

鳳凰

第25卷 第3期

Phoenix Urology Newsletter

泌尿醫訊 2021



國內
郵資已付

台南郵局許可證
台南字第737號

雜誌

無法投遞請退回

前列腺癌患者之治療選擇 與新冠病毒因應之道

- 前列腺癌患者之積極監視/觀察性等待
- 前列腺癌患者之手術治療
- 前列腺癌患者之放射治療
- 轉移性前列腺患者之全身治療
- 新冠病毒與前列腺癌患者之關係
- 前列腺癌患者之新冠肺炎疫苗接種建議



虹彩吸
蜜鸚鵡



寬尾維達鳥



紅額金翅



黃邊
小太陽



山紅頭



麗色彩鸚



鷺鶴



猩紅藍雀



財團法人鳳凰泌尿科學
文教基金會出版






< 前言 >

蔡育賢

根據2018年台灣癌症登記資料顯示，台灣每年罹患前列腺癌的新診斷病人，已經來到六千多人，病患年齡從40歲到100歲的男性患者皆有，甚至小於45歲的也有好幾個人；而2020年在國內十大癌別死因方面前列腺癌也擠進了第5名。在病患初診斷時，可根據PSA值(前列腺特異抗原)、臨床分期及格里森分數(Gleason score)來歸類出侷限型、局部侵犯型、轉移型。侷限型又可分成極低度復發風險、低度復發風險、中度復發風險及高度復發風險，而局部侵犯型就是極高度復發風險分類方式。PSA值可分成<10、10-20及>20 ng/ml等三種等級，而格里森是代表著細胞惡性程度。一般而言，格里森6分(3+3)惡性度最低，3+4次之，再其次4+3，8分(4+4、3+5、5+3)高惡性度，9-10分(5+4、4+5、5+5)分為最惡性的前列腺癌。目前這三個參數，就可以將初

診斷的前列腺癌患者分類，並提供適當治療選擇及預後指標。

格里森分級系統 (細胞惡性度)

分級 (最多+次多/最多+最兇)	細胞分化
1. 	
2. 	
3. 	
4. 	
5. 	
<=6 (3+3)	好
7 (3+4)	稍差
7 (4+3)	較差
8 (4+4, 3+5, 5+3)	較兇
9-10(4+4, 3+5, 5+3)	極兇

本期的泌尿醫訊將由各個專家提供一些案例來讓民眾知道目前的治療選擇。最近，新冠肺炎病毒在台灣頭及台灣尾爆發，民眾紛紛緊張起來，主要的解決之道是全民接種疫苗，前列腺癌患者該如何因應呢？台灣泌尿科醫學會泌尿腫瘤委員會主委歐宴泉教授委請台中榮民總醫院王賢祥主任撰寫“攝護腺癌患者新冠肺炎疫苗接種建議”兩位專家教授醫師同意轉載在本期的泌尿醫訊中，希望大家能有實質的收穫。

前列腺癌患者之 積極監視/觀察性等待

黃惠芳 個案管理師 / 蔡育賢 醫師

案例一，李先生(59歲)因去年剛退休，今年體檢發現前列腺抗原指數偏高，約4.1 ng/ml，加上有一點點頻尿，於是在家醫科醫師的轉介下來到泌尿科門診，接受檢查並詢問，經解釋建議可以考慮自費前列腺健康指數(Prostate Health Index；PHI)抽血檢查或自費多參數前列腺核磁共振檢查，或逕行接受前列腺系統性隨機切片檢查，而李先生選擇直接接受系統性隨機切片(共12針)，經採檢結果顯示，只有1針有癌症約5%，格里森分數是3+3，前列腺大小是50 c.c.，經其他檢查(骨頭掃描、腹部超音波、胸部X光及骨盆前列腺檢查)顯示整個疾病狀況是cT1cN0M0，屬於極低度復發風險(very low risk)，在給病人解釋治療選項後病人選擇先積極監視。至今也3年了，期間前列腺指數始終在4-5之間，並無太大變化。

案例二，王老先生(89歲)在7-8年前因為右側腰痛、頻尿、尿急及夜尿求診於泌尿科，經檢查發現前列腺指數約6.3 ng/ml，前列腺大小約80 c.c.，且有一顆右側下段輸尿管結石，因此治療策略為半身麻醉下，以輸尿管鏡取石(碎石)及前列腺切片，如果前列腺切片結果為陰性，無惡性腫瘤則符合多年前健保規範可服用5- α 還原酶抑制劑，像適尿通及

波斯卡，然而切片結果呈現出12針中有1針，帶有惡性腫瘤，格里森分數為3+3，不過比例只有<5%，病人在當時因年紀已大且符合極低復發風險之前列腺癌，開始進行被動性觀察，多年來就以前列腺腫大併極小程度的前列腺癌，服用可迅(Doxaben)及適尿通(Avodart)至今，而PSA只剩下0.85 ng/ml，不亦悅乎，小便也不再有任何困擾。

上述兩案例，都是極低度復發風險之前列腺癌患者都是選擇暫時不治療，採取積極監控或觀察性等待的病患，與敵人共存，到底什麼是極低度復發風險呢?病人如果被診斷出有前列腺癌，符合下列所有條件：包括:1.臨床分期cT1c(就是因PSA值升高才接受切片診斷，也就是肛門指診，無異常無硬塊)；2.PSA值必須介於4-10 ng/ml間；3.且PSA密度(PSA值除以前列腺大小)<0.15 ng/ml/ml者；4.12針的切片中最多兩針有惡性腫瘤細胞存在；5.且所佔比例必須<50%，必須完全符合這5條件才屬於極低度復發風險的前列腺癌，按照以往研究，此分類之前列腺惡性腫瘤大小可能<0.5ml，會影響病人生命可能要在15-20年後，因此，上述兩位病患選擇監視或觀察是可以的。

