

攝護腺癌系列介紹

緒論：攝護腺癌在臺灣與全球的診斷與治療簡介

^{1,2} 蔣智宏 副教授 ² 洪健華 醫師/博士 ² 黃昭淵 教授

¹ 臺大醫院泌尿科 ² 北榮員山分院泌尿外科

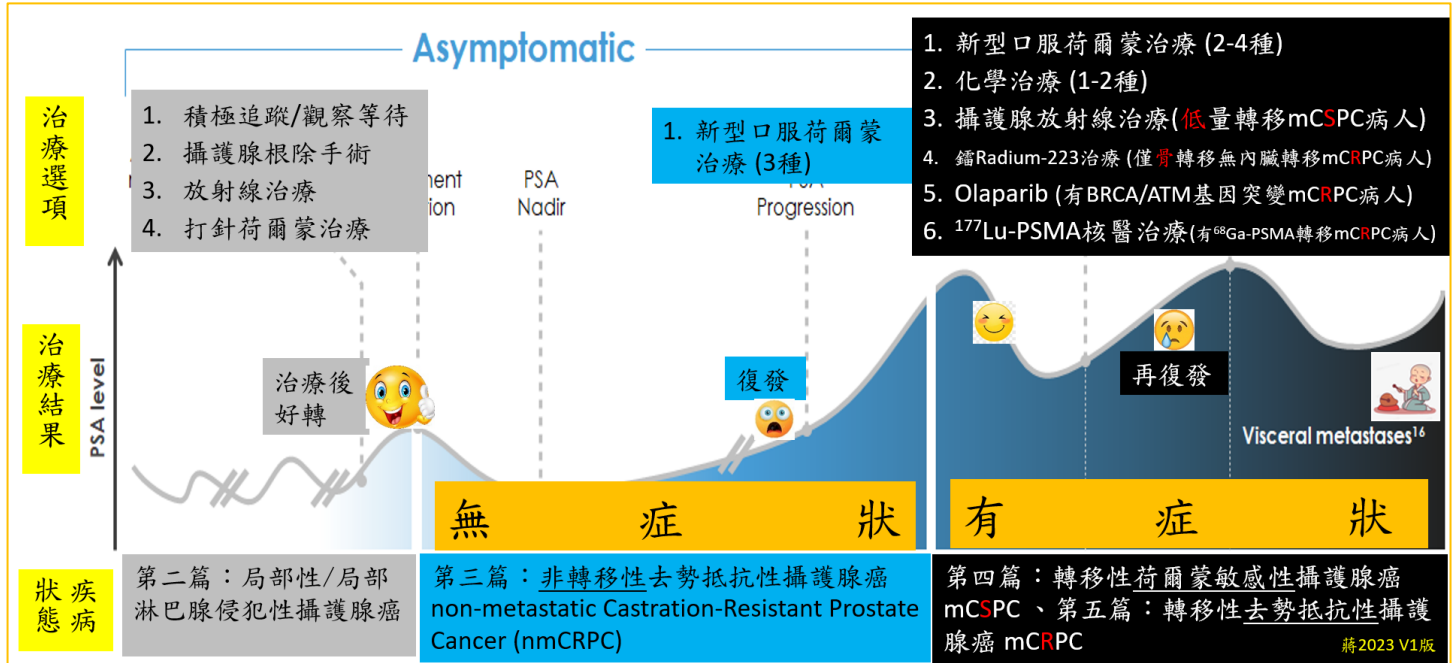
自從國家衛生研究院2010年10月發表中文第三版的『攝護腺(前列腺)癌臨床診療指引』以及財團法人癌症希望基金會2022年9月發表中文第十三版的『希望之路－面對攝護腺癌』後，鮮少有從精準診斷、局部性、局部淋巴腺侵犯性、非轉移性與轉移性攝護腺癌的完整專業中文詳細攝護腺癌系列介紹。本篇根據美國最新國家癌症資訊網NCCN 2023年第一版治療指引完整的翻譯成中文，希望透過清晰易懂的專業中文攝護腺癌系列介紹，讓有興趣深入了解的病人與家屬可以從精準切片診斷到各期別攝護腺癌最新治療有最正確完整的認識，避免醫病雙方因為資訊不對等造成彼此的誤會。請務必自己充分了解後再與您的主治醫師詳細討論共同決定最適合自己的治療方式(本系列只是概略介紹，每位病人狀況皆有差異，詳細病況還是要多尊重醫師對您的專業判斷與建議)。

另外最重要的是臺灣健保給付規定如何。雖然臺灣健保給付速度跟不上最新的全球臨床試驗，但是已經涵蓋超過9成以上昂貴的新藥與新手術，這是臺灣民眾莫大的福氣。本系列會清楚介紹哪一些手術/藥物健保有給付，哪一些最新的手術/藥物是健保還跟不上最新學術研究結果與準則，選用時還需要自費(2023/1前)的完整介紹(本系列只是概略介紹，各醫院的狀況皆有些許差異，詳細自費金額還是要多尊重各醫院各自的考量，沒有全國一致的標準)。

