



NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2024

早期前列腺 癌



报告由以下单位提供支持：



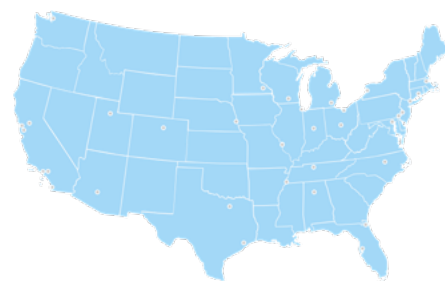
可于
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)
在线查阅



关于 NCCN Guidelines for Patients®



您知道全美的顶级癌症中心正在共同努力改善癌症护理吗?这个由领先癌症中心组成的联盟称为 National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)。



癌症护理一直在变化。NCCN 制定了循证癌症护理建议，供全球医护人员使用。这些经常更新的建议就是 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)。NCCN Guidelines for Patients 清楚地解释了这些针对癌症患者和护理人员的专家建议。

这些 NCCN Guidelines for Patients 是根据前列腺癌 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) 2024 年第 4 版 — 2024 年 5 月 17 日制定的。

在线免费阅读 NCCN Guidelines for Patients
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)

发现您附近的 NCCN Cancer Center
[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)

联系我们



资助单位



NCCN Guidelines for Patients 由 NCCN Foundation® 资助

NCCN Foundation 衷心感谢以下企业支持者为成功制定 NCCN Guidelines for Patients 而提供的帮助: Astellas 和 Janssen Biotech, Inc.

NCCN 独立改编、更新和管理 NCCN Guidelines for Patients。企业支持者不参与 NCCN Guidelines for Patients 的制定, 也不对其中包含的内容和建议负责。

要捐赠或了解更多信息, 请在线访问或发送电子邮件

NCCNFoundation.org/donate

PatientGuidelines@NCCN.org

目录

- 4 前列腺癌基础知识
- 13 前列腺癌检查
- 25 评估风险
- 35 前列腺癌治疗
- 50 针对您所在风险分组的初始治疗方法
- 64 PSA 持续和复发
- 70 做出治疗决定
- 82 词汇表
- 85 NCCN 编著者
- 86 NCCN Cancer Centers
- 88 索引

© 2024 National Comprehensive Cancer Network, Inc. 保留所有权利。未经 NCCN 的明确书面许可，不得出于任何目的以任何形式复制 NCCN Guidelines for Patients 及文中插图。任何人（包括医生和患者）不得将 NCCN Guidelines for Patients 用于任何商业用途，并且不得声称、表示或暗示 NCCN Guidelines for Patients 已经以任何源自、基于、相关或产生于 NCCN Guidelines for Patients 的方式得到修改。NCCN Guidelines 是一项正在进行的工作，可能会随着新重要数据的出现而重新定义。NCCN 对于指南内容、使用或应用不做任何担保，也不对其任何方式的应用或使用承担任何责任。

NCCN Foundation 旨在通过资助和分发 NCCN Guidelines for Patients 来支持数百万受癌症诊断影响的患者及其家人。NCCN Foundation 还致力于通过资助在全国癌症研究创新中心工作的、有前途的医生来推进癌症治疗。如需更多详细信息以及完整的患者和护理者资源库，请访问 [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients)。

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 和 NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100, Plymouth Meeting, PA 19462 USA

1

前列腺癌基础知识

- 5 什么是前列腺癌？
- 6 前列腺癌有什么症状？
- 8 前列腺癌是由什么引起的？
- 9 什么是早期前列腺癌？
- 11 前列腺癌是否可以治愈？
- 12 关键点

前列腺是位于骨盆深处的腺体。每个有前列腺的人都有可能患前列腺癌。前列腺癌通常不会致命，尤其是早期前列腺癌。本章概述了这种常见的癌症。

什么是前列腺癌？

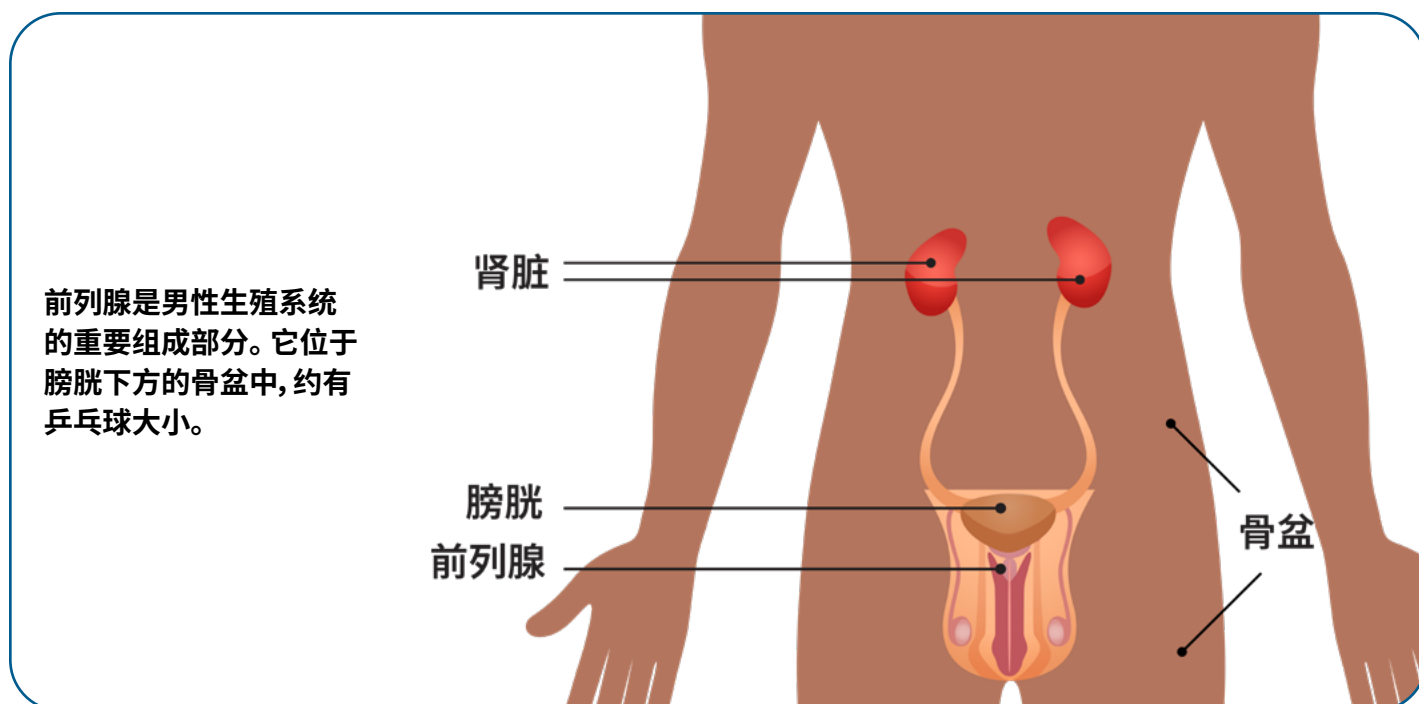
前列腺癌是一种前列腺细胞生长失控的疾病。

前列腺是位于骨盆膀胱下方的一个腺体，位于髋骨之间的身体深处。前列腺约有乒乓球大小，是男性生殖系统的重要组成部分。除了前列腺外，男性生殖系统还包括阴茎、精囊和睾丸。

当自然细胞过程出现问题，导致某些细胞生长失控时，就会发生癌症。

癌细胞的行为与正常细胞不同。癌细胞会产生基因变化(突变)，使它们繁殖并产生更多的癌细胞。癌细胞会排挤并压制正常细胞。这最终可能会伤害身体。

癌细胞的存活时间比正常细胞要长得多。它们可以取代许多正常细胞，导致器官停止正常工作。癌细胞也可以扩散到前列腺以外的身体其他部位。



前列腺癌有什么症状?

症状是一种感觉或问题,可以预示某种疾病或状况。前列腺癌通常生长缓慢,在很长一段时间内不会出现症状。

但前列腺癌并不一定有症状。事实上,大多数被确诊为早期前列腺癌的患者都没有任何症状。晚期前列腺癌患者出现症状的情况更为常见。如果出现症状,可能包括:

- ▶ 尿液或精液中带血
- ▶ 排尿时烧灼感或疼痛
- ▶ 无法解释的体重减轻
- ▶ 骨痛、髋关节痛或背痛

重要的是要知道,前列腺癌与前列腺肥大(又称良性前列腺增生,“BPH”)有许多相同的症状。前列腺肥大会挤压膀胱并压迫尿道,从而减缓尿流,让人感觉膀胱没有完全排空。

前列腺癌是美国男性第二大常见癌症,仅次于皮肤癌。

然而,如果早期发现,前列腺癌是所有癌症中存活率最高的癌症之一。

BPH 比前列腺癌更为常见。仅凭症状很难区分这两种疾病。如果您出现任一种症状,请务必告知医护人员。

- ▶ 尿频,尤其是在夜间
- ▶ 尿流微弱或断断续续
- ▶ 排尿困难或排尿费力
- ▶ 憋尿困难
- ▶ 感觉膀胱没有完全排空
- ▶ 腹股沟或骨盆钝痛
- ▶ 勃起功能障碍(勃起困难)或射精疼痛

前列腺的作用是什么?

前列腺位于下半身深处。它可以制造精液,对有性生殖非常重要。

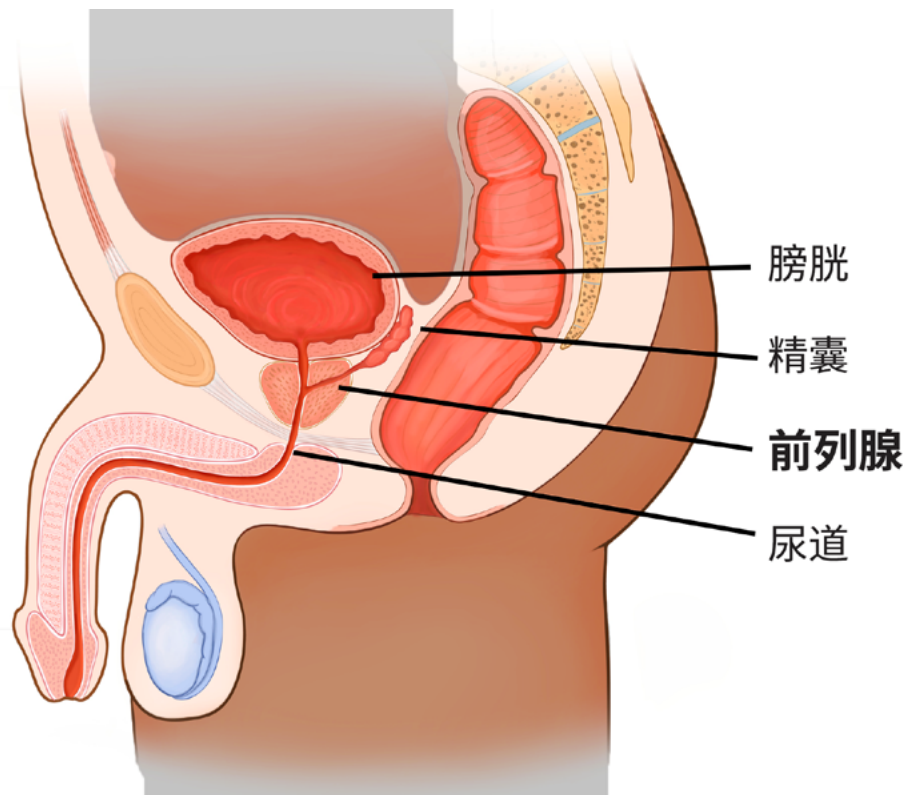
前列腺:男性生殖系统中的腺体。腺体是制造人体所需液体或化学物质的器官。前列腺主要制造一种蛋白质(前列腺特异性抗原,“PSA”),这种蛋白质可以滋养并帮助传输精液。前列腺还包含有助于在射精时推动精液通过尿道的肌肉。

精液:由来自前列腺和精囊的液体以及来自睾丸的精子组成的液体。射精时,精液通过尿道排出体外,然后通过阴茎流出。

尿道:将尿液从膀胱排出体外的管道。前列腺包裹在膀胱下方的尿道周围。

精囊:两个腺体制造成为精液的另一部液体。精囊位于前列腺上方,膀胱后方。

膀胱:储存尿液的器官。



前列腺癌是由什么引起的？

许多患前列腺癌的患者都想知道前列腺癌是从何而来，又是如何患上前列腺癌的。癌症研究人员并不清楚前列腺细胞生长失控(癌变)的确切原因。事实上，每个有前列腺的人都有患前列腺癌的风险。

但有几个因素与患前列腺癌的较高风险有关。这些因素被称为风险因素。风险因素是指会增加患癌概率的因素。危险因素不一定会导致前列腺癌，但前列腺癌患者通常有以下一种或多种危险因素：

年龄

前列腺癌的最大风险因素是年龄。前列腺癌多发于65岁及以上的人群。随着年龄的增长，患前列腺癌的概率会增加。

家族病史

家族健康史是有关您家族疾病和健康状况的信息。家族病史反映了家庭成员间某些疾病的模式。近亲(兄弟或父亲)患有前列腺癌会增加自己患前列腺癌的概率。

有某些其他癌症(乳腺癌、卵巢癌、结肠癌、胰腺癌和其他癌症)家族病史的人患前列腺癌的风险也可能更高。

遗传因素

当癌症“家族遗传”时，可通过基因检测来发现已知与前列腺癌或其他癌症有关的特定基因变化(突变)。例如，BRCA2基因的遗传变化会增加患前列腺癌的风险。但也可能出现非遗传性的基因异常。

种族

在美国，黑人男性比白人男性更容易患前列腺癌。黑人男性患前列腺癌的年龄也更早、更具侵袭性，而且在确诊时已处于晚期。黑人男性死于前列腺癌的概率也是白人男性的两倍。

与白人和黑人男性相比，西班牙裔和亚裔男性确诊前列腺癌的比例较低。

造成这些差异的原因可能有多种，如获得医疗保健(包括早期检测筛查)的障碍、生物和遗传因素以及其他原因。专家们正在研究这些领域。

鉴于这些问题，黑人男性可能需要与其医护人员讨论比其他男性更早接受筛查。

侵袭性是什么意思?

当医护人员将癌症描述为侵袭性癌症时,这意味着癌症的生长或扩散速度可能比一般癌症更快。

侵袭性也用于描述比其他治疗方案更强或更激烈的治疗。

饮食和生活方式

目前尚未发现任何一种特定的饮食可以预防前列腺癌或导致前列腺癌。然而,食用高脂肪食物(如肉类和乳制品)会增加患前列腺癌的风险。

多吃水果和蔬菜可以降低这种风险。运动和减肥也可以降低前列腺癌的侵袭性和死亡的可能性。另一方面,吸烟和肥胖会增加患前列腺癌和死于前列腺癌的风险。

什么是早期前列腺癌?

