NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

2025

晚期前列腺癌



由以下单位提供支持：

NCCN FOUNDATION
NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®
Guiding Treatment. Changing Lives.

可于
NCCN.org/patientguidelines
在线查阅



关于 NCCN Guidelines for Patients®

National Comprehensive Cancer Network®

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。这些频繁更新的建议便称为 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)。NCCN Guidelines for Patients 为癌症患者及其护理人员详细阐述了这些专家建议。

这些 NCCN Guidelines for Patients 是根据前列腺癌 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) 2025 年第 2 版 — 2025 年 4 月 16 日制定的。

有关 NCCN Guidelines for Patients 是如何制定的，请查阅以下网页 NCCN.org/patient-guidelines-process

在线免费阅读
NCCN Guidelines for Patients
NCCN.org/patientguidelines

查找您附近的
NCCN Cancer Center
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：AstraZeneca、Ferring Pharmaceuticals、Janssen Biotech, Inc.、Novartis Pharmaceuticals Corporation 和 Pfizer 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。

要进行捐赠或了解更多信息，请在线访问或发送电子邮件至

NCCNFoundation.org/Donate

PatientGuidelines@NCCN.org

目录

4 关于晚期前列腺癌

9 症状和风险因素

14 前列腺癌检查

26 前列腺癌治疗

39 区域性前列腺癌的治疗

47 转移性前列腺癌的治疗

58 支持治疗和其他帮助

65 其他资源

69 词汇表

72 NCCN 编著者

73 NCCN Cancer Centers

76 索引

© 2025 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、表示或暗示以任何方式修改过的 NCCN Guidelines for Patients 源自 NCCN Guidelines for Patient，以之为基础或与之相关。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。

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

1 关于晚期前列腺癌

5 什么是前列腺癌?

7 前列腺癌是否可以治愈?

7 您该如何做才能获得最佳治疗呢?

8 本书阐述了哪些内容?

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。本章概述了这种常见癌症。

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。前列腺是男性生殖系统的重要组成部分。该系统还包括阴茎、精囊和睾丸。

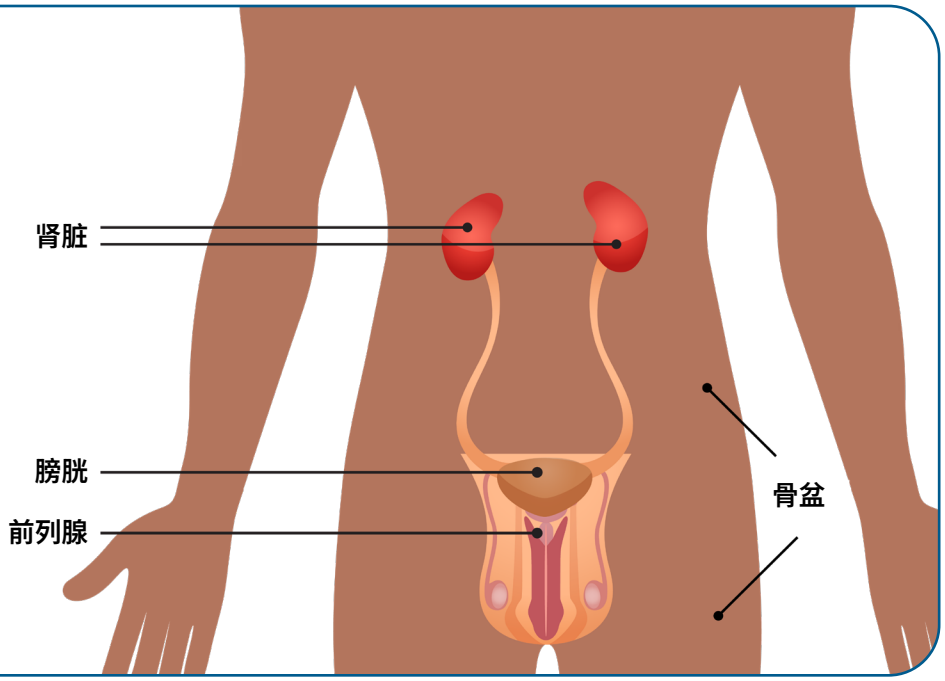
前列腺癌是最常见的癌症之一。当自然细胞过程出现问题,导致某些细胞生长失控时,就会发生癌症。

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。它们取代正常细胞,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。

前列腺癌分为早期和晚期。

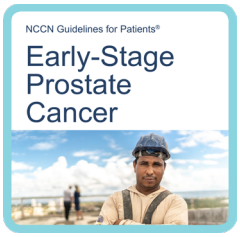
前列腺是男性生殖系统的重要组成部分。它位于膀胱下方的骨盆中,约有乒乓球大小。



早期

早期前列腺癌，也称为局限性前列腺癌，尚未扩散到前列腺之外。癌细胞通常生长缓慢，并停留在前列腺内。

有关早期前列腺癌的更多信息，请参阅 *NCCN Guidelines for Patients：早期前列腺癌*，请访问 NCCN.org/patientguidelines 和 NCCN Patient Guides for Cancer 应用程序。



晚期

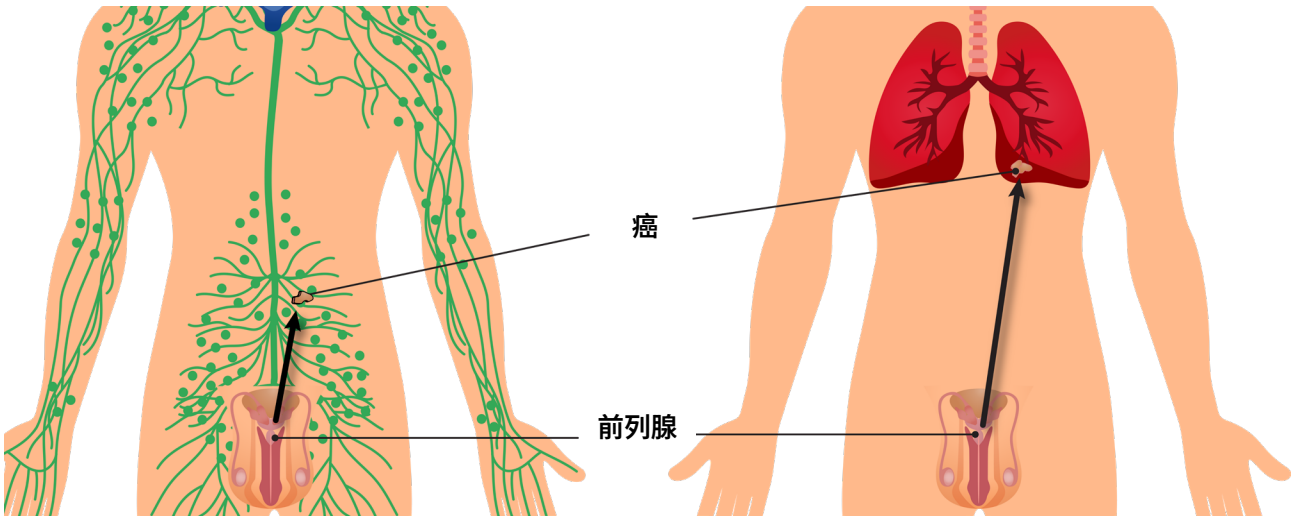
晚期意味着癌症已经扩散到前列腺以外的身体其他部位。这种扩散称为转移或转移性癌症。转移性前列腺癌可能会扩散到淋巴结、骨骼、肝脏、肺部和其他器官。

