

# 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5期

上泌尿道上皮癌—黃先生的故事

上泌尿道癌的手術治療方法

上泌尿道癌保留腎臟的局部治療

軟式輸尿管鏡在上泌尿道腎盂癌的應用  
—切片及雷射腫瘤汽化術

高風險的上泌尿道上皮癌治療與追蹤

免疫治療於泌尿道上皮癌的應用



LINE

facebook





## 編者序

---

本期鳳凰泌尿醫訊主要介紹上泌尿道上皮癌，上泌尿道包括腎盂和輸尿管，由它們上皮所產生的癌症稱為上泌尿道上皮癌。本期由一個病人黃先生故事起頭，說明上泌尿道上皮癌的常見的症狀是血尿！上泌尿道上皮癌診斷主要是藉由施打顯影劑的尿路攝影或腹部電腦斷層檢查。上泌尿道上皮癌治療方式是患側的腎臟輸尿管全切除手術，此項手術大都採用微創手術（腹腔鏡手術或達文西機器手臂輔助手術），比傳統開刀手術有較快的恢復期。上泌尿道上皮癌可以視情況做局部切除手術而保留腎臟，本期也介紹上泌尿道癌保留腎臟的局部治療及軟式輸尿管鏡在上泌尿道癌雷射汽化術的應用。

高風險的上泌尿道上皮癌治療與追蹤，針對高風險的上泌尿道上皮癌建議在病人身體狀況及疾病嚴重程度許可的條件下進行患側腎、輸尿管切除手術治療，並於術後接受化學治療、放射線治療等輔助性療法。

2018諾貝爾獎於10月1日公布得主和醫療息息相關的生理學或醫學獎頒佈給了來自美國的免疫學家詹姆士艾利遜教授（James P.Allison）以及來自日本的本庶佑教授（Tasuku Honjo）。為什麼他們能獲得如此殊榮？因為他們在免疫方面的研究讓癌症的治療得以看見一絲新曙光。本期鳳凰泌尿醫訊最後介紹免疫治療於泌尿道上皮癌的應用。

# 上泌尿道上皮癌 —黃先生的故事

成大醫院 醫學生 黃善暘  
/ 歐建慧醫師

一名65歲黃先生，平時不菸不酒，但是因為慢性腎病和心血管疾病而在診所定期追蹤。大約在-兩個月前，他發現自己上廁所有血尿的情況發生，起初不以為意，但過了幾天情況依然沒有改變，於是他向自己平常信任的診所醫師說明這個困擾。診所醫師幫黃先生做了超音波掃描，在黃先生的右側腎臟中發現了腫塊，因此建議黃先生趕緊前往醫學中心做更精密的檢查。在照過電腦斷層之後，高度懷疑是上泌尿道上皮癌，於是黃先生趕緊跑來成大醫院做後續治療。

上泌尿道癌是指由腎盂、輸尿管上皮發生的癌症，組織型態以移行上皮細胞癌最常見，職業上可能會暴露在含有苯銨如汽車修護、油漆工、皮革工廠、金屬機械工、齒模技師、乾洗店、美容師、鉛管工有較高危險性。抽煙約增加二倍危險性長期過度服用止痛藥，慢性尿毒症患者亦有報告會增加其危險性，有上泌尿道癌家族史者，台灣烏腳病流行地區患者是上泌尿道癌形成的危險因子。

泌尿道上皮癌發生率，台灣地區男女比率相當，患者平均年齡約65-70歲，無痛性的血尿是最常見得症狀，其他症狀如重覆性泌尿道感染、腰部疼痛、體重減輕、鼠蹊部腫塊等。

上泌尿道癌的診斷及分期有賴於尿液細胞學檢查，靜脈注射腎盂輸尿管攝影術，膀胱鏡檢查及逆行性腎盂輸尿管攝影術，電腦斷層或核磁共振造影檢查，腎盂輸尿管鏡檢查，腹部超音波檢查，同位素骨掃描或全身正子攝影，以上所列檢查並非每個病人都需檢查，醫師會視病人狀況擇適當的檢查進行安排。此外，最常見的器官轉移包括附近淋巴結的侵犯、骨頭與肺臟。

