



攝護腺癌診療與藥物治療專業指引 2026

完整臨床實務手冊

國家綜合癌症網絡 (NCCN) 核心原則與基因精準醫療導向

疾病進程與解剖學視角



正常狀態

胡桃大小，包覆尿道



晚期壓迫

腫瘤壓迫尿道，出現
排尿困難、頻尿、血尿



早期生長

癌細胞於外圍生長，無明顯症狀



遠端轉移

擴散至骨骼或淋巴，
引發骨痛與體重減輕

高危險群儀表板



年齡: >55歲風險顯著上升



種族: 非裔男性風險最高，
亞裔相對較低



家族史: 具一等親病史或
家族乳癌/卵巢癌病史者為
高危險群

精準診斷漏斗 (Diagnostic Funnel)



葛里森分數 (Gleason Score) & 分級組



Pattern 1
(1-5)

+



Pattern 2
(1-5)

=

Gleason
Score

1

Grade Group 1 (Gleason ≤ 6): 最低侵略性

2

Grade Group 2-3 (Gleason 7): 中等侵略性

3

Grade Group 4-5 (Gleason 8-10): 高侵略性

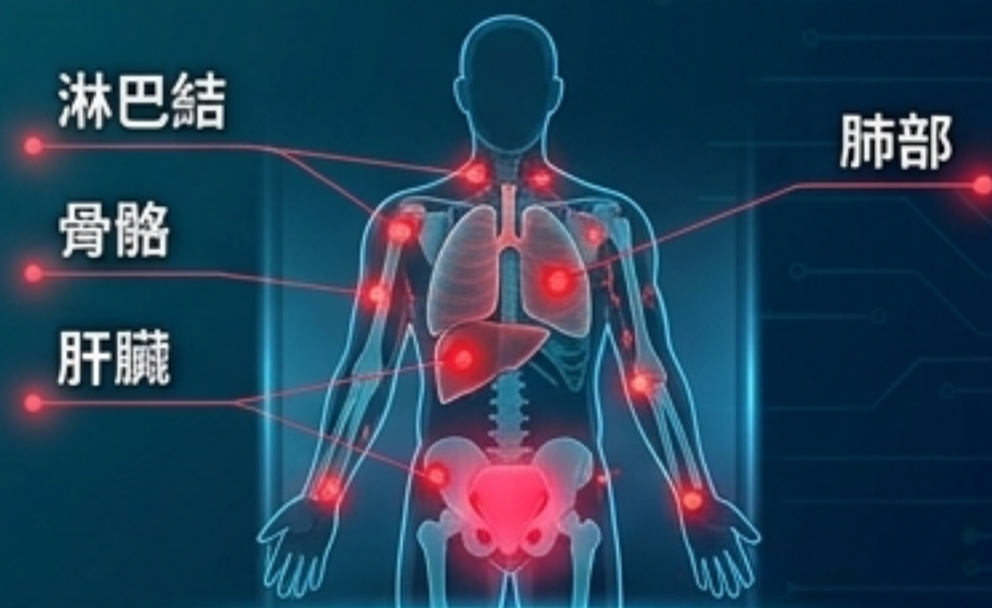
癌症分期 (Staging Map)



Stage I-II:
侷限於攝護腺內



Stage III:
突破包膜，侵犯鄰近組織



淋巴結

骨骼

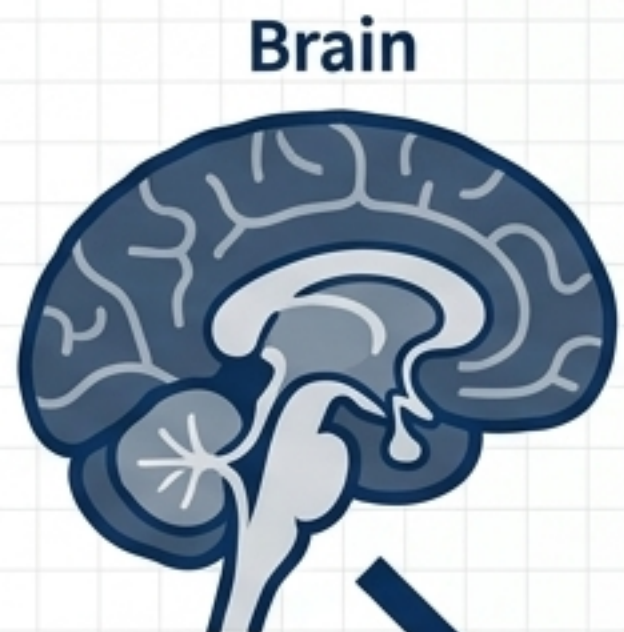
肝臟

肺部

Stage IV:
擴散至遠端淋巴結、骨骼、肝臟或肺部

基因導航: 現代治療已從「一體適用」轉向「精準醫療」





Brain

核心目標：
降低睪固酮至去勢標準
($T < 50 \text{ ng/dL}$)