本书主要介绍晚期前列腺癌。

- 癌症从前列腺生长到淋巴结等附近区域，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**。

什么是晚期前列腺癌?

晚期前列腺癌生长到前列腺以外，并扩散到身体其他部位，例如远处淋巴结（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。



前列腺癌是如何扩散的?癌细胞利用血液像高速公路一样向身体远处扩散。癌细胞还可以通过淋巴系统扩散。淋巴系统是一个由器官和血管组成的网络,它可以抵抗感染,并将一种称为淋巴的透明液体循环到全身。

淋巴结是淋巴系统正常且重要的组成部分。淋巴结是一种小型抗病簇,可过滤淋巴液以清除病菌。淋巴管和淋巴结遍布全身。

某些患者在首次确诊时已患有晚期前列腺癌。还有一些患者是在接受早期癌症治疗后发展为晚期癌症。

前列腺癌是否可以治愈?

晚期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,并有助于延长寿命。

晚期前列腺癌的推荐治疗方法包括激素治疗、化疗、靶向治疗等。

的确,晚期前列腺癌对某些患者来说可能是致命的。但是,随着检测方法的改进和治疗手段的提升,前列腺癌导致的死亡人数正在持续减少。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。

对于晚期前列腺癌,
目前有许多新的检查
和治疗方法。

如有可能,请前往专门治疗前列
腺癌的医疗中心寻求治疗
或第二方意见。

您该如何做才能获得最佳治疗呢?

为自己争取权益。在您的治疗过程中,您扮演着至关重要的角色。实际上,通过向您的医护团队提出问题并与团队一起做决策,您更有可能获得自己期望的治疗。

NCCN Guidelines for Patients 将帮助您了解癌症治疗的相关知识。有了更深入的了解,您将能更充分地与医护团队讨论您的治疗方案,并说出您的疑虑。许多患者在积极参与自身治疗时会更有满足感。

您可能不清楚该向医护团队询问哪些问题。这很常见。本书每一章的结尾都设有一个重要板块，名为“*要咨询医生的问题*”。这些建议的问题将帮助您深入了解治疗的方方面面。

接下来，请继续阅读，了解最适合您的治疗方案！

本书阐述了哪些内容?

本章仅对晚期前列腺癌作简要概述。书中其他章节解释了以下内容：

- 前列腺癌的症状和风险因素
- 晚期前列腺癌的诊断检查
- 各类治疗及其作用（激素治疗及其他疗法）
- 区域性和转移性前列腺癌的治疗
- 治疗后的检测
- 癌症复发时的治疗
- 癌症治疗之外的护理

为何要阅读本书

做出癌症治疗决策可能会让人倍感压力。您或许需要在压力之下就复杂的选择做出艰难决定。

NCCN Guidelines for Patients 深受患者和医疗提供者的信赖。该指南清晰阐释了该领域权威专家提出的最新治疗建议。这些建议以顶级癌症中心的最新研究和实践为基础。

癌症治疗并非千篇一律。通过遵循针对您具体情况的专家建议，您更有可能优化治疗方案，并获得更好的治疗效果。这本书是您的指南，助您获取所需信息，从而做出重要决策。

2
症状和风险因素

10 前列腺癌有什么症状?

10 为什么会患前列腺癌?

13 关键点

13 要咨询医生的问题

前列腺癌患者常常疑惑自己为何会患病。癌症研究人员并不清楚前列腺细胞究竟为何会癌变，但已发现某些因素会增加患病风险。通常，前列腺癌患者都具备一个或多个此类风险因素。

前列腺癌有什么症状?

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。

如果出现症状，可能包括：

- 排尿困难或难以排空膀胱
- 排尿过于频繁
- 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。这会减缓尿流，让人感觉膀胱没有完全排空。

BPH 比前列腺癌更为常见。仅凭症状很难区分这两种疾病。但若出现任何症状，请务必告知医护人员。BPH 的一些症状包括：排尿困难、憋尿困难、腹股沟或骨盆疼痛或异样感、勃起功能障碍（勃起困难）或射精疼痛。

为什么会患前列腺癌?

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）的原因。事实上，每个有前列腺的人都有患前列腺癌的风险。

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。

前列腺的作用是什么?

前列腺是位于骨盆(臀部之间的区域)的腺体。前列腺对于有性生殖非常重要。

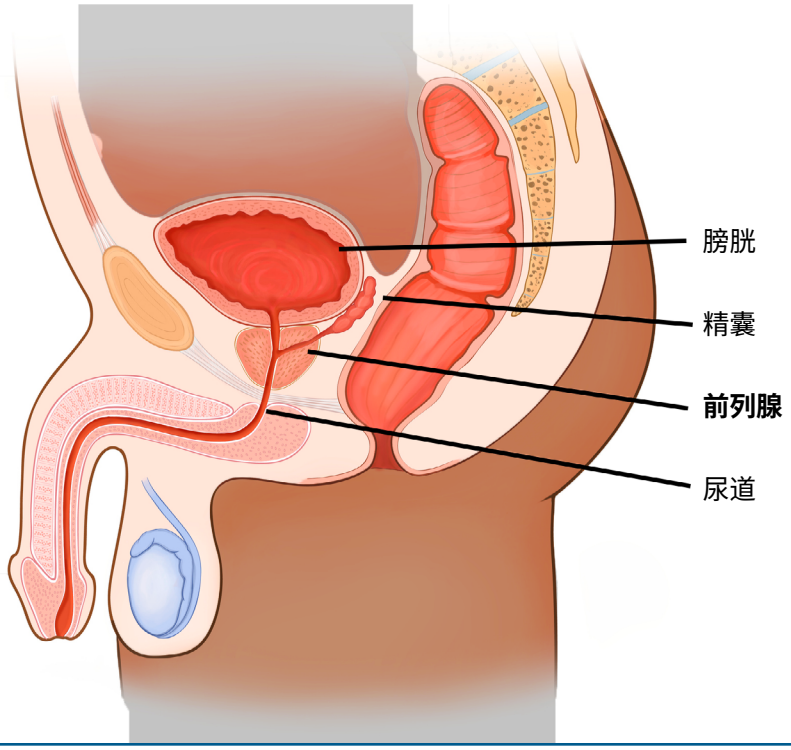
前列腺:男性生殖系统中的腺体。腺体是制造人体所需液体或化学物质的器官。前列腺可以产生一种滋养和帮助输送精子的液体。前列腺还包含有助于在射精时推动精液通过尿道的肌肉。