人體的泌尿道系統表皮細胞主要由移行上皮細胞所組成，因此，百分之九十的上泌尿道癌症為移行上皮細胞癌。泌尿道上皮癌又稱為移行型上皮癌，泌尿道上皮癌有兩個特徵，第一個是場病變(field cancerization)，被認為是由於尿路上皮暴露於潛在的致癌物質引起的，這些致癌物質由尿液中排出或被尿液中的水解活化；其中腎盂、輸尿管，膀胱大面積上皮細胞受致癌變化的影響。第二個是播種(seeding)，隨著尿液從腎臟被製造，經由輸尿管到達膀胱的過程，癌細胞常見的播種也依循從腎盂，經由輸尿管到達膀胱播種的路徑。

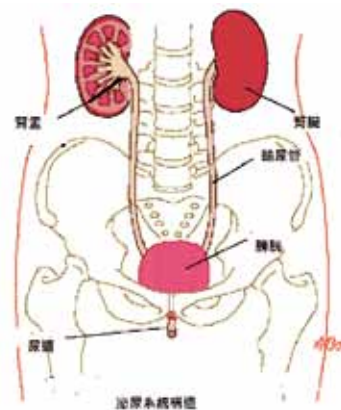


圖1  
上泌尿道癌是指由腎盂、輸尿管上皮發生的癌症

黃先生住進成大醫院之後，他接受了後腹腔鏡腎輸尿管切除手術，將腫瘤與淋巴結切除，病理報告證實為第四期泌尿上皮癌，術後傷口癒合一切良好，就等接下來的後續輔助性治療。



圖2  
罹患上泌尿道上皮癌的患者中，大約有百分之七十到九十的人都有間歇性血尿

# 上泌尿道癌的手術治療方法

成大醫院泌尿部 歐建慧醫師

針對無遠端轉移之上泌尿道上皮癌的標準治療為手術切除患側腎臟、輸尿管合併膀胱袖口切除，依病人狀況及醫師喜好可選擇開腹手術、(後)腹腔鏡或達文西機械手臂作為輔助

- 1、開腹手術：標準傳統之腎及輸尿管膀胱袖口切除手術，醫師有兩種做法，一為在側腰處開一個十五至二十公分手術傷口切除腎臟，再於同側下腹部開另一個十公分傷口切除輸尿管
- 2、(後)腹腔鏡腹腔鏡腎臟及輸尿管切除手術：可以在腹部打二至三個一公分左右之小洞，再加一個七公分左右之小傷口，即可完成整個腎臟及輸尿管切除手術的手術，術後患者疼痛較輕，嗎啡類止痛劑使用較少，復原快，可早日出院，早日回復工作
- 3、達文西機械手臂輔助腎臟及輸尿管切除

有鑑於腹腔鏡手術所帶來的成效優點及發展趨勢，但卻又無

任何腹腔鏡器械可以在手術中充分模擬或甚至取代外科醫師靈巧、活動自如的雙手，國外開始將頂尖的精密遙控機器手臂技術運用於醫學手術輔助儀器中，使用達文西機器手臂系統，達文西機械手術系統採用主僕系統(Master/Slave)，主人/僕人系統醫生(主人)給予指令機械手臂(僕人)執行，雖然人們常稱達文西手術為“機械人”，但事實上手術完全由醫師操作進行，而非系統自行運作。傳統微創手術的限制是器械靈活度低及2D平面影像空間有限，達文西機械手術系統把微創手術變更好因為它有：真實的高解析度3D立體影像，有手腕的器械，手術醫師坐著開刀可減少疲憊。

達文西機械手臂腎臟輸尿管手術兼具開腹式腎臟手術視野清晰及腹腔鏡手術傷口小、出血少的優點，是一種機器人協助的微創手術。

## 達文西機械手臂在上泌尿道癌手術的應用

達文西機器人四手臂系統融合最尖端的電腦科技、機械設備、模擬精密手術技巧，透過4-6個0.5公分至1.2公分的小洞進行手術。此系統包括醫師手術控制台、手術車台及影像設備。醫師坐於舒適的控制台，透過操縱桿，經由電腦程式轉換(3D影像)，即可精確的控制機器手臂，醫師可同時操控內視鏡手術