那麼都是不積極治療(既不手術，也不放射治療)為什麼名稱不一樣呢？原來就是說積極監視與觀察所採用的方式不同，積極監視除了每3到6個月接受PSA抽血檢測，每6-12月接受肛門指診且每12-18月需要再次接受前列腺切片，如果有PSA值持續升高，肛門指診顯示前列腺變硬或切片顯示格里森分數變成7分或7分以上，此時，再也不是極低度復發風險，而是已經變成低度或中高度復發風險之前列腺癌。那麼治療的策略就要改變成手術或放射線治療，其實先不治療的目的就是還不夠嚴重(臨床上無意義)，先採取積極監視，等到夠嚴重了(臨床上有意義)再行治療；另一方面，觀察性等待追蹤就是病人年齡甚大(像案例二)，或有

其他器官疾病，像嚴重心肺疾病，其他致死率高的癌症，可能前列腺癌本身不會影響其壽命，且目前無因前列腺癌產生的一些症狀，像骨頭疼痛等，也可先不治療採以觀察性等待追蹤即可，待有需要再行適合的治療，像全身荷爾蒙治療或緩解型的放射治療等，以緩解症狀為主。有些病人常常會想跟癌症和平共存，此類極低度復發風險的前列腺癌即屬於可以與它和平共存的癌症。

那麼這類的癌症真的可以和平共存嗎?有沒有檢查工具，可以準確地來監視而不要老是要切片呢，因此有些研究嘗試用多參數核磁共振來監視，因為上述傳統五條件的方式有可能會歸類不準(10-30%)，及疾病仍可能會進行(約50%)，最近PRECISE試驗的結果指出，如果核磁共振檢查後疾病沒有變嚴重的話(no MRI progression, (PRECISE Score 1-3))，那麼疾病進行的風險為5%。如果有MRI影像上有變嚴重的話(MRI progression (PRECISE Score 4-5))，那麼疾病進行的風險為61%，因此用多參數核磁共振檢查追蹤有兩個主要的好處是一可以減少監視失敗的機率，二是可避免不要的再次切片，即便如此，核磁共振檢查也不是百分之百準確。某些格里森分數3+4的病人，可能並沒有核磁共振影像上的進行，而被延遲診斷，另外核磁共振影像也常良莠不齊而導致診斷上的低偵測率約15-25%，因此除非核磁共振的診斷品質相當良好且一致，不會參差不齊，如此一來，利用多參數核磁共振檢查才會變成例行的追蹤工具。

最後前列腺癌患者，如果是屬極低度復發風險或某些低度復發風險範圍的，是可以選擇和平共存的，可採取積極監視或觀察性追蹤與等待。

前列腺癌患者 之手術治療

蔡育賢 醫師

案例一、吳先生(82歲)七年前因為PSA值升高約6.7 ng/ml，在接受前列腺切片後診斷有前列腺癌，格里森分數是3+4，12針的切片約有3針有腫瘤，在那時經與醫師討論後選擇手術，猶記得，那時達文西機械手臂剛問世不久，許多醫生仍對此手術方式不甚熟悉，整個開刀房包括護理人員，麻醉科醫師，也對此種開刀手術方式不熟悉，病人毅然決然地選擇傳統的恥骨後前列腺根除手術，術後恢復順利，尿管於3週後拔除，尿布也只用了幾塊，到現在PSA值仍然是<0.01 ng/ml (也就是測不到)，而吳先生現今也已經邁入80歲，在這幾年期間，吳先生也經歷了暫時性腦神經疾病及登革熱事件也安然過關。

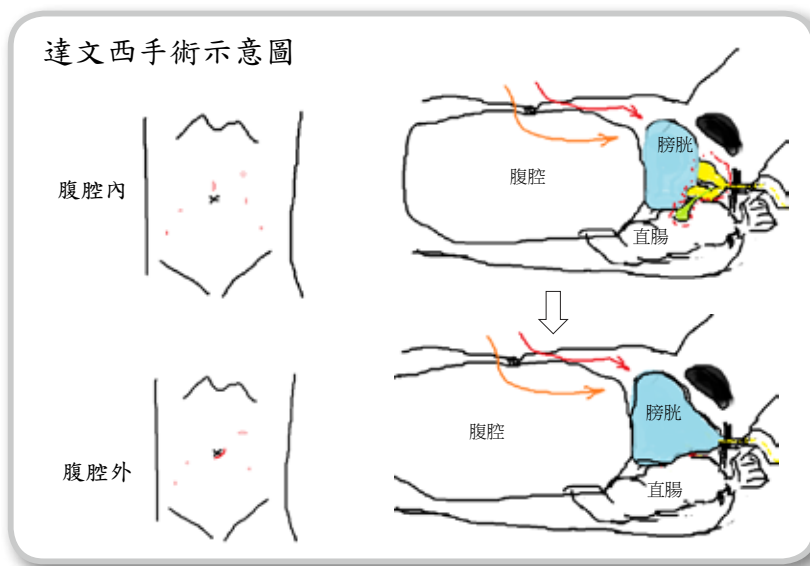
案例二、蕭先生是一位糖尿病患者在一次小便不順事件中被診斷出前列腺癌，那時最初PSA值 100 ng/ml，在外院經施予荷爾蒙針劑去除男性荷爾蒙後，PSA值下降到2.5 ng/ml，轉診到本院開刀，在與醫師討論後接受腹腔鏡前列腺根除手術，尿管置放10天後拔除，住院前後僅花費1-2萬元，尿管拔除後尿布又使用一個月後就不再需要，手術後分期是第2期，格里森分數3+4，至今病人約75歲，開完刀將近5年了，PSA值仍然只有0.01 ng/ml，前段時間還因為糖尿病的併發症HHNK而住院，整體而言，前