本攝護腺癌系列共分成五部份從精準切片診斷到各期別攝護腺癌最新治療方式的完整介紹，包括 **緒論**：攝護腺癌在臺灣與全球的診斷與治療簡介、**第一篇**、精準攝護腺癌診斷；**第二篇**、局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌的最新治療；**第三篇**、『非轉移性去勢抵抗性攝護腺癌non-metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (nmCRPC)』的最新治療；**第四篇**『轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer (mCSPC)』的最新治療；**第**



五篇『轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC)』的最新治療[圖A]。



- 圖 A. 攝護腺癌不同期別的簡要治療方法與疾病病程概略介紹。各期別詳細介紹與治療，請參閱本系列**第二篇**、局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌的最新治療；**第三篇**、『非轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 non-metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (nmCRPC)』的最新治療；**第四篇**、『轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌 metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer (mCSPC)』的最新治療與；**第五篇**、『轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC)』的最新治療。



緒論、攝護腺癌在臺灣與全球的診斷與治療簡介

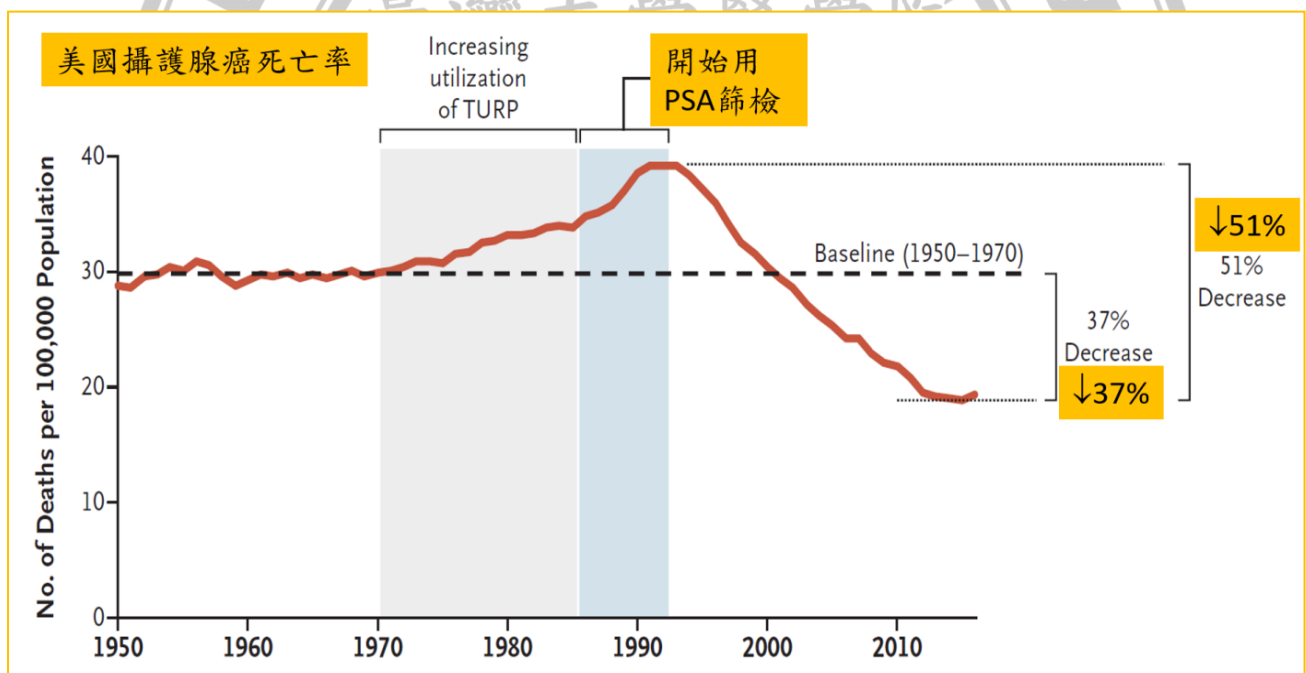
一、攝護腺癌的發生率.....	1
● 臺灣攝護腺癌組織型態與期別分布.....	3
● 臺灣攝護腺癌申報發生人數按地區分類.....	4
二、攝護腺癌的診斷與治療簡介.....	5
● 攝護腺癌精準切片診斷的簡要介紹.....	5
➢ 當臺灣人 PSA 4.0 – 10.0 ng/ml 時，有以下的建議作法(請參閱第一篇)	
1. 直接安排標準健保給付的『 <u>經直腸</u> 超音波導引 + <u>經直腸</u> 攝護腺平均切片(Systemic Biopsy)12 針』.....	6
2. 抽血 <u>自費</u> 加驗攝護腺健康指數(Prostate Health Index、PHI)評估是否需要『 <u>經直腸</u> 超音波導引 + <u>經直腸</u> 攝護腺平均切片(Systemic Biopsy) 12 針』.....	6
3. 安排 <u>自費</u> 高階多參數磁振造影(mpMRI)融合超音波影像評估是否需要 <u>自費</u> 『 <u>經直腸</u> 超音波導引 + <u>經會陰</u> 攝護腺標靶切片(Target Biopsy) ≥ 4 針』.....	6
● 不同期別攝護腺癌治療的簡易介紹.....	7
一、『 <u>局部性攝護腺癌</u> 』(請參閱第二篇).....	7
二、『 <u>局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌</u> 』(請參閱第二篇).....	7
三、『 <u>轉移性攝護腺癌</u> 』.....	7
1. 『 <u>非轉移性</u> 去勢抵抗性攝護腺癌 non-metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (nmCRPC)』(請參閱第三篇).....	8
2. 『 <u>轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌</u> metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer (mCSPC)』(請參閱第四篇).....	8
3. 『 <u>轉移性去勢抵抗性攝護腺癌</u> metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC)』(請參閱第五篇).....	8
● 臺灣攝護腺癌治療方式現況分析.....	10