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。前列腺位于膀胱下方的尿道周围。

精囊:两个腺体,制造和储存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。



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。

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

遗传因素

如果家中多人患癌,可通过基因检测来发现已知与前列腺癌以及其他癌症有关的特定基因变化。例如,*BRCA*2 基因的遗传基因变化会增加患前列腺癌的风险。

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几率也是白人男性的两倍。

与黑人和白人男性相比,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。研究人员正试图了解这些差异的原因以及如何改善结局。

鉴于这些问题,建议黑人男性与其医护人员沟通,商讨是否需要在比平均风险人群更早、更频繁地接受筛查。

侵袭性/激进是什么意思?

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饮食能够导致前列腺癌或预防前列腺癌。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。吸烟和肥胖也会增加患前列腺癌和死于前列腺癌的风险。

另一方面,多吃水果和蔬菜的人患晚期前列腺癌的风险较低。通过饮食和运动保持健康体重,有望延缓前列腺癌的生长并降低因此死亡的风险。

关键点

- 每个有前列腺的人都有患前列腺癌的风险。
- 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。
- 晚期前列腺癌通常是一种终身疾病。治疗可以延缓病情，减轻症状，帮助患者延长寿命。
- 年龄是前列腺癌的主要风险因素。随着年龄的增长，患前列腺癌的概率也会增加。
- 近亲患有前列腺癌意味着您自己患前列腺癌的几率会更高。
- 有某些其他癌症家族病史的人患前列腺癌的风险可能也更高。

要咨询医生的问题

- 如果我没有任何症状，是否需要治疗？
- 我并未具备任何风险因素，为何仍患上前列腺癌？
- 我的前列腺癌遗传吗？
- 亲属患有乳腺癌，为何会增加我患前列腺癌的风险？
- 前列腺癌已扩散到身体其他部位的概率有多大？

“日子糟糕没关系，但不要让自己一直停留在那里。积极的态度会让您走得更远。”

3
前列腺癌检查

15 常见前列腺检查
17 一般健康检查
18 诊断检查
24 肿瘤分期
24 接下来做什么?
25 关键点
25 要咨询医生的问题

确诊前列腺癌并判断其分期需要接受多项检查。检查结果将帮助医护人员为您制定最合适的治疗方案。

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会发生什么。并不是每个前列腺癌瘤患者都会接受此处列出的每一项检查。

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。

两种常见的检查是前列腺特异性抗原 (PSA) 检查和直肠指检。

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。

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。



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行活检的原因。

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。

直肠指检

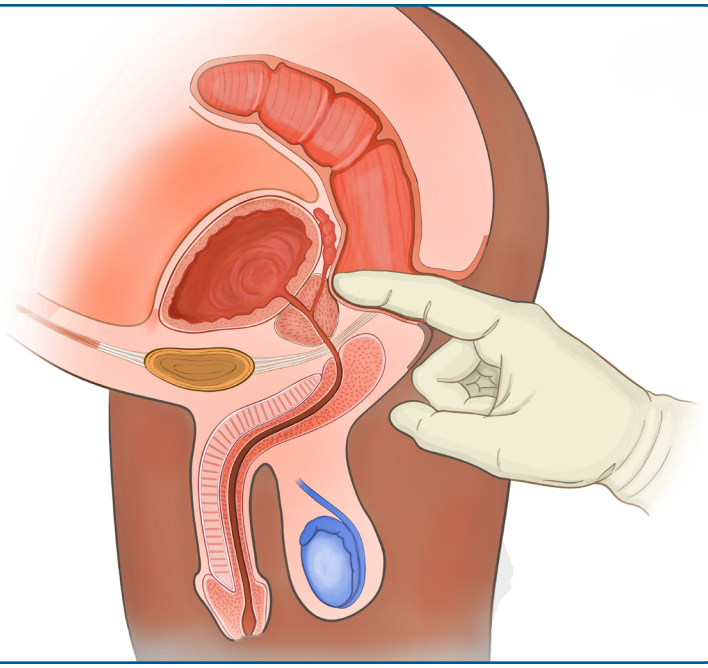
直肠指检（也称为前列腺检查）可能是一种令人尴尬和不愉快的检查方式。但这是检查前列腺大小和质地的最简单、最直接的方法。

在这项检查中，医生会将一根戴着手套的手指插入直肠，感受前列腺是否有癌症征兆。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。

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。



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。还需告知医护团队关于您出现的任何症状。

带上一份您服用的常规药物，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、圣约翰草或治疗脱发的非那雄胺 [Propecia]）会导致 PSA 水平发生变化，因此医护人员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。此类信息称为家族史。

重要的是，要向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。询问家庭成员是否有亲属患有癌症，他们是在什么年龄确诊患有癌症以及是否死于癌症。

还会向家庭成员询问其他健康问题，例如心脏病、卒中和糖尿病。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

医护人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。

就诊时，请让他人陪同您看诊、问问题，并记下答案。



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 PSA 水平高，可能需要进行额外的血液或尿液检查。

诊断检查

诊断检查用于确认您是否患有癌症。诊断检查还可用于确定癌症是局限性还是晚期。诊断检查有助于在确诊后制定治疗计划，并且可以检测癌症在治疗后是否仍在生长或扩散。

诊断检查包括成像扫描、活检和基因检测。

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）。



医护团队中有哪些成员？

前列腺癌治疗需要团队合作。医护团队中的一些成员会在整个治疗过程中一直陪伴您，而另一些成员能在其中的一部分时间陪伴您。

您的医护团队应通过沟通协作整合各专科领域的最佳专业知识，

团队的核心成员应包括前列腺癌专科医师，例如泌尿外科医生、放射肿瘤医生和内科肿瘤医生。

其他常见团队成员有：您的初级保健医生、护士、物理治疗师、医师助理、心理健康医护人员、营养师、遗传咨询师、药剂师、患者导航员、社会工作者、性治疗师等。

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医护团队。检查结果有助于制定您的后续治疗方案。医护团队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。

