療 (RT) 洪儷中
20 攝護腺癌的治療方式：海福刀 (HIFU) 或冷凍治療 許家榮、張進寶
22 攝護腺癌的治療方式：根除性攝護腺切除手術 林奇柏、王百孚
24 攝護腺癌的荷爾蒙治療 (ADT) 潘岳
26 攝護腺癌全身性療法 陳柏華

治療膀胱癌

28 非肌肉侵犯型膀胱癌的治療方式 陳一中
30 內視鏡膀胱腫瘤刮除手術 曾博鴻、江恆杰
32 肌肉侵犯型膀胱癌的治療方式 方琬云
33 根除性膀胱癌切除手術 陳一中
34 轉移癌新選擇：免疫療法 陳柏華
36 未來治療趨勢：個人化醫療 石宏仁

保健

38 男性同胞必知：如何照顧您的攝護腺 潘岳
40 無聲的殺手：如何避免膀胱癌 曾博鴻、嚴孟意

病友支持

42 癌友身旁的守護者～個案管理師陪伴你左右 鄭玉琴

其他

44 交通車時刻表 醫勤部
46 癌症捐款芳名錄 & 活動預告 社工部

若不同意個人資料供「癌症防治季刊」寄送，煩請連絡 (04) 7238595 分機 3243 張小姐。謝謝！



癌症專欄

攝護腺癌及膀胱癌 醫療團隊

助您早期診斷・早期治療

泌尿外科主任・石宏仁

癌症長年位居國人十大死因之首，攝護腺癌及膀胱癌是泌尿道癌中常見的癌別，在 109 年衛生福利部公告之癌症死亡率排行，攝護腺癌已經從去年第六位升高至第五位，膀胱癌位居第 14 位，對於民眾的健康已造成明顯的威脅，如何診斷及治療攝護腺癌及膀胱癌是泌尿科醫師目前重要的議題。

早期診斷一直是根治癌症的重要條件，攝護腺癌早期並無症狀，膀胱癌最常見的早期症狀是無痛性血尿，本期季刊首先介紹攝護腺癌及膀胱癌的診斷方式，讓民眾對於疾病的診斷有正確的認識。

癌症的治療觀念日新月異，你知道有些早期攝護腺癌的病人並不需要接受任何治療嗎？你知道達文西機械手臂手術對於攝護腺癌的治療提供多大優勢嗎？你知道攝護腺癌除了開刀還有其他治療選擇嗎？你知道攝護腺癌及膀胱癌萬一發生轉移需要如何治療嗎？你知道未來癌症治療的趨勢嗎？本期季刊會對於這些議題作出詳細的探討。



疾病的預防是現代醫學必須加強的方向，若能有效預防疾病的發生，可以大幅減低病人的痛苦以及社會成本的支出，本期季刊也會針對攝護腺癌及膀胱癌的預防保健做介紹，最後簡介彰基病友支持的施行方式。

本期季刊針對民眾需要了解關於攝護腺癌及膀胱癌的議題，由多位專業的彰基泌尿外科及放射腫瘤部醫師針對他們的專長執筆，每篇內容深入淺出、豐富精彩，希望讓民眾對於攝護腺癌及膀胱癌有進一步的了解。🏠

攝護腺癌的

泌尿外科醫師·陳俊吉

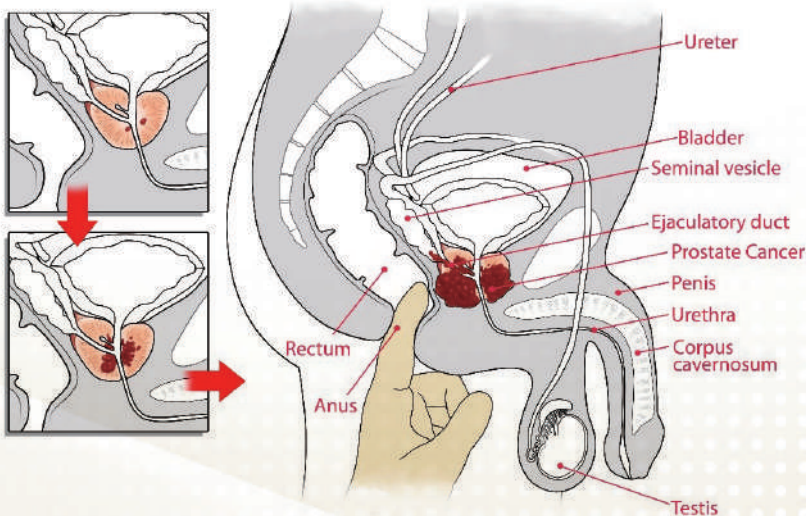
診斷

肛門指診與攝護腺特異抗原是早期檢測出攝護腺癌的基本方法。

一般疾病通常有伴隨的症狀，醫師可藉由症狀來做初步的診斷，然而攝護腺癌這日益增加的疾病並非如此。因解剖位置的關係，攝護腺癌的臨床症狀表現相當多樣化，一般我們依組織學來區分，攝護腺大致分為三大區域：中心區、周邊區和過渡區。中心區和過渡區緊貼著尿道，如果癌症發生在此，可能出現類似攝護腺肥大一樣的症狀，因壓迫到尿道而導致頻尿、解尿不順、尿速減小等下泌尿道症狀。然而約只有三分之一攝護腺癌發生於這兩區域，因此這些病患的臨床表現和良性攝護腺肥大並無法區分。大部分的攝護腺癌發生在周邊區，所以臨床上幾乎沒有下泌尿道症狀，需要利用手指經由肛門觸診探查，摸摸看攝護腺軟硬度、是否有凸起硬塊等病變情形，才得以儘早診斷。攝護腺癌也常轉移至骨頭，

有些病患會因為骨頭疼痛，甚至發生病理性骨折了，經檢查後才知道是第四期的攝護腺癌。所以別因為泌尿道的症狀並不明顯，而延遲早期診斷、早期治療的時機。

那要如何早期診斷、早期治療攝護腺癌呢？除了肛門指診外，我們可利用癌症腫瘤指標來檢測，經由抽血檢驗來得知罹癌的風險。目前透過抽血篩檢攝護腺癌的方法就是血清攝護腺特異性抗原（PSA）檢查。據說這是由一位華裔美籍醫師從攝護腺組織找出一種特異性非常高的蛋白質，稱之為攝護腺特異性抗原（prostate specific antigen, PSA）。但是攝護腺特異性抗原僅具有攝護腺的特有的特殊性，意指**不是攝護腺指數高就一定罹患攝護腺癌**。其他例如；攝護腺發生病變如攝護腺炎或攝護腺增生肥大，或者攝護腺被擠壓過（如：肛門指診、接受膀胱鏡檢查、近期有性行為），都可能造成攝護腺特異性抗原升高。所以攝護腺特異性抗原升高並不代表一定罹患攝護腺癌，適





當抽血的時間才能確定且增加診斷的可靠性。

檢驗攝護腺特異性抗原的方法有很多種，一般都把閾值訂在 4ng/ml，若是檢驗值超過這個數值就要做進一步的鑑別檢查。若只是 PSA 值輕微上升，而且指診和超音波檢查也無法分辨是良性增生或惡性腫瘤時，加測游離型攝護腺特異性抗原比例也可以幫忙做進一步的鑑別診斷。通常游離型攝護腺特異性抗原對全值攝護腺特異性抗原的比值愈高時，良性增生的可能性就愈大。此外 PSA 也會因年齡越大來調整它的正常值範圍，即年齡別攝護腺特定抗原標準值（Age-specific PSA cutoff values），即依據不同年齡層定出不同標準值。或者是攝護腺特定抗原密度（PSA density，簡稱 PSAD），即是將 PSA 值除以攝護腺體積所得之值，小於 0.15 良性機率高。也可計算攝護腺特定抗原上升速率（PSA velocity），即追蹤 PSA 值上升速率，追蹤至少一年半，平均上升速率小於每年 0.75 ng/ml 良性機率較高。

除了肛門指診和攝護腺特異性抗原以外，有時需要藉助超音波等影像學檢查幫忙將較小的病灶檢測出來。有攝護腺癌病灶的區域在超音波下常表現為低音波反射，而呈現出亮度較暗的部位。然後用超音波導引到病變處抽取組織作病理檢查，一旦證實有癌細胞存在，再根據疾病實際狀況與癌症臨床分期後，擬定治療計畫。然而若切片結果並無癌症發現也無法完全排除惡性腫瘤，畢竟超音波導引穿刺切片也有可能沒抽吸到病灶處，因此指數偏高的患者仍需密切追蹤病情的變化，畢竟攝護腺癌的最終確診還是需要病理報告的證實。

據統計，有部分病人攝護腺癌不會持續惡化，所以即使不處理也不會危及生命，只需嚴密追蹤即可。到目前為止，醫學界尚無法完全認定攝護腺癌的篩檢或早期診斷會帶給這些病患有意義的影響（可能有過度的癌症恐慌或不必要的穿刺檢查），但也有部分病患的確因篩檢或早期診斷而得以治癒其癌症。由於攝護腺癌的發生率與癌症死亡排名上升，目前仍**鼓勵 50 歲以上男性朋友應定期做攝護腺的檢查**，而有家族病史者甚至應提早至 45 歲檢查。🙏



攝護腺健康指數

泌尿科醫師
潘岳

PHI

Prostate Health Index

提升攝護腺癌篩檢準確性

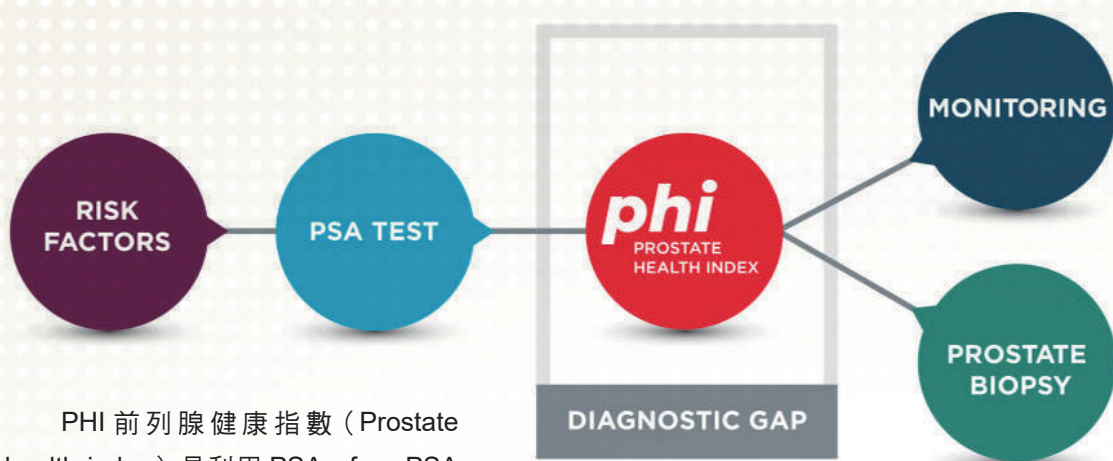
攝護腺又稱前列腺，為男人特有的一種腺體，它的功能可能和生殖有關，因為它會分泌一種乳白色的液體以供精子生存於其中。攝護腺位於膀胱下方，直腸前方，尿道從中穿過。攝護腺疾病可能是良性（攝護腺肥大）或是惡性（攝護腺癌）。攝護腺肥大的症狀包括

- 小便時必須等待一陣子才能解的出來。
- 排尿困難要腹部用力。
- 尿流變細且微弱無力。
- 尿後餘滴及餘尿感。
- 有尿意時很急迫。
- 頻尿。
- 夜尿。

攝護腺肥大的病患，也可能同時罹患攝護腺癌，而且攝護腺癌的症狀，和攝護腺肥大的症狀非常相似。因此，50 歲以上的男性，建議要定期檢查攝護腺的狀況，以免延誤治療。攝護腺癌好發年齡在 65 到 75 歲，其發生率與死亡率有逐年上升的趨勢，這種現象在經濟高度開發社會尤其明顯，可能和廣泛的攝護腺癌篩檢及年齡結構老化有關。近年來由於醫學進步，經由早期的診斷及各種有效的治療方法，攝護腺癌的五年存活率可達 70% 左右。一般而言，男性 50 歲以前鮮少有攝護腺癌問題，但到了 60 歲到 70 歲之後，其發生率便急遽升高；也有研究顯示和基因遺傳相關，患者的兄弟有較高的發生率；另外攝取高脂肪食物的人得到攝護腺癌的機會也較大。



肛門指診與攝護腺特異抗原（PSA）檢查是目前公認最佳偵測攝護腺癌的診斷方法，但仍需病理切片發現癌細胞才能確診。PSA 值上升的原因不是只有攝護腺癌，也可能是因為良性的細胞增生、感染、外傷或是攝護腺有發炎反應。經直腸超音波攝護腺切片，檢查後可能有血尿、血便、血精、排尿疼痛、肛門疼痛、尿滯留等情況發生，通常在數日內便可緩解。但仍有患者可能有尿路感染的機會，甚至有因敗血性休克而死亡的個案發生。因此需要更具專一性的檢測來幫助減少不必要的切片檢查。



PHI 前列腺健康指數 (Prostate health index) 是利用 PSA、free PSA 與 p2PSA 三種血清指標運算而成，用於輔助前列腺癌診斷與治療決策。相對於 PSA 與 free PSA 可大幅提升前列腺癌篩檢準確性，並可以減少不必要的切片，協助醫師做切片前的判斷

PHI 大幅提升攝護腺癌篩檢準確性：與 PSA 相比，PHI 偵測攝護腺癌的臨床特異性增加三倍。研究顯示可降低約 30% 攝護腺切片非惡性結果。此外，前列腺健康指數 (PHI) 檢測已獲得美國 FDA 認可。美國國家癌症資訊

網 (NCCN) 和歐洲泌尿科醫學會 (EAU) 的攝護腺癌指南中，也建議檢測 PHI 來輔助攝護腺癌的診斷。

PHI 越高，罹患攝護腺癌的風險越高，PHI 數值也與癌症惡化程度高度正相關。若 PHI 結果低，配合其他臨床表徵顯示罹癌風險低，醫師會建議此時不要進行切片，而是更頻繁的監控即可；若 PHI 結果高，醫師考量其他風險因子，會建議執行攝護腺切片或是進行其他檢測。🏠

PHI如何檢查？

$$\frac{p2PSA}{free PSA} \times \sqrt{total PSA}$$



抽一次血約3-5cc



送入機器分析
→分別算出p2PSA、fPSA、tPSA
再得出PHI數值



不敢做切片？ 多參數

磁振造影

mpMRI

泌尿外科醫師·張建祥

提供另一個新選擇

攝護腺癌在歐美國家男性十分常見，國人的發生率雖沒有歐美國家高，但是近幾年來，隨著醫療進步，人口高齡化，西方飲食普及，以及診斷技術進步，國人罹患攝護腺癌的比率也是逐年增加。根據 2019 年行政院衛生福利部公布之台灣十大癌症死因資料統計，攝護腺癌位居國人十大癌症第六名，在男性十大癌症發生率是第五名。而攝護腺癌隨著年齡增長，發生率越高，並且好發於 60 歲後男性，初期大多沒有症狀，因此，建議 50 歲後的男性要定期檢查，才能及早發現攝護腺的異常。以往傳統檢查是抽血檢驗攝護腺特定抗原（PSA，prostate specific antigen）及肛門指診（醫師觸診攝護腺），只要其中任一項不正常，都應考慮攝護腺切片檢查，以利醫師進一步診斷。

