

攝護腺癌術後尿失禁 可調式尿道中段懸吊手術改善控尿

文／編輯部



本院泌尿部黃志平主任說明，攝護腺癌術後若控尿不佳，可考慮現行效果較佳的兩種男性控尿手術，包括人工括約肌植入術與尿道懸吊帶系統。

| 案例分享 |

身體一向硬朗的74歲何先生，兩年多前因攝護腺抗原指數（PSA）上升至12.3ng/mL，醫師在進行肛門指診、攝護腺切片以及影像檢查後，診斷為局部非轉移性攝護腺癌。本院泌尿部黃志平主任與何先生討論治療選項及風險後，選擇接受達文西機器手臂輔助攝護腺根除及骨盆腔淋巴廓清微創手術，病理檢驗結果為莖

膜侵犯的攝護腺癌第三期，術後2年多定期回診追蹤攝護腺抗原指數無復發狀況（PSA<0.2ng/mL）。

雖然成功解決癌症威脅，但何先生在術後稍有用力，便會有漏尿狀況，在經過藥物及骨盆底肌肉訓練後，每天仍需要3至4片小護墊使用，為徹底解決漏尿困擾，何先生於112年6月進行「可調式尿道中段懸吊手術」，術後已經不需要任何尿片使用，

生活品質大幅改善！黃志平主任指出，該手術已經有健保給付，對於攝護腺癌根除手術後有尿失禁的病人是一大福音。

認識兩種男性控尿手術 減輕攝護腺癌術後漏尿困擾

黃志平主任解釋，少數病人的攝護腺腫瘤鄰近或侵犯調控排尿的括約肌與尿道肌肉群，為了達到理想的腫瘤根除率，術中攝護腺及腫瘤切除可能會影響部分生理結構，使得術後控尿能力不如術前。

根據國外文獻統計，達文西輔助攝護腺根除手術後有較快的尿控恢復速度，但對於侵犯性比較高的攝護腺癌，手術後仍然有可能難以達到理想的控尿程度，此時可考慮現行效果較佳的兩種男性控尿手術，包括「人工括約肌植入術」與「尿道懸吊帶系統」：前者置入一個控制閥在尿道，平時維持固定壓力，當病人欲解尿時需要按置於陰囊的幫浦解開控制閥壓力，此裝置適合嚴重型應力性尿失禁；後者為簡便的尿道懸吊手術，懸吊系統固定在尿道中段，住院手術期間醫師將調整適當懸吊緊度，增加膀胱出口阻力，以達到更理想的尿路控制，適合失禁情況較輕中度的病人。

了解健保給付8項適應症 本院泌尿部已成功執行30餘例手術

台灣攝護腺癌新診斷人數逐年增加，目前每年新增人數已將近8000人，其中有近1/3的病人初診斷時已是第四期（末期）。名列男性前四大癌症的攝護腺癌，好發於50至80歲男性，但根除性手術治療的前、中期病

人卻常常無明顯癌病相關症狀，若無經PSA檢測、肛門指診或攝護腺磁振照影（MRI）等相關檢查，不易早期被發覺診斷。治療方面，傳統剖腹手術數十年來一直為標準的治療選項，但術後的尿失禁風險較高，約達5%-20%的比例。

可調式懸吊手術有兩處小傷口，其一是會陰部，另一個是恥骨上。透過會陰部小傷口劃開，將人工吊帶固定在尿道中段，並於恥骨上皮皮下置入一個調整閥，可以調整吊帶緊度。手術一段時間後，若吊帶變鬆或控尿能力變差，仍可透過在恥骨局部麻醉小手術調整緊度，是現行針對男性尿失禁懸吊系統，唯一可終生再調整的系統。此手術在歐美已有施行10餘年經驗，台灣於2015年引進，並於2018年正式納入健保給付項目。在中醫大附醫泌尿部團隊的努力下，至今已協助中部地區30餘例攝護腺癌根除合併尿失禁病人進行懸吊手術。病人術後平均約可減少2至3片尿布護墊使用，且大多數的病人術後相當滿意於尿失禁的改善狀況。

根據本院泌尿部團隊研究顯示，局部侵犯性攝護腺癌（第三期），病人5年存活率高達100%，僅約有部分（17%）病人術後需接受放射線或賀爾蒙等輔助性治療。攝護腺癌病人接受根除性攝護腺切除手術後，可調式尿道中段懸吊系統的健保適應症為以下8項：手術後尿失禁持續9至12個月、保守性治療無效、無尿路阻塞、無尿路感染、膀胱功能正常、無膀胱過度反射或藥物治療可控制、無膀胱輸尿管逆流、無明顯膀胱餘尿，有需求的民眾可至泌尿部尋求相關協助。📞