機器手臂可以連接各種同時多功能的精密手術器械（剪刀、夾子、電燒止血、分離組織、持針器…），並可以比真正人類的手腕更靈活轉動，尤其在極小的空間更顯得運轉自如。

達文西機械手臂手術系統的準確度、手術視野及控制性，將協助醫師提供更精準的腎臟輸尿管摘除手術

(Nephroureterectomy)。達文西機械手臂臟輸尿管摘除手術完成後，醫生會擴大其中一個傷口(視腫瘤及腎臟大小)將腫瘤取出以利病理化驗。

達文西機械手臂手術使用最先進的手術系統，比傳統手術更精準的手術操作。相較於開腹式手術，其具備許多潛在的好處，包括：

- ★ 大幅減少傷口疼痛
- ★ 低失血量及低輸血需要
- ★ 低感染風險
- ★ 疤痕較小
- ★ 縮短住院天數及恢復期
- ★ 許多案例中具有更佳臨床結果

如同任何手術，每位患者的手術結果及預後因人而異，醫師無法保證這些好處。

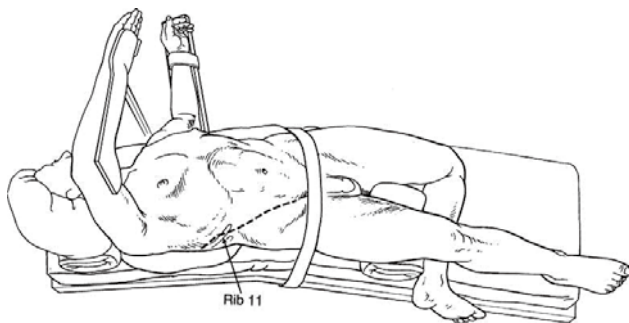


圖1  
傳統之開腹式手術方法，側腰處開一個十五至二十公分手術傷口切除腎臟，再於同側下腹部開另一個十公分傷口切除輸尿管

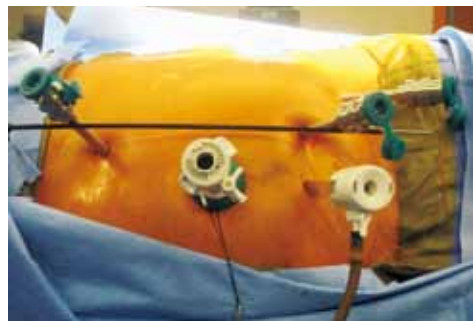


圖2  
達文西機械手臂輔助腎臟及輸尿管切除手術，透過0.5公分至1.2公分的小洞進行手術

# 上泌尿道癌保留腎臟的局部治療

成大斗六醫院 主治醫師 翁涵育

## 何謂上泌尿道上皮癌？

泌尿上皮癌又可依腫瘤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)。過去世界研究資料顯示，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%，值得注意的是在台灣本土的統計資料中，上泌尿道上皮癌的比例卻超過三成，遠高於其他國家。

## 治療

過去針對無遠端轉移之上泌尿道上皮癌的標準治療為手術切除患側腎臟、輸尿管合併膀胱袖口切除，依病人狀況及醫師喜好可選擇開腹手術、(後)腹腔鏡或達文西機械手臂作為輔助。

但目前臨床上針對以下幾種病人是可以提供局部治療藉以保留腎臟(kidney-sparing surgery)作為腫瘤控制的選項：

- (1) 低危險度(low-risk)的腫瘤：依歐洲泌尿醫學會2018年治療準則，低危險度的上泌尿道腫瘤需符合以下特徵，包括單一病灶且< 2公分，細胞學為低惡性度(low-grade)，輸尿管鏡切