攝護腺切片檢查是藉由超音波探頭的導引，經由肛門進入直腸到接近攝護腺後方，以組織採樣針穿刺切取攝護腺組織，送病理檢查以鑑別診斷疾病是良性或惡性，以早期發現癌細胞。但是，檢查後可能有發燒、血尿、血便、血精、肛門疼痛，甚至尿滯留的

情況發生，最嚴重的併發症是尿路感染引起之敗血症。攝護腺切片為侵入性檢查，還是有患者因不願意切片而延誤病情。為降低切片併發症還有減少不必要的切片，最近發展出兩種攝護腺癌檢測新利器，分別是高階多參數磁振造影（mpMRI）及抽血檢驗 PSA 演算出的「攝護腺健康指數（PHI）」，可以進一步評估 PSA 上升原因和攝護腺的狀況。

核磁共振造影（MRI）是診斷攝護腺癌的一種高階影像檢查。像是做電腦斷層，可以得到攝護腺的高解析度的影像，MRI 對攝護腺解剖結構有極高的空間分辨率，對攝護腺癌的診斷與治療計畫有很大的幫助。隨著功能技術的發展，MRI 現在已經利用多參數（mpMRI）的方法，包括磁共振波譜分析影像（MRSI）、動態對比增強磁振造影（DCE）及擴散權重影像（DWI）等，來預測攝護腺內腫瘤的位置以提高致命性攝護腺癌的偵測率。相較於超音波，多參數磁振造影更有機會看得到小的攝護腺癌病灶，還能預測惡性程度。目前也發展出的方式是將 MRI 影像投射到超音波機器上，再用超音波來引導切片，稱為融合切片。除此之外，核磁共振造影還可用於前列腺切除術後的治療結果監測。

國際攝護腺 MRI 掃描工作小組從 2014 年起，利用一種名叫「PI-RADS™ 的結構化報告評分系統」，在 2019 年公布了最新版 v2.1，提升了攝護腺癌的檢測敏感度及一致性。PI-RADS 報告等級分為 1 至 5，等級愈高，罹患攝護腺癌機會愈高，等級 4 和等級 5，醫師會建議做切片確認。但是做 MRI 也有缺點，要打顯影劑，費用昂貴（自費約需 15000 元）並且檢查較費時，有些裝設心臟節律器、腎功能不全者或有幽閉恐懼症患者，可能無法做 MRI。

認識攝護腺切片方式

攝護腺癌是只發生在男性的癌症，依照過去的統計資料，攝護腺癌是 2020 年國人第 5 大癌症死因，目前國內每年新診斷病例已超過 5000 人、每年約有 1000 人死於攝護腺癌。它的發生率與死亡率有逐年上升的趨勢，這種現象可能與年齡結構老化和更多的攝護腺癌篩檢有關。

攝護腺癌的確立診斷需要靠病理切片檢查，目前主要的攝護腺切片方式為經會陰及經直腸攝護腺切片，皆是在超音波的導引下，以粗針切片的方式，在攝護腺的各區域取得切片組織。另外，結合超音波與核磁共振影像的攝護腺融合切片是目前攝護腺癌最新的篩檢及診斷工具。

如右圖所示，分別是經會陰及經直腸攝護腺切片，兩者共通點是會由直腸置入超音波探頭來定位。經直腸切片會由直腸進針；相對的，經會陰攝護腺切片由會陰部進針，而融合切片則同樣由會陰部進針，影像上先藉由核磁共振，找出疑似攝護腺癌之部位，融合超音波定位，能較精準的得到懷疑病灶之病理切片。

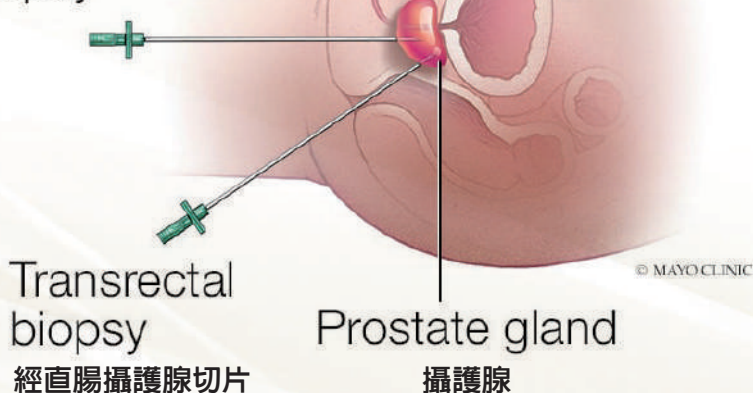
泌尿外科醫師·林奇柏、黃勝賢

目前攝護腺切片的適應症包括：攝護腺肛門指診異常、攝護腺癌指數過高（PSA>4）、影像上疑似攝護腺癌（包括超音波或核磁共振）或臨床上高度懷疑攝護腺癌之病患，若無攝護腺切片之禁忌症（包含有出血傾向、攝護腺癌、泌尿道感染等等），皆適合接受攝護腺切片檢查，藉此得到正確之病理組織，決定治療方針。

傳統經直腸切片，單純由經直腸超音波定位，由於攝護腺癌在超音波上並無法清楚成像，只能隨機在攝護腺各區取樣切片，每次檢查會取得約 10-12 次粗針切片檢體，若有疑似之病灶則可能在懷疑處有額外的粗針切片，但有時會因為沒扎到癌症病灶而導致偽陰性的結果，一般而言第一次經直腸切片的偽陰性可達二至三成，這類患者需要定期的追蹤，決定是否需要進一步接受再次切片。

經會陰攝護腺切片

Transperineal biopsy

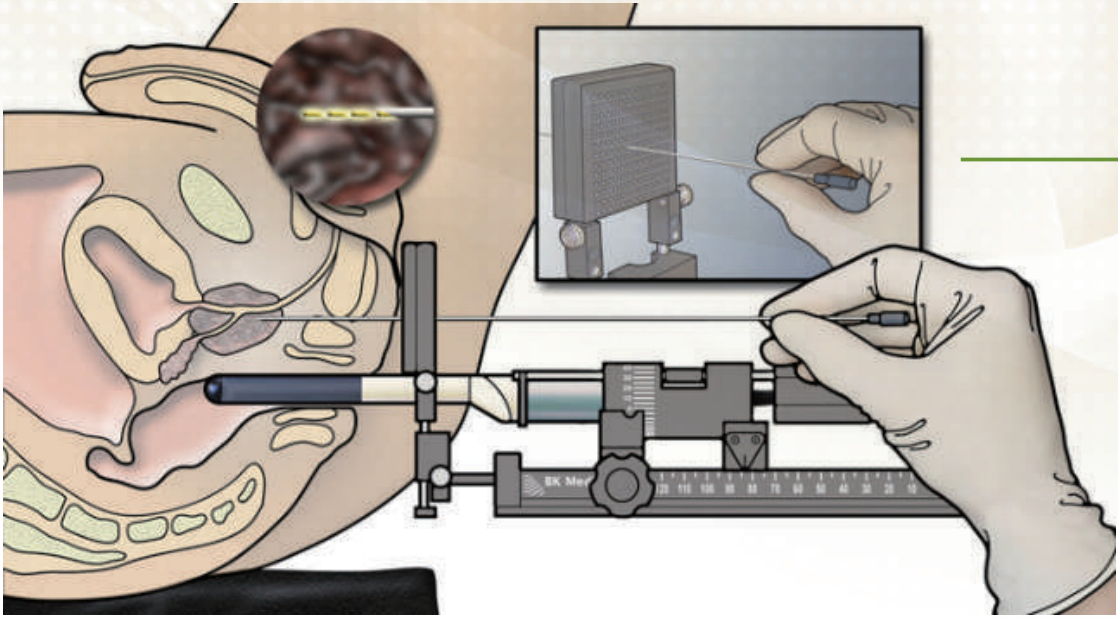


Transrectal biopsy

經直腸攝護腺切片

Prostate gland

攝護腺



經直腸攝護腺切片為侵入性的檢查，併發症包括，血尿、血精、血便，由於經直腸超音波會經過直腸，直腸的腸道菌叢可能由切片之路徑傳遞到尿道或攝護腺造成泌尿道感染、攝護腺炎、發燒，甚至會有尿滯留之狀況產生。優點則在於體表並不會有傷口。

經會陰攝護腺切片，如上圖，同樣會從直腸置入超音波探頭定位，可在攝護腺不同區域插入粗針來得到切片。與經直腸切片最大的不同在於，本檢查的粗針是經由會陰部進針，相較於直腸有腸道菌叢存在，會陰的部位經過妥當消毒後，可視為無菌部位，感染及敗血症風險大幅低於經直腸超音波。目前歐洲泌尿科醫學會將經會陰攝護腺切片作為攝護腺切片之第一選擇。

至於攝護腺融合切片，結合核磁共振及超音波定位，是現今最精準的攝護腺切片方式，與傳統的經直腸攝護腺切片相較，融合切片並非是隨機切片，而是結合核磁共振影像與超音波影像，在電腦軟體上重新定位，能提高準確度、增加攝護腺癌的偵測率，此外經會陰的切片方式亦減輕術後感染的可能性。

上述檢查的術前、術中、術後照護如下：術前患者若有服用抗凝血藥物，須在醫師指示下停藥 5-7 天，並服用預防性抗生素來降低感染風險；術中可接受全身麻醉或局部麻醉，採截石臥位，也就是平躺仰臥，雙腿放置於腿架上，將臀部移到床邊，以最大限度暴露會陰（經直腸攝護腺切片亦可採側臥方式），經由直腸放入超音波探頭來定位，融合切片更結合核磁共振影像，再以粗針切片，得到病理樣本；術後則需服用抗生素避免感染，進食軟食與避免負重約三到五天，傷口須保持乾燥，術後較常見血便及血尿，但通常在上述檢查流程下，會在短期內改善，無須恐慌，倘若症狀持續或越來越嚴重，則須提早回診或至急診進一步檢查。

無聲的**血尿**

小心可能是**膀胱癌**

泌尿外科醫師·陳建凱 / 黃國軒



「醫師，我最近發現尿裡面有血。」
聽到患者有血尿的主訴，醫護人員便會提高警覺，因為在眾多造成血尿的原因中，有位潛藏其中的幕後黑手就是膀胱癌。膀胱癌是世界上最常見腫瘤排名第九位，男生發生率為女性的三到四倍，且老人居多。根據衛生福利部 2018 與 2019 年的統計，膀胱癌男性與女性發生率皆未登上十大癌症排名；男性死亡率排名為第十位，女性死亡率則排名為第十二位。很多膀胱癌的患者雖然不會因為這個疾病而死亡卻會經歷許多次的復發。

URINE COLOR



LIGHT YELLOW
淡黃色



YELLOW
黃色



AMBER
琥珀色



BROWN
棕色

造成膀胱癌的危險因子有很多，抽菸及二手菸是膀胱癌的主要危險因子；若患者為皮革、橡膠、化學染料、水泥、重機械操作員…等，會長期接觸一些化學染劑、多環芳香烴碳氫化合物（PAHs）或柴油廢氣的職業，皆為罹患膀胱癌的高危險群；此外，飲用水中若含有砷（台灣台南嘉義等烏腳病地區）或三鹵甲烷，人們長期飲用會讓毒素累積於體內增加罹癌風險；除了接觸到化學物質的因素之外，長期有泌尿道發炎感染結石等問題，也是膀胱癌的高危險群。症狀部分，**膀胱癌的主要症狀是血尿**，尤其是無痛性的血尿，因為不會造成疼痛，許多人會不小心輕忽了它。有些患者會伴隨有頻尿排尿困難或解尿疼痛等問題；如果腫瘤侵犯到輸尿管則可能因為尿路阻塞造成腎水腫而產生腰痛的症狀。



膀胱鏡底下的病灶
—膀胱癌

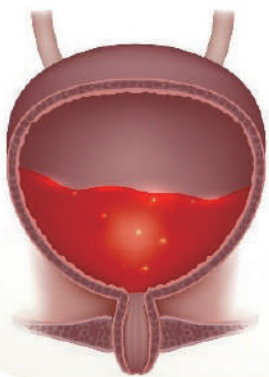
診斷膀胱癌的工具具有許多種，尿液檢查、膀胱鏡檢查、靜脈注射尿路攝影或電腦斷層掃描。一般尿液檢查可以發現顯微出血或感染等問題以鑑別診斷出是否有其他疾病，尿液細胞學通常用作膀胱鏡檢查的輔助手段，以檢測原位癌（CIS）和上尿路惡性腫瘤；**膀胱鏡檢查是初步診斷膀胱癌和分期的黃金標準**，膀胱鏡檢查會將內視鏡伸入尿道到達膀胱，男女的感受會有所差別，因為男性的尿道較長沿途還會經過攝護腺，

可能會有不舒服的感受，但請不用擔心，在檢查前會從尿道中給予局部麻醉劑以降低不適感，等麻醉劑作用後，將前端有著光源的膀胱鏡伸入尿道中，透過生理食鹽水的灌注將尿道沖洗與擴張，膀胱鏡便能緩緩前進，如同乘著潛艇於漆黑的海底狹縫探索一般，陡然間，眼前的視野開闊了起來，我們到達了目的地—膀胱；

在膀胱鏡底下，能觀察到膀胱中病灶的大小、數量、位置與生長型態（實心型態或乳

突型態），在處置的同時也能進行病理切片檢查及膀胱沖洗細胞學檢查；影像學報告，像是前面所提到的靜脈注射尿路攝影、電腦斷層掃描或核磁共振影像，能提供我們腫瘤的大小位置或侵犯程度等資訊。

綜合病史詢問、理學檢查和診斷膀胱癌的工具們所提供的訊息，便能把這位造成無痛性血尿的幕後使者—膀胱癌揪出來！因此，如果發現自身有符合以上的症狀或高危險族群，請到醫院做詳細的評估與檢查喔。🏥



RED
紅色





膀胱癌的診斷

泌尿外科醫師
許家榮、江恆杰

膀胱癌的檢查目標在於確立診斷、評估腫瘤位置與侵犯深度，可藉由尿液檢查、膀胱鏡檢查、靜脈注射腎盂攝影術、電腦斷層與磁振造影等方式。

1. 尿液檢查：藉由尿液中紅血球數目來評估是否有血尿，血尿可能為泌尿上皮癌的臨床表現，也可能是因為攝護腺肥大、泌尿道感染、膀胱炎、攝護腺炎，或是泌尿道結石。此外，可在顯微鏡下觀察尿液中所含的膀胱壁脫落的細胞是否有癌細胞存在，此為篩檢膀胱癌重要的診斷及追蹤依據。

2. 膀胱鏡：醫師利用一個管徑很小的內視鏡由尿道進去一路看到膀胱，可以直接檢查尿道到膀胱是否有病變，並取下小部份組織作病理檢查。檢查時會採取局部塗抹麻醉軟膏的方式減輕病人的不適感。

膀胱鏡檢查是膀胱癌患者的標準診斷方法，但可能會因為發炎、出血或尿路病變，或嚴重的不良增生發育和零期癌，很難與正常膀胱組織區分，造成不佳的顯影狀況，導致約10-40%膀胱癌患者呈現假性膀胱鏡陰性結果。

3. 靜脈注射腎盂攝影術：靜脈注射腎盂攝影術是將顯影劑由靜脈注入體內，顯影劑會隨著血液到全身各部，最後由腎臟排出，流經腎盂，輸尿管至膀胱。同時利用動態的放射線攝影來檢查腎臟、輸尿管及膀胱，其目的是要發現器官內的異常

