

鳳凰泌尿醫訊

PHOENIX UROLOGY NEWSLETTER



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

2018年
第22卷第2期

上泌尿道上皮癌的診斷及治療

膀胱癌的診斷及治療

腎臟癌的診斷與治療

攝護腺癌的診斷及治療

睪丸癌的診斷及治療

陰莖癌的診斷及治療



LINE

facebook





< 序 言 >

成大醫院泌尿部主治醫師 胡哲源

本次的鳳凰泌尿衛教期刊，邀請到我們科內的住院醫師們，為大家進行一系列泌尿道癌症方面的介紹，並加以認識如何診斷及治療，可說是一期以泌尿道癌症為主題的專刊。這幾位住院醫師皆是每年由成大在眾多申請者中親自選拔及培育的學生，平日接受本科精實的訓練，未來也將成為泌尿界的新秀。泌尿道癌症的種類繁多，最常見的為膀胱癌、攝護腺癌、腎臟癌，另外台灣人，尤其在台灣的南部，上泌尿道上皮癌(腎盂上皮癌、輸尿管上皮癌)的比例也高於國外，是國人值得注意的一個現象。較少見的如睪丸癌、陰莖癌等，在本次的期刊也有介紹。其他如尿道癌、臍尿管癌等，礙於篇幅限制便不在此次討論。各位鄉親朋友平時可以多加注意文章中所提到的各項癌症的症狀，如果有疑問及早向醫師尋求專業的診斷及建議，如此方能早期診斷早期治療，或是免除心中不必要的疑慮和擔心。

上泌尿道上皮癌的 診斷及治療

成大泌尿部住院醫師 翁涵育

68歲林女士，台南將軍鄉居民，平日身體硬朗，無慢性病史亦無長期用藥，不定時會為了筋骨痠痛的問題到住家附近的中藥店包中藥吃，倒也一下子就恢復了，唯近兩年來偶爾會解血尿，到診所求診，診斷為泌尿道感染，吃吃口服抗生素倒也就康復了，但近日來血尿情形加劇甚至解出大小不一的血塊，抗生素也吃了仍未見改善，終於來到醫院求診……

無痛性血尿是泌尿科門診的常見主訴之一，而其中最需要被積極排除的即是泌尿上皮癌，其泛指發生於尿路上皮的惡性腫瘤，又依所在部位分成上泌尿道上皮癌（輸尿管癌、腎盂癌）及下泌尿道上皮癌（膀胱癌、尿道癌）。過去研究資料顯示，泌尿上皮癌以膀胱癌為大宗，發生在上泌尿道系統的比例只有約5-10%，但台灣本土的統計資料顯示上泌尿道上皮癌的比例卻超過三成，遠高於其他國家。故臨床上更需費心注意。另外，泌尿上皮癌可能的相關危險因子包括抽菸、服用含有馬兜鈴酸的中藥材、化學藥劑的接觸（如染髮）、重金屬砷的接觸（飲用地下水）、末期腎病而接受透析患者、服用抗排斥或免疫抑制劑等。若患者年紀較輕（55-60歲以下）且有家族史（包含腸胃、胰臟、子宮內膜、卵巢），則可能要考慮基因方面的突變，可能為家族遺傳性疾病。

症 狀

上泌尿道上皮癌最易被察覺也最常見之症狀以斷斷續續的無痛性血尿為主，其他徵狀可能為尿路阻塞造成的腎臟水腫而出現腰痠，腹部腫塊等現象。另外若為疾病晚期已有轉移病灶，則可能有體重減輕，惡質症等狀況發生。

診 斷

病史詢問方面，必須釐清病人是否有可能的罹病危險因子、解血尿會不會伴隨疼痛感、血尿症狀出現的時間及持續的時間、有沒有解出血塊、腰會不會痠痛等。除了基本的病史詢問、理學檢查及尿液檢查（含細胞學）外，臨床醫師會視病人狀況安排泌尿道的影像學檢查如超音波、靜脈泌尿道攝影、電腦斷層或核磁共振，當非侵入性之影像未能提供足夠資訊時則必須考慮泌尿道內視鏡鏡檢包括膀胱鏡或輸尿管鏡檢查。最終腫瘤的確診則需麻醉下執行切片，取得足夠量的檢體交由病理科醫師做判讀已知其種類及惡性程度。