緒論、攝護腺癌在臺灣與全球的診斷與治療簡介

一、攝護腺癌的發生率

自 1994 年美國食品藥物管理局通過以“攝護腺特定抗原 prostate specific antigen PSA> 4.0 ng/ml”來提早判斷是否需要接受“經直腸攝護腺切片檢查”以診斷攝護腺癌，自此之後，若患者 PSA 檢測大於 4.0 者，臨床醫師會建議其接受攝護腺切片檢查，此舉確實及早診斷出許多臨床無症狀之攝護腺癌患者，至今攝護腺癌雖仍是西方社會男性癌症發生率第一名的疾病，在美國初診斷就已遠端轉移(M1)的比例已低於 5%。1990 年至 2010 年美國使用 PSA 指數篩檢攝護腺癌後，攝護腺癌死亡率降低 37%，對比死亡率最高峰的 1990 年，足足降低 51%[圖 1]，因此 PSA 對於攝護腺疾病的早期診斷、治療與降低死亡率，有階段性的巨大貢獻。



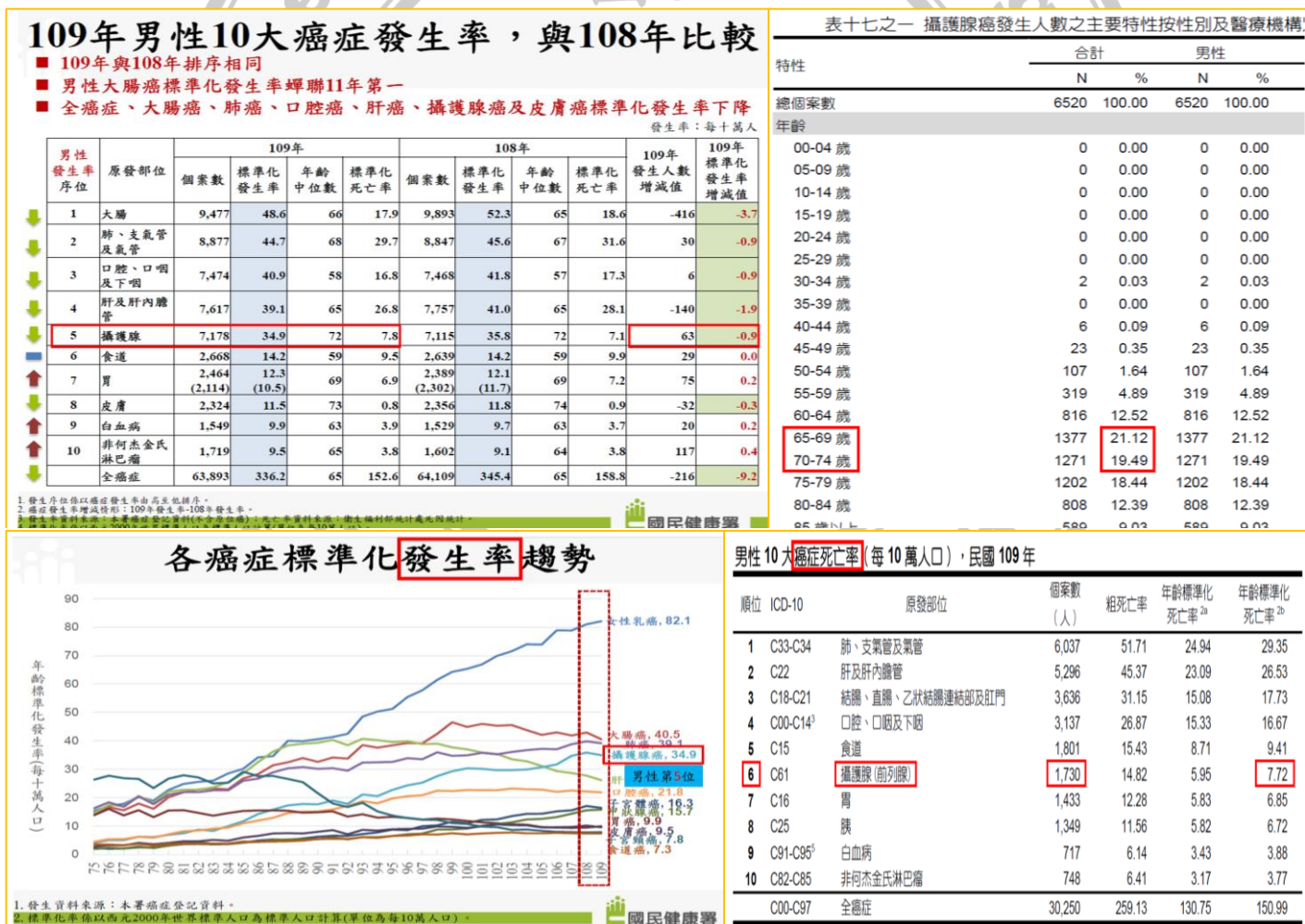
- 圖 1. PSA 與美國攝護腺癌死亡率的相關性：自 1990 前後美國開始大量使用 PSA 來篩檢攝護腺癌，提早診斷出非常多有症狀與無症狀的攝護腺癌，更大幅降低了攝護腺癌的死亡率。現在比過去 50 年降低 37% 死亡率，對比最高峰的 1990 年，現在足足降低了攝護腺癌死亡率 51%。圖片引用自文獻 Reconsidering Prostate Cancer Mortality - The Future of PSA Screening. N Engl J Med. 2020 Apr 16;382(16):1557-1563