狀況。

顯影劑注射時，某些人會感到身體一陣灼熱感，或者覺得口中有金屬味，這些常見的副作用會在一兩分鐘內消失。氣喘或對顯影劑有過敏史者、嚴重肝、腎疾病患者、腎衰竭、骨髓細胞瘤及嬰幼兒所引起脫水、無尿症或尿量極少的病人，不適合作靜脈注射腎盂攝影檢查。



對於腎功能不全的患者，可使用逆行性尿路攝影。泌尿科醫師可在膀胱鏡檢查後，由膀胱鏡中將導管放入輸尿管，接著藉由顯影劑的灌入，配合動態的放射線攝影作集尿系統的檢查。

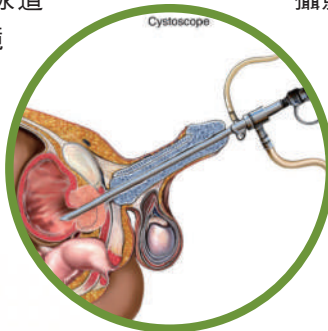
4. 電腦斷層及磁振造影：電腦斷層是藉由電腦化的X光片，針對膀胱及周圍器官的腫瘤大小、膀胱壁侵犯程度、膀胱外組織是否已有侵犯、淋巴結是否轉移等現象進行評估。

磁振造影則不具游離輻射線，且針對軟組織的成像較為清晰，但因為機器產生的強磁場，身上裝有心律調節器、動脈瘤止血夾、殘留眼眶內的金屬屑者是絕對禁止做此項檢查。



圖片來源：https://www.cch.org.tw/news_detail.aspx?cID=2&Id=293

5. 病理分期：要確定病理分期，必須藉由膀胱鏡檢及經尿道腫瘤切除術（TURBT），配合病理檢查，以了解腫瘤大小及侵犯深度。確立病理分期可提供資訊，幫助後續治療方向以及治療後追蹤方式。



圖片來源：

<https://ebSCO.smartimagebase.com/cystoscopy/view-item?ItemID=24453>

如何選擇

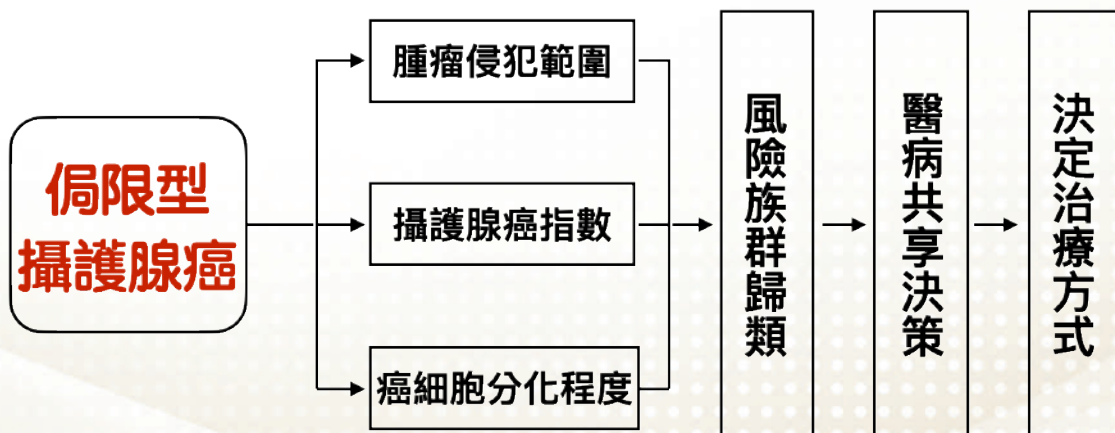
最適合的攝護腺癌治療方式

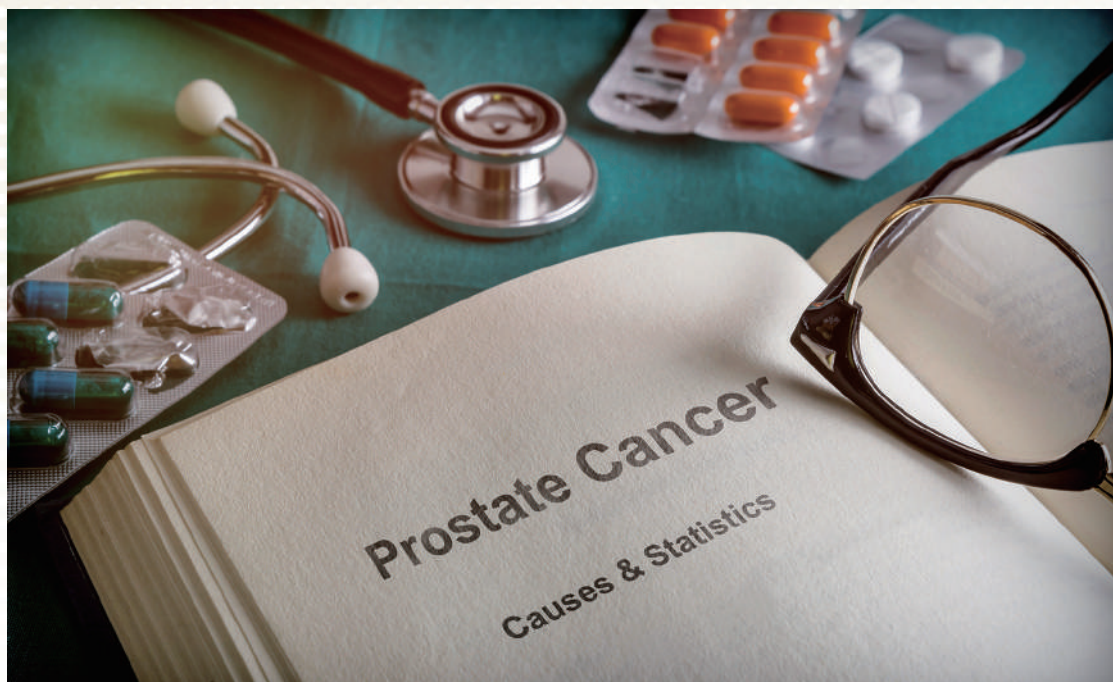
泌尿外科主任 · 石宏仁

攝護腺癌好發於大於 50 歲的男性，目前已經是世界男性第二常見的惡性腫瘤，然而多數病人罹患攝護腺癌時並無自覺症狀，根據彰化基督教醫院統計資料發現有 31% 的新診斷病人已經發生轉移的情形，根據民國 108 年台灣衛生福利部統計癌症死亡率資料，攝護腺癌佔居男性第六位，儼然成為台灣成年男性的隱形殺手。與其他癌症相同，治療攝護腺癌仍然根據病人的臨床分期提供治療方式，然而因為攝護腺癌發展的多變性、手術方式的精進以及新藥的開發，導致治療方式在近年有大幅的改變。

侷限型攝護腺癌（指癌症尚未發生轉移至淋巴結或是其他器官）：早期發現早期治療，仍然有治癒的希望，傳統觀念認為罹患侷限型攝護腺癌的病人只有兩個選擇：手術或是放射線治療，然而在一些大型研究長期追蹤攝護腺癌的進展發現，某些病人即使不接受治療，終其一生也不會遭受攝護腺癌所苦，反而有些病人因接受治療發生併發症，導致影響生活品質。因此針對侷限型攝護

腺癌，醫師會依照“腫瘤的侵犯範圍”、“PSA（攝護腺癌指數）數值”和“癌細胞分化程度”將病人分類成低、中和高度風險族群。低風險表示即使不接受治療，攝護腺癌不容易發展到轉移或是威脅病人生命的情形。高風險表示病人不接受治療會導致疾病進展進而威脅生命，因此必須接受積極治療。因此面對侷限型攝護腺癌的病人，現今醫師治療的考量必須包含腫瘤的狀況（疾病分期、PSA 數值、癌細胞分化程度）、病人的身體狀況（預期餘命、體能狀態、其他慢性疾病）和病人對於疾病治療的期望，即“全人醫療”的治療方式，在醫師提供“醫病共享決策





方案”與病人及其家人共同討論每一項治療方式的優缺點後決定治療方式。每一個人的治療方式都必須經過量身定做，讓醫師與病人共同做出決定。目前侷限型攝護腺癌治療方式包含積極監控、根治性攝護腺切除手術（包含傳統開腹、腹腔鏡和機械手臂）、放射線治療、冷凍治療、海福刀（高能量聚焦超音波）和觀察性等待。

轉移性攝護腺癌：因為抑制男性荷爾蒙可以有效抑制攝護腺癌細胞的生長，因此治療轉移性攝護腺癌的主要方式以荷爾蒙療法為主，但是因為癌細胞的



多樣性以及適應性，以荷爾蒙療法治療一段時間之後一定會發生抗藥性，導致疾病惡化。近期有兩大治療方式的進展：

1. 新一代口服抗荷爾蒙藥物：可以更有效抑制男性荷爾蒙的生成，因此可以有效治療對於傳統荷爾蒙治療無效之病人。
2. 對於新診斷的高轉移量之轉移性攝護腺癌病人提供合併治療：即在傳統的抗荷爾蒙療法加上化學治療或者新一代口服抗荷爾蒙藥物。依照研究結果發現這些新的治療方式可以使轉移性病人增加存活時間也會減低發生轉移造成併發症的機會。

在之後的文章會詳細介紹各種攝護腺癌治療方式的優缺點，希望能讓讀者更了解攝護腺癌。🏠

攝護腺癌的治療方式

積極監測 Active surveillance

泌尿科醫師·張建祥

近年來，台灣的攝護腺癌發生率快速上升，目前已是男性的第五大癌症，2015 年有約 5000 位新病人，診斷時的平均年齡為 74 歲，每年約有 1200 位病人不幸死於攝護腺癌。雖然如此，新診斷的案例中，約 2/3 為局部攝護腺癌，也就是未轉移的攝護腺癌。隨著抽血攝護腺特異抗原（prostate-specific antigen, PSA）的檢查廣泛使用，局部攝護腺癌的比率也逐漸增加，這些因為篩檢發現的無症狀攝護腺癌，大多是早期且低復發風險。事實上，這類腫瘤很少造成病人死亡，病人反而大多死於其他疾病，如其他癌症、心臟病、糖尿病等。因此，**並非每一位病人都需要接受積極侵入式的治療。**

局部攝護腺癌的積極性治療方式（即以治癒為目的），包括開刀（攝護腺根治性手術，包括傳統開刀、腹腔鏡、機械手臂等）、放射線治療、冷凍治療等。除了積極性治療外，有什麼選擇，可以一方面不延誤病情（即不死於攝護腺癌），又可以避免治療的併發症呢？對於早期或低風險攝護腺癌病人，若只想接受保守性治療，積極監測（active surveillance）與觀察性等待（watchful waiting）是兩種國際上常使用的方法。

「積極監測」與「觀察性等待」就是不立即治療腫瘤的追蹤策略。但在意義上，「積極監測」仍保有治癒腫瘤的企圖，只是治療的時候未到，當腫瘤逐漸發展到可能會危害病人健康或生命的時候，就會積極治療。「觀察性等待」

就沒有治癒腫瘤的企圖，只有當腫瘤造成症狀或轉移時，才會開始進行治療。

積極監測意思是定時返回門診追蹤癌症的生長狀況。而積極監測的目的是在不延誤病情的狀況之下，盡可能地避免治療後產生的併發症。在積極監測的期間內若發現攝護腺癌有進展的情況或是病患心意改變的話才會開始進行積極治療，例如手術或是放射線治療。根據美國國家癌症資訊網（NCCN）的指引，適合接受積極監測的病人有：1. 低度風險（low risk）腫瘤，且病患預期餘命小於 10 年者。2. 低度風險（low risk）腫瘤，病患預期餘命大於 10 年，且具有高度意願配合追蹤者。3. 中度風險（intermediate risk）腫瘤，病患預期餘命小於 10 年，且具有高度意願配合者。

積極監測的追蹤原則是，愈年輕的病人，須接受更密切的追蹤。對於病人預期餘命有 10 年以上者，需要每 12 至 18 月重覆 1 次攝護腺切片，直到 75 歲為止。除此之外，病人還需要每 3 至 6 月抽血檢測 PSA 以及每 6 至 12 月接受肛門指檢，任何一項如有惡化，需進一步接受攝護腺切片。

積極監測攝護腺癌可以減少因手術或是放射線治療所產生的併發症，進而保有良好的生活品質。然而積極監測相對於手術或放射線治療來說，有較高的癌症轉移風險。雖然如此，在早期或是局限性攝護腺癌的病人，積極監測病患的存活率仍與接受手術或是放射線治療的病人相當。事實上，一個成功的積極監測案例，往往取決於腫瘤本身、病人配合度、與醫師能力三者，當三者完美組合時，病人便可以享受積極監測帶來的好處，並減少負面影響。🏡

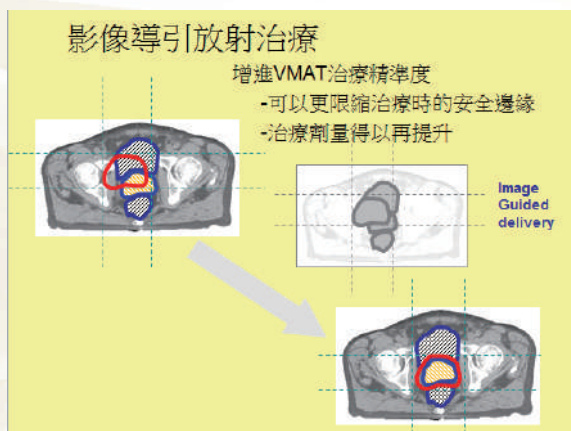
攝護腺癌的治療方式 放射線治療

放射腫瘤部醫師·洪儷中

放射治療簡稱為「放療」或是依據台語稱為「電療」，其實並非用電進行治療，而是以高能量之輻射線 X 光（台語“電光”）對準腫瘤，破壞殺死正在分裂繁殖的癌細胞。與手術一樣，攝護腺癌放射治療屬於局部治療，以體外放射治療（external beam radiotherapy）為主。

光子放射治療進展 (photon therapy)

就人體解剖位置來看，攝護腺前上方有膀胱，後方有直腸，在給予體外放射治療以期控制腫瘤的同時，必須同時考慮到前後器官的保護。近幾年放療機器及電腦計劃軟體大有進步，台灣目前放射腫瘤界幾乎都是使用「強度調控放射治療」簡稱 IMRT，或是「弧形強度調控放射治療」（volumetric modulated arc therapy, VMAT）的先進技術，不但可以提高照射目標劑量而達到更好的腫瘤控制，更可以保護鄰近正常組織以降低副作用發生的機率。



若再配合上影像導引技術（image-guided radiotherapy, IGRT），在每天進行高能量治療前先獲取當天膀胱直腸的確切位置（可能因膀胱餘尿量多寡，或是直腸是否排便而有體積的變化），比對後再給予放射線，就能將劑量如同標靶般精準地集中在腫瘤位置，進一步再降低正常組織可能受到的放射線影響。

低分次放射治療介紹 (hypofractionation)

