

希望之路

面對攝護腺癌



中華民國癌症希望協會

編輯顧問小檔案

蒲永孝 / 臺大醫院．泌尿部主治醫師

李百勛 / 美國加州大學洛杉磯分校(UCLA)附設醫院．放射腫瘤科主治醫師

* 攝護腺癌小檔案

- ◇ 攝護腺癌好發於 60~80 歲左右的男性，因此有人稱之為長壽癌。
- ◇ 黑人是最容易罹患攝護腺癌的民族，而東方人的罹患率是最低的。
- ◇ 根據行政院衛生署國民健康局九十二年癌症登記報告顯示：國人攝護腺癌的發生率為男性十大癌症排名的第六位，該年新增 2,237 人。

* 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，只知它會分泌一些精液的物質，以構成精子在女性體內存活的有利條件。男性們不需要靠它來製造精子本身，也不是沒有它就不能行房事。從癌症醫學的觀點來看，造物者給男人這小小的器官可算是多此一舉！

* 為什麼會得攝護腺癌？

目前據我們了解，攝護腺癌發生的原因有以下幾種可能：

- 年齡：攝護腺癌多發生在 65 歲以上的高齡男性，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。
- 種族：一般來說，黃種人最不容易罹患攝護腺癌。據美國的統計，美國的黑人是全世界攝護腺癌最好發的人種。
- 遺傳：有攝護腺癌的家庭史時，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，約在 45~60 歲之間。
- 荷爾蒙：人體雄性素的來源，百分之九十以上來自於睪丸，百分之十以下來自於腎上腺。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：從一些動物實驗證明，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；而今東方人也開始流行西方的飲食文化，可能造成罹患攝護腺癌的比例也不斷攀升。

* 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。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)**：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。所以若抽血檢驗 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、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，必需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。
- ◇ **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，較清楚的評估骨盆腔內的淋巴結，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？

攝護腺癌分成第一期到第四期。

- ◇ 第一期：腫瘤位於攝護腺體內，只有在顯微鏡下才能發現病灶。
- ◇ 第二期：腫瘤侷限於攝護腺體內，但可以由肛門指診發現病灶。
- ◇ 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。
- ◇ 第四期：已擴散到骨盆腔的淋巴結及身體其他器官(如骨頭)。

* 該如何治療攝護腺癌？

攝護腺癌的治療選擇包括了：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，還需尊重病人自

己的選擇。

在知道如何做治療的選擇前，需知道一個與攝護腺癌病理分級有關的格里森分級系統 (Gleason grading system)。此分級系統是將腫瘤標本置於顯微鏡下，依據它們分化的成熟度來分類為 1~5 級，分化最成熟的為 1 級，分化最不成熟的為 5 級。但考慮攝護腺癌的多發性，為能客觀的評估出疾病的預後，因此有此評估方式，它是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 Gleason score，Gleason score 在 7 以上的病人預後明顯比 Gleason score 在 6 以下的病人來的差。

- ◇ 第一期 第二期：如果預估病人的生命存活小於 10 年，譬如說患者是年紀很大的老人家，這樣的病人我們可以採取觀察的方式，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 10 年以上)，則建議病人做根除性攝護腺切除手術或放射線治療。
- ◇ 第三期：這類的病人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，有時再以放射線治療來對付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。任何方法的療效，在醫學報導上純屬統計數字，絕無百分之百的保證。若自己不幸成為失敗例子，最有益的還是往以後步驟著想；為過去所做的決定而後悔以至於怨天尤人，不僅於事無補，也可能影響到日後該如何處理復發的癌症之正確判斷。

* 攝護腺癌的手術治療

手術方式

攝護腺癌的病人所使用的開刀方式為根除性攝護腺切除術，切除的範圍包括攝護腺、貯精囊和一部份尿道及鄰近淋巴結的摘除。手術的方式有兩種，一種是由恥骨後方進行手術，另一種則是由會陰部進行手術。

手術後合併症

- **尿失禁**：其實手術後發生尿失禁的原因並不十分清楚，一般發生的比率約為 5~20%。
- **性功能障礙**：近年來由於技術上的進步，比較可以避免開刀時對神經的永久性傷害，術後加上藥物輔助，有五至七成的病人可以保持勃起功能。不過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。

手術後的照顧

- 大部份病人在手術後第 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 50 cc 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。
- 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。

* 攝護腺癌的放射線治療

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幾乎完全吻合，可見放射線治療在攝護腺癌治療上是極具重要的角色。

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，它所造成的正反作用也一直在改進中，賜給病人新的希望。

● 三度空間立體順形放射線治療 (Three-Dimensional Conformal Radiotherapy)