片為低惡性度(low-grade)腫瘤，以及電腦斷層無肌肉侵犯之表徵。若病患符合以上條件，局部治療可以提供不亞於根除性手術的預後且可能造成的併發症也更少。

- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 全身麻醉風險過大：根除性手術須配合全身麻醉方能進行，若病人經評估後無法進行全身麻醉，則退而求其次選擇在心肺風險相對較低的區域麻醉下以內視鏡做局部治療。

## 局部治療(kidney-sparing)的選項

以下篇幅會將上泌尿上皮癌細分做腎盂癌及輸尿管癌來分別說明其局部治療的選項

### 腎盂癌

由於內視鏡科技的進步，大部分位置的腎盂癌均可以軟式輸尿管鏡搭配電燒或雷射汽化達到一定程度的腫瘤控制。若腫瘤位置刁鑽，軟式輸尿管鏡無法迫近，則可以考慮以經皮腎臟造瘻手術搭配雷射或電燒處理腎盂腫瘤。

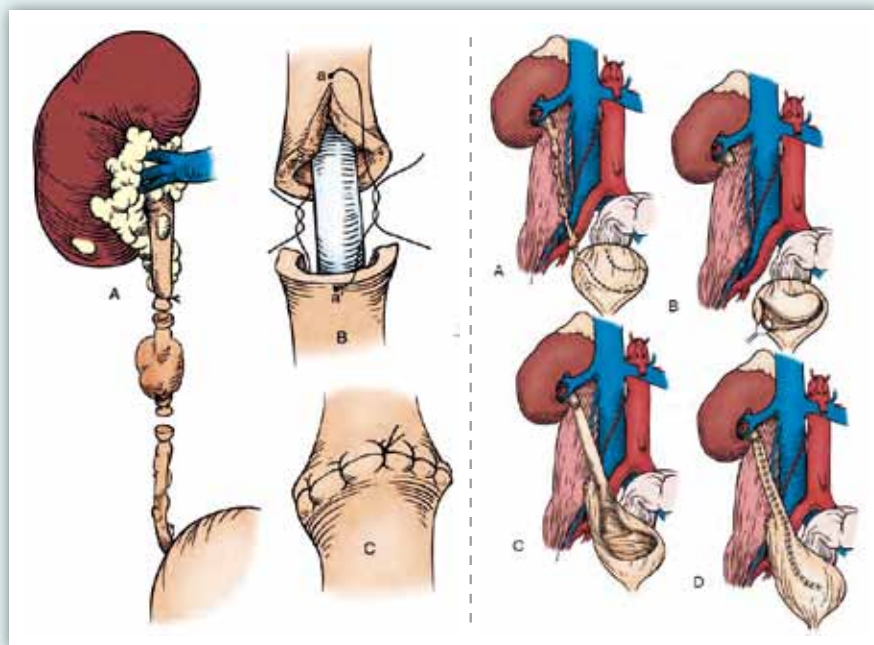


經皮腎造瘻搭配內視鏡示意圖

### 輸尿管癌

輸尿管癌和腎盂癌一樣，針對低危險度的腫瘤可以輸尿管鏡搭配電燒或雷射汽化達到腫瘤控制。又輸尿管長度達25公分，依腫瘤所在位置可以分作上、中、下三段，若腫瘤非內視鏡燒灼可達控制，抑或術前評估屬高危險度腫瘤但病人狀況需作患側腎臟保留手術，則依其所在位置選擇如下：

- ◎上中段輸尿管：局部切除(segmental resection)併輸尿管重接(ureteroureterostomy)、膀胱肌瓣整形術(Boari flap)
- ◎下段輸尿管：局部切除併輸尿管重植(reimplantation)、膀胱腰大肌懸吊(Psoas hitch)、膀胱肌瓣整形術(Boari flap)
- ◎多發性病灶遍及各段輸尿管：自體腎臟移植