標準光子放射治療用於攝護腺癌的療程約需 35-42 次左右，週一至週五，以每週五次每天一次的方式執行，故約需 7-9 週左右的治療時間，而每天治療時間約需 5-10 分鐘，不需住院。因著 IMRT、VMAT 及 IGRT 技術的引進，攝護腺癌的治療劑量從原先 70Gy 大幅提升至 75-80Gy，且技術可行下能適度調高單次劑量而使療程能縮短到 35 次，達到更好的腫瘤控制且降低副作用發生機率。

越來越多文獻指出，以單次較高劑量，總次數較少（約 20-28 次）的低分次治療方式（hypofractionation），目前在疾病控制率以及急性副作用上皆與現行的標準放射療程相當，近期有發表追蹤十年的報告，長期副作用也未高於標準療程，但尚未有如標準



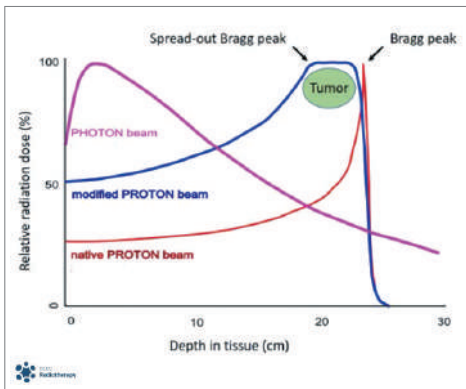
機率。目前低分次治療的方式已列入攝護腺癌的臨床治療指引，惟要使用此種治療流程，必須由放射腫瘤專科醫師來評估與判斷為宜。

質子放射治療介紹 (proton therapy)

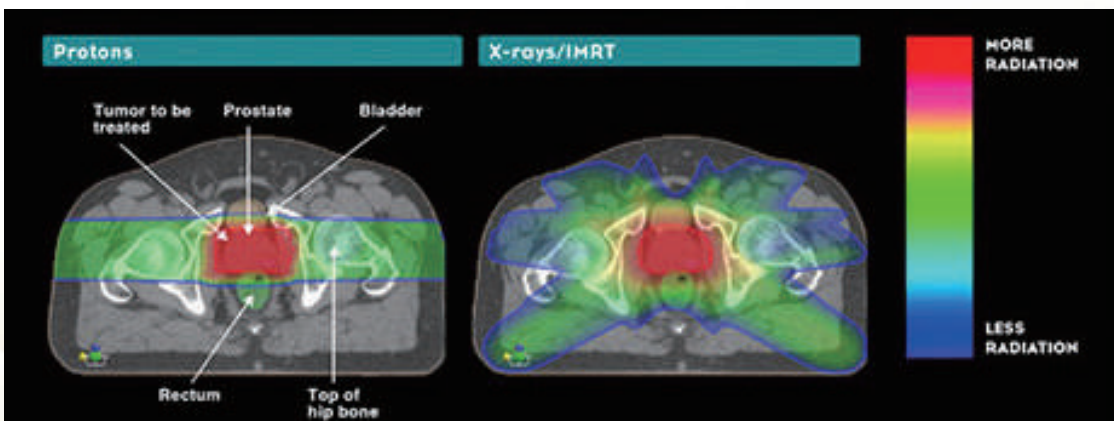
除了 X 光治療的進步，目前台灣放射腫瘤界積極引進質子治療。質子治療的優異處在於質子射束在人體內，可以經由控制能量的高低而在特定深度釋出大量的能量，且在穿越人體的路徑上只會釋放少量能量，而在腫瘤之後的區域則完全沒有輻射量，此特性即為知名的布拉格峰 (Bragg peak)。

當治療區域較大時，則可利用適當的工具擴展布拉格峰涵蓋的治療範圍，但依舊保有治療區域後方幾乎無劑量散佈的特性。

療程長達二十年以上的追蹤文獻。另外，極端的低分次治療（或稱為全身立體定位放射治療技術 stereotactic body radiotherapy, SBRT）是將治療次數壓縮至 5-7 次的療程，也報告了還不錯的疾病控制率，但仍需觀察長期副作用的



運用布拉格峰的優勢，質子治療在攝護腺癌治療上是可以達到對周遭器官最好的保護。只是到目前為止，還沒有隨機臨床試驗能證實劑量上的優勢能確實轉換成臨床上的效益，且目前質子治療費用相對光子治療昂貴許多。我們引頸期待將來累積足夠多的攝護腺癌質子治療人數以及追蹤較長久的研究報告。



質子治療與光子放射治療劑量示意圖 <https://www.protoncenter.nm.org/>

攝護腺癌的治療方式

海福刀 (HIFU)

泌尿外科醫師 · 許家榮、張進寶

或冷凍治療

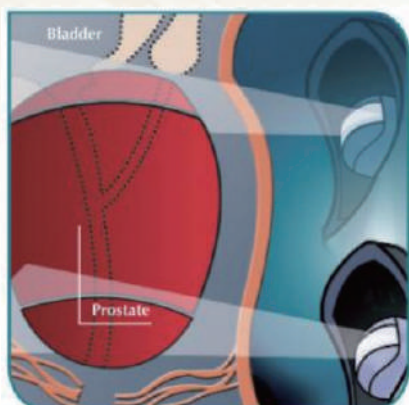


治療攝護腺癌有很多方式可以選擇，以第一、二期來說，當癌細胞尚未轉移或侵犯到其他器官時，可以選擇根除性攝護腺切除手術、放射線、海福刀或冷凍治療。

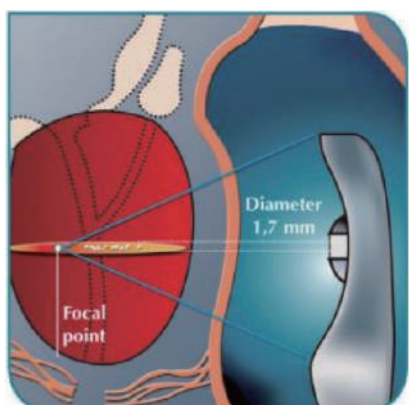
海福刀

海福刀 (HIFU) 的原文全名為「High Intensity Focused Ultrasound」其學術名稱實為「高能聚焦超音波」，其治療原理是將高能量的超音波分散傳送，集中在攝護腺的焦點上，使焦點區內的組織溫度在數秒間上升到 80 ~ 100 度 C，而產生凝血性組織變化。由於攝護腺位處直腸前端，海福刀的超音波探頭可以經由肛門口進去，在電腦的輔助下，利用高能聚焦的超音波產生高熱，破壞癌細胞組織。

目前達文西攝護腺根除手術仍有 2 至 3 成的患者於術後產生尿失禁，傳統手術容易觸及攝護腺周邊的性神經，術後有一部分的患者會出現勃起功能障礙。**海福刀的優點**一是無傷口微創手術，二是**降低手術併發症**，包括有傷口、出血、住院天數少、復原時間快等，**三是手術後生活品質良好**，例如手術後比較不會產生尿失禁的現象、有八成以上可以保留勃起功能。**四是可以局部治療攝護腺癌**和保留性功能勃起神經，病人得以保住手術前的生活品質。



使用超音波影像掃描接收器定位攝護腺位置



高聚焦超音波發射至攝護腺內治療癌症區塊

海福刀治療攝護腺癌，風險相對較小，恢復期也快，適合第一、二期及三期沒有淋巴腺轉移的患者，如果攝護腺癌細胞是高分化、高腫瘤分期的病人、攝護腺體積太大者、PSA 太高者、都有可能造成癌症經治療後容易復發。

此外，海福刀治療後有排尿障礙，尿道狹窄，小便困難等發生的機會，並有可能發生泌尿道阻塞，感染，頻尿等現象。所以病人如果有攝護腺肥大症者，可以考慮先接受經尿道攝護腺刮除手術，觀

察四到六週後，如果沒有出血等副作用，再施以海福刀治療以減少手術後膀胱頸狹窄的發生。

治療結束後，導尿管會繼續留置在病患身上 7 ~ 10 天（醫師視情況決定何時移除），病患可能會有短暫的血尿，肛門因治療過程可能有稍許滲血。病患麻醉藥退後可能會感覺肛門及直腸會稍許悶痛，以上皆為短暫的正常治療後現象。若病患有疑慮請病患詢問主治醫師並請通知手術醫師處理。手術後病患兩年內須每三個月抽血測量一次攝護腺特異抗原（PSA）值，之後則須每半年抽血測量一次 PSA 值，持續追蹤與評估須定期檢測 PSA 數值，才能對於病患的健康有最確切的掌控。

冷凍治療

新型氩氦刀—冷凍微針標靶治療，冷凍治療又稱為「氩氦刀」，乃是利用微針從會陰進入攝護腺，以冷凍微針產生冰球將癌症組織降溫至零下 40°C，以「降溫—升溫」的方式將腫瘤組織摧毀造成細胞及組織壞死，以達到移除腫瘤組織的目的。

攝護腺癌採用「冷凍微針標靶治療」後，經過十年的追蹤，平均復發率低於兩成，並且可以有效降低術後副作用的發生，患者在治療後，一樣能享受良好的生活品質，重拾健康與自信的生活。

治療結束後，根據病人狀況 2-3 天即可出院，2 週可移除導尿管，導尿管移除後幾天內應避免搬運重物與跑步等劇烈運動。病患術後兩年內須每三個月抽血測量一次攝護腺特異抗原（PSA）值，之後則須每半年抽血測量一次 PSA 值，持續追蹤與評估，才能讓醫師確切了解病患癒後狀況，做出最佳建議。

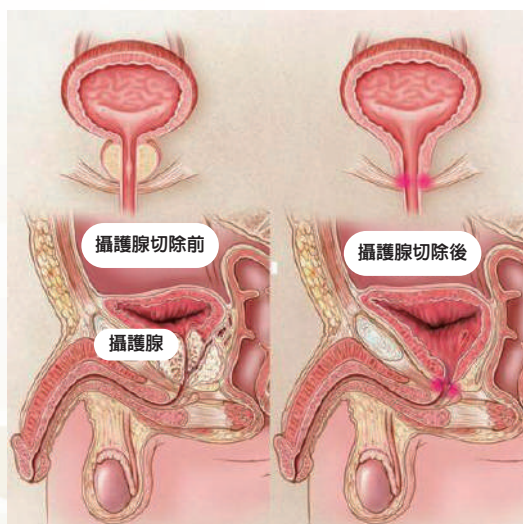
海福刀與冷凍治療在攝護腺癌的治療上，提供病患另一種治療方式。病患可以根據個人病情和個人對於治療後生活品質的要求，與泌尿科醫師詳細討論後，選擇適合自己個人化的治療方法。🏠

攝護腺癌的治療方式

根除性攝護腺切除手術

泌尿外科醫師·林奇柏、王百孚

對於早期或局部擴散，甚至某些少量（不超過五處骨骼）轉移之攝護腺癌，根除性攝護腺切除手術治療具有很明顯或相當程度的長期療效，其目的在於盡可能切除癌細胞，並維持保有可接受的性功能和避免尿失禁等後遺症。手術會完全移除攝護腺、儲精囊，以及部份輸精管、神經血管叢或附近的脂肪軟組織等，另外包括骨盆腔淋巴腺組織，以評估是否有轉移。切除後再以膀胱—尿道吻合術來重建患者的下泌尿道結構。



目前的根除性攝護腺切除手術方式大致分成：傳統開放式、腹腔鏡以及達文西機械手臂手術，手術內容介紹如下：

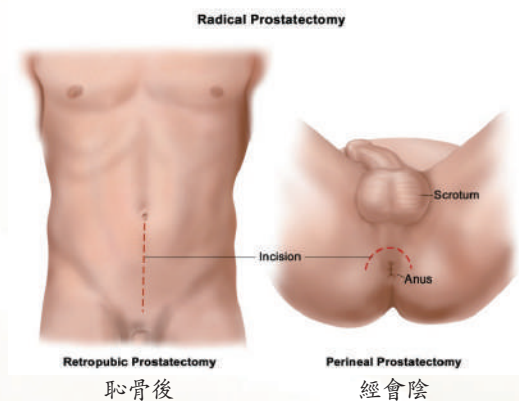
一、傳統開放式根除性攝護腺切除手術

傳統開放式根除性攝護腺切除手術方式，又分為經恥骨後根除性攝護腺切除手術及經會陰根除性攝護腺切除手術，如下圖所示，前者的傷口會在下腹部中線，而後者則是經會陰部來進行。

1. 恥骨後根除性攝護腺切除手術

經由肚臍到恥骨，長度約 10-15 公分的傷口，視情況盡量能做到廣泛性雙側骨盆淋巴腺廓清與神經血管叢保留，然而因骨盆腔的位置及構造限制，手術空間狹小，手術視野亦較為侷限，相較於達文西手術，會有較多的失血量、較久的恢復期、較大的傷口以及術後的疼痛會較為明顯。

傳統根除性攝護腺切除手術



2. 經會陰根除性攝護腺切除手術

經由會陰以倒 U 型的手術傷口，行攝護腺根除性切除手術，但此法無法處理可能轉移之淋巴腺及保留神經血管叢，是最少施行的攝護腺根除手術方式。

二、微創腹腔鏡根除性攝護腺切除手術

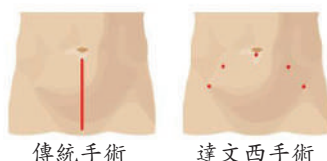
又可分為經腹膜以及腹膜外兩種方式，經腹膜方式可提供範圍大且視野較佳的空間，又可獲取較高位和較多的骨盆腔淋巴腺組織，缺點是破壞範圍較大且可能稍微延後排氣進食的時間；腹膜外方式則相反，其視野範圍空間較小，也比較無法獲取較高位和較多的骨盆腔淋巴腺組織，但優點是破壞範圍較小及提早排氣進食的時間。相較於傳統手術的大傷口，腹腔鏡手術的傷口為 5 個 0.5 公分到 1.5 公分的傷口（有時肚臍下方的傷口會略為擴大，方便手術後病理標本的取出），透過這些傷口，手術醫師將腹腔鏡器械伸入骨盆腔



中，以腹腔鏡攝影鏡頭提供 2D 或 3D 之影像，操作器械來進行，提供較小的手術傷口、減少失血量與術後疼痛。

度，能降低術後尿失禁和性功能障礙的發生率以及減少失血量，亦減少患者的住院天數與術後疼痛情形，可以說是結合了傳統手術（靈活自由的手腕角度）和腹腔鏡手術（傷口小低侵襲性）雙重的優點。達文西機械手臂根除性攝護腺切除手術中又以雷式空間保留（Retzius-sparing）的方式，能有最快的恢復術後尿失禁情況。

本院排除技術上的困難，從 2014 年開始，率先在台灣採用保留雷氏空間不受破壞之技術來進行機械手臂根除性攝護腺切除術，累積了豐富的經驗，也得到超越以往的成果，針對於 65 歲以下、第二期內以及有保留神經之攝護腺癌患者，其第一週拔掉導尿管後可禁尿的比例高達 78%，三個月以上都是 100%。近年來這個成果開始吸引國內泌尿科醫師的注意，愈來愈多醫師開始嘗試這種比較需要高度技巧的方式。



三、微創達文西機械手臂根除性攝護腺切除手術

相較於傳統手術的大傷口，達文西機械手臂根除性攝護腺切除手術的傷口為 5 到 6 個 0.5 公分到 1.5 公分的傷口，透過這些小洞上的套管，機械手臂能伸進體內進行手術，而手術醫師是坐在手術操控台遠端操作，達文西機械手臂手術系統的攝影鏡頭不只提供放大的影像，且以 3D 的形式呈現在手術醫師的眼中，更清楚的視野可以更精準切除攝護腺、儲精囊，適時且精準的保留神經及血管，達文西機械手臂的器械在狹小的骨盆腔空間中，相較於腹腔鏡的器械能提供較好的靈活度及穩定