成像可以在活检前、活检期间或活检后进行。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。

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。

MRI 扫描

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

MRI 常用于活检前，以定位前列腺内的可疑区域，使活检能够精准取样。

更常见的是在诊断后使用，以判断癌症是否已扩散到前列腺外或进入淋巴结。MRI 扫描有助于制定治疗计划，也可以在治疗后检测癌症是否复发。

由于 MRI 使用磁铁，因此不能将任何金属物品（例如手机、珠宝首饰、手表或带金属扣的皮带）带入成像室。

CT 扫描

计算机断层扫描（CT 或 CAT）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 光图像整合，生成一系列横断面影像。

CT 扫描通常用于确诊后，以评估癌症在体内的范围（即癌症分期）。

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。确诊癌症后需要进行 PET 扫描，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。示踪剂会靶向您的癌细胞，癌细胞会在扫描中显示为亮点。

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，以提供更详细的图像。这些组合方法称为 PET/CT 和 PET/MRI 扫描。

PSMA-PET

PET 扫描使用不同类型的示踪剂。前列腺癌中最常见的示踪剂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。前列腺癌细胞会产生大量 PSMA，因此人们研发了专门靶向这种蛋白的示踪剂。

并非所有前列腺癌患者都需要进行 PSMA-PET 扫描。它主要用于监测前列腺癌是否复发。晚期前列腺癌的推荐治疗方法包括激素治疗、化疗、靶向治疗等。

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、存在较高的骨转移风险，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效果。

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。

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。骨骼受损可能由癌症、癌症治疗或其他健康问题所致。这些受损区域在扫描中显示为亮点。

超声

超声成像通常用于引导前列腺活检。这称为经直肠超声 (TRUS) 成像。

活检过程中，需要将超声探头插入直肠。探头大约一根手指大小。该设备利用高能声波从体内显示前列腺情况的视图。

通过这些图像，外科医生无需开腹就能取出一小块前列腺样本。

在某些治疗中心，您保存的 MRI 图像可与实时超声波相结合，以提供更详细的视图，进行更精确的活检。这称为 MRI-TRUS 融合。

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。



活检

活检是从体内取出细胞、体液或组织样本并进行癌症检测的过程。这是确认您是否患有癌症的主要方法。

活检样本可能取自前列腺、转移灶（已扩散到前列腺以外的癌症区域），有时也可能取自两者。

前列腺活检

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。

医生或其他医护人员会将一个润滑的探头插入您的直肠。该探头可生成图像，让医生看到体内的前列腺。

随后，医生会将一根空心针插入，途径可以是会阴部（肛门与阴囊之间的皮肤）或者经由直肠进入前列腺。

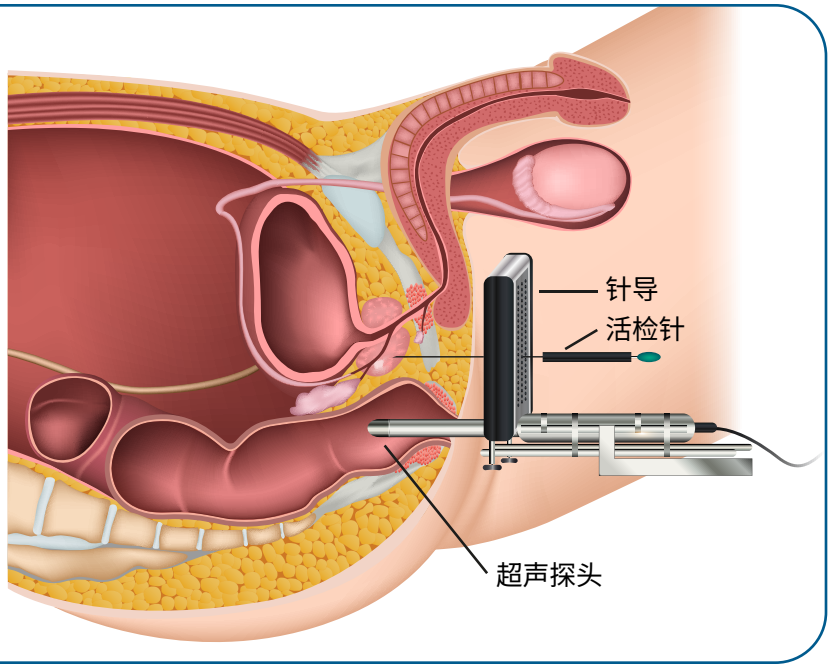
当针头拔出时，它会拉出一小块前列腺组织样本，称为核心样本。核心样本只有大约相当于牙签的宽度和葡萄干的长度。

通常情况下，医生会从前列腺的不同部位随机取出至少 12 个核心样本，同时/或者也会从 MRI 上识别出的前列腺可疑区域取出几个针对性的样本。检查不同部位可以更全面地评估整个腺体的癌症情况。

取出活检样本后，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。

前列腺活检

活检从组织中提取组织样本用于癌症检查。图中展示的是一种经会阴活检，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。



通过这些结果，病理学家可以估算出前列腺中的癌症数量和侵袭程度。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。您可以要求医生或医护团队的其他成员与您一起查看病理报告。