治 療

上泌尿道泌尿上皮癌的治療首先必須先區分有無淋巴結或遠端器官轉移，故決定治療方式前必須先安排電腦斷層、核磁共振及骨頭掃描。若無明顯轉移，則標準治療為手術切除患側腎臟、輸尿管合併膀胱袖口切除。若病人原腎功能不佳（可預期若接受標準腎臟輸尿管及膀胱袖口切除手術後，短期內即會進入末期腎病需長期接受透析）抑或有其他特殊狀況（如雙側上泌尿道均有病灶、患側腎臟為患者之唯一腎

臟等），則可以視情況與病人做討論後進行局部切除及重新接合或以內視鏡做腫瘤燒灼的方式進而保留腎臟，但也必須告知病人此類腎臟保留手術必須配合術後密集的追蹤。

針對腎臟輸尿管及膀胱袖口切除手術，若臨床上判定未明顯有超出肌肉層的侵犯亦無淋巴結之轉移，可考慮以（後）腹腔鏡或後達文西機器手臂的方式來執行腎臟、輸尿管合併膀胱袖口切除手術，與傳統開腹手術相較之下，微創手術有不相上下的腫瘤控制成效，且因傷口小，病人術後疼痛感小降低，恢復得也快，住院天數亦可縮短。但一旦泌尿上皮癌合併淋巴結或其他器官遠處轉移時，治療就不以外科治療為主而轉向進行全身性化療，在身體狀況尚可的狀況底下，若願意接受化療，則有較好的整體存活率。

追 蹤

泌尿上皮癌的追蹤，除了影像學檢查外，也需搭配定期的膀胱鏡檢查（前兩年每3~6個月追蹤一次，第三年每半年追蹤一次，第四、第五年為每年追蹤一次），追蹤滿五年沒有復發情形則視同痊癒。

故事中的林女士後續接受了一系列的檢查，最終確診是右側腎盂泌尿上皮癌，幸運的未有淋巴結或遠端轉移，故接受了後腹腔鏡右側腎臟、輸尿管合併膀胱袖口切除手術，術後恢復良好，雖然得定期接受膀胱鏡檢，但卻不再輕忽任何來自身體的呼喊。



膀胱癌的 診斷及治療

成大醫院泌尿部住院醫師 戴大堯

膀胱有什麼功能？

膀胱的功能是收集和儲存由腎臟產生的尿液(圖一)，它位於骨盆底部，是一個由肌肉組織組成、具有彈性的中空器官。產生自腎臟的尿液在排出體外之前會在膀胱裡聚集，使膀胱逐漸膨脹，之後再經由尿道排出體外。



圖一、健康的膀胱

什麼是膀胱癌？

膀胱癌是膀胱內的異常增生的惡性腫瘤。好發在60歲以上的長者，最常見的症狀是血尿。根據台灣2014年的癌症統計，膀胱癌發生率的排名於男性為第9位、女性為第16位。膀

膀胱癌依其侵犯程度以及是否轉移分為幾個不同階段，我們稱之為癌症分期。而病患接受何種治療及採取的策略大致上取決於癌症的分期而定。

引起膀胱癌的原因是什麼？

目前真正導致膀胱癌真正的因素還未知，但已有研究指出某些因素和有害物質會增加罹患膀胱癌的風險。根據2018年歐洲泌尿醫學會出版的膀胱癌診療指引，吸煙會產生很多有害物質，近半膀胱癌病例由吸煙引起。另外一個眾所周知的風險是因職業接觸到油漆、染料、金屬和石油等化學品。另外，某些寄生蟲感染和慢性尿路感染也會增加形成膀胱癌的風險。