列腺癌算控制的相當不錯，他也很滿意。

案例三、病人現今76歲，5年前因為肛門指診有硬塊，起初以為是直腸腫瘤，後來發現PSA值 102 ng/ml，經直腸超音波指引下前列腺切片手術，證實是前列腺癌，而不是直腸癌，屬於局部侵犯型(臨床分期約cT3b-T4)，病人與家屬二話不說，直接選擇使用達文西機械手臂輔助前列腺根除手術，開刀過程可說是膽顫心驚，原因是前列腺硬塊如果與直腸壁黏成一起，在手術時將他們分開很容易會讓直腸產生一個破洞，會延緩術後復原的速度，當時，原本幾小時的手術硬是延長到晚上7、8點，隔天早上病人醒來直說，開刀時他有看到機器在他身上挖洞，整個過程他都相當清楚。挖咧！他不是在麻醉中，而且整個手術過程他都是睡著的，怎麼可能“全程觀看”，害我直接被家屬臭罵一頓，原來他是因為麻醉手術壓力過大而產生“膽妄(delirium)”狀態，講白一點就是急性精神失常，只要適當休息睡覺即可改善，果不其然，三天後再問起此事，他回說他都想不起來了，術後尿管約7天拔除，尿布只穿了幾次就不需要再使用，因為病理分期顯示出cT3b的邊緣仍有癌細胞的存在，再加上術後一個半月的PSA值約2.5 ng/ml，術後幾個月開始接受術後早期挽回型放射治療輔以約1到2年的男性荷爾蒙去除療法，一年後生活正常，尿布老早就不再使用，PSA值在男性荷爾蒙去除療法不再使用後，仍始終保持<0.01 ng/ml。至今，PSA值也只有0.05 ng/ml。

上述三種手術方式，至今都有人選用，不過大抵以選擇達文西機械手臂方式的病患最多，也越來越多的文獻經驗讓我們也可以看出，達文西機械手臂及腹腔鏡等方式都是微創手術，可以使病人快速復原，出血量較多，疼痛較少，可增加病人及醫師接受手術的意願。然而長期下來，病患的疾病侵犯程度及病人身體的狀況，才是影響預後及生活品質最重要的因素。

因此，因為選擇根除性治療而選擇了手術，不是放射治療，最大的差別就是兩者副作用的不同，手術因為有將前列腺切除了，因此在控制禁尿的機轉少了前列腺的幫助，會較容易應力性尿失禁，可能因為腹部用力而有少許的尿液滲漏出來，像打噴嚏、突然站起來等，且因控制勃起的神經在前列腺的兩側，因此因為想要控制疾病更完全，而不有切緣仍有癌細胞的情形時，而犧牲了神經保留，易造成術後勃起功能障礙的情形，總而言之，病人所無法接受需要長期使用尿布的情形，約只有5%左右；術後勃起功能的影響則依據神經有無保留而定，大抵兩側有保留的病人約有50%術後仍可勃起，單側保留的患者則有25%，兩側神經都無保留的患者術後的勃起功能復健，可考慮用真空抽吸器來進行。



另外一方面，如果選擇放射治療的患者則有放射治療方面的副作用，需要擔心與評估。

一旦決定了手術，再來與你的主治醫師討論好決定手術方式，你便可更了解你的選擇可能會對你的生活產生什麼影響，你便可從容的面對人生的可能改變。

表一、三種前列腺根除手術的比較

術 名	恥骨後前列腺根除手術	腹腔鏡前列腺根除手術	達文西機械手臂輔助前列腺根除手術
方 式	傳統下腹開刀	微創	微創
人 力	主刀醫師及助手	<ul style="list-style-type: none"> 主刀醫師手術 助手手扶腹腔鏡 	<ul style="list-style-type: none"> 主刀醫師透過機械手臂手術 機械手臂扶腹腔鏡
費 用	健保給付，約 2000 元	健保給付，部分燒灼止血及縫線，需要自費 (5000-30000 元)	手術部分健保幾乎給付，機械手臂約 153000-170000 元
麻醉部分	另計	另計	另計
平均出血量	500-1500 ml	500-1500 ml	50-500 ml
平均手術時間	約 5-6 小時	6-8 小時	3-6 小時
術後疼痛	半天到 3 天	半天到 2 天	1-3 天
尿管置放	2-3 週	5-14 天	5-14 天
術後復原及尿管使用狀況	依疾病及身體狀況而定	依疾病及身體狀況而定	依疾病及身體狀況而定

前列腺癌患者 之放射治療

陳安貞 專科護理師 / 蔡育賢 醫師

案例一、楊先生(72歲)因為下泌尿道症狀(頻尿、尿急)就診於泌尿科診所，經診所醫師發現前列腺抗原指數(PSA值)高達35 ng/ml，肛門指診也有點硬，於是轉診到本院泌尿科門診，經過前列腺切片證實是前列腺癌，格里森分數是4+4/8分，屬於高度復發風險型的前列腺癌，原本楊先生選擇接受前列腺根除手術，入院後經過解釋手術的過程及可能併發症(包括暫時性尿失禁、永久性尿失禁需要長期穿尿布及可能傷及控制勃起功能的神經)後，病人當下臉色一沉，原本入院後開始清腸準備，隔天病人改變心意選擇放射治療，隨即出院，經過40次(每天一次，每週5次)的放射治療外加2年的男性荷爾蒙去除療法後，目前在門診追蹤，PSA值約為0.5 ng/ml左右，只不過雖然已經不再施打荷爾蒙去除之針劑，有3年之久了，其血液中男性荷爾蒙濃度仍然維持在去勢的狀態，勃起功能仍尚未恢復。