根除性攝護腺切除術後

不管是上述何種根除性攝護腺切除手術，術後都需要放置導尿管 5 日至 2 週，來保護膀胱—尿道吻合的順利生長，視情況會需要禁食若干天，並觀察引流管的引流量、質地來決定是否能拔除引流管。拔除尿管後較常見會有尿失禁的狀況，這個情形約在術後都會逐漸恢復，有少數患者尿失禁的情形會持續較長的時間，凱格爾運動能訓練骨盆底的肌肉，有助於改善尿失禁。其他的併發症如出血、感染、淋巴水腫液囊腫、性功能障礙等，大多都能順利地緩解或簡易處理解決。

攝護腺癌的

泌尿外科醫師·潘岳

荷爾蒙 (ADT) 治療

新一代口服荷爾蒙藥物—澤珂 (Abiraterone; Zytiga)

衛生福利部於 2013 年核准澤珂的藥證，其作用機轉為可以抑制癌細胞合成所需要的生長因子，達到抑制攝護腺癌細胞生長的目的。服用方式為每日空腹口服四顆澤珂（每顆 250 毫克，共 1000 毫克），在服用期間需嚴密監控肝功能的指數及膽紅素值，也要注意有無出現水腫、低血鉀、高血壓等副作用，為了減少副作用，使用澤珂須併用低劑量類固醇，是其較大的缺點。民國 110 年 3 月 1 日修訂之最新健保給付規定如下



1. 與雄性素去除療法及 prednisone 或 prednisolone 併用，治療新診斷高風險轉移性的去勢敏感性前列腺癌（mCSPC）的成年男性（ECOG 分數須 ≤ 1 ）
2. 與 prednisone 或 prednisolone 併用，治療藥物或手術去勢抗性的轉移性前列腺癌（mCRPC），且在雄性素去除療法失敗後屬無症狀或輕度症狀（ECOG 分數 0 或 1），未曾接受化學治療者
3. 與 prednisone 或 prednisolone 併用，

治療藥物或手術去勢抗性的轉移性前列腺癌（ECOG 分數須 ≤ 2 ）且已使用過 docetaxel 2 個療程以上治療無效者。

4. 須經事前審查核准後使用，每 3 個月需再次申請。
5. 本品用於治療 mCSPC 時，與 apalutamide 僅能擇一使用，且不可互換。但若屬嚴重藥品副作用耐受性不佳者，不在此限。
6. 本品與 enzalutamide 僅能擇一使用，且不可互換。但若屬嚴重藥品副作用耐受性不佳者，不在此限。
7. 本品與鐳治骨（鐳-223）不得合併使用。

新一代口服荷爾蒙藥物—安可坦 (Enzalutamide; Xtandi)

衛生福利部於 2015 年核准安可坦的藥證，其作用機轉為阻斷雄性素受體訊息傳遞路徑，達到抑制攝護腺癌細胞生長的目的。服用方式為每日口服四顆安可坦（每顆 40 毫克，共 160 毫克），不須併用類固醇，在服用期間需注意有無出現疲勞、熱潮紅、頭痛和高血壓等副作用，曾有文獻指出安可坦會出現癲癇的副作用，是其較大的缺點。民國 110 年 3 月 1 日修訂之最新健保給付規定如下

1. 治療藥物或手術去勢抗性的轉移性前列腺癌，且在雄性素去除療法失敗後屬無症狀或輕度症狀（日常體能狀態 ECOG 分數 0 或 1），未曾接受化學治療者



國 110 年 3 月 1 日修訂之最新健保給付規定如下

1. 治療高風險非轉移性去勢抗性前列腺癌 (high risk nmCRPC) 的成年男性。
2. 治療高風險轉移性的去勢敏感性前列腺癌 (mCSPC)，總療程以 24 個月為上限。

2. 治療藥物或手術去勢抗性的轉移性前列腺癌 (mCRPC)，日常體能狀態 ECOG 分數須 ≤ 2 ，且已使用過化學治療歐洲紫杉醇 (docetaxel) 二個療程以上治療無效者。

新一代口服荷爾蒙藥物—安列康膜衣錠 60 毫克 (Apalutamide; Erleada)

在第三期隨機雙盲臨床試驗 SPARTAN 以年齡為 18 歲以上且有高風險轉移的攝護腺癌病人為研究對象，分為使用 Apalutamide 240 毫克組及對照組，兩組皆持續使用 ADT 去勢療法，結果發現 Apalutamide 組明顯延緩攝護腺癌的轉移時程及症狀惡化，常見副作用包括高血壓、皮疹及骨折。民

新一代口服荷爾蒙藥物 Nubeqa (Darolutamide)



美國食品藥物管理局 (FDA) 根據第三期的臨床試驗 (ARAMIS) 結果，批准了德國拜耳 (Bayer) 的 Nubeqa (Darolutamide)，該藥物可用於治療非轉移性去勢抵抗性前列腺癌 (nmCRPC)，為患者提供了一種新的治療選擇，帶來了新希望。Nubeqa 為一種口服雄性素受體拮抗劑，已將試驗數據發表於《新英格蘭醫學雜誌》(The New England Journal of Medicine)，並獲得 FDA 的優先審查認定，且該藥目前正在接受日本、歐盟及其他國家監管機構的審核，此藥物於 110 年 11 月 1 日通過台灣健保給付，須事前審查。



攝護腺癌

泌尿外科醫師 · 陳柏華

前言

初期攝護腺癌通常不會有太多症狀，大部分門診病人都是以下泌尿道症狀 (male lower urinary tract

symptoms, 例：

排尿不順，頻尿，尿急，夜間多尿，等等)

做進一步抽血檢查攝護腺特異

抗原 (PSA, prostate

specific antigen) 過高疑似攝護腺癌，並接受攝護腺切片而確診。

國外有執行攝護腺癌的抽血篩檢，但有研究表示廣泛篩檢攝護腺癌有過度治療的疑慮 (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1606220>)，但這些研究也發現攝護腺癌病人如果接受局部治療 (例：手術或是放射治療) 會比沒有接受局部治療的病人有較低的疾病進展與遠處轉移的機率，所以如果可以提早診斷並接受治療是有幫助，但是每個病人的狀況不同所以還是要於臨床醫師討論並達到個人化精準醫療 (personalized medicine)。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

台灣目前並未把攝護腺癌歸納為癌症篩檢項目，依照民國 107 年癌症登記報告，攝護腺 (前列腺) 惡性腫瘤發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 5.72%，當年因此惡性腫瘤死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的 2.82%，發生率的排名於男性為第 5 位；死亡率的排名於男性為第 7 位，目前 30% 的攝護腺癌病人屬於第四期 (參考 107 年癌症登記報告表格)，第四期病人都需要接受全身性治療。

全身性療法

攝護腺癌的全身性治療 (systemic therapy) 有包括哪些藥物？

- 通常癌症的全身性治療是指靜脈注射化學治療，相對攝護腺癌的全身性治療是以男性荷爾蒙去除治療 (ADT, androgen deprivation therapy) 為首選。新診斷的攝護腺癌都屬於荷爾蒙敏感攝護腺癌 (hormone sensitive prostate cancer)，相對的如果病人目前使用荷爾蒙去除治療並有病情進展的現象 (例：PSA 持續升高，影像學檢查有新的轉移現象) 統稱為去勢抗性攝護腺癌 (castration resistant prostate cancer)。

有哪些狀況會使用男性荷爾蒙去除治療 (ADT, androgen deprivation therapy) ？

- 臨床醫師會建議使用男性荷爾蒙去除治療包括：
 1. 開刀術後病理有不在預期的現象例：腫瘤位於攝護腺外覆膜，淋巴結有癌細胞，術後 PSA 持續過高，等等。
 2. 合併放射治療會使用 6 個月到 3 年的荷爾蒙去除治療。
 3. 轉移性攝護腺癌

現階段攝護腺癌全身性治療有哪些藥物納入健保給付？療程有限制嗎？

- 攝護腺是泌尿科研究最多最廣泛的器官，治療攝護腺癌幾乎每年都有新的臨床實驗，目前健保也有更新的研究證據並提共許多藥物可以選擇。
- 首先臨床醫師須要確認目前階段，病人的攝護腺癌是

10 大癌症死亡率 (每 10 萬人口)，民國 107 年

順位	ICD-10	原發部位	個案數 (人)	粗死亡率	年齡標準化死亡率 ^{2a}	年齡標準化死亡率 ^{2b}
1	C33-C34	肺、支氣管及氣管	9,388	39.80	19.16	22.46
2	C22	肝及肝內膽管	8,222	34.86	17.23	20.04
3	C18-C21	結腸、直腸、乙狀結腸連結部及肛門	5,823	24.69	11.67	13.78
4	C50	女性乳房	2,418	20.36 ^{5a}	11.24 ^{5a}	12.34 ^{5a}
5	C00-C14 ³	口腔、口腔及下咽	3,027	12.83	7.42	8.06
6	C61	攝護腺 (前列腺)	1,377	11.76 ^{5b}	5.03 ^{5b}	6.52 ^{5b}
7	C25	胰	2,292	9.72	4.80	5.53
8	C16	胃	2,299	9.75	4.60	5.41
9	C15	食道	1,929	8.18	4.68	5.06
10	C53	子宮頸	653	5.50 ^{5a}	2.84 ^{5a}	3.20 ^{5a}
	C00-C97	全癌症	48,784	206.81	104.20	120.11

臨床期別

期別	個案數	粗死亡率	年齡標準化死亡率 ^{2a}	年齡標準化死亡率 ^{2b}
I 期	615	10.22	615	10.22
II 期	1515	25.17	1515	25.17
III 期	1771	29.42	1771	29.42
IV 期	1863	30.95	1863	30.95
不詳	256	4.25	256	4.25

荷爾蒙敏感 (hormone sensitive) 還是去勢抗性 (castration resistance)，之後要確認是否病人有影像學的轉移證據 (核子醫學、骨頭掃描與電腦斷層)。

1. 荷爾蒙敏感 + 影像學的轉移 (Hormone sensitive metastatic prostate cancer)

■ 這類病人因為有影像學的轉移的證據加上沒有使用男性荷爾蒙去除治療，目前的證據建議選擇包括：新一代口服荷爾蒙去除治療，化學治療，或是單一使用注射荷爾蒙去除治療。

(1) 化學治療 (剋癌易注射液，歐洲紫杉樹葉抽萃取藥物)：目前健保只有給付在去勢抗性轉移性攝護腺癌，荷爾蒙敏感攝護腺癌病人需要自費，好處只需要打六個療程 (約 6 個月) 不需要長期服用口服藥物，研究顯示有效增加 12 個月的平均存活率。

(2) 新一代口服荷爾蒙去除治療合併注射荷爾蒙去除治療 (自 110 年 3 月 1 日生效)：目前健保給付有以下兩種藥物

■ Apalutamide (如 Erleada)：不需要合併使用類固醇

■ Abiraterone (如 Zytiga)：需要合併使用類固醇

■ 研究效果證明荷爾蒙敏感攝護腺癌病人使用新一代口服荷爾蒙去除治療平均存活率有增加 17 個月，但目前健保給付規定荷爾蒙敏感轉移性攝護腺癌使用口服藥物最多給付 24 個月為上限。

3. 單一使用注射荷爾蒙去除治療：沒有給付上限，可是研究顯示存活率跟轉移的數量有關 (https://doi.org/10.4103/UROS.UROS_11_18)。

■ 不同病人適合不同藥物，臨床醫師會評估並與病人及家屬達到共識的個人化精準醫療。

2. 去勢抗性 + 無影像學的轉移證據 (nmCRPC, non-metastatic castration resistance prostate cancer)

■ 新一代口服荷爾蒙去除治療合併注射荷爾蒙去除治療 (自 110 年 3 月 1 日生效)：目前健保給付只有：Apalutamide (Erleada，不需要合併

使用類固醇)，最多給付 24 個月為上限。

3. 去勢抗性 + 有影像學的轉移證據 (mCRPC, metastatic castration resistance prostate cancer)

■ 去勢抗性轉移性攝護腺癌病人除了持續使用注射荷爾蒙去除治療外會搭配其他口服或是注射性藥物。目前實證醫學建議用藥包括：核子醫學注射鐳 223 (Radium-223)，紫杉醇類化學治療 (docetaxel, cabazitaxel)，新一代口服荷爾蒙去除治療 (Abiraterone, Apalutamide, Darolutamide, Enzalutamide)。

■ 有健保給付 (鐳 223, docetaxel, Abiraterone, Enzalutamide)

1. 核子醫學注射鐳 223 (Radium-223)

· 鐳 223 是針對骨轉移攝護腺癌的新武器，鐳 223 會針對骨頭快速生長部位進入骨骼，一旦進入骨骼鐳 223 會發出 α 粒子， α 粒子輻射線很強但距離短 (約 50-80 μm ，大約 2-10 細胞)，健保給付注射 6 次 (約 6 個月的療程)。

2. 紫杉醇化療 (docetaxel)

· 國外研究建議劑量為 75mg/m² 每三個禮拜打一次，因為副作用大又有抑制免疫的風險，目前適合台灣人體格的劑量為 50mg/m² 每兩個禮拜打一次。

3. 新一代口服荷爾蒙去除治療 (Abiraterone, Enzalutamide)

■ 沒有健保給付，需要自費 (cabazitaxel, darolutamide)

1. 靜脈注射化療：cabazitaxel (一個療程約 10 幾萬)

2. 口服荷爾蒙去除治療：darolutamide (目前沒有健保給付，請洽臨床醫師是否有給付或是有臨床實驗)。

結論：要如何選擇治療？

● 因為攝護腺癌有不同階段，而且不同階段的治療方式有不同的考量，請務必跟臨床醫師討論並決定各自的個人化精準醫療。🙏



非肌肉侵犯型 膀胱癌的治療方式

泌尿外科醫師·陳一中



「醫師，最近這兩個月我尿尿粉紅色，本來以為是老了的關係，這幾天我都尿血，但是都不會痛，我嚇到了。」有別於輸尿管結石摩擦管壁或是膀胱發炎引起的疼痛性血尿，**無痛性血尿，其實是臨床上很多膀胱癌患者來醫院求治最典型的表徵。**

非侵入的檢查及診斷方式，筆者會安排腎臟超音波排除任何上泌尿道的病兆，之後會請患者脹尿，進行膀胱超音波檢查膀胱，再請患者留小便進行尿液

細胞學篩檢，查探是否有任何惡性的細胞。侵入性的檢查根據國家綜合癌症網路指引（NCCN guideline）首推是膀胱鏡檢查手術，有別於胃鏡自口腔及大腸鏡自肛門施作，膀胱鏡主要是經由尿道。不論是男性或是女性患者，在檢查前用局部麻醉藥劑灌注尿道及塗抹在尿道口，靜待5至10分鐘，再用內視鏡進入膀胱進行探查，發現腫塊再進行切片。

若切片報告為惡性膀胱腫瘤，筆者會建議患者接受腹部電腦斷層檢查是否為轉移性或是局部性，局部性膀胱惡性腫瘤主要是靠傳統經尿道內視鏡膀胱腫瘤刮除手術或是雷射經尿道內視鏡膀胱腫瘤刮除手術。不論是傳統或是雷射手術，兩者皆是微創手術，雷射有比傳統電刀優勢在於治療有出血傾向及在服用抗凝血劑患者，比較不容易出血。手術後的病理報告可以分為肌肉侵犯性（muscle invasive）膀胱癌惡性腫瘤及非肌肉侵犯性（non-muscle invasive）膀胱癌，筆者本篇主要是針對非肌肉侵犯性膀胱癌惡性腫瘤。