膀胱癌有什麼症狀？

血尿是膀胱癌最常見的症狀。大部分的膀胱癌患者的血尿皆為無痛性，當血尿程度較少時與尿液混合肉眼難以辨認，此階段的患者許多於健康檢查中尿液鏡檢有潛血反應才發現。當血量較多時則肉眼辨可明顯看到有粉紅色或甚至是鮮紅色的尿液。少部分的膀胱癌患者血尿會合併下尿路症狀，例如解尿疼痛、解尿困難或頻尿等等，在感染的可能性被排除後或對感染進行治療後，若症狀仍未減輕，需要安排後續檢查看是否有膀胱內的腫瘤。

而若是範圍較大或較嚴重的膀胱癌則會出現如下背痛、腰痛、下肢腫脹、體重減輕、骨頭痛等症狀。

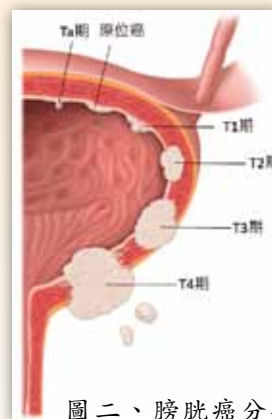
膀胱癌如何診斷？

血尿是常見的泌尿道問題，是暗示著尿路系統的問題。常見的原因如感染、發炎、結石、腫瘤等等。特別是很多都是間斷性的血尿，有時出現有時沒有，若發現有血尿千萬別輕忽，務必跟泌尿科醫師好好諮詢。當醫師經過詳細的病史詢問後，懷疑有膀胱癌的可能時，會安排膀胱鏡檢查，在局部麻醉下直接用內視鏡沿著尿道進入膀胱檢查是否有腫瘤。

膀胱癌的分期

膀胱癌分期大致上分為三階段，依其生長的侵犯膀胱的深度及是否轉移而定(圖二)。向膀胱腔內生長、但未向膀胱壁肌肉層生長的腫瘤被稱為非肌肉層侵犯型的膀胱癌。此類腫瘤是表淺性的，屬於疾病的早期。這是膀胱癌的最常見類型，約佔了75%。此類腫瘤不具有侵襲性，且極少擴散到其他器官，因此它們一般不危及生命。但它們有可能復發或進展形成侵襲性的特徵。

當腫瘤生長至膀胱肌肉層並擴散到周圍肌肉組織，便成為肌肉層侵犯型的膀胱癌。此類癌症擴散至淋巴結或是轉移至身體其他部位的機率更高，也更難治療。在有些情況下，可能會危及生命。



圖二、膀胱癌分期

如果膀胱癌擴散至身體其他部位，如淋巴結或其他器官，則稱為局部晚期膀胱癌或轉移性膀胱癌。在這一階段，

治癒是不大可能的，治療措施局限於控制疾病的擴散和減輕症狀。

膀胱癌的治療

一旦確診為膀胱癌，最好的方式就是接受手術，儘可能的將膀胱內的腫瘤做切除。藉由膀胱鏡，於半身麻醉或全身麻醉的情況下，由尿道進入將腫瘤做刮除，肚子上並不會有傷口。住院天數約一至三天，依腫瘤刮除的範圍而定。將腫瘤刮除術後約一周，即可由病理報告判讀分析是哪種類型的膀胱癌。若為表淺(非肌肉層侵犯型)的膀胱癌，醫師可能會安排兩個月的膀胱藥物灌注或定期追蹤膀胱鏡有無復發即可。倘若是肌肉層侵犯型的膀胱癌，則治療相對複雜許多，需考慮將膀胱部分或是全部切除。若為膀胱全部切除，若患者並非洗腎無尿液則可能需要用小腸重建膀胱或尿造口。手術的難度較高，住院天數及恢復期也較長。而若是已出現遠端轉移，則化療或免疫療法將是優先考慮的選項。

膀胱癌的預防與預後

一般來說，膀胱癌早期發現早期治療的效果很不錯。值得注意的是，因為膀胱癌是個容易復發的癌症，務必記得術後定期追蹤。保持健康的生活方式非常重要。如果您吸煙的話，請立刻戒煙。請遵守工作場所的安全規定，避免接觸有害的化學物質。有證據顯示大量飲用液體，尤其是水，可減少患膀胱癌的風險。均衡飲食、攝入大量果蔬有益於健康，並有助於預防癌症。