转移灶活检

转移灶活检样本可以取自淋巴结、内脏或骨骼中的肿瘤组织。这种活检方法与前列腺活检类似，都是使用空心针取出组织核心样本。

有时会采集血液样本（称为“液体活检”），以观察血液中是否存在癌细胞。

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。精液带血的现象可能需要更长时间才会消失。

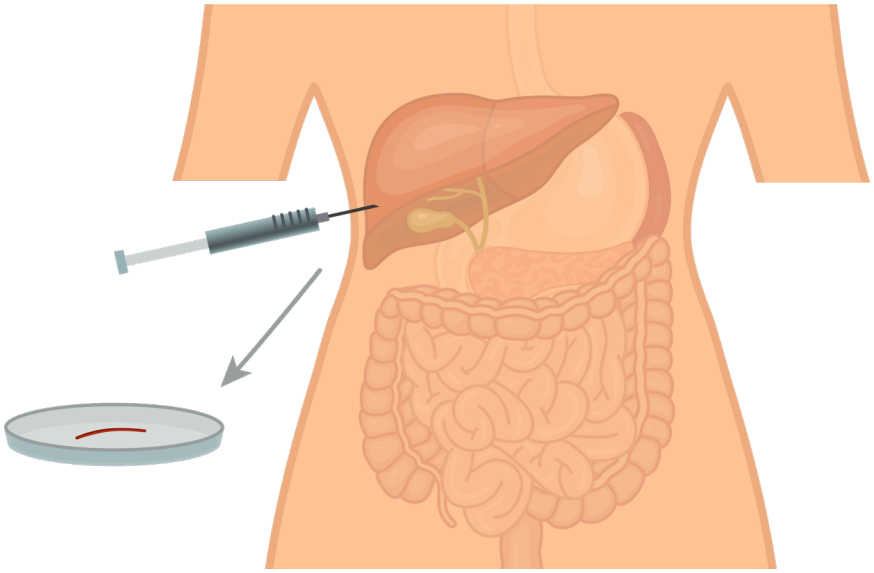
同样重要的是要知道活检不会导致前列腺癌扩散或恶化。

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。在癌症治疗中，生物标志物可用于靶向癌症。肿瘤 DNA 里的某些突变（变化）就是生物标志物。

转移灶活检

前列腺癌可能会转移到淋巴结、骨骼或内脏器官。转移灶活检（如图所示，取自肝脏）使用空心针取出一小块核心组织。该组织将在实验室进行检测，以观察是否存在癌细胞。



生物标志物检测就是寻找这样的变化。在可能的情况下，生物标志物检测会取用活检或手术中取出的肿瘤组织。若无法取得组织，也可用血液样本进行检测。

重要的是，生物标志物检测可以帮助指导治疗。它能判断某人的癌症是否存在可用靶向治疗攻击的特定突变。

生物标志物检测也能评估癌症生长与扩散的风险高低。若癌症处于低风险，或许可以暂缓治疗，这样也能避免与治疗相关的并发症和副作用。若癌症处于高风险，医护人员会建议尽快开始治疗。

关于生物标志物靶向治疗，详见*第 4 章：前列腺癌治疗*。

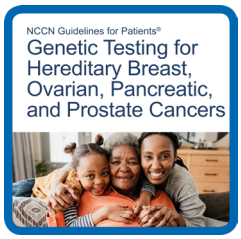
生物标志物检测不同于基因检测。生物标志物检测是寻找体细胞突变。体细胞（获得性）突变后天发生，不会遗传。基因检测是寻找种系（遗传性）突变（可从父母传给孩子）。

遗传风险基因检测

大多数前列腺癌不具有遗传性。但如果您有某些癌症的家族病史，或者您本人患有高危/晚期前列腺癌，医护人员可能会建议进行基因检测，以判断您是否有种系（遗传性）癌症风险。

医护人员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判断您是否适合进行基因检测，包括风险是否高到值得进行基因检测。遗传咨询师还可以为您解读检测结果。

如需了解更多关于遗传性前列腺癌基因检测的信息，请参阅 *NCCN Guidelines for Patients：遗传性乳腺癌、卵巢癌、胰腺癌和前列腺癌的基因检测*，请访问 NCCN.org/patientguidelines 和 NCCN Patient Guides for Cancer 应用程序。



肿瘤分期

肿瘤的形状和大小各不相同。因此，将一种肿瘤与另一种肿瘤进行比较并不容易。为解决这个问题，癌症专家创建了局部肿瘤、区域淋巴结、远处转移 (TNM) 系统来描述任何前列腺肿瘤。该系统基于成像扫描、活检和血液检查结果。

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）** - 表明癌症是否已经扩散（转移）到骨盆以外的身体部位

根据检查结果，医护人员会为每个字母分配一个数字。肿瘤越大或癌症扩散得越多，数字就越大。结合这些评分，就能为癌症分期。

分期是描述癌症在体内的程度和扩散范围的一种方式。这在首次确诊时进行。了解自己的分期对于预测病程和制定治疗计划非常重要。

本书未涉及的测量和评估包括 PSA 密度、Gleason 评分、等级分组和风险分组。如需了解更多相关信息，请参阅 *NCCN Guidelines for Patients：早期前列腺癌*，请访问 NCCN.org/patientguidelines 和 NCCN Patient Guides for Cancer 应用程序。



如何解读 TNM 评分

假设您的前列腺癌的 TNM 评分为 T4、N1、M1。TNM 评分表示肿瘤已经生长到前列腺以外的部位 (T4)，并且已经扩散到附近淋巴结 (N1) 和身体的一个或多个远处部位 (M1)。

为什么要了解 TNM 评分?首先，该评分可以让您了解癌症的程度。它还有助于预测癌症扩散的风险。您的风险水平有助于确定最适合您的治疗方法。

接下来做什么?

在完成前列腺癌的检查与确诊后，医疗团队将与您共同制定治疗方案。

下一章将介绍晚期前列腺癌的不同治疗方案。这一章之后，您将了解到哪些治疗方法可能适合您和您的特定癌症类型。

关键点

- 这些检查用于制定治疗计划以及检查治疗效果。
- 如果血液中的 PSA 含量高或上升，可能是前列腺癌的征兆。
- 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。影像学检查还能显示癌症的大小和位置。
- 活检是一种取出细胞或组织样本用于检测癌症的程序。
- 生物标志物检测寻找可用于识别癌症特征的特定变化。找到这些生物标记物可用于指导靶向治疗。
- 遗传检测用于判断您是否有遗传癌症的风险。您可以向医生咨询种系检测，或者要求转诊至遗传咨询师。

要咨询医生的问题

- 我将接受哪些检查?我需要如何准备检查?
- 检查有什么风险吗?
- 检查会痛吗?
- 接受基因检测有哪些好处和坏处?
- 得知检查结果需要多久，谁会向我解释这些结果?

4
前列腺癌治疗

27 激素治疗

30 非激素治疗

34 临床试验

36 支持治疗

36 接下来做什么?