前列腺癌可分为早期癌症或晚期癌症。

早期

早期前列腺癌尚未扩散到前列腺以外的部位。癌细胞通常生长缓慢,并停留在前列腺内。完全控制在前列腺内的癌症被称为局限性前列腺癌。

本书主要介绍早期(局限性)前列腺癌。

晚期

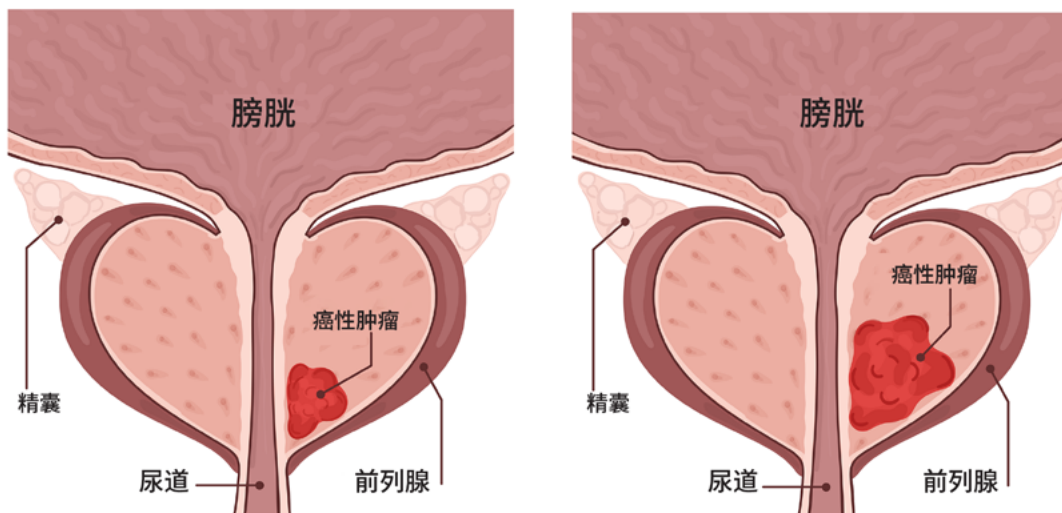
晚期意味着癌细胞已经扩散到前列腺以外的身体其他部位。这种扩散称为转移或转移性癌症。转移性前列腺癌已扩散到淋巴结、骨骼、肝脏、肺部和其他器官。

晚期前列腺癌可分为两种类型:

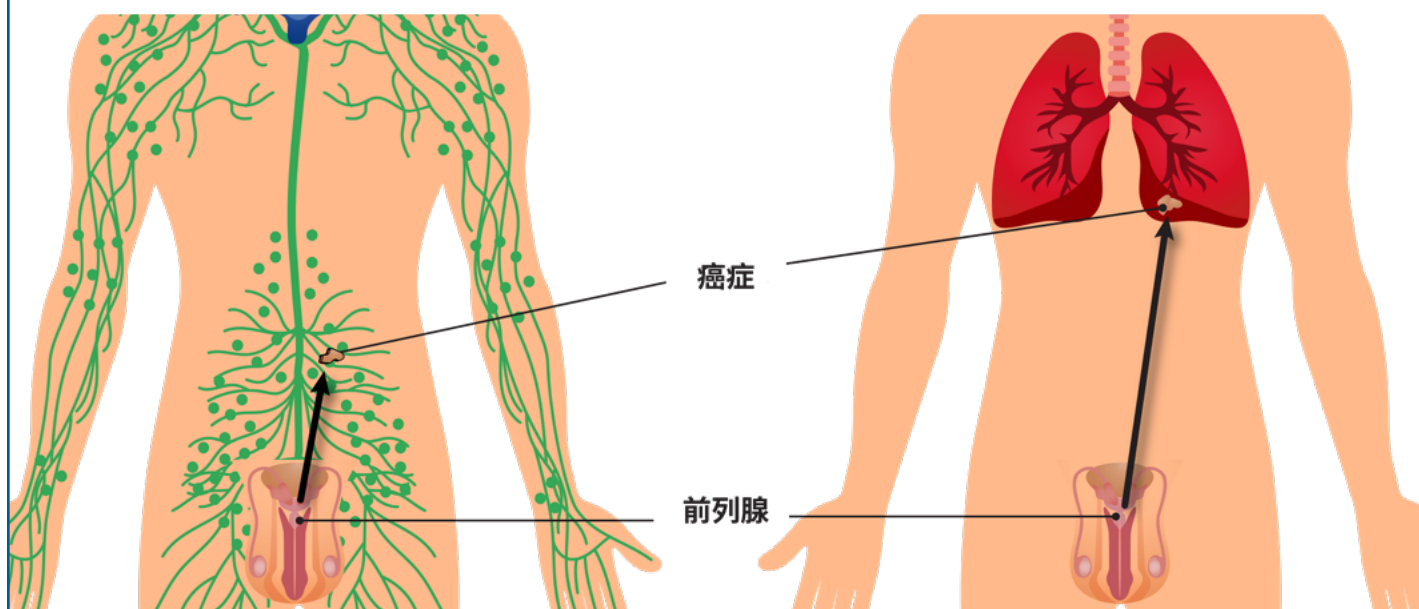
- ▶ 癌症从前列腺生长到附近的淋巴结,但没有进一步扩散,称为区域性前列腺癌。(也称为局部晚期前列腺癌。本书将其称为区域性前列腺癌,以避免混淆局限性和局部晚期前列腺癌。)
- ▶ 扩散到前列腺以外的身体其他部位的癌症称为转移性前列腺癌。

早期前列腺癌与晚期前列腺癌

早期前列腺癌尚未明显扩散到前列腺以外的部位。它通常生长缓慢，并停留在前列腺内。这也被称为局限性前列腺癌。



晚期前列腺癌已生长到前列腺以外，并可能扩散到身体其他部位，如淋巴结（左下）、骨骼或肝脏或肺脏（右下）等器官。这也被称为转移性前列腺癌。



前列腺癌是否可以治愈？

早期前列腺癌可治疗度较高，并且通常可治愈。前列腺癌越早被诊断和治疗，患者越有可能不带癌生活。大多数早期前列腺癌患者在多年内（通常是余生）不带癌生活。

科学家们近年已经了解了许多关于前列腺癌的知识。因此，现在的检测方法和治疗效果比过去更好。此外，与以前相比，许多前列腺癌患者现在有了更多的治疗选择。

早期前列腺癌的治疗方法包括手术、放疗和激素治疗等。不过，有些前列腺癌患者并不需要立即接受治疗。许多早期前列腺癌患者可以通过动态监测来控制癌症。

在动态监测期间，您将定期接受检查以密切关注癌症情况。但除非癌症发展或发生需要治疗的变化，否则您不会接受治疗。

动态监测的目的是避免治疗的潜在副作用，并在将来需要时进行治疗。某些接受动态监测的患者可能永远都不需要接受治疗。

晚期前列腺癌已经扩散到骨盆（区域性前列腺癌）或身体的其他部位（转移性前列腺癌），通常是一种终身疾病。但治疗可以减缓其生长速度，减轻症状，延长寿命。

晚期前列腺癌的治疗方法包括激素治疗、化疗、放疗、手术和其他疗法。

早期发现和治疗可以大大降低晚期前列腺癌的发病概率。许多晚期前列腺癌患者会继续带癌生活，并最终可能死于其他疾病。

需要记住的是：如果早期发现，前列腺癌是所有癌症中存活率最高的癌症之一。

关键点

- ▶ 当前列腺中的细胞生长失控时,就会发生前列腺癌。
- ▶ 年龄是前列腺癌的最大风险因素。随着年龄的增长,患前列腺癌的概率也会增加。
- ▶ 每个有前列腺的人都有患前列腺癌的风险。并非每个前列腺癌患者都有症状。
- ▶ 对于大多数人来说,前列腺癌通常生长缓慢,并且会停留在前列腺内。
- ▶ 早期前列腺癌尚未扩散到前列腺以外的部位。
- ▶ 晚期前列腺癌已扩散到前列腺以外的身体其他部位。这一扩散过程称为转移。
- ▶ 并非每个被诊断出患有前列腺癌的患者都需要接受治疗。

“

做您自己的守护者。找一个和您有同样经历的人聊聊。多问问题,即使是那些您不敢问的问题。您必须保护自己,确保做出最适合自己的决定,并根据您的特殊情况得到最好的照顾。”

2

前列腺癌检查

- 14 关于检查
- 15 常见前列腺检查
- 17 一般健康检查
- 18 诊断检查
- 24 接下来做什么？
- 24 关键点

如果您尚未确诊, 则有必要进行检查, 以确定您是否患有前列腺癌, 以及是早期癌症还是晚期癌症。检查还能帮助医护人员制定正确的治疗计划。

关于检查

医护人员会通过各种检查来发现前列腺癌并确定癌症的晚期程度。检查用于制定治疗计划、检查治疗效果以及在治疗结束后监测您的健康状况。

本章将帮助您了解可能需要进行的检查以及检查期间的注意事项。当您前去检查时, 请带一个人陪您聆听、问问题, 并写下答案。

检查首先是前列腺癌筛查, 然后是一般健康状况检查, 必要时再进行诊断检查。

并不是每个前列腺癌患者都会接受此处列出的每一项检查。

当您前去检查时, 请带一个人陪您聆听、问问题, 并写下答案。



常见前列腺检查

常见前列腺癌检查用于检测未确诊者患前列腺癌的可能性。这些检查也用于检查和监测已确诊患者的前列腺癌。

两种常见的前列腺癌检查方法是前列腺特异性抗原 (PSA) 检测和直肠指检。

PSA 检测

这是一种用于测量血液中 PSA 含量的血液检查。PSA 是一种在前列腺内产生的蛋白质。它的作用是帮助精液运输精子。所有前列腺细胞, 包括正常细胞和癌细胞, 都会制造 PSA。

如果前列腺有问题(如前列腺癌), 前列腺就会制造更多的 PSA。虽然大部分 PSA 会进入精液, 但也有一小部分会进入血液。如果血液中的 PSA 含量异常高, 可能是前列腺癌的征兆。同样, 治疗后 PSA 的增加可能表明治疗效果正在减弱。

然而, 年龄和其他因素(如前列腺肥大或尿路感染)也会导致 PSA 水平升高。这意味着 PSA 检测本身并不能确诊前列腺癌。这就是为什么 PSA 检测通常会与影像学检查或直肠指检或两者结合使用, 以决定您是否需要进一步检查的原因。

PSA 水平(也称总 PSA)是以每毫升血液中 PSA 的纳克数 (ng/mL) 来测量。

PSA 检测

前列腺特异性抗原 (PSA) 是一种在前列腺内产生的蛋白质。如果前列腺有问题, 前列腺就会制造更多的 PSA。如果血液中的 PSA 含量异常高, 可能是前列腺癌的征兆。

但 PSA 水平较高并不自动意味着您患有前列腺癌。相反, 这是一个警示信号, 表明您可能需要进一步检查。



直肠指检

不要被这个名字所迷惑 — 直肠指检不需要使用高科技电子设备。对于该项检查，“digital”一词是指“手指”。医生会将一根手指插入您的直肠，感受前列腺是否有癌症征兆。医生会戴上手套并使用润滑剂以方便操作。

直肠指检(也称为前列腺检查)可能是一种令人尴尬和不愉快的检查方式。但这是检查前列腺大小和质地的最简单、最直接的方法。前列腺不规则或硬化的部分可能是肿瘤的征兆。

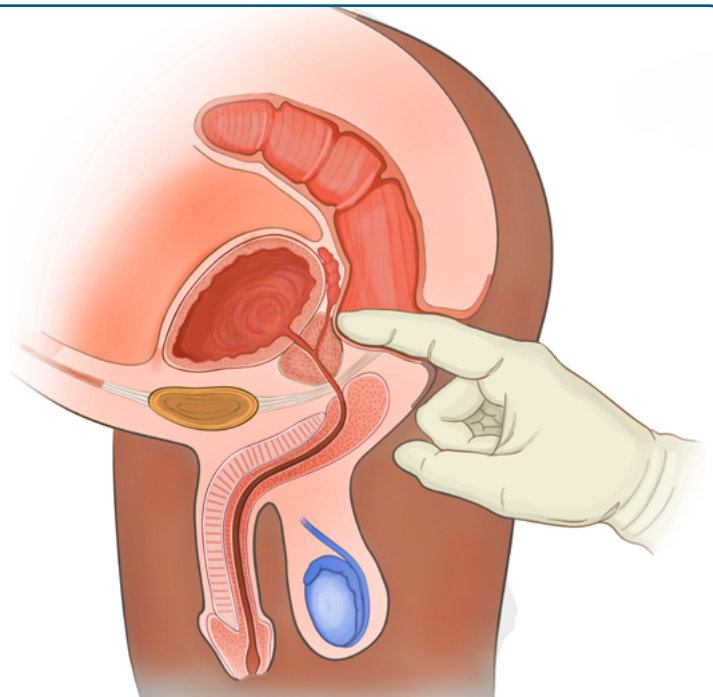
然而,在直肠指检中,并非所有前列腺部位都能感觉到。因此,通常需要结合PSA检测和其他因素(您的年龄、种族、家族病史等)来确定您是否需要进一步检查。

不要害怕 直肠指检

直肠指检是检查前列腺大小和质地的最简单、最直接的方法。虽然可能会感到不适,检查只需不到一分钟就会结束。

直肠指检

直肠指检是医生将一根手指插入您的直肠以感受前列腺的程序。前列腺不规则或硬化的部分可能是肿瘤的征兆。然而,在该检查中,并非所有前列腺部位都能感觉到。因此,还需要进行其他检查,如PSA水平和成像检查,以获取更多关于您的前列腺健康状况的完整图像。



一般健康检查

健康史

医护团队需要了解您的所有健康信息。他们会询问您生活中是否有过任何健康问题和治疗。请准备好讲述您患过的任何疾病或损伤,以及发生的时间。还需告诉医生您出现的任何症状。

带上一份您服用的新旧药物,以及任何非处方药、草药或补充剂的清单。有些药物(如锯棕榈或圣约翰草)会导致 PSA 水平发生变化,因此医生需要知道您是否正在服用这些药物。

家族病史

有些癌症和其他疾病可以在家族中遗传。医护团队询问与您有血缘关系的家庭成员的健康史。此类信息称为家族病史。

重要的是,要向您家族双方的成员询问所有癌症的情况,而不仅仅是前列腺癌。询问家人其他健康问题,例如心脏病、癌症和糖尿病,以及他们是在什么年龄被诊断出以及是否有人死于癌症。与医护团队分享这些信息以及家族病史的任何变化。

症状和生活质量

医生或医护团队的其他成员会询问您一系列关于您可能出现的症状(如尿频、大小便困难或性功能问题)问题。还会询问您这些症状对您生活质量的影响。

生活质量是指您对自身健康的总体满意度以及参与常规活动的的能力。诚实完整地回答所有这些问题非常重要,以便医护团队对您的情况有一个全面、最新的评估。

血液和尿液检查

血液检查时,会将一根针插入手臂静脉抽取血样。实验室会对样本进行检查,检查血液中的细胞、蛋白质和其他成分是否有疾病或其他状况的征兆。

如果您的 PSA 水平较高,可能需要进行额外的血液或尿液检查。这些检查有时称为生物标志物检测,除了用于 PSA 检查外,可用于以帮助决定是否需要进行进一步检查。此类血液检测包括 4Kscore、PHI 和 IsoPSA 等。一些尿液检查包括 ExoDx、miR Sentinel、MPS、PCA3 和 SelectMDx。

诊断检查

如果 PSA 检测、直肠指检、血液或尿液检查或其他因素(如家族病史、种族或年龄)表明您可能患有前列腺癌,您将接受诊断检查。

与医生讨论下一项是进行活检还是影像学检查。

影像学检查

影像学检查会拍摄体内照片(图像)。这些图像可以显示癌症,包括其大小、位置和其他特征,如前列腺本身的大小。图像可以显示癌症的始发部位(原发肿瘤)以及癌症是否已经扩散(转移)。癌症治疗后也会使用影像学检查来了解治疗效果,并检查癌症是否复发。

成像可以在活检前、活检期间或活检后进行。

- ▶ **活检前** – 有时会要求提前进行影像学检查,以确定是否确实有必要进行活检。
- ▶ **活检期间** – 活检期间使用影像学检查来指导切除组织样本。
- ▶ **活检后** – 活检后可能需要进行影像学检查,以了解癌症的大小和位置,从而帮助制定治疗计划。

用于检测前列腺癌的影像学方法包括 MRI、CT、PET、超声、骨扫描或这些方法的组合。

扫描后,放射科医生将对图像进行研究。放射科医生是解读影像学检查结果的专家。放射科医生会将结果发送给您的医生。影像结果可帮助医生制定您的后续治疗方案。医生将与您一起讨论检查结果。请务必询问您可能有的任何问题。

早期前列腺癌可能不需要进行影像学检查。如果您的 PSA、直肠指检和前列腺活检结果显示癌症转移(扩散到前列腺以外)的风险较低,此时您可能不需要进行影像学检查。

护理团队可能会建议您进行以下一项或多项影像学检查来检测癌症的生长情况:

MRI 扫描

磁共振成像(MRI)扫描利用无线电波和强大的磁场来拍摄身体内部的图像。MRI 可提供前列腺内癌症的详细视图。它还用于查看癌症是否已扩散到附近的淋巴结或骨盆骨骼。

MRI 可在活组织检查前使用,以确定癌症可疑区域。或者也可能在诊断后使用,以确定癌症是否已扩散到前列腺外或淋巴结。它有助于制定治疗计划或决定是否适合进行动态监测。治疗后也可以使用 MRI 来检查癌症是否复发(复发)。

MRI 扫描仪一台大型仪器,中间有个舱体。MRI 仪会发出很大的噪音,但您可以戴上耳机或耳塞听音乐。

扫描前可能会给您注射造影剂(有时称为显影剂)。造影剂用于使血管、器官和其他组织更加清晰地显示在图像中。造影剂会被注射到血流中,并随尿液排出。

MRI 扫描预约大约需要 1 到 2 个小时,包括 30 到 60 分钟的实际扫描时间。在每次扫描过程中,您都需要尽量保持不动。您可以用枕头或支撑物帮助您保持静止。

由于 MRI 使用磁铁,因此请勿将任何金属物品(如首饰、手机、手表、带金属扣的皮带)带入成像室。

CT 扫描

如果无法进行 MRI 或不建议您进行 MRI,您可能需要进行计算机断层扫描(CT 或 CAT)。CT扫描检查从不同角度拍摄身体部位的许多 X 射线照片。计算机将所有 X 射线照片组合成一张详细的影像。