左：局部切除併輸尿管重接；右：局部切除併膀胱肌瓣整形術

## 選擇局部治療(kidney-sparing)的注意事項

選擇局部治療的上泌尿道癌病人，在術前應被充分告知下列事項

- ◎術後需密集及長時間的追蹤
- ◎可能低估腫瘤惡性程度及侵犯深度
- ◎腫瘤進展或復發，尤其是高危險度腫瘤族群

# 軟式輸尿管鏡在上泌尿道 腎盂癌的应用 ——切片及雷射腫瘤汽化術

成大斗六醫院 主治醫師 翁涵育

針對無遠端轉移之上泌尿道上皮癌的標準治療為手術切除患側腎臟、輸尿管合併膀胱袖口切除，依病人狀況及醫師喜好可選擇開腹手術、(後)腹腔鏡或達文西機械手臂作為輔助。

但目前臨床上針對以下幾種病人是可以提供局部治療藉以保留腎臟(kidney-sparing surgery)作為腫瘤控制的選項：

## (1) 低危險度(low-risk)的腫瘤：

依歐洲泌尿醫學會2018年治療準則，低危險度的上泌尿道腫瘤需符合以下特徵，包括單一病灶且 $< 2$ 公分，細胞學為低惡性度(low-grade)，輸尿管鏡切片為低惡性度(low-grade)腫瘤，以及電腦斷層無肌肉侵犯之表徵。若病患符合以上條件，局部治療可以提供不亞於根除性手術的預後且可能造成的併發症也更少。



◆ (2) 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。

(3) 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。

(4) 全身麻醉風險過大：

根治性手術須配合全身麻醉方能進行，若病人經評估後無法進行全身麻醉，則退而求其次選擇在心肺風險相對較低的區域麻醉下以內視鏡做局部治療。

### 腎盂癌，能不能不要切腎？

軟式輸尿管腎臟纖維鏡的前端可以經手控彎曲，通過扭曲或困難探察之輸尿管，輕巧靈活的到達泌尿系統困難探視的角落。可以用以診斷不明原因血尿、尿路上皮細胞癌或其它腫瘤；治療輸尿管狹窄、腎臟憩室結石、困難的腎盞結石、包埋結石、體外震波治療無效結石，及上泌尿道腫瘤燒灼或切片等

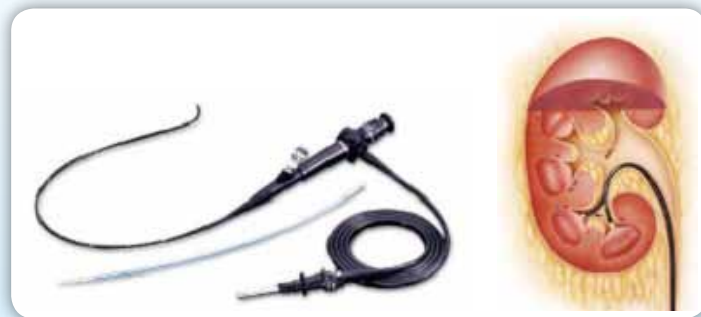
軟式輸尿管鏡是一條長約一公尺的內視鏡，光纖部分可以彎曲，前端可以彎曲達180至270度，可以檢查腎盂及腎盞的每個角落。鏡子內部的通道可以置入切片夾對腫瘤進行切片，或置入雷射光纖進行腫瘤汽化。由於內視鏡科技的進步，大部分位置的腎