38 关键点

38 要咨询医生的问题

治疗晚期前列腺癌的方法不止一种。本章介绍了许多治疗方案。与医护团队讨论哪种治疗方法最适合您。

前列腺癌是一种复杂性疾病，有许多治疗方案。晚期前列腺癌的推荐治疗方法包括激素治疗以及非激素治疗，例如化疗、免疫疗法、靶向治疗和放疗。

激素治疗通常联合一种或多种其他疗法。联合治疗可能比单独使用其中一种疗法更有效。

激素治疗

激素治疗是一种增加、阻断或去除激素的全身性（全身）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。

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。瑞卢戈利 (Orgovyx) 是一种 LHRH 拮抗剂，为每日服用一次的片剂。抗雄激素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。**请参阅《指南 1》**。

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。去势可以通过降低激素的药物或手术切除一个或两个睾丸（睾丸切除术）来完成。

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。虽然药物激素治疗可以在停药后逆转，但睾丸切除术是永久性的，且无法逆转。

如今，手术切除睾丸已不常见，因为全身性激素治疗在阻断睾酮方面通常同样有效。不过，仍有部分患者更愿意选择这种一次性手术，而非每日服药或定期注射。

新激素治疗

激素治疗是晚期前列腺癌的主要治疗方法。已使用数十年的药物（例如比卡鲁胺、氟他胺和尼鲁米特）有时仍用于治疗前列腺癌。

然而，新激素治疗在延缓癌症扩散和延长生命方面效果更好。这些新药包括阿比特龙、阿帕他胺、达罗他胺和恩杂鲁胺。您可能会听到治疗团队将这些药物称为新型、先进或新一代激素治疗。

激素治疗副作用

激素治疗可能有明显的副作用。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，出现副作用的风险就越大。这些副作用可能包括疲倦（疲劳）、潮热、情绪变化、体重增加、阴茎长度和睾丸大小变化、乳房触痛和增大以及肌肉质量下降。

指南 1
晚期前列腺癌的激素治疗药物

抗雄激素 可以阻断前列腺癌细胞上的受体接受睾酮。	• 阿帕他胺 (Erleada) • 比卡鲁胺 (Casodex) • 达罗他胺 (Nubeqa) • 恩杂鲁胺 (Xtandi) • 氟他胺 (Eulexin) • 尼鲁米特 (Nilandron)
LHRH 激动剂 可阻止黄体生成素释放激素 (LHRH) 的释放，从而导致睾丸停止制造睾酮。	• 戈舍瑞林 (Zoladex) • 亮丙瑞林 (Lupron Depot, Eligard) • 曲普瑞林 (Trelstar)
LHRH 拮抗剂 可阻断或阻止脑垂体（位于大脑中）制造 LHRH。这会导致睾丸停止制造睾酮。	• 地加瑞克 (Firmagon) • 瑞卢戈利 (Orgovyx)
雄激素合成抑制剂 可阻断雄激素的产生。	• 阿比特龙 (Zytiga, Yonsa) • 酮康唑 (Nizoral)

也可能会发生骨骼变薄和变弱（骨质疏松症）和骨折。开始 ADT 时，您将需要进行骨密度检测。如果您的骨密度较低，医护团队会向您推荐一些强化骨骼的药物。在接受 ADT 期间，每天服用钙和维生素 D 也有助于保持骨骼强健。

激素治疗也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因心脏问题而死亡的风险。请务必与医护团队谈谈您的个人风险。

LHRH 激动剂可使睾酮激增数周，然后降至检测不到的水平。这种增加被称为睾酮激增。睾酮激增可能会导致骨痛和泌尿系统问题。但这些症状会在治疗的最初几周后消失。您可以服用抗雄激素药物来预防睾丸激素激增。

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。

勃起功能障碍是指阴茎勃起困难或无法勃起。勃起功能障碍药物（例如伟哥和西力士）对接受激素治疗的人无效。这些药物不能恢复因雄激素水平降低而引起的性欲丧失。

然而，一些可以改善勃起功能障碍的治疗方案包括向阴茎注射药物、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。

小贴士

定期锻炼可以减轻激素治疗的症状和副作用，包括：

- 体重增加
- 疲劳
- 骨骼和肌肉质量下降

体育活动还能改善整体健康状况，让您感觉更好。请让医护团队为您推荐适合您的锻炼计划。

停止激素治疗后，您的性欲和勃起能力可能会逐渐恢复，但这一过程可能需要一年或更长时间。一些患者永远无法完全恢复勃起能力。

勃起功能障碍是前列腺癌患者抑郁的主要原因。如果您因勃起功能障碍或抑郁症状而出现问题，请询问医护团队有关治疗或咨询的事宜。我们可以提供帮助。

向医护团队咨询如何控制激素治疗的副作用。他们有办法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，以帮助您解决遇到的任何问题。您并不孤单，情感支持是癌症治疗的重要组成部分。

激素治疗的耐药性

激素治疗可以非常有效地缩小或减缓前列腺癌的生长。但对于转移性前列腺癌患者来说，随着时间推移，激素治疗可能会失去治疗效果，即使他们的睾酮处于非常低的水平。

为什么?因为癌症最终会学会如何在不使用大量睾酮的情况下生存，从而使其不受激素治疗的影响。癌症可以“抵抗”激素治疗。这称为激素抵抗性前列腺癌（也称为去势抵抗性前列腺癌）。

重要的是要知道，对激素治疗产生耐药性的前列腺癌仍可以治疗。因此，大多数激素抵抗性前列腺癌患者会继续接受 ADT，以将睾酮维持在较低水平。

其他降低激素的药物也仍在使用。这些激素治疗通常联合化疗、靶向治疗或免疫疗法等非激素治疗，以帮助获得更好的治疗效果。

> “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。”

非激素治疗

激素治疗可能是晚期前列腺癌的首选治疗方法，但并不是唯一治疗方法。其他不使用激素的全身性治疗也可以减缓癌症生长、预防癌症症状并延长生命。

如果您接受非激素治疗，也要继续接受 ADT，以确保睾酮保持在尽可能低的水平。**请参阅《指南 2》。**

化疗

化疗会损伤全身所有快速分裂的细胞。癌细胞分裂和繁殖迅速，这使它们成为化疗的良好靶点。

但化疗也会伤害健康细胞。因此这种治疗方法会引起副作用。由于化疗是一种艰难的治疗方法，因此只建议身体条件能够耐受的患者接受化疗。

尽管化疗有副作用，但它可以帮助转移性前列腺癌患者显著延长寿命。

前列腺癌化疗是一种通过静脉输注的液体药物。这意味着需要缓慢注入静脉长达一个小时。化疗每 3 周进行一次，共 6 到 10 次（周期），同时每天服用类固醇。

多西他赛

多西他赛 (Taxotere) 是治疗晚期前列腺癌患者最常用的化疗药物。虽然多西他赛不能治愈前列腺癌，但它可以帮助患者延长寿命，减轻疼痛和其他症状。对于一些首次服用 ADT 的患者来说，多西他赛是一种选择。在 ADT 无法阻止癌症生长后，多西他赛也可用于治疗转移灶。