類似美國過去的經驗，臺灣攝護腺癌發生率與死亡率最近 10 年快速上升，依據衛生福利部民國 111 年 12 月的官方統計[表 1]，民國 109 年攝護腺癌發生個案數占全部癌症發生個案數的



5.88% [比108年(5.87%)多]，當年因攝護腺癌死亡人數占全部惡性腫瘤死亡人數的3.45% [比108年(3.06%)多]；就臺灣男性10大癌症發生率排序來看，攝護腺癌是民國109年臺灣男性10大癌症發生率第5名，當年度新診斷人數為7,187人 [比108年(7,115人)多]，年齡標準化發生率為34.89人/每10萬人[表1]；初診斷最多的年齡層是65-69歲(21.12%)，第二多是70-74歲(19.49%)，年齡中位數為72歲，近年也不乏50歲左右或以下的青壯年男性被診斷值得注意；就臺灣男性10大癌症死亡率排序來看，攝護腺癌是民國109年臺灣男性10大癌症死亡率第6名 [比108年(第7名)高]，當年度共1,730位病患 [比108年(1,538位)多]死於攝護腺癌，年齡標準化發生率為7.72人/每10萬人[表1]，死亡年齡中位數則為82歲。

● 表 1. 民國 109 年臺灣男性 10 大癌症發生率與死亡率



● 臺灣攝護腺癌組織型態與期別分布

臺灣攝護腺癌的組織形態分布，病理型態以腺癌(Adenocarcinoma)的患者最多(6,417人，占所有人數的98.42%)，其他種類組織型態的攝護腺癌比例上較少，故治療方式多以腺癌(Adenocarcinoma)為主要努力目標。

● 表 2. 民國 109 年臺灣男性攝護腺癌組織型態與期別分布

表十七之一 攝護腺癌發生人數之主要特性按性別及醫療機構別分

特性	合計		男性					
	N	%	N	%				
總個案數	6520	100.00	6520	100.00				
組織型態								
腺癌	6417	98.42	6417	98.42				
神經內分泌癌	14	0.21	14	0.21				
非特定上皮癌	23	0.35	23	0.35				
惡性肉瘤	2	0.03	2	0.03				
未分類腫瘤	1	0.02	1	0.02				
其他惡性腫瘤	63	0.97	63	0.97				
臨床與病理期別一致性								
Kappa ⁴	0.5141							
TNM 診斷組合(臨床期別)								
Group	T	N	M	PSA(ng/mL)	Grade			
Stage I	cT1a-c	N0	M0	PSA<10	1	467	7.34	第1期9.8%
	cT2a	N0	M0	PSA<10	1	154	2.42	
Stage IIA	cT1a-c	N0	M0	10≤PSA<20	1	136	2.14	2期 + 3B期 + 3C期 第2期27.5%
	cT2a	N0	M0	10≤PSA<20	1	73	1.15	
	cT2b	N0	M0	PSA<20	1	56	0.88	
	cT2c	N0	M0	PSA<20	1	262	4.12	
Stage IIB	T1-2	N0	M0	PSA<20	2	626	9.84	3A期 + 3B期 + 3C期 第3期30.9%
Stage IIC	T1-2	N0	M0	PSA<20	3	363	5.71	
	T1-2	N0	M0	PSA<20	4	232	3.65	
Stage IIIA	T1-2	N0	M0	PSA≥20	1-4	680	10.69	4A期 + 4B期 第4期33.9%
Stage IIIB	T3-4	N0	M0	Any PSA	1-4	713	11.21	
Stage IIIC	Any T	N0	M0	Any PSA	5	570	8.96	
Stage IVA	Any T	N1	M0	Any PSA	Any Grade	361	5.68	
Stage IVB	Any T	Any N	M1	Any PSA	Any Grade	1668	26.22	
其他/不詳						159	-	