這種技術運用當今成熟的電腦科技，使放射線的劑量分佈設計，由原來的二度空間提升到三度空間，讓放射醫學物理師能夠準確地策劃著，如何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，所以已逐漸形成放射線治療法的主流。更令人興奮的是，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瞄準而來的放射強度，而使劑量順著腫瘤的形狀分佈，即所謂的 Intensity Modulated Radiation Therapy (IMRT, 強度調控放射治療法)，俗語說：「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線角度和劑量強度的安排，才可以減少正常組織的破壞，在一一計算後去蕪存菁，選擇醫師主觀下最好的劑量分佈設計（這叫「前向性策劃」，Forward Planning）。現在呢，強度調控放射治療則運用最新發展的反向性策劃 (Inverse Planning) 之下，醫師先註明腫瘤和正常組織所能有的劑量，便可由物理師輸入電腦，讓電腦運算程式去安排放射治療的方法，以達到醫師所要的理想；而這最終所得到的，是前所未有的高精密度策劃結果。這種革命性的突破樹立了放射腫瘤科學的新里程碑，而治療攝護腺癌也不過是這些技術的一項應用而已。

● 質子放射線治療 (Proton Radiotherapy)

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，其特性在更可以將劑量集中於某一深度，順著腫瘤的形狀分佈，而使週圍的組織維持在極低的劑量之下。因此，它可被用來製造甚至比立體順形照射更精密的作用。在後者技術還未被發展成形以前，質子治療和所謂的重離子治療 (Heavy Ion Radiotherapy) 在放射腫瘤科邁向高科技化的過程中功不可沒。只不過它們所需的物理工程規模耗資相當龐大，不是一般醫學中心的經濟力量所承受得起的。在美國也只有極少數地方如哈佛大學，和加州的 Loma Linda 醫學中心才有這種設備，台灣仍在爭議購建此項設備的合適時機與決定。

● 近接放射線治療 (Brachytherapy)

近接放射線治療在放射腫瘤學裏歷史悠久，從百年前的居禮夫人時代，就一直是主要的治癌方法之一。通常它的步驟，是在開刀房裡將金屬針頭插種於含有惡性腫瘤的組織內，再將具有放射性質的源體輸送入該針頭，以作短距離的照射，並避免照到較遠處的正常組織。

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，利用經直腸超音波來同步掃描前方的攝護腺以引導針頭的插種，放射線治療專家已在這技巧方面取得了十足的把握，使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**：也就是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送入針頭，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。

- **荷爾蒙和放射線治療**

由於雄性荷爾蒙對於攝護腺癌有著煽風點火的作用，所以用以克制雄性荷爾蒙的藥物紛紛出籠，並有些被發現可以抑止癌細胞生長。臨床實驗證明，對於有二期以上腫瘤期別的病人，先用這些荷爾蒙藥物兩三個月，再給予標準的放射線治療合併荷爾蒙治療，確實可以提高這些病人的存活率。

- **治療副作用**

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敷用來減輕不適。再者是間斷出現的解尿灼熱感或輕微疼痛，來自於放射線對尿道的反應，最好的解決方法是鼓勵多喝水多解尿，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。

* 攝護腺癌的荷爾蒙治療

荷爾蒙治療的原理，是盡量減少體內攝護腺癌的生長因子雄性激素，讓癌細胞得不到生長所需的男性荷爾蒙，進而影響它的成長，通常用於晚期攝護腺癌的病人。

- **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，而使男人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仍可換用此類藥物。

- **雌性素**：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。
- **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，因此只要壓抑 LHRH 就可達到治療的效果。目前較常被使用的藥物包括 Leuplin、Zoladex 等。一般會有全身潮熱、盜汗、失去性慾、性無能等副作用，開始使用的前一、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。
- ◇ **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之結合。目前較常被使用的藥物：Flutamide、Cyproterone acetate、Bicalutamide 等。會有噁心、嘔吐、腹瀉、男性女乳化、肝功能異常等副作用。

* 攝護腺癌的化學治療

一旦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、Taxol、Etoposide 及 Estramustine 等。中央健保局於 95 年核准使用賀爾蒙治療失敗的轉移性攝護腺癌的化療藥物-Taxotere (中文藥名-剋癌易)，成為最新的治療趨勢。

* 面對攝護腺癌

在傳統社會中，許多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」，不再有力量，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)、生殖能力與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**：因攝護腺癌而接受睪丸切除的病人不在少數，由於男性賀爾蒙下降，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。猶記得一位六十來歲的攝護腺癌病人得知將接受睪丸切除術時，毅然決然的拒絕了這項醫療計劃，因為他不能接受自己不再是「男人」。故當病人因為疾病、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男性自己身上時，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，經濟來

源者、重要決策者、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，十分容易喪失過去扮演工具性角色 (instrumental role) 的能力，而這些工具性角色都是家庭權力結構中較上層的、較具決策力的。這些角色、權力的喪失同樣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**：如前所言，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，讓家庭的功能正常的運作。

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劃。在攝護腺癌這個疾病中，PSA 這個英文字還真是不可不記住。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 5 年無病存活率，及近 80% 的 10 年無病存活率。而第二期的攝護腺癌病人，也有近 80% 的 5 年無病存活率，及近 75% 的 10 年無病存活率。對於第三期的攝護腺癌病人，更有近 40% 的 5 年無病存活率，及近 20% 的 10 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，這個疾病的預後都還算不差呢！