盂癌均可以軟式輸尿管鏡搭配電燒或雷射汽化達到一定程度的腫瘤控制。

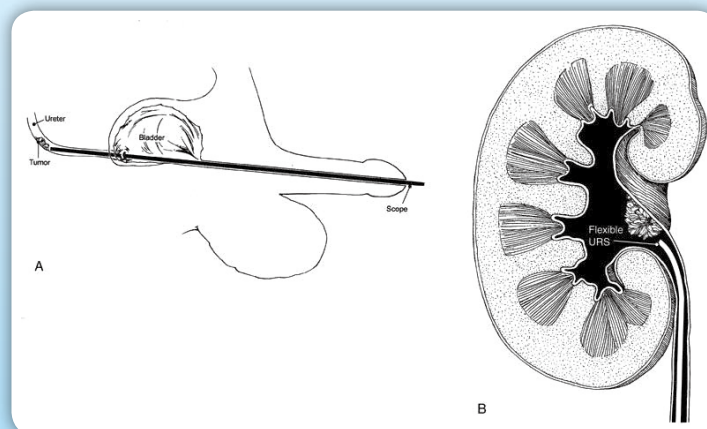
### 選擇雷射腫瘤汽化術的注意事項

選擇雷射腫瘤汽化術治療的上泌尿道腎盂癌病人，在術前應被充分告知下列事項

- ◎ 術後需密集及長時間的追蹤
- ◎ 可能低估腫瘤惡性程度及侵犯深度
- ◎ 腫瘤進展或復發，尤其是高危險度腫瘤族群



軟式輸尿管鏡示意圖



可以從尿道經由膀胱進入輸尿管開口，再逆溯輸尿管而上。檢查腎盂及腎盞，進行腫瘤切片及雷射腫瘤汽化術

# 高風險的上泌尿道上皮癌治療與追蹤

成大醫院 醫學生 蔡采伶  
/ 歐建慧醫師

## 高風險(high risk)的上泌尿道癌

依歐洲泌尿醫學會2018年治療準則，高危險度的上泌尿道上皮癌符合以下特徵之一，包括腎水腫，多發病灶，病灶大於2公分，細胞學為高惡性度(high-grade)，輸尿管鏡切片為高惡性度(high-grade)腫瘤，有膀胱癌接受膀胱切除病史。

而在治療與追蹤方面，針對高風險的上泌尿道上皮癌(Upper Tract Urothelial Carcinoma, UTUC)的族群，歐洲泌尿科醫學會 (European Association of Urology, 簡稱EAU) 所提供的治療指引提到，建議在病人身體狀況及疾病嚴重程度許可的

條件下，進行患側腎、輸尿管切除手術治療，並於術後接受化學治療、放射線治療等輔助性療法，以降低疾病的復發率，並提升存活機會。

目前廣泛被使用的化學治療藥物為順鉑(Cisplatin)及其相關衍生物。然而，並非所有的術後病人都能夠承受化療藥物所引起的副作用及毒性，因此，在美國泌尿外科學會(American Urological Association, 簡稱AUA)所發行的期刊裡，有研究指出，高風險的上泌尿道泌尿上皮癌病人中，接受4個循環的化療與



接受6個以上的循環的化療，兩者在疾病的存活率上並沒有顯著的差異，這項結果提供了新的可能性，推測出在較低劑量的化療藥物作用下，對於疾病的控制已經有一定程度的效果。

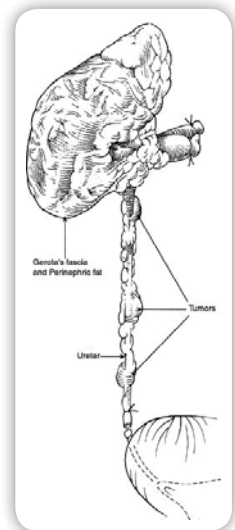
此外，EAU治療指引所引用的論文也提到，高風險的上泌尿道泌尿癌在腎、輸尿管切除手術治療術後病人接受放射線治療(Radiation therapy)，比同時期、並未進行放射線治療的族群，其3年的追蹤顯示，有接受治療的族群其局部復發率、膀胱復發率都有顯著的降低，這項研究結果也許能提供我們在未來，選擇療程的一門參考。

另外，是時下較熱門的免疫治療(Immunotherapeutic drugs)。過去，在治療非肌肉侵犯的膀胱癌時，膀胱內注射Bacillus Calmette-Gurin (BCG)的療法，占了非常重要的角色。因此，有許多正在進行的藥物臨床試驗，希望能藉由改變

人體內細胞的免疫反應，阻斷人體內免疫細胞的抑制功能，提升免疫活性，並攻擊腫瘤細胞，達到治癒的效果。

最後，是關於接受療程後的追蹤。根據治療指引建議，進行完療程的病人至少需持續追蹤五年以上，且須以膀胱鏡、腹部或骨盆腔的電腦斷層、尿液細胞學檢查進行檢查。其最重要的目的，是希望能夠在早期，診斷出復發、或者是轉移，以期能夠在疾病程度較輕微的時候進行介入。