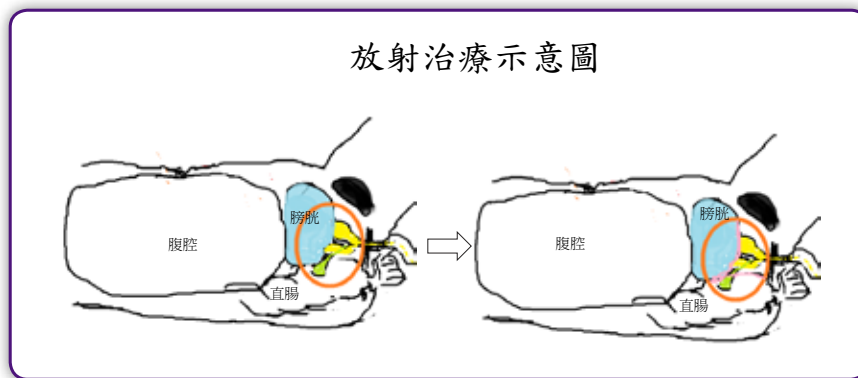
案例二、歐先生(67歲)因為有一點頻尿及有前列腺癌的家族史，他接受了PSA檢測，結果PSA值為13 ng/ml，接下來，他被診斷出有前列腺癌(格里森分數是4+3，屬於中度復發風險)，原本欲選擇機械手臂達文西手術，因為擔心手術的風險最後接受放射線治療，病人在接受放射治療約一年後，雖然PSA值追蹤約0.5 ng/ml，血液中男性荷

爾蒙濃度也回復到正常範圍內，但是原本平靜的日子出現改變，出現幾次的血尿後，尿液解不出來，尿滯留且有血塊的形成。經過急診的留置導尿管及以及食鹽水沖洗血塊處置後，病人痛苦難耐，他回想起當初醫師解釋的放射副作用，心想難道這就是放射性膀胱炎，內心大受打擊，心想往後的日子該怎麼辦，應該無法坐飛機出國旅行了，所幸經過20次的高氧壓治療後，尿管已經拔除，只是稍用力過度會有間斷性血尿出現。

案例三、王先生(62歲)於五年前時發現前列腺指數上升約9.0 ng/ml，在經過兩次的前列腺切片，才診斷出前列腺癌，格里森分數是3+4。很快地，他接受了達文西機械手臂前列腺根除手術後，尿失禁的狀態持續約1個月，1個月後不再使用尿布，術後第一次追蹤PSA值為<0.01 ng/ml。然而，好景不常，往後的幾次PSA值追蹤從0.01、0.05、0.15、0.37到0.95 ng/ml，經過重新影像評估，發現於右股骨頭有一個約1公分的病灶，此病灶在電腦斷層及骨頭掃描均可發現，於是請放射腫瘤科醫師給予單一骨頭部位的照射(共16次)，PSA值開始下降，再配合半年的荷爾蒙去除療法(兩次3個月劑型的荷爾蒙去除針劑)，至今，PSA值<0.01 ng/ml且血液中男性荷爾蒙濃度恢復正常，可從事農作約3年以上。

上述三例前列腺癌患者都接受過放射治療(即所謂的電療)，前兩者屬於欲治癒型的放射治療而第三例的放射治療屬於挽救型放射治療。放射治療顧名思義就是以放射線照射來治療疾病，殺死腫瘤細胞或緩解症狀，有不必開刀的好處。但因為治療的準確度及部分正常組織也會受到照射，會容易出現治療後的後遺症或併發症的機會。而以前列腺癌為例，則有急性放射性膀胱炎或直腸炎等併發症，可能在放射治療時或結束不久之後，病患會出現頻尿、尿急、血尿或裡急後

重、血便的情形出現，少量的出血會造成病患精神情緒上的壓力。如果屬於大量出血，病患也許會出現貧血、尿滯留或大量血便導致出血性休克的情形出現，一旦出現尿滯留，而需要放置尿管，而留置尿管本身又容易引起膀胱黏膜的出血，造成惡性循環，因此往往一而再、再而三的尿滯留、沖洗血塊、輸血等。病人因此痛苦不堪。然而，大部分此類嚴重的患者經過兩側經皮腎引流管置放引流尿液及高壓氧治療等治療策略，可讓膀胱組織在適當休息後得到改善。不過，經過這一番折騰，病人、家屬及醫護人員均已身心俱疲。



前列腺癌患者在接受此類欲治癒型的放射治療後約有5-10%會出現放射性出血型膀胱炎或直腸炎。在這類嚴重的出血型放射性膀胱炎，高壓氧治療被賦予眾望，日本學者Takada H.於2015年在ESMO報導，有14位前列腺癌患者在接受放射治療後(69.3~72 Gy)出現嚴重程度第三級的放射副作用後，接受平均20次療程高壓氧治療(每次加壓至2.5絕大氣壓〔20分鐘加壓，60分鐘治療，20分鐘減壓〕)，有的10次，有的高達97次，在這14位病人有6位完全恢復，5位有改善，另外1位接受其他止血治療(argon plasma)，只有一位病患無法持續治療。整體而言，高壓氧對放射性出血膀胱炎治療可算是一項有用的治療。

因此，放射治療在前列腺癌的患者算是一項有療效的治療，如何降低副作用及如何處理副作用將會是治療時應注意的事情。

轉移性攝護腺癌的全身治療

成大醫院泌尿科 劉佳旻 醫師

62歲的王先生沒有慢性病、平時自覺身體狀況良好。直到兩年前，他因為血尿以及全身痠痛至他院求診。檢查之下才發現攝護腺抗原指數（PSA）異常升高，而在攝護腺切片後確診了攝護腺癌，並轉至本院。