腎臟癌的 診斷與治療

成大醫院泌尿部住院醫師 盧則宏

林先生是個五十幾歲男性，除了抽菸以及略顯肥胖的身材，自述過去健康情況還算良好。但在一次的例行性的健康檢查，從腹部超音波意外發現左腎一個五公分的腎臟腫瘤。及早發現及早治療，在經過達文西機械手臂輔助腹腔鏡部分腎臟切除手術後，證實是腎細胞癌，術後恢復情況一切良好。

以上的臨床案例，是真真實實發生在我們生活當中的，腎臟位於後腹腔，一左一右，左腎略高於右腎，負責製造尿液和排泄毒素。腎臟的組成可分成腎實質與泌尿上皮細胞構成的腎盂，腎盂與輸尿管構成集尿系統負責尿液的排泄與運送，泌尿上皮細胞分布在腎盂輸尿管以及膀胱，從泌尿上皮細胞長出的惡性腫瘤為泌尿上皮癌，與腎臟實質長出的惡性腫瘤在細胞形態上，診斷上以及治療方面都具有許多不同之處。

從腎臟實質長出的惡性腫瘤，在疾病早期很常是完全沒症狀的，常是經由健康檢查時意外發現。疾病進展到一定程度時，有時會有血尿，腰部疼痛以及腹部腫塊等症狀，而若是繼續沒有注意到這些症狀，進展到較為末期時

則可能有體重減輕，骨頭疼痛，貧血，食慾不振，甚至是器官轉移造成器官衰竭之可能。

腎實質長出的惡性腫瘤，細胞形態上尤其以腎細胞癌為大宗。目前為止，對於腎細胞癌已知的危險因子的有抽菸、肥胖，以及高血壓。其餘的一些環境以及化學物質的暴露也被推測與腎細胞癌的形成有所關聯。此外也有一部份腎細胞癌是與家族遺傳有關，例如von Hippel-Lindau (VHL)症候群。

在診斷方面，腹部超音波是很好的偵測工具，但若體型較為肥胖或是腫瘤比較小顆則可能會有不易偵測的問題。若是有血尿等症狀，則靜脈腎盂攝影檢查，甚至是膀胱鏡或是逆行性腎盂攝影檢查都是可以用來排除泌尿上皮癌的檢查工具。若是腹部超音波有發現疑似腎臟腫瘤，則電腦斷層掃描會是進一步評估的首選工具，若患者腎功能足以負擔顯影劑的注射，那含有顯影劑的腹部電腦斷層可能使腫瘤的顯影更加清楚，進一步進行腫瘤的分期，再擬定後續的治療計劃。對於某些較無法確定是否為腫瘤的案例，核磁共振檢查對於診斷腎臟腫瘤分期上也有助益。一般的抽血檢查對於腎臟腫瘤的診斷則較為沒有幫助。切片檢查則不是每個案例都需要的，一般來說，若影像已經懷疑是惡性腫瘤，則手術切除是較為妥切的做法，並不一定都需要先切片診斷。

治療方面則是依照分期，對症下藥。一般通則若是非轉移性，且腫瘤大小為小於四公分的案例，若影像上無法確定是否是惡性，亦可密切追蹤腫瘤是否有快速長大再來決定是否接受手術。若七公分以下的腫瘤，可以優先考

慮腎臟部份切除手術，但還是要看腫瘤在腎臟上的位置而定，一般來說靠腎臟中心的腫瘤較不適合考慮部分切除。而腎臟部分切除手術，根據手術方式有開腹手術，腹腔鏡，或是達文西機械手臂輔助腹腔鏡手術，各有其優缺點，每個案例需與其治療團隊進行溝通才能選擇最佳的手術方式。而腫瘤若太大，或是懷疑有淋巴轉移，或是有腎靜脈或中央靜脈血管腫瘤栓塞的案例，則應該考慮根治性腎臟切除手術，視情況考慮淋巴結廓清手術以及血管腫瘤栓塞切除手術。若是第四期的病患，若是只有單一轉移，還是可以優先考慮腎臟切除手術以及轉移處切除手術，若是多處轉移，則部分的病人還是可以考慮先把腎臟切除再來接受全身系統性的治療。若是狀況不適合接受手術的病人，或是切除後有復發的案例，則標靶治療是目前治療方式的首選，有的藥物健保目前也有給付。但其中的副作用是需要病人與醫療團隊密切討論的。而目前還在密切發展中的還有免疫治療也是可以考慮的方式，免疫療法是希望透過藥物使腫瘤抗原的表現變強或是使病人免疫力增強而達到殺死腫瘤細胞的目的，此外目前亦有許多臨床試驗正在進行當中。希望在不久的將來，能有更多的武器來面對腎細胞癌這個沈默的殺手。