住院接受內視鏡膀胱腫瘤刮除手術後會留置導尿管，24 小時內會進行第一次膀胱內化療灌注治療（bladder instillation therapy）降低復發以及膀胱內殘存癌症細胞，放置幾天再移除導尿管及出院回門診追蹤。短時間內，解尿仍然會不適也會伴隨輕微的血尿，建議適量飲水，若有發燒及解尿解不出來或是大量血尿，有發生術後感染或是出血的可能性，建議去急診。

非肌肉侵犯性膀胱癌惡性腫瘤在內視鏡刮除手術後一個月，

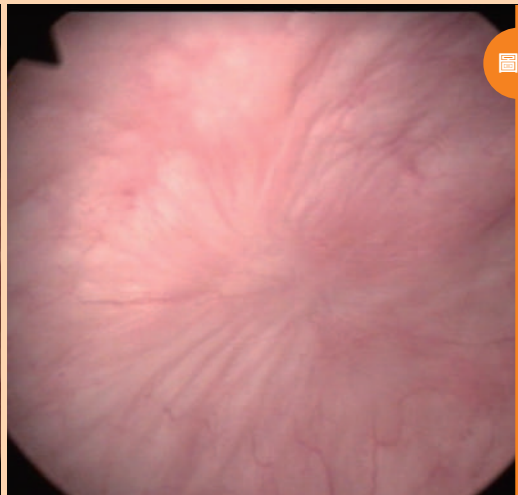
連續 6 週每週接受膀胱內卡介苗灌注治療或是膀胱內化學灌注治療（bladder BCG instillation therapy or chemotherapy instillation therapy），灌注後患者有可能會有血尿及膀胱疼痛，如果有發燒伴隨大量血尿，可能是卡介苗或是化學藥物引起的泌尿道感染，建議去急診。若灌注之前有血尿或是膀胱疼痛的情形，建議休息一週藥物治療，待症狀改善後再進行膀胱灌注。

非肌肉侵犯型膀胱腫瘤以無刀口內視鏡手術刮除，配合定期膀胱鏡檢查追蹤以及完整的膀胱內卡介苗灌注治療或是化學藥劑灌注治療，是有可能治癒且沒有復發的，初期膀胱腫瘤並非絕症，若有無痛性血尿，建議早期就醫，早期檢驗及早期接受治療。🏡

圖一



圖二



圖一為膀胱鏡的影像，可以看到像珊瑚狀膀胱惡性腫瘤，圖二為內視鏡膀胱腫瘤手術後三個月後的影像，恢復良好，可以發現手術後本來長腫瘤的部位結痂而且沒有復發。

內視鏡 膀胱腫瘤 刮除手術

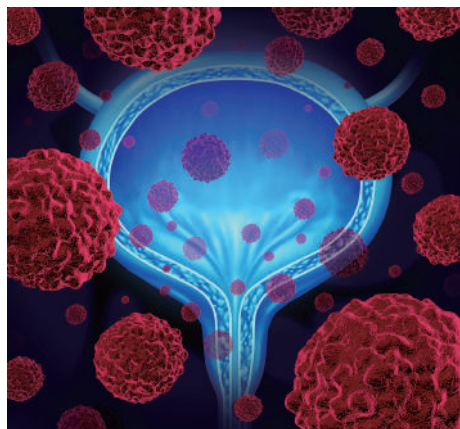
泌尿外科醫師·曾博鴻、江恆杰

一、手術簡介

經尿道內視鏡膀胱腫瘤切除手術治療，是採用半身或全身麻醉方式，利用膀胱鏡經由尿道進入膀胱，再利用電刀刮除或雷射燒灼腫瘤組織。腫瘤切除後再進行腫瘤底部止血。膀胱腫瘤刮除術後一般會留置一條導尿管，直到尿管中尿液清澈為止。病人身體外觀並無傷口，手術時間一般約 30 至 120 分鐘，根據腫瘤大小及腫瘤多寡，手術時間長短有所差異。手術出血量及併發症較少，安全性較高，適用於零期及第一期膀胱腫瘤的病人。

二、腫瘤分期

- 甲、零期：腫瘤局限於黏膜層。此時經尿道電刀刮除或雷射燒灼膀胱腫瘤；術後可能加上膀胱內灌藥治療。
- 乙、第一期：侵犯到黏膜下層，未達肌肉層。此時以經尿道電刀刮除或雷射燒灼膀胱腫瘤；術後應加上膀胱內灌藥治療。
- 丙、第二期：腫瘤已侵犯肌肉層。可選擇施行經尿道腫瘤切除術、膀胱部份切除或全切除，視侵犯大小位置不同而定。
- 丁、第三期：腫瘤已進入深部肌肉層或超出膀胱壁。如果出血或膀胱出口堵塞先以膀胱內視鏡手術症狀治療外，必須加上膀胱部份切除或全切除或放射線治療及化學藥物治療等。
- 戊、第四期：腫瘤已侵犯其他器官，或有淋巴腺



及其他器官轉移。此時宜配合放射線治療或化學藥物治療，或輔以膀胱內視鏡手術症狀治療。

三、手術效益：

- 甲、膀胱表淺腫瘤，可以經尿道膀胱腫瘤刮除術進行治療，深入至肌肉層的膀胱腫瘤可由此步驟進行診斷及病理分期。並根據病理分期來進行進一步的治療。
- 乙、不需切除膀胱，沒有傷口。

四、手術風險：

- 甲、術後發生嚴重血尿需輸血的比例小於 10%，輕微的血尿則不可避免。出血或體液流失時，有時需輸血或

補充水份、蛋白質或電解質。
某些輸液可能全民健保不給付。

- 乙、出血造成尿道或尿管血塊阻塞（比例小於 10%）。
- 丙、術後尿道或膀胱頸狹窄、術後感染、留置導尿管引起尿道或膀胱之痙攣疼痛，（比例小於 5%）。
- 丁、如以單極電燒切除腫瘤，沖洗液為純水，也有可能發生水中毒，電解質不平衡即所謂經尿道切除症候群，（比例小於 5%）。
- 戊、膀胱穿孔，造成血液、水份或體液流至腹腔或後腹腔，置放尿管 2 週以上或緊急剖腹修補膀胱手術（比例小於

1%）。

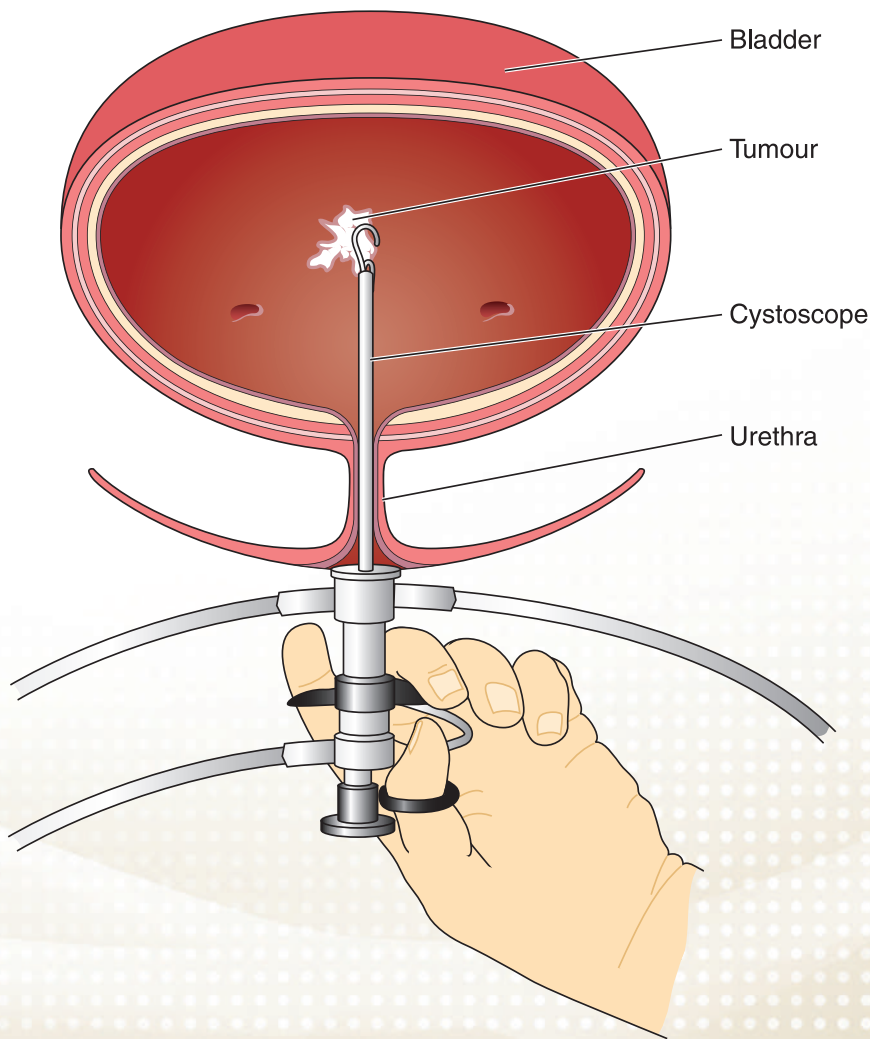
己、手術後膀胱因為結疤而攣縮，造成容量變小，通常發生在較大面積的腫瘤或多發性的腫瘤（比例小於 1%）。

庚、術後腫瘤可能再發，比例因腫瘤大小、數量、深度而異，復發的比率在 10-50% 之間。

辛、在接受經尿道膀胱腫瘤切除手術之後，一般會合併使用膀胱內藥物灌注治療，來降低日後再復發的機率，而全身化學藥物治療造成的副作用因使用藥物及個人體質而異。

五、手術須知：

即使是手術權威、經驗再怎麼豐富的醫師，仍不能完全避免手術的併發症及副作用；但每一位醫師都會盡自己最大的能力與認真之態度為病患服務並治療。🙏



肌肉侵犯型 的膀胱癌治療方式

泌尿外科醫師
方琬云

當我們將膀胱的構造仔細分層，由內到外可分為黏膜層、黏膜下層、逼尿肌層、以及臟器外膜。而所謂的肌肉侵犯型的膀胱癌，即是起源於黏膜層的癌細胞向外侵犯至逼尿肌層。當癌細胞到達肌肉層但尚未穿透膀胱侵犯膀胱外的組織或臟器時，臨床上的分期為第 2 期。若已侵犯膀胱外的組織或臟器但沒有任何的轉移，臨床上的分期為第 3A 期。

當疾病達到第 2 期以上，進一步的檢查包括血液檢查（完整的血球計數及生化檢查，尤其 Alk-P）以及影像學檢查（可能包括電腦斷層、去氧葡萄糖正子電腦斷層，骨骼掃描等等），以確保排除遠端轉移或淋巴轉移的可能性。

在排除了轉移性腫瘤的可能性，接下來肌肉侵犯型膀胱癌治療選擇到底有哪些呢？

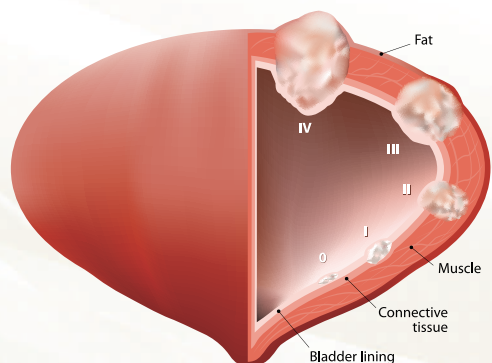
考量到膀胱癌本身為高復發風險及高惡化風險的特性，現階段肌肉侵犯型膀胱癌治療仍以全膀胱切除為主要建議，尤其是多發性（多顆）腫瘤的患者。然而因每位患者的病況不盡相同，也會有不同的治療方式可以做搭配或選擇。全膀胱切除術包含相鄰的臟器（男性：攝護腺；女性：子宮）以及骨盆腔內的淋巴結，也包含切除後的膀胱重建。手術的方式有傳統開腹手術、腹腔鏡手術、達文西機械手臂輔助手術等可以做選擇。在部份單一顆腫瘤且沒有原位癌的患者，有機會可以選擇部分膀胱切除，以同時達到治療及維持生活品質的目的。但需要注意的是，若腎臟功能允許，手術前皆建議進行前輔助性化學治療，可以達到增加存活率、減少殘餘腫

瘤、甚至臨床分期降階的好處。而在嚴格的條件下，或是無法進行膀胱全 / 部份切除的患者，可藉由保留膀胱並搭配同步化學治療以及放射治療，並且密切追蹤，才能達到較好的疾病控制。

手術過後依據病理分期及侵犯的範圍，可能需要配合輔助性的化學治療、放射治療、或是膀胱灌藥治療。定期追蹤包含影像學以及血液學的檢查，按時定期回診才能及早發現並遏止疾病的復發及惡化。

根據每位患者情況以及身體素質的不同，經過醫師的評估進行個人化的治療。治療方式並非只有唯一的選項，唯有患者和醫療團隊良好的溝通及配合，找到最適合自己的做法，才能達到最佳的效益。🏠

STAGES OF BLADDER CANCER





根治性 膀胱癌 切除手術

泌尿外科醫師·陳一中

無痛性血尿，其實是臨床上很多膀胱癌患者來醫院求治最典型的表徵。藉由膀胱鏡檢查手術，在膀胱進行探查，發現腫塊再進行切片。病理診斷如果是泌尿道上皮癌，建議患者接受腹部電腦斷層檢查是否為轉移性或是局部性，局部性膀胱惡性腫瘤主要是靠傳統經尿道內視鏡膀胱腫瘤刮除手術或是雷射經尿道內視鏡膀胱腫瘤刮除手術。手術後的病理報告可以分為肌肉侵犯性（muscle invasive）膀胱癌惡性腫瘤及非肌肉侵犯性（non-muscle invasive）膀胱癌，筆者本篇主要是針對肌肉侵犯性膀胱癌惡性腫瘤。

肌肉侵犯性膀胱癌主要治療方式是根治性膀胱切除手術，隨著科技的日新月異，除了傳統開刀方式之外，還有腹腔鏡及達文西機械手臂的開刀方式。**傳統開刀方式**主要是肚臍之下到恥骨聯合下刀長達 30 至 40 公分左右的切口，失血量及體液流失多，患者恢復期比較長。**腹腔鏡開刀手術**方式，手術的孔洞主要是 4 至 5 個孔洞（port），腹腔鏡器械可以進去進行膀胱切除及選取小腸做人造膀胱，可以減少患者血液及體液流失，明顯減少輸液量進而縮短恢復期。**達文西機械手臂手術開刀方式**雖然開刀時間比較長但機械手臂設計精巧，手術過程中，手臂進行切割及止血甚為精緻，對手術部位引起的發炎刺激減少很多及明顯減少輸液量，可以降低失血量和大量體液流失，有別於傳統開刀及腹腔鏡恢復期及住院天數更短，為患者提供了一種的更安全的手術方法。

在切除膀胱之後，要替尿液找一個新的出口，主要方式有迴腸造口術（Ileal Conduit）及膀胱重建手術（Neobladder）。迴腸造口術是一個相對簡單的尿流改道方法，切除一小節小