進一步的檢查發現骨頭已有多處轉移，於是他開始接受荷爾蒙治療。雖然一開始的效果還不錯，但在治療開始近半年左右，攝護腺指數PSA開始在每次的檢查中以倍數成長，攝護腺癌在此時已經成為「去勢抗性轉移性攝護腺癌」（mCRPC）。

王先生接著開始接受紫杉醇化學治療「剋癌易(Taxotere)」。由於發現效果並不是太理想，我們替王先生申請了新一代口服荷爾蒙藥物「安可坦（Enzalutamide）」。雖然檢查後發現原先的骨頭轉移有所消退，但仍有些新的骨頭轉移點。另外，顏先生雙肩、後腰疼痛的症狀也非常嚴重。在評估之下，放射性同位素「鏷治骨」（鏷-223）的靜脈注射，使得骨頭疼痛得到改善。

好景不常，王先生在某天發現自己右腳突然沒有力氣，而趕緊來急

診。緊急的核磁共振掃描檢查發現轉移至腰脊椎的腫瘤已經壓迫到神經。為了解決神經的壓迫，他只能接受手術將脊椎腫瘤切除，並在後續接受緩解放射線治療。三個月後，他左頸的皮膚出現較紅且突起的病灶，並證實為罕見的攝護腺癌皮膚轉移。除了局部的放射性治療，基於之前曾為王先生做過基因檢測的結果，我們建議他可以嘗試標靶新藥「令癌莎」(Olaparib)。雖然標靶藥物在一個月後因為骨髓抑制的副作用停用，但王先生的皮膚轉移在放射治療及標靶藥物的雙管齊下有了戲劇性的好轉，幾乎整個消退。雖然骨頭的疼痛仍然無法完全消失，但他的精神以及食慾比起之前也有所進步，現在在家休養。

王先生兩年來複雜的治療過程，幾乎包含了當前對於轉移性攝護腺癌治療的所有選項，接下來的文章中將會逐一介紹。

根據國健署的癌症登記，在107年一整年台灣就有6644位男性被診斷攝護腺癌；在惡性腫瘤中為男性發生率的第五名，死亡率則為第七名。其中有三分之一的病人在初診斷時就已經有合併遠處轉移，也就是說癌症已經侵犯攝護腺之外的其他器官，包括骨頭、淋巴、肺臟、甚至肝臟等。得知攝護腺癌已經轉移雖然是令人沮喪的訊息，但在目前的醫療之下，即使無法完全治癒，仍有許多類型的藥物可以選擇。

對於轉移性攝護腺癌，目前的標準治療方式為「**荷爾蒙治療**」(hormone therapy)，也稱為「去勢治療」或「男性**荷爾蒙去除**療法(Androgen deprivation therapy)」。由於攝護腺癌細胞需要男性荷爾蒙才能生長，我們若使身體內荷爾蒙的濃度盡量降低，將會使癌

細胞無法繼續生長甚至死亡。

目前最常見的治療方式為定期(每一個月或每三個月)接受皮下或肌肉注射針劑。但古老的雙側睪丸切除手術也是一個選項之一，適合住在深山離島就醫不便或不想常常到醫院。雖然荷爾蒙治療無法根治攝護腺癌，但能使疾病得到適當控制，而讓患者的攝護腺指數PSA下降、轉移症狀改善及體力變好。

然而，經過約12-18個月後，大部分的患者都會漸漸產生對於荷爾蒙/去勢治療的抗藥性而失效，發展成「去勢抗性攝護腺癌」(castration-resistant prostate cancer, CRPC)。

當疾病進展到這個階段，病情惡化的速度可能會加快。近幾年陸續有許多不同種類的治療接連問世，對於CRPC的病人能有症狀的改善以及壽命的延長。

首先是化學治療，目前最常使用的藥物為「剋癌易(Taxotere)」。由於這種化療藥物萃取自歐洲紫杉葉的天然成分，故又有「歐洲紫杉醇」的俗名。此抗癌藥物對於CRPC的患者能有延長生命、減輕疼痛症狀並改善生活品質的效果。雖然化療有許多可能的副作用，包括免疫力變差、肌肉關節痠痛、疲倦、嘔吐等等，但每個人發生的程度以及出現的症狀不同，而大部分的副作用都可以經由藥物及其他輔助方式得到緩解。醫師也會評估病患的體力是否適合接受化學治療。

接下來是**口服的新型荷爾蒙藥物**，目前有「安可坦」(Enzalutamide)以及「澤珂」(Abiraterone)。這兩種藥物雖然透過

不同機轉，但是透過抑制男性**荷爾蒙產生**(澤珂)**或阻斷其接受體**(安可坦)**等訊息路徑來**皆可抑制攝護腺癌細胞的生長，兩者皆可讓患者的症狀與生活品質改善並延長壽命。其中「澤珂」(Abiraterone)需要搭配類固醇服用，而目前健保規定下，這兩種藥物只能擇一使用；且仍需定期接受荷爾蒙針劑施打維持去勢狀態(castration state，血中睪固酮小於50 ng/dL)。短期常見的副作用有高血壓、疲勞等。而長期下來須注意心血管疾病的風險、糖尿病較不易控制及骨質疏鬆的危險。

另外，「**鐳治骨**」(鐳-223)則是針對骨頭轉移的治療。這種「放射性同位素」在以靜脈注射的方式進入身體之後，會進到骨骼放出短距離的輻射線，殺死骨頭內的癌細胞；對於正常細胞的傷害小，患者在接受治療之後**也不必**與家人朋友保持距離。鐳治骨可以顯著的改善患者骨頭疼痛的症狀、延緩疾病惡化，也可延長存活。常見有腹瀉、嘔吐、血小板減少等副作用。