腎細胞癌若是早期發現接受完善的治療，能有超過百分之八十的存活率，相反地，若是轉移腎細胞癌則存活率可能只剩下百分之十。因此早期發現早期治療就是對抗腎細胞癌最好的對策。因此定期接受健康檢查，良好的生活習慣，包括戒菸，維持正常體重，就變得十分重要。當然一旦有血尿等症狀，也不要漠視身體發出的警訊，務必到醫療院所接受檢查，及早發現，及早治療才能戰勝腎細胞癌。



攝護腺癌的 診斷及治療

成大泌尿部住院醫師 鄭嘉瑋

在台灣，多數中年男性因為頻尿、急尿、夜尿甚至尿滯留，求診於泌尿科。做完系列檢查之後，才意外診斷攝護腺癌。其實，攝護腺癌初期並沒有明顯症狀，若有症狀也與攝護腺肥大相似。近年來，攝護腺癌發生率逐年上升，2016年已位列男性十大癌症死因第七名(11.5/10萬)，也因為診斷與治療的進步，國人因攝護腺癌死亡年紀高達81歲，相較於其他癌症死亡年齡來的大許多。在充分告知的前提下，對一個年過50歲（若有家族史則大於45歲）的男性，根據病人自身的風險，可提供個人化的篩檢策略，以早期發現前列腺癌。

現有三個已知攝護腺癌的危險因子：高齡、家族史與種族。但目前還沒有證據明確顯示，經由改善飲食可有效減少前列腺癌的風險。

診斷與分期

攝護腺癌往往因為攝護腺特異抗原（prostate-specific antigen, PSA）升高或肛門指診陽性，進而接受攝護腺切片而確診。

依照AJCC第八版攝護腺癌之TNM分期可約略分為

T - 腫瘤

T1 臨床上腫瘤無法以影像或指診發現（常指刮除時意外發現或

切片確診)

T2 腫瘤仍侷限在攝護腺內

T3 腫瘤侵犯超過攝護腺包膜

T4 腫瘤侵犯至外括約肌、直腸、提肛肌、骨盆壁

N - 淋巴結

N1 出現局部淋巴結轉移

M - 遠處轉移

M1 出現遠處轉移 (包括非局部淋巴結侵犯、骨轉移或其他非淋巴結或骨頭之轉移)

以上分期為臨床分期，非病理分期（根除術後的病理檢查報告為準）。了解分期除了有不同的治療方式，若攝護腺癌侷限在腺體內，五年存活率約為90%。但若已發生轉移情況，存活率會降低到約30%。

治 療

預期壽命大於10至15年之男性若經切片證實是局限性攝護腺癌，可依期別和分級選擇：積極追蹤、攝護腺根除性手術（傳統、腹腔鏡或達文西機械手臂輔助）、放射線治療或其他微創方式（海福刀或冷凍標靶治療）。而當預期壽命小於10年男性確診為攝護腺癌，一般不建議根除性手術，可考慮放射治療或其他微創治療。若疾病已經轉移，就只能考慮荷爾蒙治療或化療了。

結 論

前列腺癌是一種複雜的癌症，也是個需要長期追蹤抗戰的疾病，但隨著診斷的進展與治療的多元，越來越多方法足以延長病人餘命並改善生活品質，待須與醫師討論，同時整體考量疾病的特性及病患的健康情況，才能進一步選擇對病患最適當的治療與追蹤方式。