LHRH/GnRH



**LHRH 促效劑與拮抗劑
(針劑)**

阻斷睪丸製造睪固酮

⚠ 促效劑初期可能引發
「腫瘤發炎反應 (Tumor Flare)」

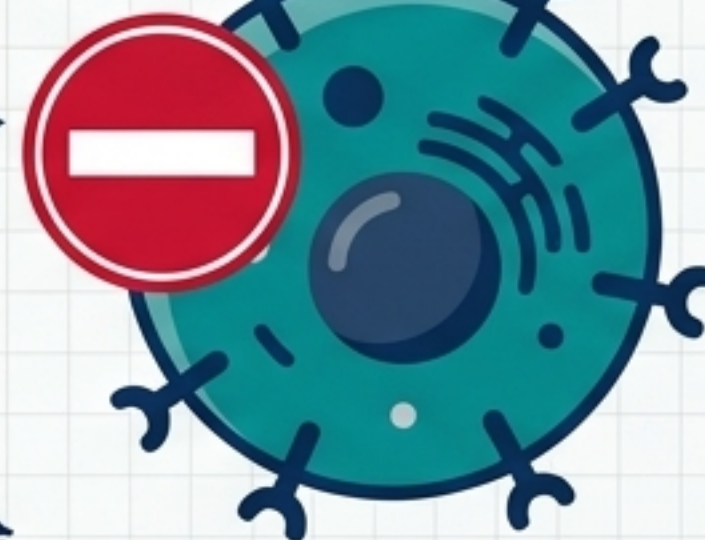


Testes

Testosterone

**抗雄性激素藥物
ARPIs (口服)**

阻斷睪固酮與癌細胞受體結合
(如 Bicalutamide, Enzalutamide)



Prostate Cancer Cell

Adrenal Gland



**雄性激素合成抑制劑
(口服)**

阻斷腎上腺與全身睪固酮合成
(如 Abiraterone, 需配服類固醇)

晚期核心武器庫：非賀爾蒙療法 (Advanced Arsenal)



化學治療 (Chemotherapy)

- 一線：Docetaxel (剋癌易)
- 3週一次，共6週期 (常配類固醇)
- 二線：Cabazitaxel (捷伏癌)
- 能穿透血腦屏障，克服抗藥性



免疫療法 (Immunotherapy)

- 代表藥物：Pembrolizumab (Keytruda)

僅適用於約 3-5% 具
MSI-H 或 dMMR 基因
標記的罕見晚期病人



治療診斷學 (Theranostics)

- 代表藥物：Lutetium-177 (Pluvicto)
- 藉由 PSMA PET 掃描定位，如 GPS 般將輻射能量精準傳遞至癌細胞，減少健康組織傷害

去勢療法 (ADT) 為基石 (Orchiectomy / LHRH)

	去勢敏感 (CSPC)	去勢抗性 (CRPC)
無轉移 (M0)	M0CSPC (非轉移性去勢敏感) 僅PSA上升(生化復發), 無影像轉移, 對ADT有效。	M1CSPC (轉移性去勢敏感) 初診或復發即有遠端轉移, 但對ADT有效。
轉移 (M1)	M0CRPC (非轉移性去勢抗性) T < 50 ng/dL 但 PSA 持續上升, 尚無影像轉移。	M1CRPC (轉移性去勢抗性) 具遠端轉移且對去勢治療失效, 疾病持續進展。

M0CSPC

M1CSPC

M0CRPC

M1CRPC

M0CSPC 生化復發期 (BCR)



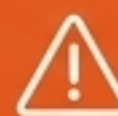
評估 PSA 倍增時間
(PSADT)



低風險:
PSADT > 10個月，病人較年長



持續觀察
(Observe)



高風險:

PSADT ≤ 9個月，且 PSA 達標
(術後>1ng/ml，放療後>2ng/ml)

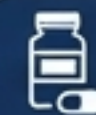


考慮著手治療



間歇性去勢療法
(Intermittent ADT)

PSA 10-20時用藥，≤4時停藥

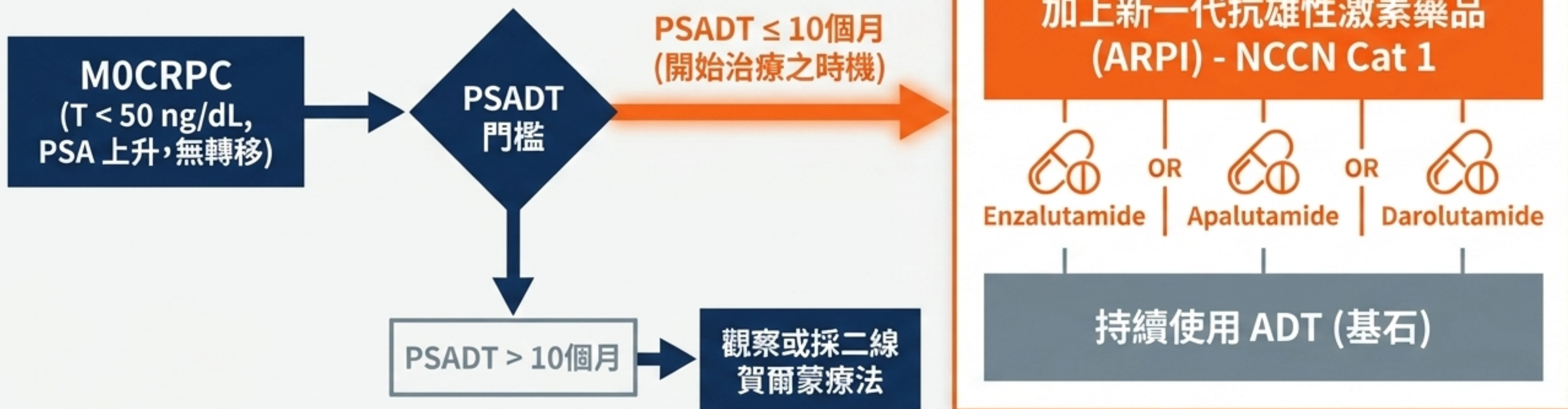


NCCN Cat 2A 建議

Enzalutamide ± Leuprolide

* (E+L=熱潮紅，E=男性女乳症) *

M0CSPC	M1CSPC
M0CRPC	M1CRPC





M1CSPC (遠端轉移, 對去勢有效) | 基礎: 持續 ADT



評估腫瘤轉移量
(Metastasis Volume)

標準轉移
(Non-High Volume)



標準雙效療法:
ADT + 新一代 ARPI
(Abiraterone, Enzalutamide, Apalutamide)

High Volume 轉移定義

臟器轉移
(Visceral)
OR
≥4處骨轉移
(且其中≥1處位於
於骨盆脊柱外)

高腫瘤體積
(High Volume)



考慮三重療法:
ADT + ARPI + Docetaxel (化療)

需注意額外副作用
(嗜中性白血球低下、神經病變、口腔炎)

機制深潛：合成致死性 (Synthetic Lethality)

正常細胞 (Normal Cell)



Lock 1: PARP
(第一道修復)



Lock 2: HRR
(第二道修復)



DNA修復成功，細胞存活

臨床指引: NCCN首選 Olaparib (Cat 1)
用於 HRRm 突變。
(若僅接受過ADT，需加上 Abiraterone)