■ 衛生福利部 2022 年 12 月癌症登記報告

根據衛生福利部2022年12月癌症登記報告統計資料，臺灣攝護腺癌初診斷的期別第一、二、三、四期的比例分別為9.8 [比108年(10.1%)低]、27.5% [比108年(20.9%)高]、30.9% [比108年(31.5%)



根據表 2 可知，民國 109 年臺灣攝護腺癌初診斷即第四期的比例高達 33.9%。由統計表 3 可見雙北初診斷攝護腺癌人數雖多(2,297 人, 佔全國 32.0%)，然癌症期別占比多為第 1-2 期(初期)大於 50%，第 4 期的比例最低，僅 22%，遠低於全國第 4 期平均 33.9%。而雲嘉南、高高屏等縣市初診斷攝護腺癌時的病人期別，明顯的多座落於晚期[表 3]，顯示民眾對健康檢查的觀念仍具城鄉落差。

『早期診斷、早期治療』效果一定比較好，因此，統計上攝護腺癌初診斷人數多/標準化發生率高的縣市不一定是壞事，如何推動並落實『早期診斷、早期治療』才是民眾健康的關鍵所在。但是否該積極篩檢 PSA 以早一點找出有/無症狀的攝護腺癌，目前臺灣醫學界仍然有許多不同的意見與看法尚無定論。

二、攝護腺癌的診斷與治療簡介

除了自 1994 年開始使用抽血驗 PSA > 4.0 ng/ml 就直接安排『經直腸超音波導引攝護腺切片檢查』之外，如何參考抽血加驗『攝護腺健康指數 Prostate Health Index - PHI』，或輔助使用『磁共振造影-超音波融合切片 MRI-Echo fusion biopsy』技術，希望能夠提早更精準的診斷出致命性攝護腺癌 (Lethal prostate cancer)(詳細請參閱本系列第一篇、精準攝護腺癌診斷)；表 4 是不同期別攝護腺癌簡要的治療流程圖，詳細的治療方式請參閱本系列第二篇、局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌的最新治療；第三篇、『非轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 non-metastatic castration-resistant prostate cancer (nmCRPC)』的最新治療；第四篇、『轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌 metastatic castration-sensitive prostate cancer (mCSPC)』與『轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC)』的最新治療。

● 攝護腺癌精準切片診斷的簡要介紹 (請參閱本系列第一篇)

自 1994 年開始，當抽血的 PSA > 4.0 ng/ml 時，就會安排標準共 12 針 (攝護腺右外、右內、



左內、左外四象限各三針)的『經直腸超音波導引攝護腺切片檢查』取得 12 條攝護腺組織經病理檢驗來確定是否為攝護腺癌。可惜只參考 PSA 就接受攝護腺切片檢查，專一性實在太低：臺灣人 PSA 4.0 – 10.0 ng/ml 時，切片真的是癌症的機率 < 20% (就是 > 80%是良性)，所以全世界(尤其是華人)更需要除了 PSA 以外的第二甚至第三更精準的參考依據，來決定是否要接受攝護腺切片檢查，希望大幅提高攝護腺的切片陽性率。

最近幾年全世界有許多早期偵測攝護腺癌的各種血液、尿液與組織標記，比較廣泛使用、臺灣有在採用以增加攝護腺切片精準性的方法有兩種：1. 抽血加驗攝護腺健康指數(Prostate Health Index、PHI)做『經直腸超音波導引攝護腺平均切片 12 針』與 2. 高階多參數磁振造影(mpMRI)融合超音波(TRUS-P)影像做精準『經會陰超音波導引攝護腺標靶切片(Target Biopsy) ≥ 4 針』。

➤ 當臺灣人 PSA 4.0 – 10.0 ng/ml 時，有以下的建議作法：

1. 直接安排標準健保給付的『經直腸超音波導引攝護腺平均切片 12 針』：這是過去近 30 年的標準做法，缺點是切片陽性率太低。
2. 抽血自費加驗更精準的攝護腺健康指數 PHI 當重要的第二參考意見：攝護腺健康指數 PHI 是一個同時參考 total PSA、free PSA 與 p2PSA 三種 PSA 相關蛋白質所計算的數值($p2PSA/fPSA \times \sqrt{tPSA}$)來評估攝護腺癌的風險，再決定是否要接受切片檢查。當 PSA 4.0 – 10.0 ng/ml 時只要額外多參考攝護腺健康指數 PHI 數值>35 才安排切片檢查，可以提高攝護腺癌/中高惡性度攝護腺癌(格里森 7-10 分)切片陽性率 4.7/8.6 倍，最多還可以減少 71%不必要的切片。
3. 安排自費高階多參數磁振造影(mpMRI)來輔助決定是否要接受自費攝護腺切片檢查：傳統的『經直腸超音波導引攝護腺切片』無法看到任何可疑的病灶，看不到腫瘤位置只能平均切片這個低精準性盲切的大缺點，全球都在積極想辦法改善中。mpMRI 可以很清楚的看到攝護腺內是否有疑似的腫瘤，如果有“看到”腫瘤，最近醫療技術進步到可以將 mpMRI “看到”的腫瘤位置與超音波完美融合，針對疑似病灶精準的做『經直腸超音波導引 + 經會陰