PET 扫描

正电子发射断层扫描(PET)可突出显示体内可能癌变的细胞。PET 是在确诊癌症后进行,用于确定癌症的程度或确定癌症是否已经转移。PET 成像还可以显示治疗效果。

PET 扫描需要向您的血液中注射一种叫做示踪剂的放射性物质。示踪剂在体内循环大约需要一个小时。示踪剂会靶向您的癌细胞,癌细胞会在扫描中显示为亮点。之后,放射性示踪剂会通过尿液排出体外。

PET 成像

正电子发射断层扫描(PET)可突出显示体内可能癌变的细胞。PET 是在确诊癌症后进行,用于确定癌症的程度或确定癌症是否已经转移。PET 成像还可以显示治疗效果。前列腺不规则或硬化的部分可能是肿瘤的征兆。然而,在该检查中,并非所有前列腺部位都能检查到。因此,还需要进行其他检查,如 PSA 水平和成像检查,以获取更多关于您的前列腺健康状况的完整图像。



与 MRI 和 CT 一样, PET 扫描仪一台大型仪器, 中间有个舱体。PET 预约可能需要 1 到 2 个小时, 包括约 30 分钟的实际扫描时间。

由于 PET 采用不同的成像方法, 因此通常会与其他类型的成像 (例如 CT 或 MRI) 相结合, 以更详细的图像。这些组合方法称为 PET/CT 或 PET/MRI 扫描。

PSMA/PET

PSMA/PET 成像是一种特殊的 PET 成像, 它可以定位前列腺癌细胞表面一种叫做前列腺特异性膜抗原 (PSMA) 的蛋白质。前列腺癌细胞会制造大量 PSMA, 因此医生开发了靶向这种特定蛋白质的示踪剂。

PSMA/PET 特别适用于检测已扩散到附近淋巴结或已转移到更远区域的癌症。它还用于监测治疗后可能复发 (复发) 的前列腺癌。因此, 早期前列腺癌患者在初次确诊时可能不需要进行 PSMA/PET 成像。护理团队会讨论 PSMA/PET 扫描是否对您的特定癌症有帮助。

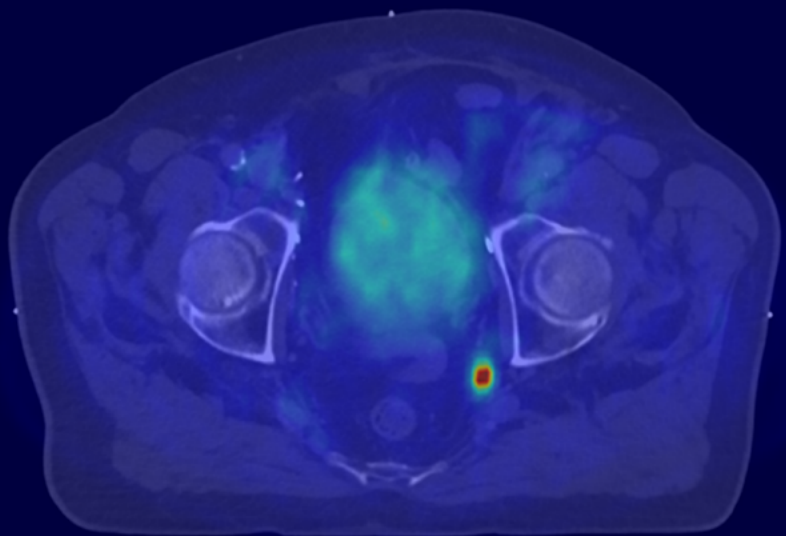
骨扫描

骨扫描能够检测癌症是否扩散到骨骼。如果您有骨痛、高危骨转移或某些检查结果发生变化, 则可能需要进行骨扫描。骨扫描也可用于监测治疗情况。

骨扫描使用放射性示踪剂来拍摄骨骼内部照片。在拍摄照片之前, 会将示踪剂注射到血流中。示踪剂进入骨骼需要几个小时。

前列腺癌 PET/CT 扫描

该图像结合了 PET 和 CT 扫描, 显示了患者骨盆的横截面。绿色圆圈表示前列腺癌, 深红色圆点表示癌症已经扩散到盆腔淋巴结。



有一台特殊的相机会为骨骼内的示踪剂拍照。骨损伤区域比健康骨骼吸收更多的示踪剂。这些区域在图片中显示为亮点。骨骼受损可能由癌症、癌症治疗或其他健康问题所致。

活检

虽然 PSA 水平高和直肠指检异常可能是患有前列腺癌的体征,但确认癌症的唯一方法是进行活检。活检是从体内取出细胞或组织样本并进行癌症检测的过程。

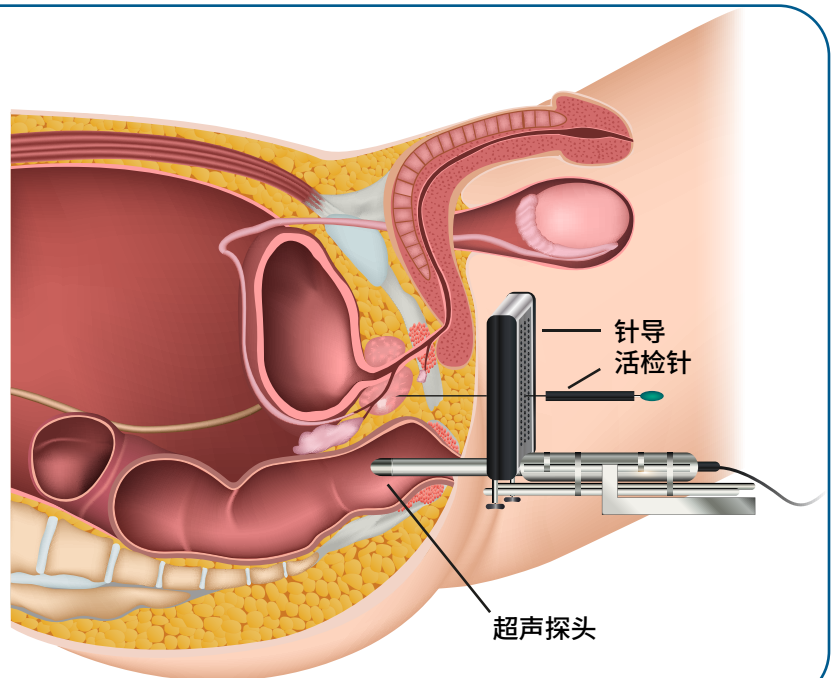
活检是一种侵入性检查,这意味着它会进入(侵入)您的身体。所有侵入性检查都有一定的风险。前列腺活检风险包括感染、出血和疼痛。医生只在必要时进行侵入性检查。您和您的医生将决定您何时或是否需要活检。

活检程序通常由泌尿科医生进行。泌尿科医师是主治泌尿系统和男性生殖器官疾病的专家。在此过程中,您将侧卧并蜷起膝盖,或者仰卧并抬高双腿。您将接受麻醉,以减轻疼痛或让您入睡。泌尿科医生会将一个润滑的探头插入您的直肠。探头可提供前列腺的视觉图像。

然后,泌尿科医生会利用视频显示器引导将一根空心针插入前列腺。针头将通过直肠或会阴(肛门和阴囊之间的皮肤)插入。当泌尿科医生拔出针头时,它会拉出一小块前列腺组织样本,称为核心样本。核心样本只有 1 到 2 毫米宽,约 12 到 20 毫米长——大约相当于牙签的宽度和葡萄干的长度。泌尿科医生通常会从前列腺的不同部位采集 12 个或 12 个以上的核心样本。检查不同部位可以更全面地评估整个腺体的癌症情况。

前列腺活检

活检从组织中提取组织样本用于癌症检查。这是一种经会阴活检,其中会将一根针穿过会阴插入前列腺。进入直肠的超声探头可以帮助医生将针引导至前列腺内。前列腺核 MRI 扫描可与超声图像相结合,提供高度准确的癌症图像。



取出活检样本后,将送到实验室进行检查。在实验室中,将由一名称为病理学家的专家在显微镜下检查样本,并检测是否含有癌细胞。病理学家将找出有多少核心样本含有癌细胞,并测量每个核心样本中癌细胞的百分比。通过这些结果,病理学家可以估算出前列腺中的癌症数量。此外,通过了解每个核心样本的采集位置,病理学家还可以判断癌症是否集中在前列腺的某个部位。

病理学家会将结果纳入报告。您可以要求医生与您一起查看病理报告。

如果您正在接受动态监测,通常会进行多次活检。您将进行一次活检来确定诊断,并在一年内进行另一次活检(称为确诊活检),以了解随着时间的推移是否发生了任何变化。

活检可能会引起并发症。并发症是指手术中出现的意外结果。并发症可能包括感染、直肠出血、尿血、便血或精液带血。这些并发症通常会在几天后消失,如果是精液带血,则会在几周后消失。然而,重要的是要知道活检不会导致前列腺癌扩散或恶化。

基因检测

基因检测用于发现基因的异常变化。基因是每个细胞内的一小段 DNA。基因提供指令,向细胞传达细胞如何制造蛋白质,蛋白质在体内发挥着许多重要的功能。

基因偶尔会发生异常变化(突变)。突变是指您的基因与大多数其他人的基因有所不同。有时,异常变化会导致基因制造错误类型的蛋白质或根本不制造蛋白质。这种异常会影响细胞,进而引发癌症等疾病。

基因突变可能是家族遗传,在这种情况下,体内的每个细胞都有可能发生突变。突变也可能自发地发生在某些细胞中。换言之,它们可能在您出生前就已经存在(称为遗传或种系突变),也可能在生命后期自行发生(称为获得性或体细胞突变)。

用于前列腺癌治疗的两种基本基因检测方法是种系检测和分子生物标志物检测:

种系检测

有时,父母遗传的基因突变会增加患不同癌症的风险。父母可以将这些基因传给子女。此外,家庭成员也可能携带这些突变。如果您有癌症家族病史,医生可能会建议您进行基因种系检测,以确定您是否有遗传性癌症风险。

这种基因检测的目的是确定发生在您体内每个细胞中的种系(遗传)突变。基因种系检测是使用血液、尿液或唾液样本进行。

对于前列腺癌,种系检测可以发现这些基因的特征性变化:*BRCA1*、*BRCA2*、*ATM*、*CHEK2*、*MLH1*、*MSH2*、*MSH6*、*PALB2*、*PMS2*等。有些突变可能会让患者面临不止一种癌症的风险。*BRCA1*或*BRCA2*等基因的种系突变也与乳腺癌、卵巢癌、胰腺癌和皮肤癌(黑色素瘤)有关。除前列腺癌外,*MSH2*、*MSH6*、*MLH1*和*PMS2*的种系突变也与结直肠癌和子宫癌有关。

如果根据您的家族病史或您自己的健康史怀疑存在种系突变,您应询问有关检测的事宜。您的医生可以与您讨论检测事宜,或将您转诊给遗传咨询师。遗传咨询师是在遗传疾病方面接受过专门培训的专家。遗传咨询师可以帮助您决定是否要进行种系检测,并帮助您解释检测结果。

建议前列腺癌患者和属于下列任一种情况的人士进行种系检测:

- ▶ 患有或曾经患有前列腺癌、乳腺癌、卵巢癌、肠癌和某些其他癌症的家庭成员或亲属
- ▶ 某些基因突变家族病史,包括 *BRCA1*、*BRCA2*、*ATM*、*CHEK2*等
- ▶ 高危、极高危、区域性或转移性前列腺癌,无论是否有家族病史
- ▶ 德系犹太人血统
- ▶ 患有任何其他类型的癌症

向医护人员和/或遗传咨询师了解您的癌症家族病史。

分子生物标志物检测

在生物标志物检测中,对活检样本进行检测,以了解其分子成分。这些信息有助于确定癌症扩散到身体其他部位的可能性。对于患有局限性、区域性或转移性前列腺癌的患者,可以考虑进行生物标志物检测。生物标志物检测有时也称为基因组检测、肿瘤分析或分子肿瘤检测。

进行分子生物标志物检测的主要原因是帮助评估您患前列腺癌的风险属于较低危还是较高危。如果您患癌症的风险是较低危,您可以避免或推迟手术或放疗等治疗,这意味着您也可以避免或推迟任何与治疗相关的并发症和副作用。与此同时,分子生物标志物检测还可以标记前列腺癌的较高危人群,从而为他们的治疗提供先机。

分子生物标志物检测将在第3章中进一步讨论。

接下来做什么?

在您接受所有这些检查以确定是否患有前列腺癌后, 医护团队会将您的所有检查结果汇总在一起, 以确定您的前列腺癌属于较低危还是较高危。

一旦确定了您的风险水平, 护理团队将评估您是否需要治疗, 如果需要, 您的治疗计划是什么。

关键点

- ▶ 如果血流中的 PSA 含量异常高, 可能是前列腺癌的征兆。
- ▶ 直肠指检是检查前列腺大小和质地的最简单方法。
- ▶ 活检用于确认 (诊断) 前列腺癌。这是一种取出细胞或组织样本以发现癌症的程序。
- ▶ 影像学检查可用于观察癌症是否已扩散到前列腺以外的部位。早期前列腺癌可能不需要进行影像学检查。
- ▶ 基因检测用于发现基因的异常变化 (突变)。
- ▶ 如需了解自己是否有遗传性患癌症风险, 您可以向医生咨询种系检测或要求转诊给遗传咨询师。
- ▶ 可能会对肿瘤活检样本进行检测, 以了解其分子成分 (生物标志物检测)。

3

评估风险

- 26 危险分组
- 31 预期寿命
- 33 列线图
- 33 分子生物标志物检测
- 34 接下来做什么？
- 34 关键点

了解癌症恶化的风险非常重要。医护团队将通过了解几个关键特征来评估您的风险。本章将逐一解释这些特征。

在被告知患有癌症后,您的下一个想法可能是我多久可以开始治疗以摆脱癌症?”事实上,许多早期前列腺癌患者并不需要立即接受治疗。许多人永远都不需要治疗。

要确定某患者是否需要治疗以及使用哪种治疗方法,需要评估其所面临的风险。风险评估是一个确定潜在问题,然后考虑如果发生这些问题会发生哪些情况的过程。

就早期前列腺癌而言,风险评估考虑的是癌症停留在前列腺内或扩散到前列腺以外的部位的可能性。风险评估还会考虑癌症是否会在治疗后复发(复发),如果复发,是否可以通过不同类型的治疗加以控制。

为评估风险,医护人员会使用以下工具:**风险分组、预期寿命、列线图和分子生物标志物检测**。虽然您不一定会接受所有这些评估,但请逐一了解这些评估工具:

危险分组

医护团队将了解您癌症的临床特征,如前列腺特异性抗原 (PSA) 水平、活检结果和其他检查结果。根据这些信息,医护人员可以将您的疾病划分为从极低危到极高危的五个不同风险组别之一。

为什么您需要知道您的风险分组?因为您的风险分组是您预后的依据。预后可以预测疾病可能的进程和结果。您的预后指导着您的治疗方案。例如,较低危患者通常接受最低限度的治疗或根本不接受治疗。较高危患者通常会接受更积极的治疗。

综合检查结果和计算结果(**PSA 水平、等级分组、肿瘤分期和活检结果**)以确定您的风险分组。

PSA 水平

简单的血液检查就能了解血液中前列腺特异性抗原 (PSA) 的含量。PSA 水平过高可能表明有患前列腺癌的风险。然而,高 PSA 水平会因年龄、种族和其他因素而异:

- ▶ **年龄** - PSA 水平往往会随着年龄的增长而升高。对于 40 多岁的人来说,PSA 水平超过 2.5 ng/mL 很可能患有疾病。对于 60 多岁的人来说,4.5 ng/mL 或 4.5 ng/mL 以上的水平也可能有问题。对于任何年龄段,PSA 水平为 10 ng/mL 或超过 10 ng/mL 都是一个危险信号。
- ▶ **种族** - 黑人男性的正常 PSA 水平往往高于白人男性 - 在同龄男性中平均高出约 1 个百分点。研究人员不知道造成这种差异的原因,但他们正在对此进行调查。
- ▶ **前列腺肥大** - 前列腺越大,产生的 PSA 就越多。除癌症外,其他健康问题也会导致前列腺肥大。
- ▶ **性生活和运动** - 射精或剧烈运动后 PSA 可能会升高。医生可能会建议您在 PSA 检测前 2 到 3 天内避免性生活和运动。短暂的休息可使 PSA 恢复至正常水平。
- ▶ **药物和补充剂** - 某些药物、草药和补充剂也会影响 PSA 水平。
- ▶ **活检** - 前列腺活检后,PSA 水平会暂时升高。

“

目前,由于研究的能力和治疗的进步,癌症患者比以往任何时候都活得更好和更长寿。”

