

轉移性攝護腺癌的治療選擇：荷爾蒙治療與各種新興治療

(編號 MPC-005)

臺大醫院泌尿部
周博敏醫師
臺大醫院腫瘤醫學部
王嘉偉醫師
2017 年 2 月更新

1. 荷爾蒙治療的原理-治療效果與副作用

攝護腺癌的癌細胞生長與轉移需要雄性荷爾蒙(也就是睪固酮)的訊號刺激。人類體內的睪固酮主要由睪丸製造，另外有少部分由腎上腺製造。如果能夠降低體內睪固酮的濃度到達趨近於零，攝護腺癌細胞就無法獲得雄性荷爾蒙訊號，癌細胞就會死亡。荷爾蒙治療的原理就是運用各種方式降低體內睪固酮濃度，達到抑制癌細胞的目的。然而有些癌細胞不須睪固酮的刺激也會自行產生雄性荷爾蒙的訊號刺激，這種情況下即使體內睪固酮濃度已經降到很低，癌症仍然不受抑制。這就是荷爾蒙抗藥性的由來。對於這種癌症，需要採用其他方式例如化療才能有治療效果。

2. 傳統荷爾蒙治療-打針、吃藥、睪丸切除

最早被採用的荷爾蒙治療就是睪丸切除。睪丸切除可以在 24 小時內將體內的睪固酮濃度降到極低，優點是效果快速，無須定期打針或服藥，也沒有其他藥物額外的副作用；缺點

第1頁 / 共5頁

臺大醫院泌尿部、臺灣楓城泌尿學會 關心您

更多資訊：<https://www.tmua.org.tw/>



是一旦切除就不能後悔，患者心理往往較難接受。自從荷爾蒙治療藥物發明以後，選擇睪丸切除的患者就較少了。針劑注射的藥物可以透過腦垂腺的調控，抑制睪丸分泌睪固酮，達到等同於睪丸切除的效果，口服的藥物則是可連同腎上腺製造的睪固酮一起抑制，達到更完全的效果。一般而言藥物的荷爾蒙治療需要終身使用，一旦中斷則體內睪固酮濃度上升，癌細胞又會開始增長。

3. 化學治療

在荷爾蒙治療產生抗藥性之後，傳統上會考慮化學治療。身體狀況太差者，不適合使用化療，但是年紀老不是一個使用上的限制因素。攝護腺癌的化學治療比起其他癌症相對單純，通常只用一種藥物注射。目前第一線用藥為歐洲紫杉醇(docetaxel)，通常每 2 或 3 週注射一次。第二線用藥為去癌達 (Jevtana/cabazitaxel)。常見的副作用有中性白血球低下(可能合併發燒)、手腳水腫、倦怠、周邊神經病變(皮膚灼熱、刺痛、麻木)。其中中性白血球低下合併發燒可能致命，需要立即就醫。

4. 補骨針-避免骨折與骨質疏鬆

攝護腺癌最常見的轉移部位就是骨骼。當骨骼被癌細胞侵蝕到一定程度，容易發生病理性骨折。此外，荷爾蒙治療本身也會造成骨質疏鬆，加上罹患攝護腺癌的患者大多年紀較



大，更容易有骨質疏鬆的問題。為了避免各種骨骼轉移或荷爾蒙治療造成的骨骼問題，通常會建議患者每個月注射一次補骨針。因為補骨針在少數患者可能造成下顎骨壞死，所以在打針之前必須要接受牙科醫師的評估，確認牙床沒有問題，才可施打。注射補骨針後幾天內可能會出現類似重感冒一般全身倦怠，甚至全身骨骼痠痛的症狀，因此建議注射後幾天內多休息。少數患者會出現嚴重低血鈣，若有抽筋或心律不整現象需盡速就醫。

5. 治療新發現-新型荷爾蒙治療、放射性同位素治療、免疫治療

傳統荷爾蒙治療平均一年多就會開始出現抗藥性，抽血可以發現睪固酮濃度雖然很低，但 PSA 數值持續升高，或是影像檢查發現新的病灶。過去一旦傳統荷爾蒙發生抗藥性，化療就是唯一的治療選項。當化療也失去效用後，就沒有其他可靠的治療方式。

近年來有許多新興的藥物陸續上市，可以在化療失敗後接續使用，有的甚至可以在化療之前就開始使用，讓沒有體力接受化療的患者也有繼續治療的機會。

目前使用上較方便的是兩種新型口服男性荷爾蒙抑制劑-abiraterone 與 enzalutamide，分別於 2011 以及 2012 年由美國 FDA 核准使用，平均可延長四到五個月存活時間。二者在台灣已經上市，可在轉移性攝護腺癌，化療無效後，向健保專案申請使用。

放射性同位素治療是將鐳 223 注射到體內。鐳元素本身與鈣離子性質相近，進入體內後會依循著鈣離子的循環進入骨骼。而鐳 223 是具有放射線性質的同位素，會發射出短距



離的輻射線，殺死骨骼內的癌細胞，因此必須要有骨骼轉移的病患才有療效。由於鐳 223 主要經由腸道代謝，患者的糞便需要經過特別處理，治療期間也必須住在特殊病房。鐳 223 藥物皆須在國外特別訂製後運送來台，因此價格非常昂貴。台灣目前尚未核可，僅有少數臨床試驗案例。

免疫治療是將患者的免疫細胞從血液當中分離，與攝護腺癌細胞表面抗原一起培養，產生細胞免疫反應後，將活化的免疫細胞注射回患者體內，利用患者的免疫反應殺死癌細胞。此種治療價格昂貴且需專門的實驗室，目前台灣尚未提供。

6. 輔助手術與放射線治療

請見本文〈緩解性治療〉部分。

7. 安寧緩和醫療

當所有治療都產生抗藥性，患者身體也無法再承受更積極治療時，疾病已經進入末期。為保障患者臨終時的尊嚴，應考慮預立臨終醫囑，由患者本人簽署放棄急救意願書，避免臨終前無意義的插管與電擊。由患者本人預立醫囑，也可減輕日後家屬作決定的心理壓力。緩和醫療不等於放棄治療，而是以減輕患者痛苦為主要目的，整合醫護、社工師、心理師等團隊，著重身心靈全方位照護的醫療。事實上當患者預期只剩半年到一年的生命時，應及早積



極作臨終的準備，無論是心理層面或生活層面，與安寧醫療團隊溝通，可以減少患者與家屬的恐懼與焦慮，達到善終的目標。