攝護腺標靶切片(Target Biopsy) ≥ 4 針』，切片陽性率可以大幅提高至 60 - 80%以上，而且其中將近 80%是中高惡性度(格里森 7-10 分)的攝護腺癌。

以上三種攝護腺切片方法的詳細介紹，可參閱本系列第一篇、精準攝護腺癌診斷。

● 不同期別攝護腺癌治療的簡易介紹

經由攝護腺切片的病理報告確定是攝護腺癌後，接著就會

1. 可立即安排全身骨骼掃描及
2. 建議切片後 4-6 周 {說明：切片後太早影像檢查，可能會將攝護腺膜上因切片的出血，誤認為是腫瘤侵犯到膜} 安排高階多參數磁振造影 mpMRI(建議首選)或電腦斷層檢查，確認疾病的現在侵犯的狀態(就是正確的癌症期別)。

期別鑑定結果可分為三種類別：

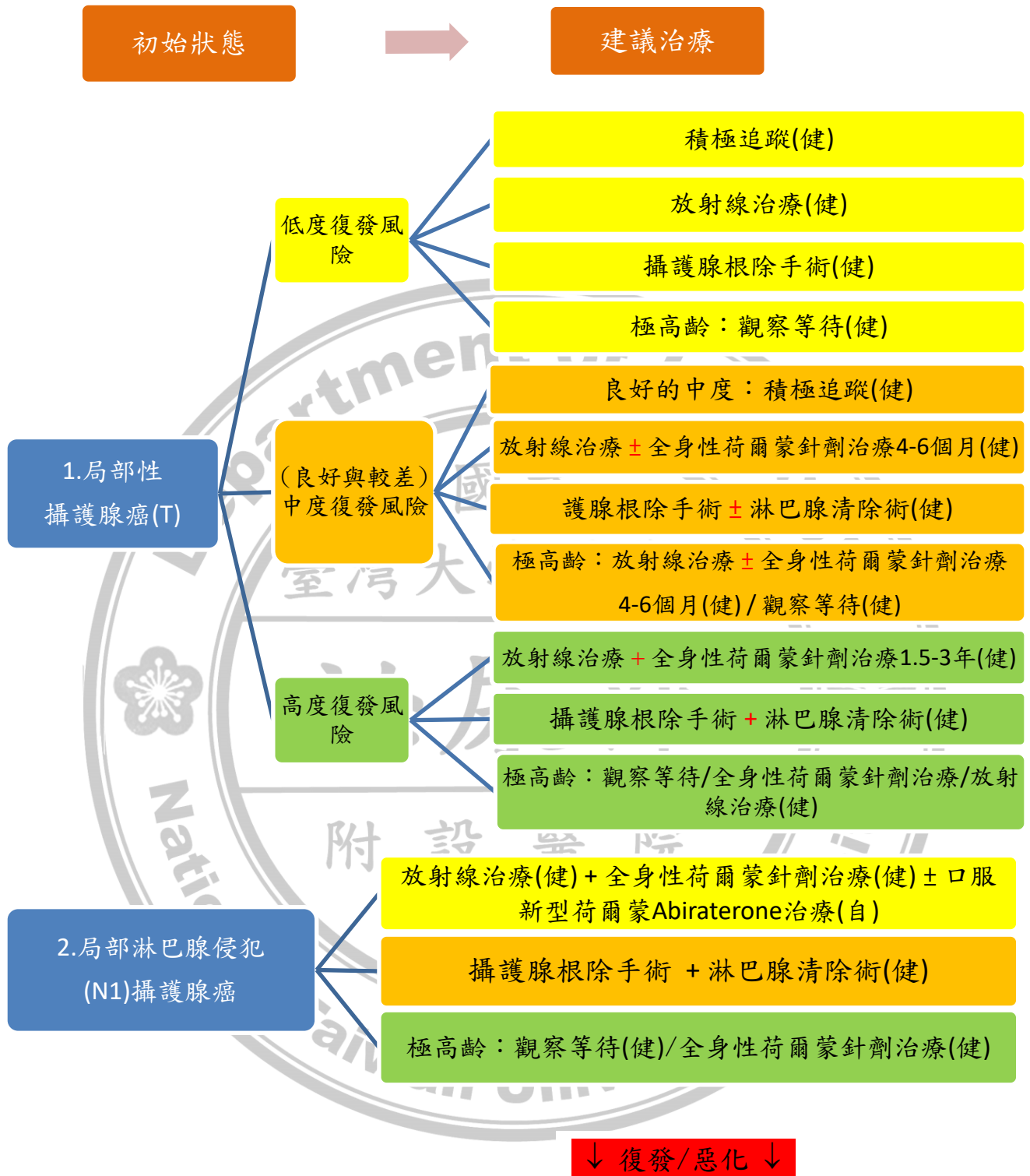
- 一、『局部性攝護腺癌』：顧名思義，臨床上要認定攝護腺癌期別為局部性的首要原則即腫瘤只侷限在攝護腺內部，無擴散、無轉移，再針對三個臨床指標(PSA 高低、癌症惡性度-格里森分數高低、腫瘤局部侵犯程度)將局部性攝護腺癌分成低度、中度、高度復發風險。針對低度、中度、高度復發風險的局部性攝護腺癌，治療選項的簡要治療流程圖可參閱表 4，依病人的不同狀況包含有 1. 積極追蹤/觀察等待、2. 攝護腺根除手術 ± 淋巴腺清除術、3. 放射線治療、4. 全身性荷爾蒙針劑治療等(請參閱本系列第二篇)[表 4]。
- 二、『局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌』：即不管前述三項臨床指標(PSA 高低、癌症惡性度-格里森分數高低、腫瘤局部侵犯程度)如何，只要影像學檢查，如電腦斷層(CT scan)或是磁振造影(MRI)顯示腫瘤已侵犯到攝護腺旁邊的骨盆腔淋巴腺，但沒有遠端淋巴腺、骨頭或內臟轉移，依病人的不同狀況治療選項的簡要治療流程圖可參閱表 4，包含 1. 放射線治療、2. 全身性荷爾蒙針劑治療、3. 攝護腺根除手術 + 淋巴腺清除術、4. 觀察等待等(請參閱本系列第二篇)[表 4]。
- 三、『轉移性攝護腺癌』：轉移性攝護腺癌依疾病前後發展順序可再分為三種：