但 PSA 水平并不能说明全部问题。PSA 还有其他解释方式,如 PSA 密度。

PSA 密度

如果您的前列腺肥大,PSA 水平也可能较高。但这并不意味着您患前列腺癌的风险更高。为进行调整,医护人员会计算 PSA 密度。

PSA 密度是指 PSA 含量与前列腺大小的比较。PSA 密度通过 PSA 水平除以前列腺大小来计算。前列腺大小通过经直肠超声或 MRI 扫描来测量。PSA 密度越高(例如高于 0.15 ng/mL²),表明患癌症的可能性越大。PSA 密度还包括前列腺体积小和体积非常小的情况,即使 PSA 较低,也可能患有前列腺癌。

等级分组

如果在活检样本中发现癌症,进一步检查可以确定您的癌症风险。例如,这些检查结果可能表明癌症会迅速生长和扩散。或者结果可能表明癌症生长非常缓慢,根本不会扩散到前列腺以外的部位。这些信息有助于针对您的癌症类型制定最佳治疗方案。

通过观察您的活检样本,病理学家将确定特定的癌细胞模式(称为 Gleason 模式),并据此计算出您的 Gleason 评分,该评分将转化为您的等级分组,从而估算出您的风险。



一开始可能会让人感到困惑(*Gleason 模式? Gleason 评分? 等级分组?*),但最终也没那么复杂。请继续阅读。

Gleason 模式

在显微镜下研究您的活检样本后,病理学家会根据样本中癌细胞的“模式”(Gleason 模式)分配一个数字。外观形态更像正常健康细胞的癌细胞模式分配的数字较低。外观形态更为异常的细胞模式分配的数字较高。

Gleason 模式从 1 到 5 不等。然而,模式 1 和模式 2 很少见,已不再使用。因此,最低(最正常)的模式数是 3。

Gleason 评分

如果前列腺肿瘤只包含一种癌细胞模式,估计风险就会容易得多。但前列腺活检样本通常包含多种细胞模式。

为此,活检样本中最常见的两种 Gleason 模式会合并成单个 Gleason 评分。占样本面积最大的癌细胞模式被分为第一个数字。占样本面积第二大的癌细胞模式被分为第二个数字。

将这两个数字相加,就得到 Gleason 评分。例如:

$$\text{模式 3} + \text{模式 4} = \text{Gleason 评分为 7 分}$$

Gleason 评分代表活检样本与正常前列腺组织的相似程度。它还能估计前列腺癌的侵袭性——癌症的生长速度以及是否会扩散。Gleason 评分越高,意味着癌症比 Gleason 评分较低的癌症更有可能迅速生长和扩散。

Gleason 评分从 6 到 10 分不等,其中 6 分为最低分。Gleason 评分 7 分为中级,8 到 10 分为高级。这可能会让人感到困惑,因为 6 分似乎是中等评分,而不是低评分。因此,为了使 Gleason 评分更简单易用,可将其分为等级分组。

等级分组

等级分组是解释 Gleason 评分的一种方式。共有五个等级分组，编号为 1 至 5。等级分组越高，癌症的侵袭性越强。因此，Gleason 评分为 6 分的癌症会被分为 1 级组，以表示它的评分最低。同样，Gleason 评分为 9 分或 10 分的癌症则分为 5 级组，即评分最高。

重要的是，等级分组系统还考虑到 2 级组和 3 级组的 Gleason 评分均为 7 分。不同的是，3 级组的癌症更为严重。为什么这样分配组别？因为 3 级组 Gleason 评分的第一个数字 (4+3) 高于 2 级组的第一个数字 (3+4)。请记住，第一个数字是指活检样本中占面积最大的癌症模式。

1 级组表示低危。2 级组和 3 级组对应中危。4 级组和 5 级组表示高危和极高危。**请参见指南 1。**

指南 1 如何从 Gleason 评分中发现风险

Gleason 模式	Gleason 评分	等级分组	预后
3+3	6	1	低级别癌症 具有较低的侵袭性，其生长和扩散速度可能非常缓慢。如果癌症很小，可能很多年后才会成为问题。低级别癌症可能永远不需要治疗。
3+4	7	2	中等级别癌症 具有中度侵袭性，其生长和扩散速度可能适度。如果癌症很小，可能几年后才会成为问题。为防止出现问题，可能需要进行治疗。
4+3	7	3	
4+4 3+5 5+3	8	4	高级别癌症 具有很强的侵袭性，其生长和扩散速度可能迅速。如果癌细胞较小，可能几年后就会发展成危及生命的问题。为防止出现问题，现在就需要进行治疗。
4+5 5+4 5+5	9 或 10	5	

肿瘤分期

影响总体风险分组的下一个特征是肿瘤分期。分期是描述癌症体内癌症严重程度和扩散程度的一种方式。了解自己的分期对于预测病程和制定治疗计划非常重要。

局部肿瘤、区域淋巴结、远处转移 (TNM) 系统用于对前列腺癌进行分期。在此系统中, 字母 T、N、M 代表了癌细胞生长的不同区域:

- ▶ **T(局部肿瘤)** – 描述主要(原发性)肿瘤大小以及是否已生长到前列腺以外的部位
- ▶ **N(区域淋巴结)** – 确定癌症是否已扩散到淋巴结
- ▶ **M(远处转移)** – 表明癌症是否已扩散到身体的远处(转移)

根据检查结果, 医护人员会为每个字母分配一个数字。例如, 根据肿瘤大小和生长情况, T 后面的数字从 0 到 4 不等。数字越大, 表示肿瘤越大或癌症扩散得越多。

结合 T、N 和 M 评分, 就能为癌症分期。

假设您的前列腺癌的 TNM 评分为 **T2、N0、M0**。该评分意味着肿瘤大到可以在直肠指检中感觉到 (T2)。但 N 和 M 后面的数字是零, 因为早期癌症尚未扩散到前列腺以外的淋巴结 (N0) 或身体远处 (M0)。

在肿瘤分期(例如 T2a)后面可能还要加上一个字母, 以便根据直肠指检或前列腺组织检查提供更多信息。该字母代表癌症的程度和/或其在前列腺中的位置。**请参见指南 2。**

癌症分期通常要进行两次。第一次是在任何治疗之前。第二次是在治疗期间或之后, 以了解治疗效果。

活检结果

空芯针活检结果也有助于确定您的总体风险分组。其中一项发现是核心样本中含有癌细胞的数量(例如, 每个核心样本的 12 个样本中有 5 个含有癌细胞)。利用这些结果, 病理学家可以估算出整个前列腺中的癌症数量。活检结果还可以显示癌症是否集中在前列腺某个(或多个)部分。

您属于哪个风险分组?

根据这些检查和计算结果(PSA 水平、等级分组、肿瘤分期和活检结果), 您将被归入初始风险组。**请参见指南 3。**

您的风险分组有助于确定哪些治疗方案最适合您。与单独使用任何检查来选择治疗方案相比, 综合使用这些检查来创建风险分组更为可靠。

但风险分组并不是唯一的风险评估工具。还有预期寿命、列线图和分子生物标志物检测。

预期寿命

预期寿命是一个人的平均寿命。它以年为衡量单位。您的预期寿命估计是决定您需要哪些检查和治疗的關鍵因素。

重要的是要知道,当用于癌症护理时,预期寿命是基于大量人群的估计。这意味着预期寿命可以

应用于特定人群或年龄段,但要精确估算个人的寿命并不那么容易。

那么,为什么要估计预期寿命?有时,某些风险人群的患者应等到症状出现后再进行检查或开始治疗。如果您没有任何症状或患有其他更危及生命的健康状况,进行额外检查或治疗可能没有任何益处。

指南 2

T 期肿瘤详细信息

T1 - 直肠指检感觉不到肿瘤,但活检发现癌症。

T1a - 在其他手术中意外发现肿瘤。切除组织中只有一小部分(百分之五 [5%] 或以下)是癌细胞。

T1b - 在其他手术中意外发现肿瘤。切除组织中超过一小部分(百分之五 [5%] 以上)是癌细胞。

T1c - PSA 水平较高,需要进行前列腺活检。

T2 - 直肠指检感觉不到肿瘤。肿瘤尚未扩散到前列腺以外的部位。

T2a - 在前列腺一侧的一半或不到一半的部位发现癌症。

T2b - 在前列腺一侧超过一半的部位发现癌症,但不是两侧都有。

T2c - 癌症已经生长到前列腺的两侧。

T3 - 肿瘤已扩散到前列腺外的附近组织,但未进一步扩散。

T3a - 癌症已经长到前列腺以外的部位,但未进入精囊。

T3b - 癌症已经长到前列腺以外的部位并进入精囊。

T4 - 肿瘤已经扩散到前列腺以外的附近组织以及其他区域

如膀胱、直肠、骨盆壁和/或骨盆肌肉。

指南 3 构成风险分组的特征

风险分组	PSA 水平	等级分组	肿瘤分期	活检结果
极低危	必须具备 所有 这些特征：			
	< 10 ng/mL*	1	T1c	在 1 个或 2 个活检核心样本中发现癌症, 且每个核心样本不超过一半的面积显示有癌症
低危	必须具备 所有 这些特征：			
	< 10 ng/mL	1	T1 - T2a	在 3 个以上活检核心样本中发现癌症, 但所有核心样本不到一半的面积显示有癌症
预后良好中危	必须具备 所有 这些特征：			
	10 至 20 ng/mL	1 或 2	T2b 或 T2c	在不到一半的活检核心样本中发现癌症
预后不良中危	必须 至少 具备 其中一项 特征：			
	10 至 20 ng/mL	3	T2b 或 T2c	在超过一半的活检核心样本中发现癌症
高危	只需具备 其中一项 特征：			
	> 20 ng/mL	4 或 5	T3a	超过一半的活检核心样本显示有癌症, 但少于 4 个核心样本的分为 4 级或 5 级组
极高危	必须 至少 具备 其中一项 特征：			
	> 20 ng/mL	5**	T3b - T4	在超过 4 个活检核心样本中发现癌症的分为 4 或 5 级组

* PSA 密度小于 0.15

** 在活检样本中占据最大面积的癌细胞中

如果您没有任何症状,预计寿命不超过 10 年,并且患有极低危、低危或中危的前列腺癌,通常建议您进行观察。这与动态监测不同,动态监测通常包括常规影像学检查和活检。

我们将在第 5 章详细介绍预期寿命及其对治疗方案的影响。

列线图

列线图可以预测您的预后,也就是癌症可能经历的发展过程。列线图使用数学方法将您和您的前列腺癌与数百或数千名接受过前列腺癌治疗的其他患者进行比较。

使用列线图时,医生将输入有关您和您的癌症特征的信息(您的年龄、PSA 水平、Gleason 评分或其他详细信息),列线图将计算某种结果(如癌症扩散)的可能性。

风险分组和列线图都能提供针对您的特定信息,但列线图可以提供更准确的癌症风险估计。两者都与其他风险评估工具一起用于制定治疗计划。

分子生物标志物检测

生物标志物是指在人体内发现的、可通过测量来评估健康状况的物质。其中一种癌症生物标志物是由肿瘤释放的分子。

分子生物标志物检测使用血液样本或活检时取出的前列腺或淋巴结组织样本。这些检查和其他检查的结果可能有助于选择适合您的治疗计划。

重要的是,分子生物标志物检测可以帮助识别不需要立即治疗的较低危前列腺癌患者。这些患者可以避免积极治疗及其并发症和副作用。

分子生物标志物检测也被称为分子肿瘤检测、基因组检测、体细胞检测或肿瘤分析。较为常见的前列腺癌分子检测有 Decipher、基因组前列腺评分和 Prolaris。

如果医生或遗传咨询师建议进行分子检测,这是对 PSA、Gleason 评分、等级分组和影像学检查等标准措施的补充。如果您对为什么要进行检查或检查的意义有任何疑问,请咨询您的医护团队。

接下来做什么?

本章介绍了医护人员如何确定前列腺癌的生长和扩散风险。您的风险水平决定您可以选择哪些治疗方案。在许多情况下,早期癌症生长非常缓慢,可能不会扩散(转移)到身体的其他部位。因此,您可能不需要立即接受治疗。

尽管如此,如果您确实需要治疗,了解所有可用的治疗方法还是很重要的。下一章将逐一介绍早期前列腺癌的治疗方案。这一章之后,您将了解到根据您的风险水平,哪种治疗方法可能最适合您。

关键点

- ▶ 风险评估可能确定潜在问题,然后考虑如果发生这些问题会发生哪些情况。
- ▶ 早期前列腺癌的风险评估会考虑您的风险分组、预期寿命、列线图结果以及可能的分子生物标志物特征。
- ▶ 较低危患者通常只接受最低限度的治疗或不接受治疗。较高危患者通常会接受更积极的治疗。
- ▶ 癌症分期描述了体内的癌症数量及所在的部位。
- ▶ 预期寿命是对患者可能存活年数的估计。这是基于大量人群得出的估计,并不是精确预测。但它可以帮助选择最适合您的治疗方法。
- ▶ 列线图可以预测癌症可能会经历的发展过程(预后)。
- ▶ 分子肿瘤(生物标志物)检测的一个重要特点是,它可以识别不需要立即治疗的较低危前列腺癌。

4

前列腺癌治疗

- 36 动态监测
- 37 观察
- 37 手术
- 41 放疗
- 43 激素治疗
- 45 冷冻疗法
- 46 高强度聚焦超声
- 46 临床试验
- 48 支持治疗
- 49 关键点

治疗前列腺癌的方法不止一种。本章介绍了所有治疗方案。与医护团队讨论哪种治疗方法最适合您。

前列腺癌通常是一种生长缓慢的疾病。这也是一种复杂的疾病，有许多治疗方案。早期前列腺癌的常见治疗方法包括手术和放疗，有时会结合激素治疗。

此外，您的治疗计划可能不包括直接治疗，而是包括动态监测或观察。

动态监测

动态监测是一种密切监测病情的计划，必要时可随时进行治疗。

由于小肿瘤生长非常缓慢，因此可以等到肿瘤变大后再治疗前列腺癌。在此期间，您将定期接受检查和活检，以观察肿瘤生长的变化。

虽然医护团队可能会要求您增加或减少检查次数，但在动态监测期间，定期检查可能会按照以下时间表进行：

- ▶ 每年进行一次或两次 PSA 检测
- ▶ 每年进行一次直肠指检
- ▶ 每 1 至 2 年进行一次 MRI 检查
- ▶ 每 2 至 5 年进行一次前列腺活检

在动态监测期间，您将不会接受任何癌症治疗。但如果您的癌症发或扩散，则将开始治疗。

为什么要等待接受治疗？主要是因为手术和其他形式的治疗有副作用。如果您可以在不造成伤害的情况下推迟治疗，或完全避免治疗，您也可以推迟或完全避免治疗的副作用。

一般来说，对于较低危前列腺癌、预期寿命较长（10 年或 10 年以上）的患者来说，动态监测是首选策略。

为确定您是否适合接受动态监测，您可能需要进行确诊 MRI，同时进行或不进行确诊前列腺活检。这些确诊检查通常在确诊后一年内进行，以了解在此期间是否发生了任何变化。

动态监测需要考虑的其他因素：

- ▶ 您的预期寿命
- ▶ 您的整体健康状况
- ▶ 肿瘤的特征或独特性
- ▶ 治疗可能产生的副作用
- ▶ 您对治疗的预期

关于动态监测的重要问题：什么时候可以从监测转为治疗？有很多因素，但最常见的因素是患者最近活检的等级分组比先前的活检有所增加。

开始治疗的其他原因可能包括肿瘤增大或 PSA 水平升高。

观察

观察包括监测前列腺癌和观察症状。（您可能听说过“观察和等待”或“观察等待”。）如果出现症状，治疗通常侧重于姑息治疗或缓解症状，而非试图治愈癌症。

姑息治疗主要指治疗癌症症状或癌症治疗的副作用。这可以让患者保持良好的生活质量，而不必承受不必要的治疗负担。

观察通常适用于患有中危前列腺癌和预期寿命较短（5 到 10 年）的年老或体弱患者。对于较低危前列腺癌、预期寿命较短（不超过 5 年）的患者，也建议采用观察法。这些患者通常患有一种或多种比前列腺癌更严重的其他疾病。

观察与动态监测不同。观察是一种不太积极的前列腺癌监测方法。它不需要定期活检，只需每年进行一到两次体检即可。相比之下，动态监测则需要经常进行检测，以了解癌症是否正在发展，从而在病情恶化之前进行治疗。

手术

手术是切除体内肿瘤的程序。在切除肿瘤的同时，还要切除肿瘤边缘一些外观形态正常的前列腺组织，这些组织称为手术切缘。

- ▶ **切缘阳性**是指沿医生切除的组织边缘发现癌细胞的情况。
- ▶ **切缘阴性**是指沿医生切除的组织边缘周围未发现癌细胞的情况。

切缘阴性是较好的结果，因为这意味着该区域的所有肿瘤可能已被全部切除。另一方面，切缘阳性并不总是意味着会复发。

手术可以作为主要（初始）治疗方法。或者，手术可能只是治疗计划的一部分。您接受的手术类型取决于肿瘤的大小和位置。此外，还取决于是否在周围的任何器官或组织中发现癌症。