對於骨頭轉移有另一種攝護腺癌患者常需要的治療，俗稱「補骨針」，像癌骨瓦XGEVA (denosumab)。因為長期的荷爾蒙治療可能會造成骨質疏鬆，加上骨頭轉移會讓骨頭變得脆弱。補骨針的使用可以強化骨質，改善骨質疏鬆，而減少骨折的可能性。而副作用為可能增加顎骨壞死及低血鈣的風險。

放射線治療以及手術，則是發生「局部轉移」時的選項。在王先生的案例中，放射線治療對於他頸部淋巴結以及皮膚轉移的病灶都有所效果。而放射線治療對於骨頭轉移的疼痛也是一個治療選項。另外，若是不幸因為骨頭轉移造成骨折或是神經的壓迫，則可

能需要神經外科或骨科的手術，使神經減壓、並重新建立骨頭的穩定，以避免癱瘓及其他長期的神經後遺症。

除了以上治療方式，標靶治療是另一個新興的治療選項。令癌莎(Olaparib)是 PARP(DNA斷裂時所需要的聚合)之抑制劑，可以阻斷癌細胞的DNA修復機制進而加工使其死亡(synthetic lethality)。但這類藥物要只在有「特定基因突變」的病人身上使用才會有效果。這個藥物剛在2020年5月為美國食藥署FDA核准用於具備特定基因突變之轉移去勢抗性攝護腺癌的患者。而在台灣，令癌莎 (Olaparib)目前健保只核准用於晚期卵巢癌、乳癌、胰臟癌等治療；未來的健保核准或許指日可待。

最後，近來新冠肺炎的疫情肆虐之下，許多攝護腺癌的病友對於是否接種新冠疫苗等有許多疑問。雖然因為新冠肺炎仍是新興疾病而沒有非常透徹的研究，但參考英美等國外之經驗，仍建議攝護腺癌的患者在有機會時應接受新冠疫苗的接種，以降低發展為重症的可能性。雖然有少數研究顯示，正在接受化學治療的病患可能會沒辦法產生那麼多抗體，但在疫苗接種的安全性上，應與一般健康的民眾沒有太大的差別。也建議病友若有疑問可以與醫師討論。

攝護腺癌患者的平均年齡較高，而轉移性攝護腺癌，尤其在已經進展成「去勢性」的疾病之後，會使患者有許多不適而虛弱。但目前有許多種治療的選擇可以依序或合併使用，將可以大大改善患者之症狀及生活品質、並延長寶貴的時光。



前列腺癌患者與 新冠肺炎病毒

蔡欣孜 / 蔡育賢 醫師

自從2020年1月爆發新冠病毒世界大流行之後，我們台灣開始重視且提出對策，採阻絕病毒於境外及隔離措施，個人除了保持安全社交距離與帶口罩，我們一直都是從新聞媒體得知此病毒的消息，從未有切身的壓迫感與不自由感。直到最近一個月，台北、桃園的破口出現英國變異株及枋山枋寮之印度變異株，台灣很快地陷入驚恐及該如何因應之道的急迫感，民眾對許多問題及如何面對也只能從每天每天的新聞記者會得知，在門診常接受到諸多詢問，我們歸納出一些問題，收集世界各地網路媒體專家的意見及文獻上的一些報導來與前列腺患者分享。

首先，前列腺的患者會不會比較容易得到新冠病毒?事實上，根據去年在“細胞”雜誌的報導(Cell, 2020;181:271-80)，新冠病毒要進入呼吸道或其他上皮細胞需要透過兩個分子(蛋白)，一個就是大家熟悉的ACE2，另一個就是TMPRSS2，後者與前列腺癌的生成有關，約有一半的早期前列腺癌患者，在其腫瘤可發現TMPRSS2-ERG融合基因的存在。TMPRSS2是一個蛋白(中文名稱:跨膜絲胺酸蛋白2)，在很多的生理及病理過程扮演重要的角色，而且受到男性荷爾蒙(Androgen)來調控，而此篇文章的報導發現，在新冠病毒要進入上皮細胞時，一方面需要透過TMPRSS2將病毒表面的棘蛋白(Spike protein)準備好，

使棘蛋白可與宿主上皮細胞的ACE2接受體結合後，細胞與病毒進行膜融合後，病毒內的遺傳物質便可進入到細胞內，促使細胞開始複製病毒，因此如果有藥物可使此TMPRSS22蛋白的表現降低，便可降低病毒進入細胞，達到治療或預防的目的，像接受男性荷爾蒙去除療法的患者，也許可以因為控制男性荷爾蒙而調降此蛋白的產生。因此聰明的研究者，開始分析此類的男性荷爾蒙去除療法是否有治療或預防新冠病毒感染的好處，最初的結果發表在今年2月份，美國泌尿科醫學會雜誌(Journal of Urology)，Dr. Klein執行一個前導性登記的研究，從2020年3月12日到2020年6月10日從74787個人群中，有4885(6.5%)有新冠病毒感染，而在1779位前列腺癌患者中，有304(17.1%)使用男性荷爾蒙去除療法(ADT)，有使用與沒有使用男性荷爾蒙去除療法(ADT)的病人分別為5.6%及5.8%有新冠病毒感染，且儘管有使用男性荷爾蒙去除療法(ADT)的患者有較多較高齡的患者且較多人抽菸，多變向分析顯示，男性荷爾蒙去除療法(ADT)的使用與否並不會增加感染的機率，因此前列腺癌患者沒有比較多感染的機率，反觀，男性荷爾蒙去除療法(ADT)也沒有保護的效果。