睪丸癌的 診斷及治療

成功醫院泌尿部住院醫師 沈志宇

睪丸癌的盛行率占所有男性的癌症不到百分之一，但進入到二十世紀後盛行率有逐漸增加的趨勢，而若是有隱睪症的病患則更是高危險族群，根據統計，在睪丸癌患者中有30%到40%為隱睪者。其實睪丸癌在癌症病人中，治療預後相當不錯，但由於病患的組成年紀相對年輕，而且治療的方式不論是手術、化學治療或放射線治療均有其併發症，對年輕男性來說，可能會因治療而造成性功能受損，甚至傷害生育能力，因此在臨床上治療上，早期診斷、及早治療非常重要。

當在臨床上懷疑睪丸癌的時候，醫師除了身體檢查之外，還會安排抽血，胸部X光片以及睪丸超音波，除此之外還可能會討論先行保存精子於精子銀行、以及根除性睪丸切除的選項，後續再根據病理型態來治療。根據美國癌症聯合委員會American Joint Committee on Cancer (AJCC)，睪丸惡性腫瘤的分期及預後建立在疾病侵犯的程度和血清腫瘤標誌物，所謂的腫瘤標誌物就是如果癌症存在的狀況下由腫瘤細胞或人體產生的物質，在睪丸癌的病人，甲型胎兒蛋

白、乳酸脫氫酵素以及人類絨毛膜性腺激素就是對於預後相關的腫瘤標誌物。

除了血清腫瘤標誌物之外，雖然對陰囊進行超音波診斷能顯示睪丸內腫瘤的大小，但要確切了解腫瘤的分期還是需要根除性睪丸切除術後的檢體，以及腹部電腦斷層或是核磁共振來找出可能的淋巴結轉移，胸部電腦斷層或X光片、骨骼掃描及腦部核磁共振則是來判斷遠端轉移與否。

根除性睪丸切除術後的病理型態，可以分為精原生殖細胞瘤及非精原生殖細胞瘤兩類，在治療的選擇上，一般來說精原細胞瘤對於放射性治療效果較好，根據美國國立綜合癌症網絡The National Comprehensive Cancer Network (NCCN)，對於早期精原生殖細胞瘤（即第一期及第二期的A期）多採用根除性睪丸切除術 ± 後腹腔放射線治療，而對於晚期的精原細胞瘤（第二期B期及第三期）則應先使用化學治療。至於早期非精原生殖細胞瘤，可採根除性睪丸切除術加上化學治療，或是根除性睪丸切除術加上神經保留後腹腔淋巴結廓清手術，或是根除性睪丸切除術後持續監控，對於晚期的非精原生殖細胞瘤，則實行睪丸切除術加上化學治療。

總之，所有男性平時應養成自我檢查的習慣，若有摸到不明腫塊應盡速就醫才不致拖延病情，對於疑似睪丸癌患者若能給予正確診斷、分期、並積極給予適當治療是非常重要的。只要經過積極且正確治療，即使診斷時已有轉移病灶，由於此疾病的特性，還是有治癒的可能，患者應遵守醫囑接受治療及後續之追蹤。



陰莖癌的 診斷及治療

成大醫院泌尿部住院醫師 詹皓程

陰莖腫塊或潰瘍長期癒合不佳，恐懼患陰莖癌

55歲殷先生未婚，因小便疼痛不舒服而至泌尿科門診就醫，過去有糖尿病的病史，但未按時服用藥物控制。來泌尿專科門診就診時發現包皮過長，包皮能稍許退開，僅部分龜頭探出且有異味，同時發現包皮內側有紅腫疼痛的情形，初步診斷為包皮龜頭炎且合併有包皮過長的問題。在給予抗生素治療後，症狀逐漸改善。據殷先生描述，從小到大一直都有包皮過長的問題，過去還可以將整個包皮退開清洗，但近年來，因血糖控制不佳的關係，包皮常常反覆發炎，導致包皮越來越緊而困難退開。與殷先生討論後，建議在糖尿病控制穩定後，安排進行包皮環切手術治療以避免反覆包皮龜頭炎。然而手術中意外發現陰莖部分有一硬塊，上次就診時因包皮無法完全退開而緊緊地包覆住了硬塊，所以未能察覺到腫塊的存在。術中安排了病理切片檢查，正式報告證實罹患了鱗狀上皮陰莖癌，癌細胞已侵犯至陰莖海綿體為II期陰莖癌，經部分陰莖切除手術後，