總結來說，對於高風險的上泌尿道上皮癌病人，除了全身性的化療藥物，放射線治療和新興的免疫療法之外，長時間的定期追蹤，將能讓我們在維持病情的穩定上更有助益。



患側腎、輸尿管切除手術治療

# 免疫治療於泌尿道上皮癌的應用

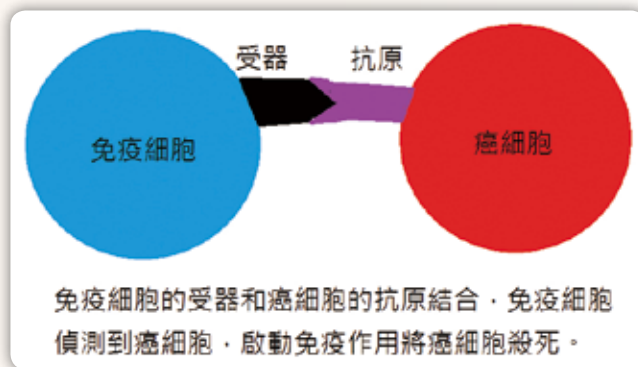
成大醫院泌尿部 醫師 林于巧

## 2018諾貝爾獎得主—免疫治療

2018諾貝爾獎於10月1日公布得主，和醫療息息相關的生理學或醫學獎頒佈給了來自美國的免疫學家詹姆士艾利遜教授(James P.Allison)以及來自日本的本庶佑教授(Tasuku Honjo)。為什麼他們能獲得如此殊榮？因為他們在免疫方面的研究讓癌症的治療得以看見一絲新曙光—也就是能利用自身免疫系統來對抗癌症的免疫治療。