其次，前列腺癌的患者可不可接受疫苗?如果可以，應該接受哪一種疫苗？

如果以目前台灣官方報導感染新冠病毒確診後重症的機率約20%，而且有4.53%會死亡(到七月二日)，死亡的患者雖然有年輕患者，但也以高齡或有多重慢性病患者居多。根據中央指揮中心到六月29日，已有196萬4592人次接種，接種後發生死亡不良事件共有240人，約0.12%，都是接種AZ疫苗，有完成解剖44人來探究原因，33例與慢性病相關，其他死因分別為吸入食物窒息，頸椎骨折有2人，噎嚥窒息、顱內出血死亡有1人，疑因肺炎病逝有2人及泌尿感染死亡有2人。因此接種的風險顯然比確診後風險低。

在疫苗的選擇方面，目前台灣可施打或及將可施打的疫苗包括AZ疫苗(腺病毒)、BNT或莫德納(Moderna)疫苗(mRNA)及國產高端/聯亞或NOVAVAX次蛋

白疫苗(蛋白)，共三種成分不同的疫苗，保護力及副作用也不太一樣，而中國大陸科興等則是傳統的死病毒疫苗，

下表會依照成分不同來進行歸納：

成分	腺病毒	mRNA	次單位蛋白	滅活病毒
疫苗名稱	1.AZ 疫苗 2. 嬌生	1. 莫德納 (Moderna) 2. 輝瑞 / BNT	1. 高端 / 基亞 2. NOVAVAX	科興
製造國	1. 英國 2. 美國	1. 美國 2. 美國 / 德國	1. 台灣 2. 美國	中國
台灣是否可取得使用	可以	可以	目前通過第二期試驗	不可以
嚴重副作用	靜脈血栓及血小板低下症 (主要發生在年輕人身上。)	心肌炎輕微 (發生在年輕人身上)	可能較少	不詳
保護力	2 劑 7 至 9 成	2 劑 9 成以上	未知	約 5 成

因此前列腺癌患者是否可以施打疫苗，如果碰到大流行像雙北的萬華、板橋熱區則接受施打疫苗會比較保險，也因此政府開始進行高齡患者施打疫苗，然而全世界大規模的施打陸陸續續出現，施打疫苗後猝死或靜脈血栓血小板低下症或心肌炎的副作用，也讓前列腺癌的患者產生疑問，最常問的問題是我有在使用男性荷爾蒙去除療法是否可施打又該怎麼選擇疫苗？理論上，沒有標準答案且全世界的藥政單位或許不太選用AZ疫苗，但施打至今全世界使用疫苗最多的是AZ疫苗，從效用來講應有其保護力，安全性上雖說有血栓問題但主要為年輕者，與男性荷爾蒙去除療法的心血管疾病副作用稍有不同，且較不會有心肌炎。因此，如果前列腺癌患者不論有無接受男性荷爾蒙去除療法，只要目前狀態穩定，應該接受AZ或莫德納疫苗注射。

攝護腺癌患者新冠肺炎疫苗接種建議

台中榮總 王賢祥 主任

(以下建議為針對一般攝護腺癌患者的參考建議，因個別患者狀況不同，仍應由醫師根據患者病況決定治療及疫苗施打時機。)

我是攝護腺癌患者，可以接受新冠肺炎疫苗嗎？

攝護腺癌患者除非有其他接種新冠肺炎疫苗的禁忌症，皆可接種此類疫苗，接種前須跟醫師詳細說明病史。

癌症患者接受新冠肺炎疫苗有什麼好處？

癌症患者一旦感染新冠肺炎，導致重症的風險較高，應及早接受疫苗接種。雖然研究報告顯示癌症患者接受新冠肺炎疫苗後所得到的保護力可能少於一般健康者，但仍比未接種疫苗者好，因此更應積極接受疫苗接種。

家屬接種疫苗對癌症患者有影響嗎？

癌症患者的照顧者也應積極接受疫苗注射，減少自身染疫、進而傳染給癌症患者的風險。

疫苗接種後是否可完全防止新冠肺炎病毒感染？

疫苗接種可減少感染後重症及住院的風險，但並非完全無感染

新冠肺炎的風險。若成為無症狀感染者，也可能成為肺炎傳播者。因此不管是癌症患者本身或照顧人員，雖接種過疫苗，仍應遵守防疫規定如配戴口罩、保持安全距離、避免群聚等等。

攝護腺癌患者該接受哪種新冠肺炎疫苗呢？

只要通過台灣衛福部核准的疫苗皆建議使用。

我準備接受根治性攝護腺切除手術，可以打疫苗嗎？該間隔多久？

新冠肺炎疫苗接種與手術本身並不衝突，但考量接種疫苗後可能的症狀如發燒、倦怠等，與手術後併發症無法區別，因此建議重大手術前後兩週內勿施打疫苗。

我正在接受放射線治療攝護腺癌，可以打疫苗嗎？該間隔多久？

應該盡快接受新冠肺炎疫苗接種，隨時都可以，不受放射線治療時程影響。

我正在接受攝護腺癌荷爾蒙治療，可以打疫苗嗎？該間隔多久？

應該盡快接受新冠肺炎疫苗接種，隨時都可以，不管是注射或口服荷爾蒙治療，皆不受影響。

我正在接受攝護腺癌化學治療，可以打疫苗嗎？該間隔多久？

若準備接受可能抑制免疫力的藥物，如化學治療，則應於開始治療前兩週完成疫苗接種。若已在化學治療中，目前無文獻可提供患者施打新冠疫苗的最佳時機。美國國家癌症資訊網指引(National Comprehensive Cancer Network, NCCN Guideline) COVID-19疫苗諮詢委員會認為顆粒性白血球減少並不影響對疫苗的免疫反應，因此認為只要有疫苗就應立即施打，不受化療時間影響。但亦有文獻(Nature Reviews Clinical Oncology) 針對腫瘤患者接受臨床試驗治療指引中，建議化療患者接種新冠肺炎疫苗時機應在化療前或後