腸作為排尿的通道，把小腸接在皮膚上使用造口袋收集尿液，需要定期更換造口袋。而膀胱重建手術則是用較長的小腸模仿原有膀胱的儲存尿液功能，手術過程相對複雜，病人術後需要做排尿訓練才能比較接近病人手術前的排尿狀態。

手術常見的手術後早期併發症（early complication）有腸阻塞、腸道瘻管、輸尿管—人工膀胱吻合處狹窄、漏尿、泌尿道感染、人工膀胱壞死，手術後晚期併發症（late complication）有輸尿管狹窄、腎水腫、膀胱造口狹窄、尿道狹窄、腎衰竭及電解質不平衡。以上常見的併發症主要在於手術後一週及之後門診追蹤的主要觀察項目，需要觀察病患臨床症狀、尿量及抽血的生化指標去評量，此外，更需要定期接受影像學檢查（腹部電腦斷層或是腎臟超音波）及尿液細胞學檢測，以評量癌症是否有效控制。

肌肉侵犯性膀胱癌不論是選擇傳統開刀、腹腔鏡手術或是機器手臂達文西手術，依據目前現有的文獻，三者對於癌症控制、手術併發症、癌症復發及手術邊界陽性率，都有類似的療效，一旦確診之後可以詢問照護的主治醫師是否身體狀況可以接受手術，如果不建議手術，治療方針還有免疫療法及化療合併放療，因此建議早期診斷及早期治療。🙏

轉移癌 新選擇

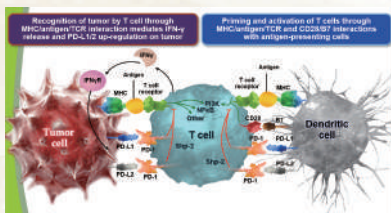
免疫療法

泌尿外科醫師 · 陳柏華

前言

尿路上皮癌（通稱膀胱癌）是尿道，膀胱，輸尿管和腎盂最常見的病理學型態。尿路上皮癌較常發生在膀胱並以非肌肉侵入性膀胱癌最常見（約 75%），肌肉侵入性膀胱癌佔 25%。這些局部晚期或轉移的患者雖然比率佔少數，但是這群病人逃不過化學治療的命運。自從 1980 年代，這些病人的化療是以鉑金類（cisplatin based chemotherapy）為主要第一線用藥，目前健保給付有提供第一線化療用藥。鉑金類藥物對尿路上皮癌效果不錯，但是有較高的腎與周邊神經毒性。至於腎功能不好的病人鉑金類藥物也是禁忌症，腎功能不好的病人可以改用卡鉑（carboplatin）治療，但是這些效果有限並且還是有毒性。對於第一線用藥失敗的病人，第二線用藥效果不佳，通常需要合併兩種以上的化療，目前健保也沒有給付這些第二線化療用藥。

自從 2016 年，國際尿路上皮癌治療指引（NCCN guideline,



EAU guideline) 建議免疫療法當作適合的第二線治療。在最新的 2020 NCCN 治療指引，免疫療法是強烈建議使用在沒辦法接受鉑金類治療病人身上。膀胱癌的治療早在 1970 年代就使用卡介苗（Bacillus-Calmette Guerin, BCG）灌注在膀胱中可以誘發免疫反應，這是最早的免疫治療，非常有效的控制非肌肉侵入性膀胱癌的復發。2010 年代對免疫療法有很大的突破，特別是阻斷「檢查點」的藥物（PD-1 與 PD-L1 抗體）為目前臨床研究的大宗。這些藥物的共同點是抑制腫瘤細胞與 T 細胞的免疫「檢查點」作用並逃避人體免疫攻擊（immune evasion）的現象。目前健保給付可以用的藥物有三家（Atezolizumab, Nivolumab, Pembrolizumab）。

現階段納入健保給付的癌症免疫藥品有哪些？治療癌別為何？療程有限制嗎？

- 自 2020/03/27，健保給付癌別分別為：肺癌，尿路上皮癌，黑色素瘤，典型何杰金式淋巴瘤，腎細胞癌，肝細胞癌，頭頸部鱗狀細胞癌，胃癌，不同的腫瘤有自己給付的藥物與規範。相對尿路上皮癌三種藥物都健保給付，並且目前尿路上皮癌與腎細胞癌在可分析案例中屬於完全 / 部分反應（PR 及 CR）比率占 5 成以上（第一線尿路上皮癌：50%，第二線尿路上皮癌：57%，晚期腎細胞癌：58%）。
- 使用癌症免疫檢查點抑制劑的病患，需要每 12 週評估一次使用情形（如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像），有療效反應者（PR 及 CR）得繼續使用 12 週；出現疾病惡化（PD）或出現中、重度或危及生命之藥物不良反應時，則應停止使用，**給付最長以 2 年為限**。
- 初次用藥後評估疾病呈穩定狀態者（SD），可持續再續用 12 週並再次評估。如果再次評估乃是疾病呈穩定狀態者（SD），應停止使用。

為什麼使用癌症免疫藥品前須檢測病人生物標記 (PD-L1) 表現量？給付規定為何？

- 健保給付的「黃金門票」就是所謂發現病人生物標記 (PD-L1)，生物標記 (PD-L1) 要達到標準才可以申請健保給付的免疫療法。
- 健保署參採病理專家及醫學會建議，參考癌症免疫藥品之樞紐臨床試驗結果，發現病人生物標記 (PD-L1) 高表現量者預期有較佳之藥品反應率。
- 為提升癌症免疫藥品的效益，健保藥物共同擬訂會議決定給付癌症免疫藥品，並以病人生物標記 (PD-L1) 高表現或有表現者為優先。
- 衛生福利部已核准數項 PD-L1 檢測之第三等級體外診斷醫療器材 (class III IVD)，包括 pembrolizumab 對應使用之 Dako 22C3 及 VentanaSP263、nivolumab 臨床試驗使用之 Dako 28-8 及 VentanaSP263、atezolizumab 臨床試驗使用之 Ventana SP142。以下是泌尿科相關癌別的 PD-L1 檢驗標準。
- 自 2020 年 4 月 1 日起，健保給付 PD-L1 染色檢測每人終生給付一次。目前晚期尿路上皮癌三種藥物都有給付，本科建議尿路上皮癌病人一律接受三項染色檢驗來提高得到「黃金門票」的機率。
- 目前大型研究有 3 成的病人符合健保給付的標準，但是科內所驗出的 PDL1 比率有 6 成的病人符合健保給付標準。

給付範圍	pembrolizumab (Dako 22C3 或 Ventana SP263*)	nivolumab (Dako 28-8 或 Ventana SP263*)	atezolizumab (Ventana SP142)
泌尿道上皮癌第一線用藥	CPS ≥ 10	本藥品尚未給付於此適應症	IC ≥ 5%
泌尿道上皮癌第二線用藥	CPS ≥ 10	IC ≥ 5%	IC ≥ 5%
晚期腎細胞癌	本藥品尚未給付於此適應症	不需檢附報告	本藥品尚未給付於此適應症

結論：為什麼要選擇免疫療法？

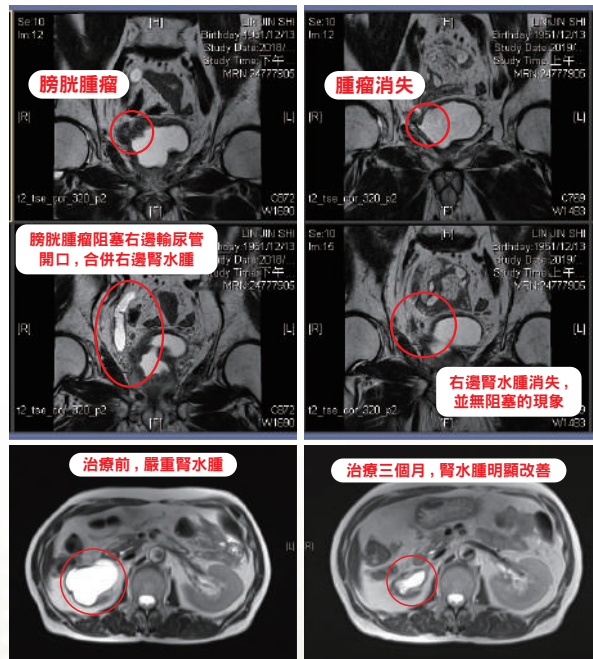
1. 癌症免疫檢查點抑制劑是利用人體的免疫細胞來攻擊癌細胞，所以副作用會比化療的來得低。
2. 目前通報的嚴重不良反應 (第三，第四級) 佔有 3%，簡單來講 100 個病人有 1 到 3 個會因為嚴重反應沒辦法使用免疫療法。
3. 泌尿科癌別 (晚期尿路上皮癌與晚期腎細胞癌) 可分析案例中屬於完全 / 部分反應 (PR 及 CR) 比率占 5 成以上 (第一線尿路上皮癌：50%，第二線尿路上皮癌：57%，晚期腎細胞癌：58%)。
4. 大型研究的中位存活期 (Median Overall Survival) 為 13 個月，大於 5 成的病人存活率都大於 12 個月。

個案分享

68 歲男性，肌肉侵犯型膀胱癌經過化療加放療的保存膀胱治療，多次接受經膀胱腫瘤刮除合併化療。

免疫療法前的 MRI

經過 3 個月免疫療法



未來治療趨勢

個人化醫療

泌尿外科主任 · 石宏仁



何謂個人化醫療 (Personalized medicine) ?

林先生罹患膀胱癌合併肺部轉移，經過化學治療加上免疫療法的治療後，轉移部位完全消失，身體也逐漸恢復健康，然而隔壁床的陳先生就沒有那麼幸運，陳先生接受跟林先生一樣的治療方式，但腫瘤依然無情的生長茁壯，為何同一種癌症對於治療的反應完全不同呢？科學家發現人類之所以會產生癌症是因為正常細胞的基因發生了變異，變異後的細胞生長快速，導致蔓延全身甚至導致病人死亡。因此假若我們可以找出導致細胞變異的關鍵基因，就有機會針對這個基因制定治療方針，這種療法即可稱為個人化醫療。

個人化醫療在癌症所扮演的角色？

不知您是否聽過有位國外藝人因為檢驗出有家族性乳癌基因進而接受預防性雙側乳房切除手術的訊息，雖然乍聽之下有點極端，但是提早做出預防性措施也算是個人化醫療其中一部分。藉由檢查體內的基因，可以讓醫師在每一種癌症各個階段做出對於病人最適當的治療方式，因此個人化醫療在癌症治療所扮演的角色有以下幾種：找出罹病高風險族群、提早診斷出癌症、決定哪一種治療最有效、判斷疾病預後情形。

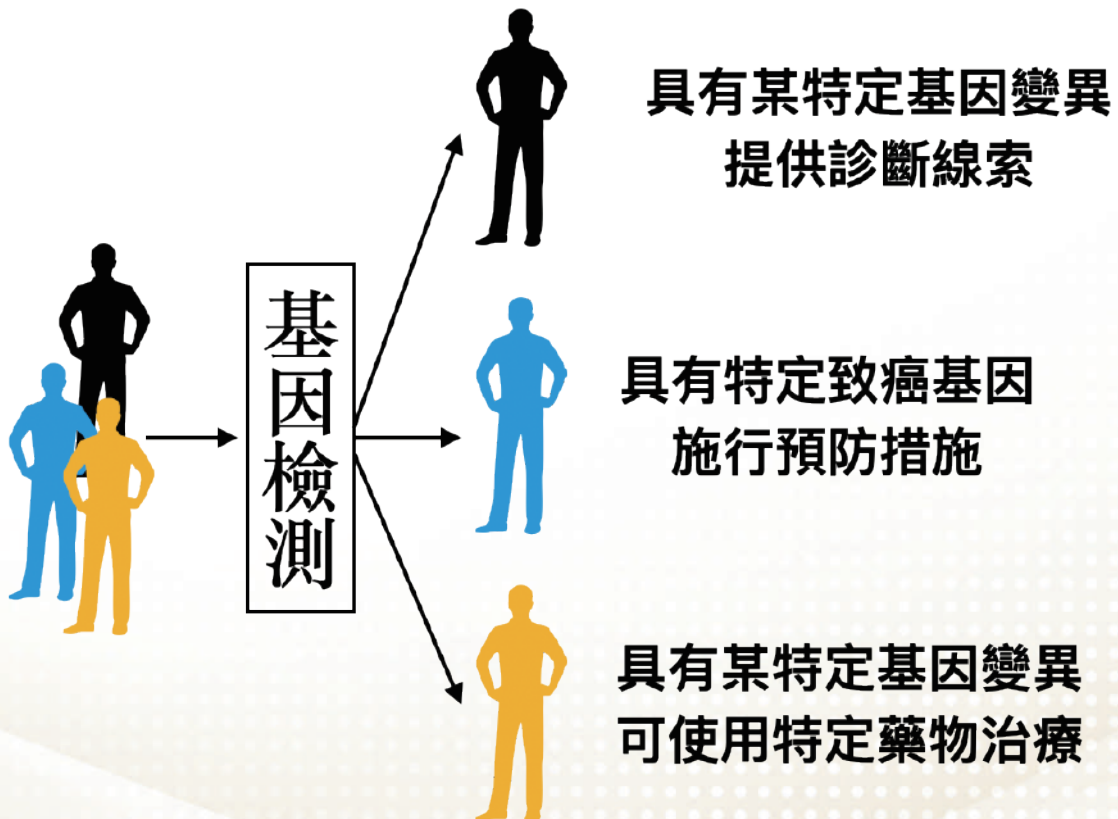
個人化醫療在膀胱癌的發展現況

在預期治療效果部分，已有臨床試驗針對某些基因的變異預測病人接受卡介苗膀胱灌注和化學治療的療效。針對病人接受免疫療法時，可由偵測病人腫瘤中免疫檢查點的表現量加上微小衛星體的不穩定性 (microsatellite instability) 來預測治療效果。近年針對轉移性膀胱癌一大突破是使用纖維母細胞生長因子受器 (fibroblast growth factor receptor, FGFR) 抑制劑來治療具有 FGFR 變異的病人，因此只要是接受過化學治療失敗的膀胱癌病人，假若病人具有 FGFR 變異則適合接受 FGFR 抑制劑的治療。

個人化醫療在攝護腺癌的發展現況

攝護腺癌的個人化醫療可回溯至 1979 年因為科學家找到攝護腺指數 (PSA) 可以作為診斷攝護腺癌的一個生物指標，而這個指標也一直沿用至今。當然目前有更多的生物指標被提出，然而還沒有新的指標可廣泛應用於臨床。在治療部分，針對轉移性攝護腺癌接受過賀爾蒙治療失敗的病人，可藉由檢測是否具有 BRCA 基因變異，並針對具有基因變異之病人提供 PARP 抑制劑的治療。

癌症治療因為基因治療的進步，讓之前無法實現的個人化醫療逐漸看到曙光，相信在不久的將來，可藉由簡單的抽血或驗尿即能得知每個人治病的風險、適合的治療方式以及評估治療預後。



男性同胞必知

泌尿外科醫師·潘岳

如何照顧您的攝護腺



攝護腺癌是男性常見的癌症之一，其發生比率與年齡有關，男性在 40 歲以後就有發生的可能。以下為攝護腺癌之高危險因子

1. 家族遺傳：

攝護腺癌 15% 與家族遺傳有關聯。如果父親或兄弟罹患攝護腺癌，個人罹患攝護腺癌的機率為常人的兩倍。若父親與兄弟都罹患攝護腺癌，則增為 4 倍。遺傳性攝護腺癌：若家族有人於 55 歲前罹患攝護腺癌，則個人罹患攝護腺癌的機率增為 5 倍。所以家族罹患攝護腺癌的人數與年齡為最重要的決定因子。