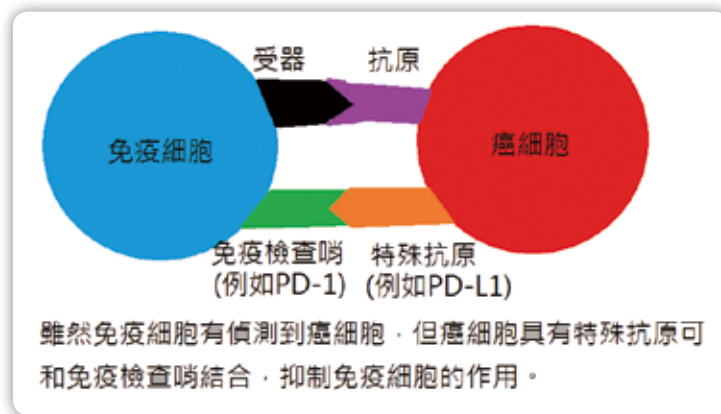
## 免疫治療是何方神聖呢？

首先必須瞭解免疫治療的機轉是甚麼。簡單來說，人體的免疫系統就像是警察一樣，會在人體內巡邏，當免疫細胞偵測到癌細胞時，就會啟動細



圖片一

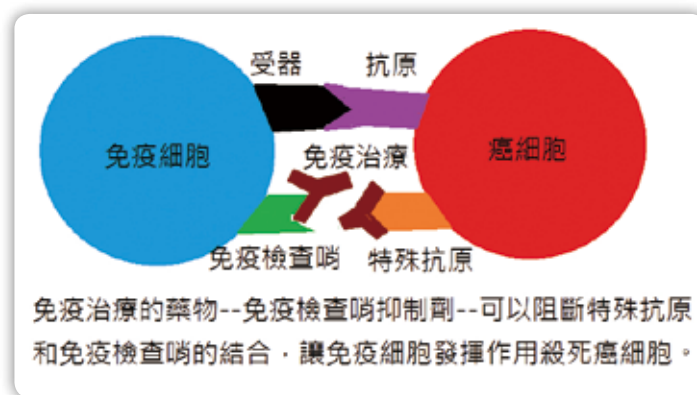
胞毒殺作用來殺死癌細胞，就像警察看到壞人會把他抓起來一樣(如圖片一)。



圖片二

但是人體還有很多其他不同組織、形形色色的細胞，免疫系統要怎麼知道哪些是正常細胞，避免錯殺無辜，不要去殺到自己身體的正常細胞呢？其實靠的是免疫細胞上的「免疫檢查哨」(immune checkpoint)，當免疫檢查哨和正常細胞的抗原結合後，免疫細胞的毒殺作用就會被抑制，正常的細胞就不會被殺死。而某些癌細胞存活的方式，就是利用某些特殊抗原來結合免疫檢查哨，以抑制免疫細胞的毒殺作用。彷彿壞人出示「假的身分證」來欺騙警察，警察就會誤以為壞人是良民百姓而放他一馬(如圖片二)。

而詹姆士艾利遜教授以及本庶佑教授就是分別發現了「CTLA-4」以及「PD-1」這兩個免疫檢查哨。當癌細胞具有能夠結合「CTLA-4」以及



圖片三



「PD-1」的抗原時，癌細胞就能逃過免疫細胞的毒殺作用，換言之，若有藥物能夠阻止癌細胞抗原和「CTLA-4」以及「PD-1」的結合，就能正常的啟動免疫系統的毒殺作用，而這就是免疫治療的中心思想，而科學家也將此藥物命名為「免疫檢查哨抑制劑」（如圖片三）。

隨著越來越多免疫治療的藥物被研發出來，2017年美國開始核准免疫治療使用於轉移性黑色素瘤的病人，後來陸續使用於治療末期肺癌、頭頸癌、淋巴癌及泌尿道上皮癌。目前美國癌症治療指南(NCCN guidelines)已經將免疫治療列入治療方案，若末期泌尿道上皮癌的病人若在接受化療後有復發或惡化的情形，第二線藥物可考慮採用免疫治療。

### 免疫在末期泌尿道上皮癌的治療成效

於第一、二期的臨床安全試驗中，部分藥物在約20%末期泌尿道上皮癌的病人身上有治療效果，副作用如疲倦、肢體水腫、肝指數上升及肌肉痠痛等皆有案例報告，但並無因藥物而死亡的案例。在第三期的臨床試驗中，部分藥物甚至在鉑類化療過後復發的泌尿道上皮癌病人身上亦看到治療成效，跟使用第二線化療的病人相比，存活時間更增加了三個月。

### 我或我的家人是末期泌尿道上皮癌患者！我可以跟醫師要求使用免疫治療嗎？

由於免疫治療在泌尿道上皮癌目前仍未成為第一線療法，仍需以個人臨床狀況及病理分期優先考慮手術或者是化療，且免疫療法目前需自費使用，需考量自身經濟是否能夠負擔，請和您的主治醫師討論自身的病況是否適合使用，切勿隨意中斷目前正在接受的治療。

最新最安全的攝護腺肥大治療

## 尿不出來、常跑廁所 無法一覺到天亮嗎?

上了年紀之後，許多男性朋友常三不五時跑廁所，上了之後又覺得似乎解不乾淨，因此不敢喝太多水或害怕外出旅行，尤其在夜間及天冷的時候更加嚴重。泌尿科醫師提醒，大於50歲的男性都有攝護腺肥大問題，若長久隱忍，恐會引發尿路感染、血尿、結石，甚至損害腎功能而導致尿毒症嚴重後果。現在有種最新最安全的高功率綠光180W雷射治療汽化術，可立即幫助你解決攝護腺肥大的問題。

高功率180W

綠光雷射治療汽化術

- 最新手術，高功率180W
- 手術時間短，安全性高
- 術後恢復快，住院天數少
- 副作用少
- 出血少，且疼痛小





### 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  
服務單位  
地址

聯絡電話  
電子郵件

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 歐建慧  
編輯委員 唐一清、楊文宏、鄭鴻琳、蔡育賢  
黃鶴翔、鄭裕生、林宗彥、胡哲源  
劉展榮、吳冠諭、高耀臨、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