1-2週。因化療療程不同，患者對藥物反應也不同，建議仍應由醫師判斷、避開患者化療後最虛弱的時候，決定最佳接種疫苗時間。

我正在接受免疫治療(如免疫檢查點抑制劑)，可以打疫苗嗎？該間隔多久？

應該盡快接受新冠肺炎疫苗接種，不受免疫治療時間影響。

我正在接受標靶藥物治療，可以打疫苗嗎？該間隔多久？

應該盡快接受新冠肺炎疫苗接種，不受標靶藥物治療時間影響。

我因攝護腺癌骨頭轉移正在接受單株抗體或雙磷酸鹽預防骨質疏鬆、改善骨質，可以打疫苗嗎？該間隔多久？

若接受口服雙磷酸鹽(如alendronate)，不受藥物治療時間影響，隨時可接種新冠肺炎疫苗。若是接受靜脈雙磷酸鹽注射(如zoledronic acid) 需間隔7天，單株抗體類藥物注射(如denosumab) 則需間隔4-7天，主要也是防止藥物治療與疫苗注射後副作用症狀重疊、無法區分的情形發生。

參考文獻：

1. NCCN: Cancer and COVID-19 Vaccination Version 3.0
2. Desai A, Gainor JF, et al. COVID-19 vaccine guidance for patients with cancer participating in oncology clinical trials. Nat Rev Clin Oncol. 2021 May;18(5):313-319
3. 美國疾病管制與預防中心網頁 Joint Guidance on COVID-19 Vaccination and Osteoporosis Management from the ASBMR, AACE, Endocrine Society, ECTS, IOF, and NOF

親愛的捐款人

本會長期致力於提供民眾之醫學衛教健康教育，增進民眾對泌尿醫學的知識，您所捐贈的每一分錢，我們將珍惜善用，發揮最大的價值，非常謝謝您的愛心與支持。小額捐款不嫌少，未來發展會更好。

捐款人資料

姓名

聯絡電話

服務單位

電子郵件

地址

以定期收到《鳳凰泌尿醫訊》

尚未定期收到《鳳凰泌尿醫訊》，請寄給我

捐款方式

匯款，匯款日期 年 月 日

劃撥，劃撥日期 年 月 日

支票

郵政劃撥捐贈

請於郵局劃撥單備註欄上註明您的姓名、地址及聯絡電話。

劃撥帳號：31332561

戶名：財團法人鳳凰泌尿科學文教基金會

捐款收據

個人名義，捐款收據抬頭_____

公司名義，捐款收據抬頭_____

提醒您：在捐款後均會收到由本會開立的正式收據，可以
抵扣所得稅，敬請妥善保存！

支票捐贈

抬頭請寫「財團法人鳳凰泌尿科學文教基金會」並禁止背書轉讓，連同上表捐款資料，以掛號郵寄「鳳凰泌尿科學文教基金會」

匯款方式

請至銀行匯款，填妥上表捐款資料剪下後，連同銀行匯款收據，傳真或郵寄至「鳳凰泌尿科學文教基金會」。

匯款銀行：合作金庫 成大分行

匯款帳號：1014-717-100764

戶名：財團法人鳳凰泌尿科學文教基金會

填妥後請傳真至06-2083158或

郵寄至704台南市北區勝利路138號轉泌尿部

財團法人鳳凰泌尿科學文教基金會 收

聯絡人：楊小姐

電話：06-2083158

電子郵件：phoenixuro@gmail.com

歡迎成為長青保健聯誼會之友

我們是誰？

- 1.本基金會在1996年成立於台南市，以鼓勵優秀人員，研究發展尖端泌尿科醫學，增進國際泌尿醫學交流，提高我國泌尿醫學水準為宗旨。
- 2.基金會之組織，由台南地區各大醫學泌尿科專科醫師及熱心公益之企業界人士協力成立。
- 3.本基金會乃以服務為目的之非牟利機構。

誰能成為長青保健聯誼會會友？

- 1.凡認同本基金會成立宗旨之病友或社會人士。
- 2.年齡不限，男女皆歡迎。
- 3.願意積極參與本會各項活動者。

長青保健聯誼會會友的權力：

- 1.參與本會主辦之健康講座及各項保健聯誼會等活動。
- 2.獲得本會提供之各種醫療資訊及教育文宣。
- 3.參與本會所有活動及刊物索取，一律免費。

長青保健聯誼會會友之義務：

- 1.積極參加本會活動
- 2.鼓勵他人共同參與
- 3.隨時把缺點告訴我們

參加辦法：

- 1.請以電話報名：06-2083158
- 2.或於本會舉辦的健康講座中填寫個人資料表

中華民國85年6月15日創刊

中華民國95年1月更名為「鳳凰泌尿醫訊」

發行人 林信男

總編輯 鄭裕生

主編 蔡育賢

編輯委員 林永明、唐一清、楊文宏、鄭鴻琳、歐建慧

黃鶴翔、蔡育賢、胡哲源、劉展榮、歐穎謙

吳冠諭、高耀臨

企劃 楊雅智

發行所 財團法人鳳凰泌尿科學文教基金會

地址 台南市北區勝利路138號 轉 泌尿部

電話 06-2083158

傳真 06-2383678

設計印刷 方振添印刷有限公司

財團法人鳳凰泌尿科學文教基金會出版