根治性前列腺切除术

前列腺切除术是指通过手术切除前列腺。根治性前列腺切除术不仅切除整个前列腺，还会切除周围组织、精囊，有时还会切除附近的淋巴结。因此，这可能是治疗前列腺癌的一种非常有效的方法。

共同决策

某些癌症患者希望医生和治疗团队直接告诉他们应该接受哪种治疗。医生、护士和其他医疗人员都是专家,对吗?虽然治疗团队确实拥有丰富的经验和知识,但您也是专家—您是您自己的专家。

您可以让治疗团队与您共同承担治疗责任。您也应该充分参与治疗决策。

以下是治疗团队应与您分享的内容:

- 解释每种治疗方案可能带来的益处和潜在危害。
- 每种治疗方案的治愈、复发、进展的可能性以及可能的死亡率。
- 每种治疗方案的副作用及其对生活质量的影响,包括性功能、排尿功能和排便功能。

以下是您应与治疗团队分享的内容:

- 您治疗、副作用、风险和生活质量的偏好和感受。这些都应成为治疗计划的关键部分。

如果治疗团队领导医护人员没有与您讨论共同决策,请随时提出并询问。



根治性前列腺切除术通常用于以下情况：

- ▶ 肿瘤仅存在于前列腺内。
- ▶ 肿瘤无法通过手术完全切除。
- ▶ 您的预期寿命为 10 年或 10 年以上。
- ▶ 无其他严重的健康疾病。

根治性前列腺切除术非常复杂，需要高超的施行技术。在这类手术方面经验丰富的外科医生通常能取得较好的治疗效果。

根治性前列腺切除术有两种手术方法：

- ▶ **开放手术**通过一个切口切除前列腺。切口须足够长，以使医生能够直接观察并进入肿瘤进行切除。
- ▶ **微创手术**会使用多个小切口或小孔，而不是通过一个较大的切口。外科医生通过每个切口插入小工具进行手术。在大多数癌症中心，外科医生使用机器人更精确地引导工具。

微创手术比开放手术更常见。接受微创手术的患者住院时间可能更短、失血量更少、手术并发症更少或恢复时间更快。微创前列腺癌根治术的主要副作用是尿失禁和勃起功能障碍，其发生率与开放手术类似。

手术副作用

根治性前列腺切除术经常会引起两种副作用：

尿失禁。根治性前列腺切除术后，大多数人会暂时失去控制排尿的能力。这称为尿失禁，它可能是一个主要问题。

术后，医生会立即在您的尿道中插入导尿管，以便排空膀胱并使尿道愈合。导尿管将在术后保留 1 到 2 周。医生会告诉您如何在家中护理导尿管。如果过早拔除导尿管，您可能会失去对膀胱的控制，或因疤痕组织而无法排尿。

拔除导尿管后，您可能需要使用吸收垫或失禁内衣数周或数月。您也可以做一些增强盆底肌的运动。（如果您尚未接受前列腺手术，可以考虑提前开始盆底肌锻炼，以帮助减少术后尿失禁的情况）。此外，某些处方药也可以减少尿频。

大多数患者会在一年内逐渐恢复对膀胱的大部分控制，但许多患者仍需使用尿垫来处理轻微漏尿。如果尿失禁仍是一个主要问题，您可以通过外壳手术来控制排尿。

勃起功能障碍。勃起功能障碍是指阴茎勃起困难或无法勃起。这是前列腺手术后的常见问题,但随着时间的推移通常(尽管并不总是如此)会有所改善。

如果出现以下情况,出现勃起功能障碍的风险会更高:

- ▶ 年龄较大
- ▶ 术前有勃起问题
- ▶ 您的海绵体神经在手术中受损或被切除

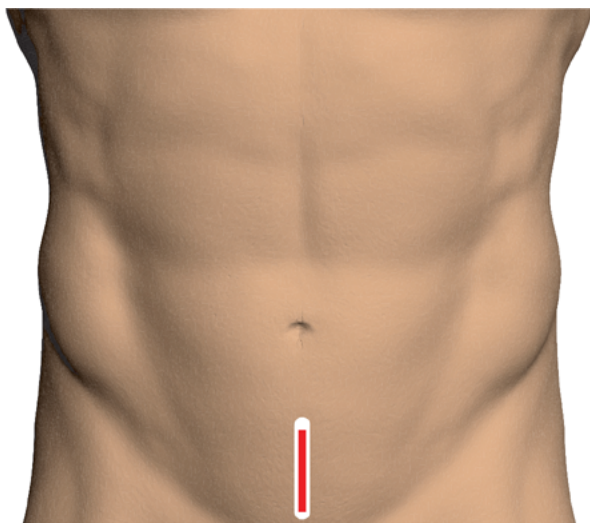
海绵体神经控制着勃起能力。这些神经沿前列腺延伸。外科医生在进行前列腺切除术时会尽量避开这些神经,但手术过程中对神经的损伤有时是不可避免的。

切除前列腺和精囊会让您达到干性高潮。这意味着您将不会产生精液,从而无法生育。如果您想要生育,可能需要在术前考虑在精子库储精。

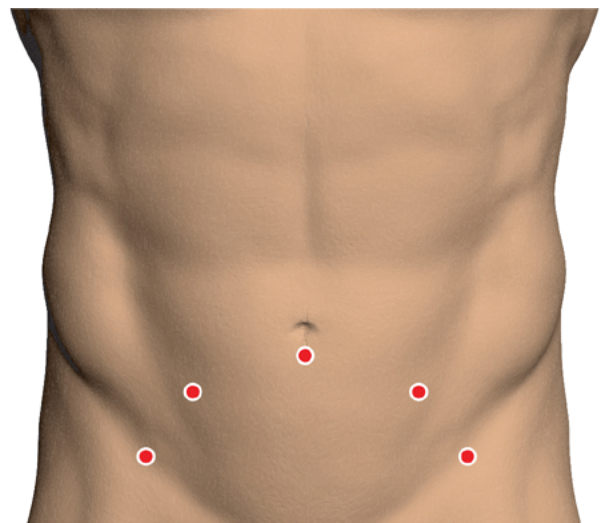
恢复前列腺切除术前的勃起功能可能需要几个月到两年的时间。然而,您可能永远无法恢复以前的勃起功能或性欲。勃起功能障碍的治疗方案包括服用药片(如伟哥和西力士)、向阴茎注射药物、使用真空收缩装置(“阴茎泵”)以及植入使阴茎勃起的手术植入物。

开放与微创前列腺切除术

前列腺切除术是一种切除整个前列腺的手术。开放手术通过一个切口切除前列腺。微创手术会使用多个小切口或小孔,而不是通过一个较大的切口。



开放



微创

勃起功能障碍也经常会导致出现心理问题和人际关系问题。这是前列腺癌患者抑郁的主要原因。这种情况经常发生,请不要感到羞愧。

如果您因勃起功能障碍或抑郁症状而出现问题,请向医生或医护团队中的其他人咨询有关治疗或咨询的事宜。虽然谈论这些问题可能会让人感到不舒服,但请记住,这些副作用很常见,并且患者可以随时得到帮助。

放疗

放疗使用高能量辐射(如 X 射线或伽马射线)来杀死癌细胞和缩小肿瘤。放疗在一定时间内按常规剂量进行。

放疗可以代替手术治疗癌症。有时,术后也会进行放疗,以防止癌症复发。此外,如果您的 PSA 在术后开始升高,可能会建议进行放疗,以试图杀死可能残留的癌细胞。放疗的一个优点是侵入性比手术小。

前列腺癌的放射治疗主要有两种类型:体外放疗(外照射放疗)和体内放疗(近距离放射治疗)。

EBRT

外照射放疗(EBRT)是在体外使用大型机器将辐射线靶向体内的癌症。辐射直接聚焦于癌症(以及癌症可能扩散的周围区域),同时尽量避开健康组织。与过去的放疗相比,这种技术能更安全地提供更大剂量的辐射。

这种治疗不会使您产生放射性,也不会将辐射传给亲人。

两种 EBRT 均可用于治疗前列腺癌。**光子放疗**通过高能 X 射线来摧毁癌细胞并阻止其扩散。由于许多癌症中心可以使用这种疗法,因此在大多数癌症中心都采用这种疗法。**质子束放疗**使用称为质子的带电粒子流精确靶向癌细胞。这两种治疗方法都能很好地治疗前列腺癌,且副作用风险相似。

这两种形式的 EBRT 都需要进行仔细规划。在开始治疗前一周到几周,您将接受放疗模拟。在模拟过程中您不会接受任何实际治疗。您需要躺在治疗台上,摆好接受放疗的最佳姿势。

由于需要在治疗过程中保持不动,因此可能会安装定位装置来帮助保持静止。您还将接受影像学检查,以绘制体内肿瘤的位置图。这样,治疗团队就能计算出精确辐射点的正确辐射量。

在治疗过程中, 机器可能会围绕治疗台旋转, 从多个不同角度进行放疗。放射辐射时您将不会有任何感觉。一次治疗可能需要一个小时, 但实际的辐射时间只需几分钟。治疗通常需要每天进行, 持续数天或数周。

有些治疗需要专门的放疗计划和放射技术。在某些情况下, 可以使用立体定向体部放疗 (SBRT)。SBRT 利用精确的图像引导定位, 在较少的天数内提供较高剂量的辐射。

近距离放疗

近距离放疗是一种体内放射治疗。这种治疗是通过将放射性物体放入肿瘤内或肿瘤附近, 在体内进行放射治疗。这种治疗方法可能具有侵入性, 通常作为外科手术进行。

近距离放射治疗可单独使用, 也可以与 EBRT、激素治疗或两者结合使用。高危癌症患者通常不考虑单独使用近距离放射治疗。您可能听过它的简称“brachy” (或称“bray-key”)。

高剂量率近距离放射治疗是一种将 10 到 20 根非常窄的导管通过会阴插入前列腺的程序。带有放射性针头的细导线通过导管, 并在前列腺内停留数分钟。在此期间, 针头会向前列腺提供高剂量的辐射。然后收回导线, 拔出针头, 不留下任何放射性物质。

低剂量率近距离放射治疗是通过永久植入前列腺中的数十粒微小金属“种子”进行放射治疗。这些“种子”会在数月内逐渐释放出持续的低剂量辐射。

外照射放疗

外照射放疗 (EBRT) 是使用一种机器, 将辐射线精确靶向体内的癌症。辐射束会聚焦在癌症上, 同时避开健康组织。这样可以更安全地提供更大剂量的辐射, 有时还能减少治疗次数。



放疗的副作用

治疗期间或治疗后出现的副作用称为急性副作用，比较常见，但通常是暂时性的。数月甚至数年后出现的副作用称为晚期副作用，不太常见。

放疗的一些常见副作用是排尿和排便问题、勃起功能障碍和疲劳。

排尿和排便问题。 排尿问题包括尿频、突然尿频、排尿时有烧灼感，有时还会出现血尿。排便问题包括腹泻、大便次数增多、无法憋住大便，少数情况下还会出现直肠出血。对于大多数人来说，排尿和排便问题通常会在几周后减轻或消失，但也有一些人可能会持续更长时间。

勃起功能障碍。 放疗会损伤控制勃起的神经。放疗后不会立即出现勃起功能障碍。它通常是逐渐出现，在放疗后 1 到 3 年内开始出现，然后逐渐恶化。（有关更多信息，请参见第 40 页“手术副作用”部分的“勃起功能障碍”）。在接受放射治疗的同时接受激素治疗会增加出现这种副作用的可能性。

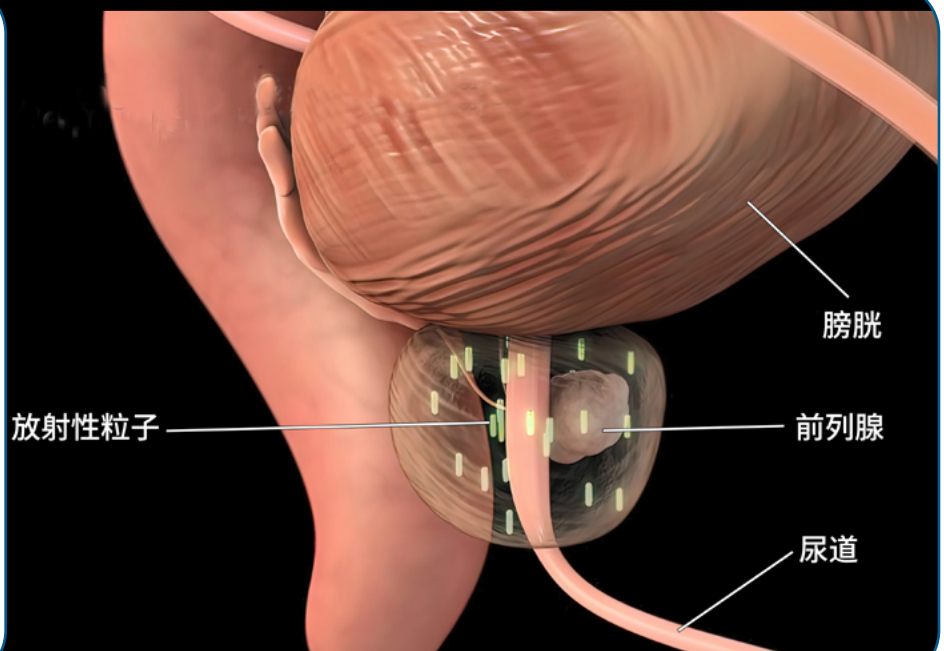
疲劳。 放疗后数周到数月内感到非常疲倦也很常见。然而，有规律的体育活动和锻炼有助于缓解疲劳。

激素治疗

激素治疗很少用于治疗早期前列腺癌。当使用激素治疗时（通常用于较高危患者），激素治疗通常与放疗同时进行，这样可以提高放疗效果。激素治疗可以在放疗前、放疗中或放疗后进行。

近距离放射治疗

低剂量率近距离放射治疗使用微小放射性金属“种子”植入前列腺。每粒种子约有一粒米粒大小。它们将永久留在前列腺内，并在数月内持续提供低剂量辐射。这种治疗策略可使附近的健康组织免受不必要的辐射。



激素治疗是一种增加、阻断或去除激素的治疗方法。激素是由体内腺体产生的一种天然化学物质。其作用是激活细胞或器官。

雄性激素被称为雄激素。主要的雄激素是睾酮。体内的大部分睾酮由睾丸产生。除其他功能外，睾酮还有助于产生精子。但睾酮也有助于前列腺癌的生长。一种称为雄激素剥夺治疗 (ADT) 的激素治疗可以阻止体内产生睾酮或阻止癌细胞使用睾酮。这可以暂时缩小肿瘤或减缓肿瘤生长。

在描述前列腺癌或其治疗方法时，您可能会听过“去势”一词。这一词语是指睾酮的急剧减少。去势可以是使用药物的短期可逆治疗，也可以通过手术切除一个或两个睾丸 (睾丸切除术) 的永久性治疗。尽管睾丸切除术是一种外科手术，但它仍被视为是激素治疗，因为它切除了睾酮的主要来源：睾丸。与药物激素治疗不同，睾丸切除术不可逆转。

如今，手术切除睾丸已不常见，因为药物治疗在阻断睾酮方面通常同样有效。睾丸切除术现仅用于晚期转移性前列腺癌。

前列腺癌的激素治疗包括促黄体激素释放激素 (LHRH) 激动剂和 LHRH 拮抗剂，这两种药物都能使睾丸停止产生睾酮。大多数 LHRH 激动剂和 LHRH 拮抗剂都是注射剂。这些药物可以每月注射一次，也可以每年注射 2、3 或 4 次。抗雄激素、皮质类固醇和雄激素合成抑制剂以药丸形式提供，根据药物的不同，每天服用 1 到 3 次。**请参见指南 4。**

激素治疗副作用

激素治疗有明显的副作用。许多因素会影响您出现副作用的风险，包括您的年龄、治疗前的健康状况、治疗的时间长短或频率等。

一般来说，接受激素治疗的时间越长，骨骼变薄和变弱 (骨质疏松症)、骨折、体重增加、肌肉质量下降、糖尿病和心脏病的风险就越大。在开始接受激素治疗之前，您可能需要进行一次 X 射线扫描 (DEXA 扫描) 来检查骨密度。

激素治疗的其他副作用包括疲倦 (疲劳)、情绪变化、体重增加、乳房增大和触痛。

激素治疗会增加患糖尿病和心血管疾病的风险。如果您已经患有这些疾病，激素治疗可能会导致既有疾病的恶化。激素治疗可能会增加死于心脏疾病的风险，尤其是黑人患者。

此外，激素治疗的性副作用也是造成压力的一个重要原因。激素治疗可能会降低性欲，导致勃起功能障碍，缩小阴茎和睾丸的大小。勃起功能障碍药物（如伟哥和西力士）通常对接受激素治疗的人无效，但其他注射药物可能会有帮助。这些药物不能恢复因雄激素水平降低而引起的性欲丧失。