HRRm 癌細胞 + PARP 抑制劑



Lock 1: PARP 抑制劑



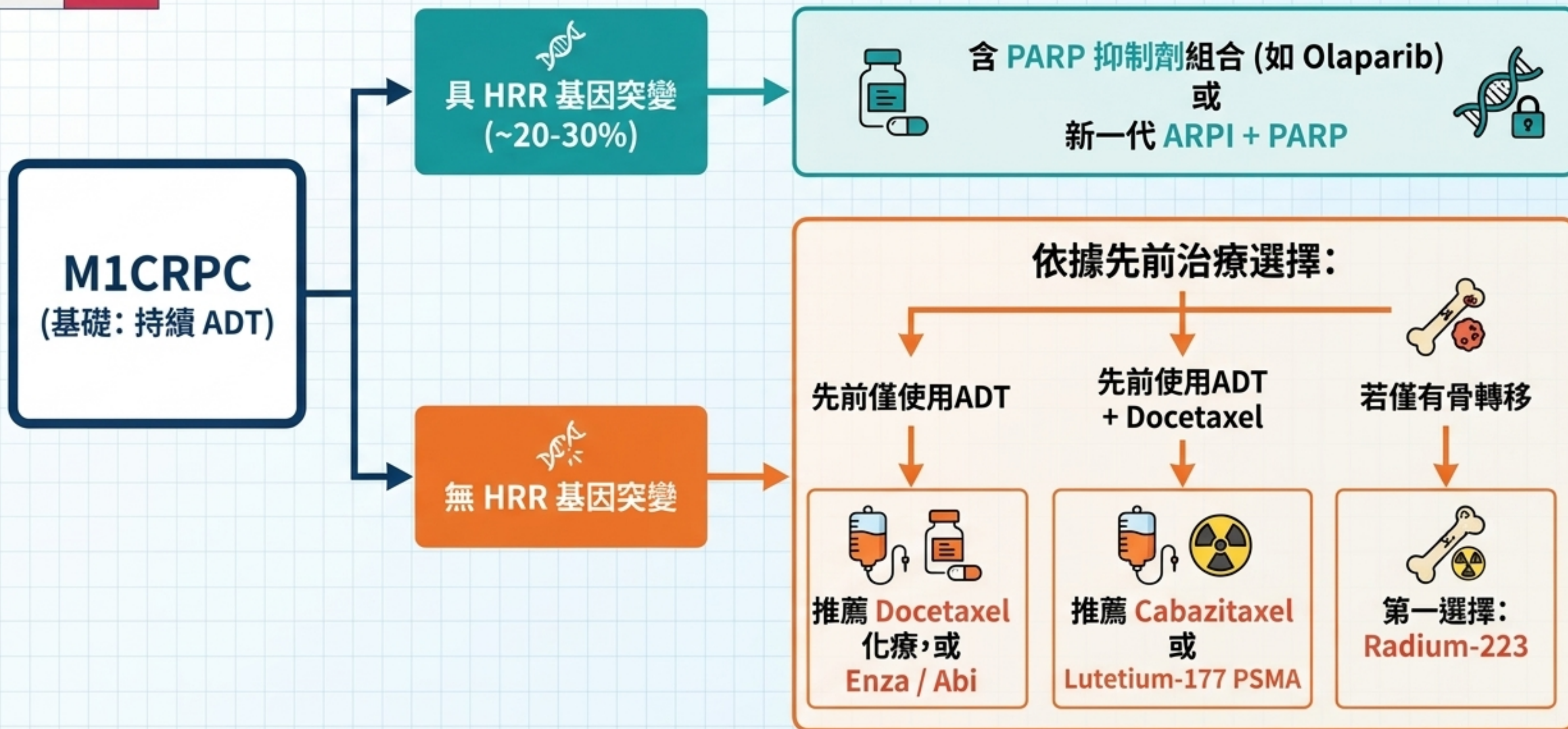
Lock 2: HRR 突變
(如 BRCA1/2)



雙重修復阻斷 → DNA斷裂累積 → 癌細胞死亡

M0CSPC	M1CSPC
M0CRPC	M1CRPC

M1CRPC (轉移性去勢抵抗性前列腺癌) 治療決策圖 | Pathway 4



新一代 ARPI 藥物比較矩陣 (The ARPI Showdown)

	Enzalutamide	Apalutamide	Darolutamide	Abiraterone
 單位與頻次 (Dose & Freq)	160mg QD	240mg QD	600mg BID	1000mg QD
 併服食物 (Food Interaction)	無影響	無影響	需隨餐	需空腹
 藥物交互作用 (CYP3A4)	強誘導	強誘導	較少(弱誘導)	受質/中抑制
 特殊臨床考量 (Clinical Notes)	疲累、跌倒風險	皮疹、跌倒風險、 可磨粉泡蘋果醬	血腦屏障穿透力差 (神經副作用最低、 無關節痛)	需搭配類固醇 (防礦物性皮質素升高)、 注意肝指數/低血鉀

2026 臨床診療總結