指南 2
晚期前列腺癌的非激素全身性治疗

治疗类型	商标名称	通用名称	药物形式
化疗	Taxotere	多西他赛	静脉输注
	Jevtana	卡巴他赛	
	Paraplatin	卡铂	
	Platinol	顺铂	
	Novantrone	米托蒽醌	
免疫疗法	Provenge	Sipuleucel-T	静脉输注
	Keytruda	帕博利珠单抗	
生物标志物靶向治疗	Rubraca	卢卡帕尼	片剂
	Lynparza	奥拉帕利（加阿比特龙）	
	Akeega	尼拉帕利/阿比特龙	
	Talzenna	他拉唑帕尼（加恩杂鲁胺）	胶囊
放射性药物	Pluvicto	镥-177	静脉输注
	Xofigo	镭-223	
骨靶向治疗	Prolia，Xgeva	地诺单抗	注射
	Zometa	唑来膦酸	
	Fosamax	阿屈膦酸盐	片剂

卡巴他赛
如果多西他赛无效，卡巴他赛 (Jevtana) 也是一种化疗选择。卡巴他赛不能治愈前列腺癌，但它可以帮助患者延长寿命，改善疼痛和其他症状。

卡铂和顺铂
卡铂和顺铂是由铂制成的化疗药物。这些药物有时用于晚期或侵袭性癌症患者。通常，卡铂或顺铂会与卡巴他赛或多西他赛等另一种化疗药物联合使用。

米托蒽醌
米托蒽醌 (Novantrone) 用于缓解疼痛，减少对止痛药的需求。如果您无法耐受其他疗法，这是一种选择。

免疫疗法

免疫系统是人体抵御感染和疾病的自然屏障。免疫疗法可增强免疫系统发现和摧毁癌细胞的能力。免疫疗法通常单独用于治疗前列腺癌。

免疫疗法药物包括 sipuleucel-T 和帕博利珠单抗。

Sipuleucel-T
Sipuleucel-T (Provenge) 适用于症状很少或没有症状的激素抵抗性转移性前列腺癌患者。

这种药物称为“癌症疫苗”。首先，从患者体内采集免疫细胞并送往实验室。然后激活免疫细胞，使其能够识别并靶向前列腺癌细胞。最后，将免疫细胞注射回体内，在体内攻击癌细胞。

帕博利珠单抗
帕博利珠单抗 (Keytruda) 是一种称为免疫检查点抑制剂的免疫疗法。

对于一小部分因特定基因突变而导致前列腺癌的患者来说，帕博利珠单抗可以恢复免疫系统检测和摧毁癌细胞的能力。

生物标志物靶向治疗

该治疗靶向通过生物标志物检测发现的特定遗传变化——种系（遗传性）或体细胞（获得性）突变。

生物标志物靶向治疗仅适用于因此等基因变化导致前列腺癌的患者。这包括 *BRCA1*、*BRCA2* 和其他修复受损 DNA 的基因的突变。约 1/4 的转移性激素抵抗性前列腺癌患者携带这种基因突变。

晚期前列腺癌的生物标志物靶向治疗（也称为 PARP 抑制剂）包括卢卡帕尼 (Rubraca)、奥拉帕利 (Lynparza)、尼拉帕利和阿比特龙 (Akeega) 以及他拉唑帕尼 (Talzenna)。

由于基因突变因人而异，对某个人有帮助的治疗方法可能对另一个人没有帮助。

放射性药物

放射性药物是一种含有放射性物质的药物。这种物质会释放辐射来杀死癌细胞。辐射不会传播到远离癌细胞的地方，因此附近的健康组织基本不会受到伤害。

放射性药物通过静脉注射（静脉注射）。由于放射性药物通过肠道排出体外，因此常见的副作用是恶心、腹泻和呕吐。

放射性药物包括镥-177 和镭-223：

镥-177

镥-177 (Pluvicto) 是一种靶向放射性药物，可在身体任何部位的前列腺癌细胞表面寻找一种特定的蛋白质（前列腺特异性膜抗原，PSMA）。当这种药物发现 PSMA 时，它会附着在癌细胞上，并将少量放射性物质植入其中。癌细胞吸收药物的辐射后死亡。

镥-177 是一种静脉输注药物，每 6 周输注一次，最多使用 6 次。您需要进行 PSMA-PET 扫描，以确定这种疗法是否对您有效。

镭-223

镭-223 (Xofigo) 用于已经转移到骨骼但尚未扩散到其他器官的前列腺癌。

镭-223 是一种注射剂，每月注射一次，持续 6 个月。它在骨骼中聚集并释放辐射，可以杀死该部位的前列腺癌细胞。每次给药前都需要进行血液检查。骨靶向治疗（地诺单抗或唑来膦酸）通常与镭-223 一起使用。

镭-223 还可用于减轻骨转移引起的疼痛。

放疗

放疗利用高能射线杀死癌细胞并缩小肿瘤。放疗在一定时间内按常规剂量进行。

外照射放疗 (EBRT) 是用于治疗前列腺癌的放射类型。EBRT 使用一台机器将辐射精确靶向体内的癌症，同时尽量避开健康组织。这种技术能更安全地提供更大剂量的辐射。

对于转移性前列腺癌，放疗主要用于治疗初始治疗后复发的癌症。放疗还可用作缓解骨转移疼痛的姑息治疗。

放疗的一些可能副作用包括排尿和排便问题、勃起功能障碍和疲劳。

临床试验

参加临床试验是接受癌症治疗的另一种途径。

临床试验是一种医学试验性研究。在开发出潜在对抗癌症的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。

阶段

大多数癌症临床试验侧重于治疗并分阶段进行。

- **1 期试验**研究试验用药或治疗方法的安全性和副作用。
- **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 批准治疗的安全性和获益。

每位癌症患者都可以询问并获得关于临床试验的信息。

了解所有治疗方案意味着不会错过有希望的新疗法的临床试验机会。



“

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。”

谁能入组？

这取决于临床试验的规则，即资格标准。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。这些规则可确保受试者在特定方面是相似的，并尽可能保证试验对受试者是安全的。

知情同意

临床试验由研究团队管理。该专家组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。请仔细阅读同意书，并在签署前提出问题。花些时间与您信任的人讨论。请记住，您可以随时离开，寻求临床试验之外的治疗。

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。



寻找临床试验

美国

NCCN Cancer Centers
NCCN.org/cancercenters

国家癌症研究所 (NCI)
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

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。但由于额外的预约，您可能需要支付其他服务的费用，例如交通或托儿费用。试验期间，您将继续接受标准癌症护理。标准癌症治疗通常由保险承保。

支持治疗

支持治疗(也称为姑息治疗)可治疗癌症症状、癌症治疗的副作用以及其他相关健康问题。

在癌症的任何阶段都可以获得支持治疗,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患者往往生活质量更高,治疗效果也可能更好。

骨靶向治疗

支持治疗可能对骨转移患者尤其有用。转移到骨骼的前列腺癌会导致剧烈疼痛、骨折(骨折)、骨质流失(骨质疏松症)和脊髓挤压(压迫)。

前列腺癌的一些治疗方法(例如激素治疗)会导致骨质疏松,增加骨折风险。

靶向骨药物有助于缓解骨痛,并减少产生骨骼问题的风险。一些药物通过减缓或阻止骨质破损发挥作用,另一些药物则有助于增加骨厚度。药物包括 Prolia(地诺单抗)、Xgeva(地诺单抗)、Zometa(唑来膦酸)和 Fosamax(阿屈膦酸盐)。

有关详细信息,请参阅*第 7 章:支持治疗和其他帮助*。

接下来做什么?