目前於門診追蹤3年，狀況穩定未復發。殷先生也因為這件事情發生後，從此更注意自己的健康及血糖控制，也更留意自己的陰莖健康，為了就是要保住剩餘的命根子！

陰莖癌為罕見疾病，其發生率約為十萬分之一，發生的風險隨年紀增長而增加，高峰期約為60歲左右。儘管高年齡具有較高的發生率，年輕人也有發生陰莖癌的風險。目前已發現的危險因子包括有包莖、慢性包皮發炎、人類乳突病毒感染、抽菸、較早有性經驗且多重性伴侶、低社經地位等。

一般而言，陰莖癌的常見症狀為有可觸摸的硬塊或不明原因的表面潰瘍等，好發於包皮內側及龜頭部分，臨床上容易察覺，大多數的陰莖癌患者因早期發現，接受早期治療，預後較佳。然而部分患者可能因包莖而無法及早發現，亦或聽信偏方外敷藥物治療，以致延誤了治療的時機。當陰莖癌太晚發現或已合併惡性細胞轉移時，則預後不好且會危及生命。

由於陰莖筋膜和白膜構造堅韌，腫瘤侵犯至尿道海綿體(Corpus spongiosa)的機率較低，所以大多數患者排尿功能不受影響。需要提醒的是並非所有陰莖的硬塊或潰瘍皆是陰莖癌，例如梅毒、疹、潰爛的大菜花(尖銳濕疣)、黑色素瘤，甚至是其它源發癌症轉移來的癌細胞皆有可能。陰莖癌的診斷必須藉由病理切片檢查才得以確定診斷，目前陰莖癌病理診斷類型主要是鱗狀上皮癌(squamous cell carcinoma)，少數為基底細胞癌(basal cell carcinoma)。至於陰莖癌細胞轉移的途徑主要是經由

淋巴，最先轉移是沿包皮下的淋巴組織，再來是兩側腹股溝淋巴結，經由血流發生遠端轉移的情形較為罕見。臨床上可見約百分之五十的陰莖癌患者會合併鼠蹊部淋巴結腫大的情形，而具有癌細胞轉移淋巴結約占三分之一左右，大多數仍屬細菌感染所引起的淋巴腺發炎。

關於陰莖癌的治療，若病理切片證實為I期癌症，則建議包皮切除手術或局部雷射燒除手術。若是癌細胞已侵犯至陰莖海綿體則為II期，必須接受部分陰莖切除或放射線治療。若已侵犯至尿道海綿體或鄰近構造包括因陰囊、攝護腺或恥骨等則分別為III和IV期，就必須做部份或全部陰莖切除，有時還須加上放射線治療及化學藥物治療。

雖然陰莖癌發生的機會不高，仍須提高警覺。因台灣屬海島型國家氣候潮濕、溫熱，若包莖、包皮過長或衛生習慣欠佳者，罹患陰莖癌的風險會相對增加。因此日常生活中包皮的清潔要注意維持，同時也要避免危險的性接觸，正確使用保險套是一個很好防護的方法。陰莖若有腫塊或傷口潰瘍的問題，應及早找泌尿專科醫師就醫，特別是經過一段時間的治療後，而病灶仍然存在時，就必須合理地懷疑陰莖癌發生的可能性。前期的陰莖癌，只要經由包皮切除及局部雷射治療手術，有非常高的機會可以獲得百分之百的痊癒。因此，若有任何關於陰莖的疑問即應儘早尋求泌尿專科醫師的幫忙，如此才能獲得性福完整的下半身。

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

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！

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

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

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」

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 林永明
主編 胡哲源
編輯委員 唐一清、楊文宏、鄭鴻琳、歐建慧
蔡育賢、黃鶴翔、鄭裕生、劉展榮
林宗彥、歐穎謙
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 06-2083158
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