可能需要一年或更长时间才能恢复睾酮水平和性欲。许多患者永远无法完全恢复激素治疗前的睾酮水平和性欲。

向医护团队咨询如何控制激素治疗的副作用。他们有能力减轻或缓解这些问题。骨骼可以通过药物和体育锻炼来强化。运动和健康饮食也有助于缓解疲劳、情绪和体重增加。

性欲丧失、勃起功能障碍和其他性方面的副作用通常会在停止激素治疗后消失。与此同时，可以考虑与伴侣和/或治疗师交谈，以帮助解决遇到的任何问题。

冷冻疗法

冷冻疗法也称冷冻手术或冷冻消融术，通过冷冻癌细胞来破坏癌细胞。

指南 4 早期前列腺癌的激素治疗药物

LHRH 激动剂	Eligard (亮丙瑞林)、Lupron Depot (亮丙瑞林)、Trelstar (曲普瑞林)、Zoladex (戈舍瑞林)
LHRH 拮抗剂	Firmagon (地加瑞克)、Orgovyx (瑞卢戈利)
抗雄激素	Casodex (比卡鲁胺)、Eulexin (氟他胺)、Nilandron (尼鲁胺)
皮质类固醇*	甲基强的松龙、泼尼松
雄激素合成抑制剂	Zytiga (阿比特龙)

* 仅适用于极高危前列腺癌患者

在进行这种治疗时,医生会将长空心针穿过会阴(阴囊与肛门之间的区域)插入前列腺。冷冻气体通过针头进入前列腺,从而破坏癌组织或整个前列腺。冷冻疗法只对前列腺产生影响,周围区域不会受到伤害。手术过程中,会给您施行麻醉以减轻疼痛。

冷冻疗法并非诊断前列腺癌的新标准治疗方法。它主要用于早期前列腺癌患者在放射治疗后癌症复发的辅助治疗。冷冻疗法的副作用包括疼痛、勃起功能障碍和尿失禁。

高强度聚焦超声

与冷冻疗法一样,高强度聚焦超声也并非诊断前列腺癌的新标准治疗方法。它主要用于放射治疗后复发的早期前列腺癌。

高强度聚焦超声(HIFU)利用高能超声波产生的热量破坏前列腺组织。在进行这种治疗时,需要将超声探头插入直肠。探头将高频声波能量聚焦在前列腺上,周围组织不受影响。能量转化为高热,每次蒸发一部分组织,直至摧毁整个肿瘤。

HIFU的副作用通常是暂时性的,包括尿急或尿频,或尿流变弱或变慢。也可能出现尿失禁和勃起功能障碍。

临床试验

治疗也可以作为临床试验的一部分。临床试验是一种医学试验性研究。在开发出潜在抗癌新方法并经过实验室测试后,需要在人体内进行研究。如果在临床试验中发现药物、器械或治疗方法安全有效,则可能会获得美国食品和药物管理局(FDA)的批准。

所有癌症患者都应仔细考虑所有适用于其癌症类型的治疗方案,包括标准治疗和临床试验。

请与医生讨论临床试验是否对您有意义。

分期

大多数癌症临床试验都侧重于治疗。治疗试验按不同的分期进行。

- ▶ **1期**试验研究试验用药或治疗方法的剂量、安全性和副作用。他们还寻找药物或治疗方法可以起作用的早期体征。
- ▶ **2期**试验研究药物或方法对特定类型癌症的疗效。
- ▶ **3期**试验将药物或方法与标准治疗相比较。若结果良好,就可能获得FDA的批准。
- ▶ **4期**试验研究FDA批准治疗的长期安全性和获益。

谁能入组？

每项临床试验都有参加的规则，这叫做入组资格标准。规则可能与年龄、癌症类型和分期、治疗史或一般健康状况有关。这些要求能够确保参与者在特定方面具有相似性，以便比较他们的疾病对特定治疗的反应。

知情同意

临床试验由一组称为研究团队的专家管理。研究团队将与您一起详细审查研究，包括其目的以及加入的风险和获益。还将以知情同意书的形式提供所有这些信息。本协议确认您已被充分告知您在试验中的角色。请仔细阅读同意书，并在签署前提出问题。花些时间与家人、朋友或您信任的其他人讨论。请记住，您可以随时离开，寻求临床试验之外的治疗。

开始对话

不要等医生提出临床试验。主动开始对话，了解您的所有治疗方案。如果您发现一项可能有资格参加的研究，请询问治疗团队您是否符合要求。如果您已经开始了标准治疗，您可能不符合某些临床试验的资格。如果无法加入，请不要气馁。总会有可用的新临床试验。

“

没有临床试验，我们的治疗就不会改变。它将永远保持不变。有些人把临床试验称为今天接受明天最好的治疗。”

常见问题

围绕临床试验存在许多谬见和误解。许多癌症患者并不清楚可能的获益和风险。

我会不会服用安慰剂？

几乎不会进行仅使用安慰剂（真正药物的非活性版本）的癌症临床试验。但接受标准治疗联合安慰剂或标准治疗联合新药的情况很常见。如果安慰剂是临床试验的一部分，将会在您入组前通过口头和书面形式通知您。

临床试验是免费的吗？

参加临床试验是免费的。研究申办方支付与研究相关的费用，包括研究用药。但是，可能会产生与试验间接相关的费用，例如因额外预约而产生的交通费用或托儿费用。试验期间，您将继续接受标准癌症护理。标准癌症治疗由保险支付，而且通常由保险承保。您需要负责承担标准癌症治疗中保险未涵盖的共付金额和任何成本。

支持治疗

支持治疗旨在提高您的生活质量。支持治疗(有时也称为姑息治疗)是缓解癌症引起的症状和治疗副作用的医疗保健服务。

支持治疗可以解决许多需求:缓解症状、预防或减轻治疗副作用、提供营养和饮食建议、提供情感或精神支持、经济援助或家庭咨询。支持治疗也有助于做出治疗决定。

支持治疗在癌症的任何阶段都很重要,而不仅仅是在生命结束时。事实上,在开始治疗时就开始接受支持治疗的人往往能获得更好的治疗效果和更好的生活质量。

支持治疗涉及整个人,而不仅仅是癌症。如果您遇到干扰治疗或影响生活质量的问题,可以去咨询有哪些支持治疗资源可以帮助您。

支持小组

许多癌症确诊患者发现支持小组很有帮助。支持小组通常包括处于不同治疗阶段的患者。有些人可能是新确诊患者,而另一些人可能已经完成了治疗。如果您在医院或社区没有前列腺癌患者支持小组,请查看本书第 80 页列出的网站。



寻找临床试验

在美国

NCCN Cancer Centers

[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)

国家癌症研究所 (NCI)

[cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search](https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search)

全球

美国国家医学图书馆 (NLM)

clinicaltrials.gov

在寻找临床试验方面需要帮助吗?

NCI 的癌症信息服务 (CIS)

1.800.4.CANCER (1.800.422.6237)

[cancer.gov/contact](https://www.cancer.gov/contact)

关键点

- ▶ 对于较低危前列腺癌、预期寿命较长的患者来说,动态监测是首选策略。
- ▶ 手术切除肿瘤及其边缘周围一些外观形态正常的组织,这些组织称为手术切缘。手术的目的是不在手术切缘留下癌细胞。
- ▶ 根治性前列腺切除术会切除整个前列腺、周围组织、精囊,有时还会切除附近的盆腔淋巴结。
- ▶ 放疗会杀死癌细胞并阻止产生新的癌细胞。
- ▶ 激素治疗通过阻止睾酮产生或阻止癌细胞使用睾酮来治疗前列腺癌。激素治疗有时联合放疗用于治疗早期前列腺癌。
- ▶ 去势能让睾酮急剧减少。这可以通过手术或药物来实现。
- ▶ 支持治疗在癌症的任何阶段都很重要,而不仅仅是在生命结束时。

“

在决定治疗方案时,请记住,即使有些决定需要尽快做出,也不要操之过急。仔细考虑您的选择,听取第二种甚至第三种意见。让您可以信赖的人与您一起讨论您的选择,这样您在做决定时就会感到轻松自在。”

5

针对您所在风险分组的初始治疗方法

- 51 极低危
- 53 低危
- 55 中危
- 55 预后良好中危
- 57 预后不良中危
- 59 高危或极高危
- 62 治疗后
- 63 关键点

您已经进行了很多检查来评估您患前列腺癌的风险。现在, 您将与医护团队一起根据您的风险评估来决定您的初始治疗方案。

您的医生或医护团队是否告知您属于哪个风险分组?

如果您知道自己的风险分组, 请参见下方页面, 以了解您的初始治疗方案。

极低危

极低危组患者具有以下**所有**特征:

- ▶ T1c 期肿瘤
- ▶ 1 级组
- ▶ PSA < 10 ng/mL
- ▶ 在 1 到 2 个活检核心样本中发现癌症, 且每个核心样本不超过一半的面积显示有癌症
- ▶ PSA 密度 < 0.15 ng/mL

NCCN 专家对早期前列腺癌的过度治疗表示担忧。过度治疗的一个结果是治疗可能比疾病本身带来更多的问题。对于许多患者, 尤其是较低危前列腺癌患者, 动态监测或观察可能比直接治疗更好的选择。接下来介绍基于预期寿命的治疗方案。另请参见**指南 5**

指南 5 极低危组: 初始治疗方案

预期寿命	初始治疗
10 年或 10 年以上	动态监测
不超过 10 年	观察

预期寿命:10 年或 10 年以上

如果您患有极低危前列腺癌,且预期寿命为 10 年或 10 年以上,可选择的治疗方案包括:

动态监测

如果您患有生长缓慢的前列腺癌,且预期寿命为 10 年或 10 年以上,动态监测是首选方案。动态监测期间的检查包括前列腺特异性抗原 (PSA)、直肠指检、MRI 扫描和活检。这些检查需要定期进行,以便在需要时开始治疗。**请参见指南 6。**

为确定您是否适合接受动态监测,您可能需要接受确诊 MRI (如果您尚未接受过 MRI),同时进行或不进行确诊前列腺活检。所有患者应在初次活检后 1 到 2 年进行前列腺确诊活检。

预期寿命:不超过 10 年

如果您患有极低危前列腺癌,且预期寿命少于 10 年,通常建议进行观察。

观察

这种治疗方案适用于那些有其他更严重健康问题且前列腺癌未引起任何症状的患者。观察包括偶尔进行 PSA 检测和观察症状,这些症状可通过姑息治疗来治疗。

指南 6 动态监测期间的检查

检查	频率
PSA 检测	每年进行一次或两次,或根据需要
直肠指检	每年进行一次,或根据需要
重复 MRI	每 1 到 2 年一次,或根据需要
重复进行前列腺活检	每 2 到 5 年一次,或根据需要

低危

低危组包括具备以下所有特征的患者：

- ▶ T1 至 T2a 期肿瘤
- ▶ 1 级组
- ▶ PSA < 10 ng/mL
- ▶ 在 3 个以上活检核心样本中发现癌症, 但所有核心样本不到一半的面积显示有癌症

治疗方案基于预期寿命。接下来将介绍低危疾病的初始治疗方案, 请参见下一页的**指南 7**。

预期寿命: 10 年或 10 年以上

如果您患有低危前列腺癌, 且预期寿命为 10 年或 10 年以上, 初始治疗方案包括：

动态监测

如果您患有生长缓慢的疾病, 且预期寿命较长, 动态监测是首选方案。**请参见指南 6**。

为确定您是否适合接受动态监测, 您可能需要进行确诊 MRI (如果您尚未接受过 MRI), 同时进行或不进行确诊前列腺活检和/或分子生物标志物检测。所有患者应在初次活检后 1 到 2 年进行前列腺确诊活检。

放疗

如果您的寿命可能超过 10 年, 您可能会决定现在就接受治疗, 而不是进行动态监测。低危癌症可采用放疗治疗, 包括外照射放疗 (EBRT) 或近距离放射治疗。

前列腺手术

前列腺手术 (根治性前列腺切除术) 切除整个前列腺。对于低危前列腺癌患者而言, 这不是常见的治疗方案。

在某些情况下, 当低危前列腺癌患者选择前列腺手术时, 病理学家会观察称为不良 (或高危) 特征的疾病体征。请参见下一页的**指南 8**。如果您的前列腺癌在前列腺手术后出现了不良特征, 您将接受监测或可能接受附加治疗, 以防止癌症复发。如果检查结果未显示不良特征, 则可以对癌症复发进行监测。

预期寿命: 不超过 10 年

如果您患有低危前列腺癌, 且预期寿命少于 10 年, 通常建议进行观察。

观察

观察适用于那些有其他更严重健康问题且前列腺癌未引起任何症状的患者。观察包括偶尔进行 PSA 检测和观察症状, 这些症状可通过姑息治疗来治疗。

指南 7 低危组:初始治疗方案

预期寿命	初始治疗	其他治疗
10 年或 10 年以上	动态监测 (首选)	
	放疗 (EBRT 或近距离放射治疗)	
	前列腺手术	→ 监测癌症复发 如有需要*, 附加治疗可能包括 EBRT 和/或激素治疗
不超过 10 年	观察	

* 不良特征见指南 8

指南 8 不良特征

如果检查结果显示您在前列腺手术后具有以下高危特征, 您可能需要接受附加治疗:

- 与肿瘤一起切除的正常组织中出现癌症(手术边缘)
- 前列腺周围层外癌症
- 精囊癌
- 淋巴结癌
- 可检测的 PSA 水平

中危

中危组是指不具备高危或极高危组特征,但具有以下**一种或多种**中危因素的患者:

- ▶ T2b 或 T2c 期肿瘤
- ▶ 2 级或 3 级组
- ▶ PSA 10 - 20 ng/mL

中危组又进一步分为预后良好和预后不良亚组。治疗的依据是您的前列腺癌属于**预后良好中危**还是**预后不良中危**:

NCCN 专家对早期前列腺癌的过度治疗表示担忧。在某些情况下,过度治疗可能比癌症本身带来更多的问题。



预后良好中危

预后良好中危亚组是指具有以下**所有**特征的患者:

- ▶ 1 种中危因素
- ▶ 1 级或 2 级组
- ▶ 不到一半的活检核心样本显示有癌症

治疗方案基于预期寿命。请参见下一页的**指南 9**。

预期寿命:10 年或 10 年以上

如果您患有预后良好中危前列腺癌,且预期寿命为 10 年或 10 年以上,则有三种初始治疗方案:

动态监测

动态监测包括定期检测,以便在需要时开始治疗。对于预后良好得中危患者,应密切观察任何病情变化。**请参见指南 6。**

为确定您是否适合接受动态监测,您可能需要进行确诊 MRI (如果您尚未接受过 MRI),同时进行或不进行确诊前列腺活检和/或分子生物标志物检测。

对于预后良好中危组患者,如果 Gleason 模式 4 癌症比例较低、肿瘤体积较小、PSA 密度较低和/或基因组风险较低(根据分子肿瘤分析结果),尤其适合接受动态监测。

放疗

对于一些预后良好中危患者,放疗是一种治疗方案。放疗包括 EBRT 或近距离放射治疗。

前列腺手术

如果您的预期寿命为 10 年或 10 年以上,可以选择手术切除前列腺(根治性前列腺切除术)。如果癌症扩散到盆腔淋巴结的风险很小,也可以切除盆腔淋巴结。您的泌尿科医生会使用列线图来确定这种风险。一种称为盆腔淋巴结清扫术(PLND)的外科手术目的是切除淋巴结并检查是否有癌症。

前列腺手术后,您可能还需要接受附加治疗,以防止癌症复发。这被称为辅助治疗。辅助治疗方案取决于前列腺手术后是否发现高危(不良)特征。出现不良特征表明术中并没有切除所有癌细胞。**请参见指南 8。**

如果在前列腺手术后检查结果未发现高危特征,则需要对癌症复发进行监测。监测包括定期进行 PSA 检测,有时还包括直肠指检。如果在监测期间您的 PSA 水平升高,您将接受进一步检查,以确定癌症是否复发。

指南 9

预后良好中危组:初始治疗方案

预期寿命	初始治疗	其他治疗
10 年或 10 年以上	动态监测 (首选)	
	放疗	
	前列腺手术伴或不伴盆腔淋巴结清扫术	→ 监测癌症复发 如有需要*,附加治疗可能包括 EBRT 和/或激素治疗
5 至 10 年	观察 (首选)	
	放疗	

* 不良特征见指南 8

预期寿命:5 到 10 年之间

如果您患有预后良好中危前列腺癌,且预期寿命在 5 到 10 年之间,则有两种治疗方案:

观察

对于预期寿命在 5 到 10 年之间,且前列腺癌未引起症状的患者来说,观察是首选方案。观察包括偶尔进行 PSA 检测和观察症状,这些症状可通过姑息治疗来治疗。

放疗

对于一些预后良好中危患者,放疗是一种治疗方案。放疗包括 EBRT 或近距离放射治疗。

预后不良中危

预后不良中危亚组是指具有以下一种或多种特征的患者:

- ▶ 2 种或 2 种以上中危因素
- ▶ 3 级组
- ▶ 半数以上活检样本显示癌症

治疗方案基于预期寿命。预后不良中危癌症患者的治疗方案见下页的**指南 10**。

预期寿命:10 年或 10 年以上

如果您患有预后不良中危前列腺癌,且预期寿命为 10 年或 10 年以上,您的初始治疗方案包括根治性前列腺切除术或放疗和激素治疗。

前列腺手术

可以选择手术切除前列腺(根治性前列腺切除术)。如果癌症扩散到盆腔淋巴结的风险很小,也可以切除盆腔淋巴结。您的泌尿科医生会使用列线图来确定这种风险。一种称为盆腔淋巴结清扫术(PLND)的外科手术目的是切除淋巴结并检查是否有癌症。

术后您可能会接受附加治疗,以防止癌症复发。这被称为辅助治疗。辅助治疗将在前列腺手术痊愈后开始。辅助治疗的选择取决于您的癌症是否具有高危(不良)特征和/或淋巴结转移。**请参见指南 8。**出现不良特征表前列腺手术并没有切除所有癌细胞。

如果在前列腺手术后检查结果未发现高危特征,则需要对癌症复发进行监测。监测包括定期进行 PSA 检测,有时还包括直肠指检。如果在监测期间您的 PSA 水平升高,您将接受进一步检查,以确定癌症是否复发。

放疗和激素治疗

对于预后不良中危且预期寿命为 10 年或 10 年以上的患者,放疗加激素治疗也是一种初始治疗方案。放疗可以是 EBRT 或近距离放射治疗,同时进行 4 到 6 个月的激素治疗。

指南 10 预后不良中危组:初始治疗方案

预期寿命	初始治疗	其他治疗
10 年或 10 年以上	前列腺手术伴或不伴盆腔淋巴结清扫术	→ 监测癌症复发 如有需要*,附加治疗可能包括 EBRT 和/或激素治疗
	放疗和激素治疗	
5 至 10 年	观察	
	放疗 (EBRT 或近距离放射治疗) 和激素治疗	

* 不良特征见指南 8

预期寿命: 5 到 10 年之间

如果您患有预后不良中危前列腺癌,且预期寿命在 5 到 10 年之间,您的治疗方案包括:

观察

由于癌症可能进展缓慢,在 5 到 10 年内不会出现问题,因此不建议对该风险组的患者进行动态监测。相反,建议进行观察。观察包括偶尔进行 PSA 检测和观察症状,这些症状可通过姑息治疗来治疗。

放疗和激素治疗

放疗加激素治疗也是预后不良中危组患者的一种治疗方案。治疗方法包括 EBRT 或近距离放射治疗,外加 4 到 6 个月的激素治疗。

高危或极高危

高危组包括仅具有以下特征之一的患者:

- ▶ T3a 期肿瘤
- ▶ 4 级组
- ▶ 5 级组
- ▶ PSA > 20 ng/mL

超过一半的活检核心样本显示有癌症,但少于 4 个核心样本的分为 4 级或 5 级组

极高危组包括具有以下**一种或多种**特征的患者:

- ▶ T3b 至 T4 期肿瘤
- ▶ 主要 Gleason 模式 5
- ▶ 2 种或 2 种以上高危因素
- ▶ 在超过 4 个活检核心样本中发现癌症的分为 4 或 5 级组

患有高危或极高危癌症且预期寿命不超过 5 年的患者应接受骨显像检查,以了解癌症是否已经扩散到任何骨骼。腹部和骨盆成像对于检查淋巴结和前列腺以外的部位是否有癌症也很重要。

高危和极高危前列腺癌的治疗更为积极。治疗方案取决于预期寿命和是否有症状。请参见下一页的**指南 11**。

预期寿命: 5 年以上或有症状

如果您的预期寿命超过 5 年或有症状, 则有多种初始治疗方案:

放疗

对于高危或极高危患者来说, 放疗联合长期激素治疗是一种有效的初始治疗方法。在这种治疗方案中, 在放疗前、放疗期间和放疗后进行激素治疗 18 个月到 3 年。

另一种放疗方案是 EBRT、近距离放射治疗和长期激素治疗 (1 到 3 年)。EBRT 联合近距离放射治疗可以更谨慎地控制辐射剂量。如果在这一联合治疗方案中加入激素治疗, 患者结局往往会有所改善。

此外, 还有一种仅针对高危前列腺癌患者的放射治疗方案: Zytiga (阿比特龙) 可以联合放疗和 2 年的激素治疗。

指南 11

高危和极高危组: 初始治疗方案

预期寿命	初始治疗	其他治疗
5 年以上 或有症状	放疗和 激素治疗	
	放疗、激素治疗 和 Zytiga (阿比特龙) 仅适用于 极高危患者	
	前列腺手术伴或不伴盆腔淋巴 结清扫术	→ 监测癌症复发 如有需要*, 附加治疗可能包括 EBRT 和/或激素治疗
不超过 5 年且 无症状	观察	
	激素治疗	
	放疗 (EBRT)	

* 不良特征见指南 8

前列腺手术

对于高危组和某些极高危组患者,如果预期寿命超过 5 年,则可以选择根治性前列腺切除术,同时切除盆腔淋巴结(盆腔淋巴结清扫术,“PLND”)。您的年龄和总体健康状况将是决定该方案是否适合您的因素。

前列腺手术后,您可能会接受附加治疗,以防止癌症复发。治疗将在前列腺手术痊愈后开始。前列腺切除术后的附加治疗方案取决于您在前列腺手术后是否有不良(高危)特征和/或淋巴结癌症。**请参见指南 8。**

如果检查结果未发现不良特征,则无需接受附加治疗。将对癌症进行监测。监测包括定期进行 PSA 检测,有时还包括直肠指检。如果在监测期间您的 PSA 水平开始升高,您可能需要接受 PSA 复发治疗。**请参见第 7 章。**

如果检查结果发现不良特征,但术后淋巴结中没有癌细胞,首选方案是接受癌症复发监测。EBRT(伴或不伴激素治疗)也是一种附加治疗方案。EBRT 靶向癌细胞可能已经扩散的区域。可能会在 EBRT 的基础上增加激素治疗,以提高治疗效果。

“

日子糟糕没关系,但不要让自己一直停留在那里。积极的态度会让你走得更远。”

如果癌症已经扩散到淋巴结,但没有其他不良特征,因此在无法检测到 PSA 水平的情况下,进行监测是一种合理的方案。然而,如果在监测期间您的 PSA 水平开始升高,您可能需要接受 PSA 复发治疗。激素治疗(伴或不伴 EBRT)也是一种附加治疗方案。您可以立即开始激素治疗,之后再选择增加放疗。**请参见第 7 章:做出治疗决定。**

预期寿命:5 年或 5 年以内无症状

对于预期寿命不超过 5 年且无症状的高危或极高危前列腺癌患者,有三种治疗方案可供选择:

观察

对于这些高危人群中大多数人来说,观察是一种方案。观察包括偶尔进行 PSA 检测和观察症状,这些症状可通过姑息治疗来治疗。**请参见指南 11。**

激素治疗

如果观察效果不佳,可以选择激素治疗。激素治疗可以是药物或手术去势。药物去势是指通过药物来大幅降低雄性激素的治疗。手术去势是通过手术永久性切除一个或两个睾丸(睾丸切除术)。

放疗

EBRT 是一种方案,因为经证明,它对高危和极高危前列腺癌患者有效。

支持治疗

除了这些治疗方法,您可能还会接受支持治疗(姑息治疗)。支持治疗是为了缓解癌症引起的症状和治疗副作用。

治疗后

在初始治疗和附加治疗后,如果需要,您将接受监测,以监测 PSA 是否升高或癌症复发。监测包括以下后续检查:

- ▶ 5 年内每 6 到 12 个月进行一次 PSA 检测,之后每年进行一次(对于复发高危患者,每 3 个月进行一次 PSA 检测可能会更好)。
- ▶ 如果医生怀疑癌症复发,则进行直肠指检

如果您在接受激素治疗或观察期间发现淋巴结转移,或者如果您的 PSA(和直肠指检,如果已进行)表明癌症已经复发,您将接受额外的影像学检查并讨论您的治疗方案。治疗方案可能包括持续监测或额外(或不同)治疗。**请参见第 6 章:PSA 持续和复发。**

关键点

- ▶ NCCN 专家对早期前列腺癌的过度治疗表示担忧。对于许多较低危前列腺癌患者来说,观察或动态监测可能是比直接治疗更好的选择。
- ▶ 所有选择动态监测的患者应在初次活检后 1 到 2 年进行前列腺确诊活检。
- ▶ 辅助治疗是初始治疗后的附加治疗,有助于防止癌症复发。
- ▶ 如果癌症有可能已经或将要扩散到盆腔淋巴结,就需要进行盆腔淋巴结清扫术 (PLND),以切除淋巴结并检查其是否患有癌症。
- ▶ 根治性前列腺切除术后,额外(辅助)治疗可能有助于防止癌症复发。辅助治疗的选择取决于术后淋巴结是否出现不良(高危)特征和/或癌症。
- ▶ 对于高危和极高危癌症,治疗会更加积极。对于选择手术治疗的患者,通常需要进行辅助治疗加放疗。有时,为了改善结局,还需要增加长期激素治疗。
- ▶ 如果在初始治疗后您的 PSA 水平开始升高,您可能需要接受 PSA 复发治疗。

6

PSA 持续和复发

- 65 持续或复发检查
- 66 持续或复发治疗方法
- 68 接下来做什么？
- 68 生存状况
- 69 关键点

即使在接受前列腺手术或放疗后, 您的 PSA 水平降低幅度也可能不够低。或者您的 PSA 水平可能会下降, 但在某些时候又开始升高。这些通常都是需要进一步治疗的迹象。

如果接受了根治性前列腺切除术, 所有制造 PSA 的细胞都应该已消失, 因此应检测不到您的 PSA 水平。如果您接受了放疗, 您的 PSA 水平应该会稳步下降至接近零。

但是, 约有三分之一的前列腺癌患者的 PSA 水平降低幅度不够低 (称为 PSA 持续), 或者 PSA 水平降至接近于零, 但最终又开始升高 (称为 PSA 复发)。PSA 复发可能在初始治疗后几年才会发生。

PSA 持续和 PSA 复发可能是癌症尚未完全消失或已在身体其他部位复发的迹象。因此, 针对 PSA 持续和 PSA 复发的治疗通常包括局部治疗和全身性 (全身) 治疗。局部治疗通常是放疗, 而全身性治疗包括激素治疗。

本章列出的大多数治疗方案适用于预期寿命超过 5 年的患者。对于预期寿命不超过 5 年的患者, 观察和/或支持治疗 (姑息治疗) 可能是比接受治疗更合理的方案。

持续或复发检查

在决定任何治疗方法之前, 您还需要进行更多检查, 以了解癌症的侵袭性。影像学检查用于了解癌症是否在骨盆或身体其他部位复发。

- ▶ **PSA 倍增时间** - 该检查用于测量 PSA 水平倍增所需的时间。如果在短时间内 (例如 6 个月或更短) 倍增, 则表明癌症正在迅速生长。
- ▶ **影像学检查** - 通常包括全身成像。
- ▶ **活检** - 如果您的 PSA 水平升高或影像学检查结果显示某处可能有癌症, 您可能需要对该部位进行活检。可能需要在放射后的前列腺、手术后的前列腺床或其他部位 (如精囊、淋巴结或骨骼) 进行活检。

持续或复发治疗方法

如果您的预期寿命超过 5 年, PSA 持续或复发的治疗方法取决于您先前接受的是根治性前列腺切除术还是放疗。请参见下一页的**指南 12**。

前列腺手术后

如果您的 PSA 持续或复发, 并且初始治疗是根治性前列腺切除术, 您的下一步治疗将取决于您的最新检查结果:

未发现其他癌症

如果您的 PSA 水平升高, 但检查未发现盆腔淋巴结或身体其他部位有癌症, 则首选治疗方法是放疗伴或不伴激素治疗。对于特定患者而言, 检测是一种方案。

盆腔癌

如果检查发现骨盆淋巴结有癌症, 您可能会接受放疗, 并可能联合激素治疗。此外, 还可能使用阿比特龙进行额外的激素治疗。

身体其他部位癌症

如果检查发现癌症已经扩散到身体其他部位, 这意味着癌症已经转移, 需要接受更深度治疗。请参见 *NCCN Guidelines for Patients: 晚期前列腺癌*。

放疗后

如果您的 PSA 复发, 且初始治疗为放射治疗, 下一步治疗将取决于最新的检查结果:

未发现其他癌症

如果您的 PSA 水平升高, 但检查没有在盆腔淋巴结或身体其他部位发现癌症, 您可能需要再次进行活检, 或只需通过定期检查进行监测。如果出现症状或需要治疗, 您可能会接受激素治疗或根治性前列腺切除术 (如适用)。其他非手术治疗方案包括冷冻疗法、高强度聚焦超声 (HIFU) 或接受更多放疗。

盆腔癌

如果检查发现骨盆淋巴结有癌症, 您可以选择监测或接受激素治疗 (伴或不伴阿比特龙)。其他治疗方案 (伴或不伴激素治疗) 包括放疗或盆腔淋巴结清扫术。

身体其他部位癌症

如果检查发现癌症已经扩散到身体其他部位, 这意味着癌症已经转移, 需要接受更深度治疗。请参见 *NCCN Guidelines for Patients: 晚期前列腺癌*, 请访问 [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) 和 [NCCN Patient Guides for Cancer](https://www.nccn.org/patientguides) 应用程序。



指南 12

PSAPSA 持续或 PSA 复发治疗方案

初始治疗	检查结果	持续或复发治疗方案
根治性前列腺切除术	无其他癌症征兆	<ul style="list-style-type: none"> 放疗伴或不伴激素治疗 (首选) 监测
	盆腔淋巴结癌	<ul style="list-style-type: none"> 放疗和激素治疗 (伴或不伴阿比特龙)
	癌症已经扩散到身体的其他部位 (转移)	<ul style="list-style-type: none"> 需要深度治疗
放疗	无其他癌症征兆	<ul style="list-style-type: none"> 活检 监测 激素治疗 根治性前列腺切除术 冷冻疗法 高强度聚焦超声 更多放疗
	盆腔淋巴结癌	<ul style="list-style-type: none"> 活检 监测 激素治疗 (伴或不伴阿比特龙) 盆腔淋巴结放疗伴或不伴激素治疗 盆腔淋巴结清扫术伴或不伴激素治疗
	癌症已经扩散到身体的其他部位 (转移)	<ul style="list-style-type: none"> 需要深度治疗

接下来做什么?

在接受 PSA 持续或 PSA 复发治疗后,您将继续接受检查和就诊,以治疗现有癌症或警惕癌症复发。监测是随访计划的关键部分。请务必继续接受随访,并与治疗团队保持联系。

如果癌症再次复发,但未扩散到骨盆以外得部位,您可以继续接受持续/复发治疗。如果癌症再次复发,但已经扩散到身体其他部位,您需要接受更深度治疗。请参见 *NCCN Guidelines for Patients: 晚期前列腺癌*。和往常一样,您可以询问治疗团队参加临床试验。

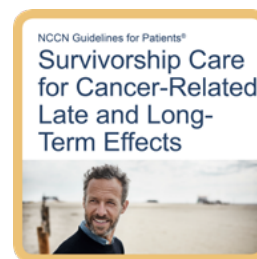
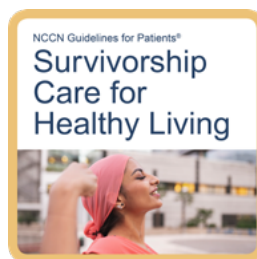
感到沮丧、愤怒、懊悔、绝望和紧张不安都是常见的情绪变化 — 甚至会同时出现。要知道,前列腺癌患者在确诊和治疗后仍然可以享受生活。尽量去享受生活的乐趣。与家人或朋友交谈。参加支持小组,了解其他患者如何应对癌症。或者与医生或医护团队的其他成员交谈。他们可以为您介绍专业人士,帮助您处理这些感受,并指导您采取下一步措施。

生存状况

生存状况重点是关注癌症患者从诊断到生命结束的健康和福祉。其中包括从诊断到治疗再到复发期间的身体、心理、情感、社会和经济影响。

生存状况还包括对随访治疗、治疗迟发效应、癌症复发和生活质量的关注。家人、朋友和护理者的支持也是生存状况的重要组成部分。

如要阅读更多关于生存状况的内容,请查看 *NCCN Guidelines for Patients: 以健康生活为目标的生存护理和针对癌症相关晚期和长期影响的生存护理*,请访问 [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) 和 [NCCN Patient Guides for Cancer](https://www.nccn.org/patientguides) 应用程序。



关键点

- ▶ 前列腺癌治疗后,有些人会出现 PSA 持续 (PSA 水平降低幅度不够低) 或 PSA 复发 (PSA 水平下降但又开始升高)。
- ▶ PSA 持续和 PSA 复发可能是癌症尚未完全消失或已在身体其他部位复发的迹象。
- ▶ 对于 PSA 持续或复发且预期寿命不超过 5 年的患者来说,观察可能是比接受治疗更合理的方案。
- ▶ 如果检查发现癌症已经扩散到身体其他部位,这意味着癌症已经转移,需要接受更深度治疗。
- ▶ 前列腺癌患者在确诊和治疗后仍然可以享受生活。



期盼 您的回复!