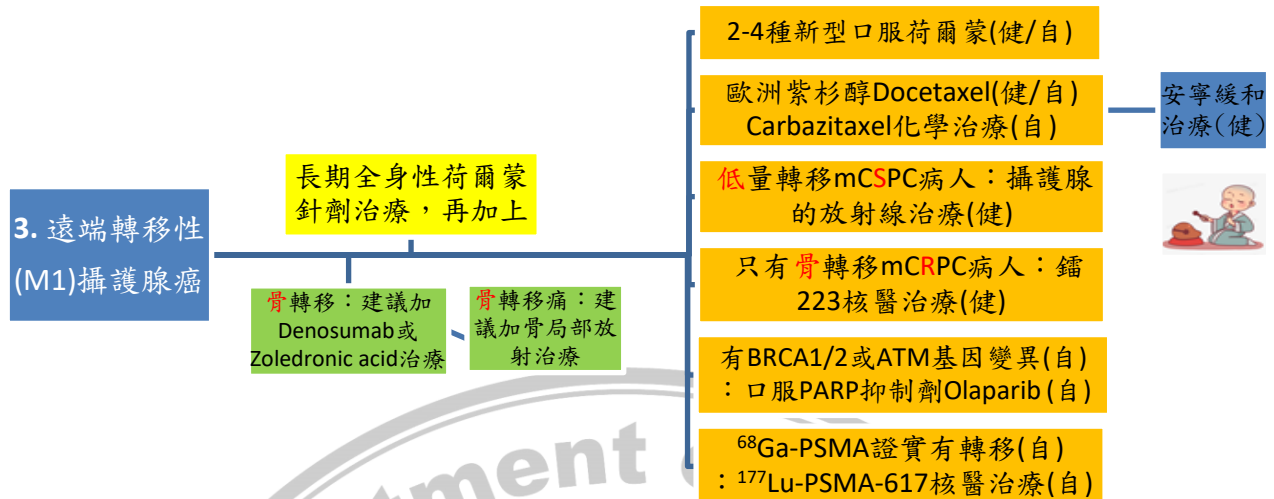


1. 『非轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 non-metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (nmCRPC)』：對於原本是局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌，經由積極追蹤/觀察等待或攝護腺根除手術或放射線治療後 PSA 逐漸上升，「雖然持續荷爾蒙治療但是 PSA 仍持續上升、但無轉移的影像學證據、也無轉移的任何症狀，但近期轉移出去的可能性極高」，此特殊的狀態稱做『非轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 non-metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (nmCRPC)』(請參閱本系列第三篇)；
2. 『轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌 metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer (mCSPC)』：nmCRPC 繼續進展的下一個階段就是真正已經轉移的轉移性攝護腺癌，分成兩種：a.「初診斷還未治療就轉移」，或者是 b.原本是局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌，經由攝護腺根除手術或放射線治療的局部治療(無荷爾蒙治療)後疾病不幸進展至骨頭或內臟的轉移狀態，稱為『轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌 metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer (mCSPC)』(請參閱本系列第四篇)；
3. 『轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC)』：原本是 nmCRPC 持續荷爾蒙治療但疾病仍進展成轉移性疾病，或是 mCSPC 雖然已經給予荷爾蒙治療但 PSA 又持續上升或轉移部位持續增加，此狀態稱作『轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC)』(請參閱本系列第五篇)。