2. 基因：

目前有多種基因被證實與攝護腺癌有關係，目前仍在研究中。

3. 發炎與感染：

攝護腺癌的發展與慢性發炎有關。目前累積的證據顯示攝護腺癌與感染有關：有性病史或攝護腺發炎的男性有較高的機會得到攝護腺癌。

4. 其他可能影響因素

性生活頻率：由於頻繁的性生活與非專一性伴侶易得性病，故有人認為這與攝護腺癌的發生有關。但也有研究顯示，頻繁的射精，較不易得攝護腺癌。

輸精管結紮：目前仍無定論，但似乎沒有影響。

健康習慣：常接觸菸、酒等致癌物、沒有規律運動等生活習慣，容易增加罹癌的風險。



5. 飲食：

攝取高油脂，且少蔬菜的飲食較易誘發攝護腺肥大。以下飲食有益於預防攝護腺問題：

● 多吃魚取代紅肉

魚（尤其是深海魚）富含 Omega 3 脂肪酸，可以平衡食物中過多含 Omega 6 的食物。

● 使用正確油脂，利於抗發炎

配合烹調方式選擇適合油品，平均攝取並避免僅使用單一油品。建議多攝取 Omega 3（如：堅果油、亞麻仁籽油等）增加抗發炎作用。

● 多吃新鮮蔬果

如花椰菜、甘藍菜（抗氧化）、黃豆製品（含大豆異黃酮）、番茄（含茄紅素）與綠茶，都是有益攝護腺健康的優良食物。其中花椰菜由於能強化肝臟解毒功能，同時會抑制導致攝護腺癌的基因表現。

● 低溫烹煮（水煮、蒸）替代高溫燒烤與鍋煎

任何肉類只要經過超過攝氏 150 度高溫處理，容易產生致癌物，而水煮（100 度）的方式則不會，並

減少過度烹飪。

台灣男性壽命逐漸延長，加上 PSA 值廣泛使用，有更多機會發現攝護腺癌病人。五十歲以上男性，應定期接受攝護腺檢查，經由早期的診斷及接受適當治療，提高病人存活率。♣



無聲的殺手——如何避免膀胱癌的發生

泌尿外科醫師·曾博鴻、嚴孟意

膀胱癌是一種全球性的惡性疾病，在 2015 年共有 54 萬左右的確診案例並有約 18 萬人死於膀胱癌。隨著人口老化及人口增長，發病率持續增長中。根據行政院衛生署統計國內每年因膀胱癌死亡者約在 400 位左右（每十萬人口 1.91 人），而發生率則為每十萬人口 2.29 人。在台灣地區，尤其在烏腳病流行區發生率更高，由此可見環境對於膀胱癌的影響顯著。

根據衛生福利部的統計，膀胱癌是國人癌症死因第 14 位。此外，膀胱癌的復發率相當高，甚至可高達 70%，即使接受治療，仍要密切追蹤，以確保膀胱癌已經完全根除。

影響膀胱癌的危險因子有很多，包括基因遺傳、抽菸、肥胖、職業曝露、泌尿系統相關疾病、泌尿道感染、輻射線、化學藥物、環境污染、飲食等等都有可能增加膀胱癌的風險。根據臨床統

計，台灣地區罹患膀胱癌的人口，以四、五十歲以上的中老年人為主，且男性多於女性。易罹患膀胱癌的高危險群有：

- 印染、紡織、電纜、皮革工業所使用的化學物質中含聯苯胺、甲乙苯胺等有機胺，從業人員及鄰近居民，患癌率為一般人的 30 倍。
- 長期飲用含高濃度螢光劑的井水，除了飽受烏腳病威脅外，膀胱癌罹患率也提高了 5 倍。
- 菸燃燒後的色胺酸代謝物，易致膀胱病變，每日菸量超過一包的癮君子，比常人多出一·五～四倍的罹患率。
- 經常使用染髮劑、食用醃製或含亞硝酸鹽的防腐劑食品者，罹患膀胱癌率較高。





- 久居空氣、水質、環境污染嚴重的地區者，罹患機率亦會提高。
- 習慣憋尿者，尿液停留在膀胱的時間加長，易刺激膀胱癌細胞引發癌變。

這麼多危險因子充斥在我們生活中，那我們該如何預防膀胱癌呢？

如何預防膀胱癌

1. 維持膀胱功能正常健康

平日應多喝水、不憋尿，正常排尿，讓身體能將毒素與廢物自然代謝排泄，避免堆積在身體裡造成負擔。此外，若有頻尿、急尿、尿液滯留、泌尿道感染、血尿、膀胱炎、膀胱結石、尿道阻塞、攝護腺肥大等泌尿系統問題者，應積極就診尋求醫師治療，避免膀胱出現癌化現象。

2. 避免環境或職業曝露

我們的日常生活中往往充斥了許多化學物質，如菸害即被視為是膀胱癌最常見的致癌物質之

一。菸裡的成分尼古丁、焦油等等都是容易致癌的物質，抽菸的病人比起沒有抽菸的病人多了三倍以上的罹癌機率。因此，除了建議戒菸外，更應避免受到二手、三手菸波及，以維持自身健康。

此外，研究發現「染料」也可能導致膀胱癌問題，如油漆工人、染料工人，甚至是美髮業或是經常染髮者，都可能因為經常接觸染劑而提高膀胱癌的致癌風險。再者，部分職業可能因工作環境經常暴露在化學物質中，如橡膠輪胎工業、金屬工業、皮革加工業者等，皆建議應定期接受尿液檢測，以瞭解個人健康狀況。

3. 飲食習慣

平時可多吃含防癌效益的食物，如花椰菜、甘藍菜、包心菜等等。多吃富含維生素A、C、B6的食物、每天也建議應喝足夠的水，至少2500至3000毫升，大量水分可稀釋尿液中的致癌物質，減少對膀胱的刺激。同時也可預防結石的發生。



癌友身旁的守護者

個案管理師

陪伴你左右

個案管理師 · 鄭玉琴

個案初次診斷攝護腺癌、膀胱癌的過程中，個案（病人）與案家屬多數感到無法接受且無助，除了承受生命受威脅的壓力外，不知道接下來應如何面對疾病或治療。也常因不瞭解疾病、聽不懂醫師所擬定的治療計畫、害怕治療過程中的副作用等而拒絕、延誤或是中斷治療，錯過治療的黃金時機。個案管理師在病人最徬徨無助時適時的介入，提供相關疾病資訊增加病人對疾病的認知、以減少面對疾病的無助，並適時了解病人情形給予其所需的相關資訊或資源（如營養師、社工、病友團體）。提供專線電話，成為個案與

醫院間的窗口、連結個案及醫院的橋樑。整合醫療團隊的資源，經過多專科團隊針對腫瘤疾病特性、個案個別需求等，共同擬定治療計畫，個案管理師依據醫師所擬定的治療計畫（例如手術、化學、放射線，或雄性素去除治療等），盡可能在個案進行治療前，主動提供與治療相關的資訊及未來可能發生的副作用與因應策略，以增加個案與案家屬對





治療的認知，降低不確定感。治療過程中，個案適時了解個案的治療情形，隨時給予個案所需的資源（如病友團體、病友再出發中心），持續予以支持和鼓勵，讓個案能感覺到醫療團隊的陪伴，進而減輕個案在治療過程中的擔憂與不安。

個案師在個案診斷治療一追蹤過程中，扮演著不同的角色如下

代言人

當個案與案家屬腦中都是一片空白，心中有無數個疑問，但問不出口、甚至是聽不懂醫師的治療計畫。個案師可成為個案的發言人，向醫師表達個案的意見，並為個案權益發聲。

醫病溝通橋樑

當個案與案家屬面對醫師時往往有疑問但不知怎麼問，個案師應肩負醫病雙方溝通的橋樑，了解個案的問題、個案治療照護計畫，針對病人疑問予以說明解釋，需要時協助醫師安排家庭會議。

協調者

癌症照護通常牽涉許多科別，例如外科手術、藥物治療科、放射腫瘤科等，針對跨科別的醫療計畫，個案師需要做好橫向溝通協調的角色，讓個案獲得最適切的醫療照顧。

臨床護理專家

依據所擬定的治療計畫中，臨床上可能會碰到的困難與問題，當個案與案家屬對於疾病、預後、治療、營養...等各方面有所疑惑時，給予諮詢窗口。

管理者

癌症治療照護計畫繁複，可能涉及許多不同科別，個案師以個案照顧管理者的角色，依照個案的需要性，協助安排各項治療，讓個案能確實按照治療計畫進行。同時對於中斷治療或未治療的個案，以電話追蹤，積極找出病人拒絕或中斷治療的理由，共同解決難題，希望能讓個案盡快接受治療。

心靈輔導師

提供個案與案家屬情緒上的支持及照護，並適時轉介心理師、關懷師、社工、病友團體...等。

教育指導者

衛教個案、案家屬與主要照顧者（如：外傭），以增進腫瘤相關知識，降低照顧者的擔憂。

總而言之，個案師是一種以個案為中心的精神，再加上各種醫療團隊成員與相關資源組成全人照護下服務癌症個案，因單靠全方位（All in one）的個案師單打獨鬥並無法持久。個案師要扮演「媒介」的角色，適時轉介、整合協調各種醫療團隊成員與相關資源，藉由團隊合作提供最切合個案需求之照護服務。個案師運用主動關懷（及被動提供諮詢專線）、陪伴，偕同個案一同面對問題，給予正向支持與鼓勵，提供完整健康照護資訊，幫助個案降低焦慮、抒發負面情緒，勇敢面對疾病所造成的衝擊與壓力，恢復正常生活。

個案師希望成為癌友身旁的守護者，帶著個案與案家屬在癌症陰影下安穩地往前走。🏡

免費交通車，班班到彰基

彰基總院→中華路院區（近火車站）交通車時刻表

週一～週五		週 六		例假日
07:00	15:00	07:00	15:00	07:00
07:20	15:30	07:20	16:40	07:30
07:38	16:20	07:38	23:25	08:30
08:10	16:40	08:10	00:20	09:30
08:30	17:10	08:30	00:40	11:30
09:00	★ 17:35	09:00		12:20
09:30	* 17:40	09:30		13:00
10:00	* 18:00	10:00		15:00
10:30	* 18:30	10:30		16:40
11:00	* 19:00	11:00		23:25
11:30	19:40	11:30		00:20
12:10	23:25	12:00		00:40
13:30	00:20	12:20		
14:00	00:40	12:40		
14:30				

中華路院區（近火車站）→彰基總院交通車時刻表

週一～週五		週 六		例假日
07:10	14:10	07:10	15:10	07:10
07:30	15:10	07:30	16:50	07:40
07:48	15:40	07:48	23:30	08:40
08:20	16:30	08:20		09:40
08:40	16:50	08:40		11:40
09:10	17:20	09:10		12:30
09:40	17:50	09:40		13:10
10:10	18:10	10:10		15:10
10:40	18:40	10:40		16:50
11:10	19:10	11:10		23:30
11:40	19:50	11:40		
12:20	23:30	12:10		
13:40		12:30		
14:10		12:50		

備註：1. 繞道至「彰化火車站」車趟以*記號標示。★記號車趟直達「彰化火車站」
2. 彰基中華路院區步行至火車站約5分鐘。

彰基總院—秀水鄉衛生所—鹿基長青院區—鹿基醫院 交通車時刻表 星期一～星期五

彰基總院→	秀水鄉衛生所→	鹿基長青院區→	鹿基醫院	鹿基醫院→	鹿基長青院區→	秀水鄉衛生所→	彰基總院
7:20	不停靠	7:40	7:55	8:00	8:10	8:20	8:40
8:50	9:05	9:15	9:30	9:20	9:30	不停靠	10:00
10:00	不停靠	10:25	10:40	10:20	10:30	不停靠	11:00
11:00	11:15	11:25	11:40	12:20	12:30	12:40	13:00
13:30	不停靠	13:55	14:10	14:10	14:20	不停靠	14:50
15:30	不停靠	15:55	16:10	15:10	15:20	不停靠	15:50
17:40	不停靠	18:05	18:20	16:30	16:40	不停靠	17:10
				17:40	17:50	不停靠	18:20

彰基總院—秀水鄉衛生所—鹿基長青院區—鹿基醫院 交通車時刻表 星期六

彰基總院→	鹿基長青院區→	鹿基醫院	鹿基總院→	鹿基長青院區→	彰基總院
7:20	7:40	7:55	9:10	9:20	9:50
10:30	10:55	11:10	11:10	11:20	11:50
11:50	12:10	12:25	12:25	12:35	13:00

- 上下車地點：（1）彰基總院：兒童醫院旁廣場。（2）秀水鄉衛生所：大門口。
（3）鹿基長青院區：大門口。（4）鹿基醫院：大門口。
- 交通車定點停靠，中途不可上、下車。
- 行駛時間：星期一～星期六，星期六下午停駛，星期日及例假日停駛。

雲基醫院—彰基總院交通車時刻表

彰基總院→	雲基醫院	雲基醫院→	彰基總院
星期一～星期五	星期六	星期一～星期五	星期六
08:00	09:20	07:10	12:10
09:20		12:10	
13:10		14:10	
15:00		15:00	
17:00		16:00	
18:10		17:10	

備註：

- 交通車為往返雲基醫院及彰化基督教醫院總院。
- 為了不延誤大家就醫的權利，請於發車時間前 5 分鐘候車，謝謝合作。
- 行駛時間：星期一～星期六，星期六下午停駛，星期日及特定例假日停駛。

其他交通資訊：

- 彰基總院急診室出口處旁，有彰化客運停靠，民眾可選擇搭乘，票價以彰化客運公告為主。
- 彰基總院大門口有特約計程車，可方便民眾搭乘，車資以公告之收費標準為主。



彰化基督教醫療財團法人
彰化基督教醫院



微小病灶不漏抓 診斷治療大躍進

彰基引進1152切高階電腦斷層與3T磁振造影，高切數電腦斷層提供更細緻3D影像，抓住微小病灶；搭載創新AI技術及超低劑量技術，提供完善、精準且快速的醫療照護；3T磁振造影加入BioMatrix System生物感知系統，提供個人隱私與尊榮舒適的檢查過程，讓受檢者獲得更舒適、更優質的檢查服務。

電腦斷層-1152切CT

- 創新AI技術及超低劑量技術
- 精準醫療-自動化精準對位

快速+精準+無負擔

生物智能感知3T磁共振

- 配合受檢者身形
- 精細勻場，精準呈現影像

彰基大衛精準影像健檢中心

請洽 04 7238 595 轉 4352
健康管理中心





彰化基督教醫療財團法人
彰化基督教醫院

癌症治療新里程

免疫療法

強化自身免疫功能，
增強對癌細胞的攻擊
或外加賦予免疫能力
，為傳統治療成效不
佳、找不到標靶藥物的
癌症病患，提供另
一選擇！

副作用

腹瀉
腸道炎
腎炎 肺炎
皮疹或搔癢症
神經病變等

目前本院

**免疫
療法**

科別

血液腫瘤科 · 耳鼻喉暨頭頸部
胸腔內科 · 泌尿外科
過敏及免疫風濕科

相關諮詢請洽本院血液腫瘤科門診