我们的目标是提供有帮助且通俗易懂的癌症信息。

请参与我们的调查,帮助我们了解做得正确的方面和可以改进的方面。

[NCCN.org/patients/feedback](https://www.nccn.org/patients/feedback)

7

做出治疗决定

71 这是您自己的选择

71 要问的问题

80 资源

对自己选择的治疗方案感到满意很重要。要进行选择,首先要与医护团队就治疗的获益和风险进行开诚布公的对话。

这是您自己的选择

治疗决定是一件非常私人的事。对您重要的事情对别人来说可能并不重要。在共同决策中,您和医护人员提供需要共享信息、讨论治疗方案并就治疗计划达成一致。请明确您的治疗目标,并了解对治疗的期望。这要从您和医护团队之间开展开诚布公的对话开始。

一些可能在您的决策中发挥作用的事情:

- ▶ 您想要的结果,以及它与其他人想要的结果有何不同
- ▶ 您的宗教和精神信仰
- ▶ 您对某些治疗(例如手术或激素治疗)的感受
- ▶ 您对疼痛或副作用的感受
- ▶ 治疗费用、前往癌症中心的出行费用,以及辍学和停工的时间
- ▶ 生活质量和寿命
- ▶ 您的活动程度以及对您很重要的活动

请考虑您想从治疗中获得的结果。公开讨论特定治疗和程序的风险和获益。权衡治疗方案,并与医护团队分享您的担忧。

第三方意见

希望尽早开始治疗很正常。虽然癌症治疗不容忽视,但通常还是有时间让另一位癌症护理人员复查您的检查结果,并提出一个治疗计划。这称为征求第三方意见,这是癌症治疗的正常组成部分。甚至医生也要获取第三方意见!

如果可以,找一位前列腺癌专家,因为他们有诊断和治疗许多此类癌症患者的经验。

您可以做的准备工作:

- ▶ 与您的保险公司核实关于第三方意见的规则。在您保险计划之外的医生处就诊可能需要自付费用。
- ▶ 计划将您所有结果的副本发送给提供第三方意见的医生。

要问的问题

以下几页列出了可以询问癌症医护团队的问题。可以随意使用这些问题,或提出自己的问题。随身携带一个笔记本,记下问题的答案。

资源

AnCan Foundation

ancan.org

Bag It

bagitcancer.org

Cancare

Cancare.org

CancerCare

cancercare.org

Cancer Hope Network

cancerhopenetwork.org

FORCE: Facing Our Risk of Cancer Empowered

facingourrisk.org

Imerman Angels

imermanangels.org

Malecare

malecare.org

National Alliance of State Prostate Cancer Coalitions (NASPCC)

naspcc.org

National Coalition for Cancer Survivorship

canceradvocacy.org

PCaAware National Prostate Cancer Awareness Foundation

pcaaware.org

Prostate Conditions Education Council (PCEC)

prostateconditions.org

Prostate Health Education Network (PHEN)

prostatehealthed.org

Triage Cancer

triagecancer.org

ZERO Prostate Cancer

zerocancer.org



词汇表

Gleason 评分

一种表示前列腺癌细胞在显微镜下与正常细胞相似程度的评级。

PSA 持续

前列腺癌治疗后仍能检测到 PSA 水平。

PSA 复发

前列腺癌治疗后 PSA 水平下降但随后再次升高。

PSA 密度

PSA (一种由前列腺产生的蛋白质) 的水平与前列腺大小有关。

保留神经的根治性前列腺切除术

切除前列腺和一条或两条海绵体神经束的手术。

病理学家

专门检查细胞和组织以发现疾病的医生。

勃起功能障碍

阴茎血流不足, 从而限制勃起或保持勃起的能力。

超声

利用声波拍摄体内照片的检查。

磁共振成像 (MRI)

一种使用无线电波和强大磁场对人体内部进行成像的检查。

促黄体激素释放激素 (LHRH) 激动剂

一种作用于大脑以阻止睾丸制造睾酮的药物。

促黄体激素释放激素 (LHRH) 拮抗剂

一种作用于大脑以阻止睾丸制造睾酮的药物。

等级分组

与 Gleason 评分一样, 等级分组也是对前列腺癌细胞在显微镜下与正常细胞相似程度的评级。等级分组比 Gleason 评分更容易使用。

动态监测

经常进行持续检查, 以观察癌症状况的变化, 以便在需要时开始治疗。

放疗

使用高能射线(辐射)杀死癌细胞的治疗方法。

分期

对您体内癌症扩散情况评级的过程。

风险因素

增加患病概率的事物。

复发

无病期后的癌症复发。

睾酮

一种帮助男性性器官工作的激素。

睾丸切除术

通过切除一个或两个睾丸来减少体内睾酮的手术。

根治性前列腺切除术

切除整个前列腺及其周围组织、精囊, 有时还会切除淋巴结的手术。

姑息治疗

治疗癌症症状或癌症治疗的副作用的健康治疗。姑息治疗是支持治疗的重要组成部分。

观察

在不接受治疗的情况下观察癌症生长或发生的时期。

会阴

阴囊与肛门之间的身体区域。

活检

一种采集体液或组织样本以检测疾病的程序。

激素治疗

一种阻止激素产生或作用的癌症治疗方法。也称为雄激素剥夺治疗。

计算机断层扫描 (CT)

一种使用 X 射线从多个角度拍摄身体内部图像的成像检查。

近距离放疗

一种用放置在肿瘤附近或肿瘤内的物体发出的辐射进行治疗的方法。也称为体内放疗。

精囊

男性两个腺体之一，用于产生精子能量所需的液体。

抗雄激素

一种阻止荷尔蒙睾酮发挥作用的药物。

列线图

一种利用健康信息预测结局的数学工具。

尿道

通过阴茎将尿液从膀胱排出体外的管道。它还能排出精液。

尿失禁

一种无法控制尿液排出的病症。

盆腔淋巴结清扫术 (PLND)

切除髂骨间淋巴结的手术。

前列腺肥大

一种并非由癌症引起的前列腺组织过度生长。有时也称为良性前列腺增生。

前列腺特异性抗原 (PSA)

由前列腺制造的一种蛋白质，有助于精液运送精子。PSA 的测量单位为纳克/毫升 (ng/mL) 血液。

去势

切除睾丸的手术或抑制睾丸功能的药物，以使睾酮水平保持在低水平或接近于零。

手术切缘

在手术过程中切除的肿瘤周围外观形态正常的组织。

外照射放疗 (EBRT)

一种在体外机器将辐射精确瞄准体内癌细胞的治疗方法。

雄激素剥夺治疗 (ADT)

激素治疗可以阻止体内产生睾酮或阻止癌细胞使用睾酮。ADT 可以通过药物或手术进行。

遗传学异常

细胞制造和控制细胞的指令发生异常变化。也称为突变。

预期寿命

根据对类似情况的其他患者统计数据得出的可能存活年数。

正电子发射断层扫描 (PET)

一种使用放射性物质观察人体各部分形状和功能的检查。

支持治疗

除治愈性治疗外的医疗护理，还可以支持患者、家属和护理人员身体、情感、社会和精神方面的需求。

直肠指检

一项通过直肠壁感觉前列腺的检查。

转移

癌从始发肿瘤部位扩散到新部位的转移过程。



与我们分享。

请参与我们的调查, 让 NCCN
Guidelines for Patients 变得更好,
让每位患者受益!

[NCCN.org/patients/comments](https://www.nccn.org/patients/comments)

NCCN 编著者

本患者指南根据前列腺癌 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) 2024 年第 4 版编著。由下列人士协助改编、修订和发表：

Dorothy A. Shead, 理学硕士
患者信息操作高级总监

John Murphy
医学报告撰写专员

Susan Kidney
高级平面设计专员

前列腺癌 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) 2024 年第 4 版由以下 NCCN 专家组成员编著：

Edward M. Schaeffer, 医学博士, 哲学博士
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

Sandy Srinivas, 医学博士
Stanford Cancer Institute

Nabil Adra, 医学博士, 理学硕士
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Yi An, 医学博士
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Rhonda Bitting, 医学博士
Duke Cancer Institute

Brian Chapin, 医学博士
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Heather H. Cheng, 医学博士, 哲学博士
Fred Hutchinson Cancer Center

***Anthony Victor D' Amico, 医学博士, 哲学博士**
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center | Mass General Cancer Center

***Neil Desai, 医学博士, 健康科学硕士**
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Tanya Dorff, 医学博士
City of Hope National Cancer Center

James A. Eastham, 医学博士
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Thomas A. Farrington, 电机工程学士学位
Prostate Health Education Network (PHEN)

Xin Gao, 医学博士
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center | Mass General Cancer Center

Shilpa Gupta, 医学博士
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Thomas Guzzo, 医学博士, 公共卫生硕士
Abramson Cancer Center at The University of Pennsylvania

Joseph E. Ippolito, 医学博士, 哲学博士
Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

***R. Jeffrey Karnes, 医学博士**
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Michael R. Kuettel, 医学博士, 工商管理硕士, 哲学博士
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Joshua M. Lang, 医学博士, 理学硕士
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Tamara Lotan, 医学博士
The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center at Johns Hopkins

Rana R. McKay, 医学博士
UC San Diego Moores Cancer Center

Todd Morgan, 医学博士
University of Michigan Rogel Cancer Center

Julio M. Pow-Sang, 医学博士
Moffitt Cancer Center

Robert Reiter, 医学博士, 工商管理学硕士
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Mack Roach, III, 医学博士
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Tyler Robin, 医学博士, 哲学博士
University of Colorado Cancer Center

***Stan Rosenfeld**
University of California San Francisco 患者服务委员会主席

Ahmad Shabsigh, 医学博士
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Daniel E. Spratt, 医学博士
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Russell Szmulewitz, 医学博士
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Benjamin A. Teplý, 医学博士
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Jonathan Tward, 医学博士, 哲学博士
Huntsman Cancer Institute at the University of Utah

Richard Valicenti, 医学博士
UC Davis Comprehensive Cancer Center

***Jessica Karen Wong, 医学博士**
Fox Chase Cancer Center

NCCN

Deborah Freedman-Cass, 哲学博士
指南流程高级经理

Jenna Snedeker, 理学硕士, ASCP
副研究员/医学报告撰写专员

* 审核本患者指南。关于公开性原则，请访问 [NCCN.org/disclosures](https://www.nccn.org/disclosures)。

NCCN Cancer Centers

Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania
800.789.7366 • penncancer.org

**Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center and
Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute**
Cleveland, Ohio
UH Seidman Cancer Center
800.641.2422 • uhhospitals.org/services/cancer-services
CC Taussig Cancer Institute
866.223.8100 • my.clevelandclinic.org/departments/cancer
Case CCC
216.844.8797 • case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Duarte, California
800.826.4673 • cityofhope.org

**Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center |
Mass General Cancer Center**
Boston, Massachusetts
877.442.3324 • youhaveus.org
617.726.5130 • massgeneral.org/cancer-center

Duke Cancer Institute
Durham, North Carolina
888.275.3853 • dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania
888.369.2427 • foxchase.org

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
402.559.5600 • unmc.edu/cancercenter

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington
206.667.5000 • fredhutch.org

Huntsman Cancer Institute at the University of Utah
Salt Lake City, Utah
800.824.2073 • healthcare.utah.edu/huntsmancancerinstitute

**Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center**
Indianapolis, Indiana
888.600.4822 • www.cancer.iu.edu

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
480.301.8000 • Arizona
904.953.0853 • Florida
507.538.3270 • Minnesota
mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
New York, New York
800.525.2225 • mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
888.663.3488 • moffitt.org

O' Neal Comprehensive Cancer Center at UAB
Birmingham, Alabama
800.822.0933 • uab.edu/onealcancercenter

**Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center
of Northwestern University**
Chicago, Illinois
866.587.4322 • cancer.northwestern.edu

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Buffalo, New York
877.275.7724 • roswellpark.org

**Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine**
St. Louis, Missouri
800.600.3606 • siteman.wustl.edu

**St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee Health Science Center**
Memphis, Tennessee
866.278.5833 • stjude.org
901.448.5500 • uthsc.edu

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
877.668.7535 • cancer.stanford.edu

**The Ohio State University Comprehensive Cancer
Center -
James Cancer Hospital and Solove Research Institute**
Columbus, Ohio
800.293.5066 • cancer.osu.edu

**The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins**
Baltimore, Maryland
410.955.8964
www.hopkinskimmelcancercenter.org

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois
773.702.1000 • uchicagomedicine.org/cancer

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
844.269.5922 • mdanderson.org

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California
916.734.5959 • 800.770.9261
health.ucdavis.edu/cancer

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Angeles, California
310.825.5268 • uclahealth.org/cancer

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
800.689.8273 • cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
720.848.0300 • coloradocancercenter.org

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
800.865.1125 • rogelcancercenter.org

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas
214.648.3111 • utsouthwestern.edu/simmons

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
877.936.8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
855.4.SMILOW • yalecancercenter.org



**让我们知道
您的想法!**

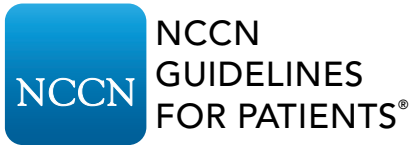
请花几分钟完成一项关于 NCCN
Guidelines for Patients 的在线
调查。

NCCN.org/patients/response

索引

- *PSA 倍增时间 65
- Gleason 评分 28–29, 33
- PSA 密度 27, 32, 51, 55
- 勃起功能障碍 6, 39, 40–41, 43, 45–46
- 超声成像 18, 21, 27
- 持续 65–68
- 等级分组 26, 28–30, 32–33, 37, 51, 53, 55, 57, 59
- 动态监测 11, 18, 22, 33, 36–37, 51–56, 59, 68
- 分期 30–32
- 风险因素 8–9, 55, 57, 59
- 复发 18, 20, 26, 37–38, 53–54, 56, 58, 60–62, 65–68
- 骨扫描 18, 20–21, 44, 59
- 观察 33, 36–37, 51–54, 56–60, 62, 65
- 活检 15, 18, 21–23, 26–30, 32–33, 36–37, 51–53, 55, 58, 60, 65–67
- 基因检测 22–23, 33
- 激素治疗(雄激素剥夺治疗) 11, 36, 42–45, 54, 56–62, 65–67, 71
- 近距离治疗 41–43, 53–54, 56–60
- 列线图 26, 30, 33, 56–57
- 临床试验 46–48, 68
- 尿失禁 38–39, 43, 46
- 盆腔淋巴结清扫术 (PLND) 56–58, 60–61, 66–67
- 前列腺肥大(良性前列腺增生) 6, 15, 27
- 前列腺手术(根治性前列腺切除术) 11, 23, 36–41, 53–54, 56–58, 60–61, 65–67
- 前列腺特异性抗原 (PSA) 7, 15, 52, 61–62, 65–66
- 去势(睾丸切除术) 44, 62, 68
- 生物标志物 17, 22–23, 26, 30, 33, 53, 55
- 外照射放疗 (EBRT) 41–44, 53–54, 56–62
- 性副作用 17, 38, 40–41, 45
- 预期寿命 26, 30–33, 36–37, 39, 51–60, 62, 65–66
- 支持治疗 48, 62, 65
- 直肠指检 15–16, 30–31, 52
- 转移 9–11, 18–20, 23, 30, 34, 44, 58, 62, 66–67





早期前列腺癌 2024

要资助 NCCN Guidelines for Patients, 请访问

[NCCNFoundation.org/Donate](https://www.nccn.org/Donate)

NCCN Guidelines for Patients 的语言翻译由 Bayer Pharmaceuticals 资助。

NCCN

National Comprehensive
Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
215.690.0300

[NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients)–适用于患者 | [NCCN.org](https://www.nccn.org)–适用于临床医生

PAT-N-1781-0624