- **表 4. 不同期別攝護腺癌簡要治療流程圖 (翻譯自美國國家癌症資訊網 NCCN 2023 年第一版)**
(詳細的治療方式請參閱本系列第二篇、局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌的最新治療；第三篇、「非轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 non-metastatic castration-resistant prostate cancer (nmCRPC)」的最新治療；第四篇、「轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌 metastatic castration-sensitive prostate cancer (mCSPC)」與第五篇、「轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC)」的最新治療)







轉移性攝護腺癌的簡要治療流程圖如表 4，治療方式則建議終身全身性荷爾蒙針劑治療為基礎，根據風險高低以及對荷爾蒙治療的敏感性，還多了 1. 2-4 種新型口服荷爾蒙治療、2. 2 種化學治療、3. 只針對低量轉移「轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌 metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer (mCSPC)」病人的攝護腺放射線治療、4. 只針對「轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC)」骨轉移病人的鐳 Radium-223 核醫治療、5. 只針對「有體細胞 BRCA1 或 BRCA2 或 ATM 基因變異」mCRPC 病人的口服 PARP 抑制劑 Olaparib 治療以及 6. 只針對「診斷性 ^{68}Ga -PSMA 正子攝影 PET scan/電腦斷層 CT 確認有 PSMA 陽性」mCRPC 病人的治療性 ^{177}Lu -PSMA-617 核醫治療，皆可大幅增加不同類型轉移性攝護腺癌的治療效果並有效延長生命，可謂天大的救命好消息。

表 4 只是各期別攝護腺癌症概略的簡要治療原則，到底要選擇哪一項當作您的治療方式，請務必自己充分了解後再與您的主治醫師詳細討論共同決定。

● 臺灣攝護腺癌治療方式現況分析

根據衛生福利部 2022 年 12 月的癌症登記報告，民國 109 年臺灣全部攝護腺癌治療方式[表 5]，手術治療佔 44.47%，其中包含攝護腺根除手術、冷凍治療、熱療法，其中冷凍治療



(Cryoprostectomy) + 熱療法(Hyperthermia)只占 3%(96/3,192)，其餘 97%的手術治療都是選擇攝護腺根除手術(Radical prostatectomy)治療(主要為第 1 期至第 3 期的病人)，放射線治療(Radiation Therapy)的佔 25.26%(主要為第 1 期至第 3 期的病人)，化學治療(Chemotherapy)佔 1.18%(主要為第 4 期病人)，內分泌荷爾蒙治療(Androgen Deprivation Therapy)方式的佔 56.73%(主要為第 2 期至第 4 期的病人)，安寧緩和治療(Hospice)佔 10.03%(第 4 期病人) 與 16.20%攝護腺癌病人未接受任何治療。以上統計因為有一些含合併治療方式(比如根除手術±放療、根除手術±荷爾蒙治療或放療±荷爾蒙治療等)，故各種治療發是總數加總會超過 100%。

● 表 5. 民國 109 年臺灣攝護腺癌治療方式

申報治療方式*	男性	
	治療人數	百分比
手術治療**	3,192	44.47
放射線治療	1,813	25.26
化學治療	85	1.18
內分泌治療	4,072	56.73
藥物	4,031	56.16
手術(睪丸切除術)	41	0.57
免疫治療	24	0.33
標靶治療	1	0.01
緩和照護	720	10.03
其他治療	1	0.01
未有首次治療申報紀錄	1,163	16.20
僅接受 TURP 或經尿道前列腺雷射手術治療	520	7.24
首次療程為不予治療或積極監視或觀察等待等	252	3.51
本院診斷後轉至非癌登醫院接受後續治療	231	3.22
本院診斷後個案拒絕治療或失聯或其他因素等	141	1.96
外院診斷後至本院接受後續治療或追蹤	49	0.68

申報治療方式*：每名個案所接受之治療方式均分別計數，有關其他各種合併治療，請參考第二部分長表16癌期別與治療統計。

手術治療**：包含prostatectomy, cryoprostectomy, hyperthermia。

■ 衛生福利部 2022 年 12 月癌症登記報告



根據政府統計資料，全台有 16.20%攝護腺癌病人未接受任何治療，其中 7.24%病人僅接受經尿道攝護腺(雷射)切除手術 [註：此手術目的是能讓排尿更順暢]，3.51%病人接受積極追蹤/觀察等待[此方法是正式攝護腺癌的標準治療/追蹤方法之一]，剩餘 5.86%病人可能是因轉院/失聯或主動拒絕治療的部分。

由於臺灣攝護腺癌初診斷即中晚期(第三、四期)的比例過高，佔 64.8% (第 3 期 30.9% + 第 4 期 33.9%)，初期(第一、二期)僅 37.3%[表 2]，一般來說，越早發現期別越早、越早治療治療效果一定會更好，因此如何讓臺灣人的攝護腺癌症更早期被發現是臺灣泌尿科醫學界與全民需要一起攜手努力的重要公共衛生議題。