本章介绍了晚期前列腺癌(包括区域性和转移性前列腺癌)的现有治疗方案。

如果您确诊患有区域性前列腺癌,请翻阅下一章,了解治疗计划中包含的典型疗法。

如果您确诊患有转移性前列腺癌,请翻阅*第 6 章:转移性前列腺癌的治疗*,了解这种晚期癌症的常见(和不常见)治疗方案。



什么是共同决策?

某些癌症患者希望医护人员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。

在共同决策中,您和医护团队需要共享信息、讨论治疗方案,并就治疗计划达成一致。

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。
- 每项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:

- 您对治疗、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。

关键点

- 睾酮有助于前列腺癌的生长。
- 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。
- 激素治疗最终会对前列腺癌失去疗效。随后变为激素抵抗性前列腺癌。
- 激素治疗通常联合一种或多种其他疗法，这些疗法可以更有效地减缓或缩小晚期前列腺癌。
- 与激素治疗一起用于晚期前列腺癌的其他疗法包括化疗、免疫疗法、靶向治疗、放射性药物和放疗。
- 激素治疗会引起许多可能的副作用。但这些治疗和疗法均可采用。
- 支持治疗能够缓解癌症引起的症状和治疗副作用。所有晚期前列腺癌患者均应接受支持治疗。

要咨询医生的问题

- 是否有任何治疗方案能治愈或长期控制癌症？
- 我的年龄、种族、总体健康状况和其他因素对我的治疗方案有何影响？
- 我应该立即报告哪些症状和副作用，以及我应该联系谁？
- 治疗会影响我的排尿能力吗？或者会影响勃起能力吗？
- 如果出现严重副作用，您会停止或改变我的治疗吗？

5
区域性前列腺癌的治疗

40 关于区域性前列腺癌

40 治疗

44 治疗后的检测

44 持续或复发治疗方法

46 接下来做什么?

46 关键点

46 要咨询医生的问题

区域性前列腺癌已经生长到前列腺以外的淋巴结等附近区域，但不会生长到更远处。通常需要局部和全身性（全身）治疗。

关于区域性前列腺癌

区域性前列腺癌是指癌症从前列腺扩散到邻近组织，例如附近的淋巴结、膀胱或直肠。但尚未扩散到更远处。（如需了解已扩散到远处淋巴结、骨骼或器官的前列腺癌，请翻阅*第 6 章：转移性前列腺癌的治疗*。）区域性前列腺癌有时也称为局限性晚期前列腺癌。

治疗

对仅扩散到前列腺外部位的前列腺癌的主要担忧是它可能继续继续进一步扩散（转移）到身体其他部位。因此，区域性前列腺癌的治疗比早期前列腺癌的治疗更为积极。

治疗既针对前列腺本身的癌症，也针对前列腺以外的癌症。因此，治疗通常包括局部治疗（放疗或前列腺手术）和全身性治疗（激素治疗）。

治疗方案还基于预期寿命和症状。预期寿命越长，症状越多，治疗就越积极。**请参阅《指南 3》。**

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。您的预期寿命估计可能是决定您需要进行哪些检查和治疗的关键因素。

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。

预期寿命：5 年以上或有症状

如果您的预期寿命估计超过 5 年或有症状，则治疗方案包括：

放疗和激素治疗

对于患有区域性前列腺癌且预期寿命较长或症状较多的患者，首选初始治疗方法是外照射放疗 (EBRT) 以及长期（2 年）激素治疗加阿比特龙（Zytiga，一种雄激素抑制剂）。首选治疗有充分证据显示其疗效更佳，而且可能比其他疗法更安全。

EBRT 可治疗前列腺和癌性淋巴结，而长期激素治疗可将睾酮降至最低水平，以防止癌症恶化。

初始治疗的另一种方案是放疗加长期（2 到 3 年）激素治疗，但不加阿比特龙。对于那些因其他健康状况而无法服用阿比特龙的患者来说，这可能是一种选择。

激素治疗（伴或不伴阿比特龙）

对于有其他严重或危及生命健康问题的区域性前列腺癌患者来说，可选择使用雄激素剥夺治疗 (ADT)。

可以在 ADT 的基础上添加阿比特龙，这可能有助于延长患者寿命，但可能带来更多副作用。需要服用类固醇来减轻这些副作用。

前列腺手术

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，还会切除周围组织和精囊。盆腔淋巴结清扫术 (PLND) 是一种切除附近淋巴结的手术。根治性前列腺切除术伴 PLND 仅适用于作为某些区域性前列腺癌病例的一种治疗方案。它适用于以下情况：

- 肿瘤尚未生长到前列腺以外的部位。
- 肿瘤可通过手术完全切除。
- 估计预期寿命为 10 年或更长。
- 无其他严重的健康疾病。

指南 3
区域性前列腺癌：初始治疗方案

预期寿命	初始治疗
5 年以上或有症状	放疗和激素治疗
	激素治疗 + 阿比特龙
	激素治疗
	根治性前列腺切除术和盆腔淋巴结切除
不超过 5 年和无症状	观察
	放疗
	放疗和激素治疗
	激素治疗

根治性前列腺切除术是一项复杂的手术，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。

尽管如此，海绵神经束可能会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保护这些神经，但手术过程中对神经的损伤有时是不可避免的，尤其是当癌症更具侵袭性时。

根治性前列腺切除术可能产生的副作用包括尿失禁和勃起功能障碍。

尿失禁（无法憋尿）通常是暂时性的。大多数患者会在数月后逐渐恢复对膀胱的控制。进行锻炼来增强盆底肌力量会有所帮助。如果尿失禁问题持续存在，可以进行另一种手术来改善。

勃起功能障碍可能会在术后几个月到 2 年内逐渐改善。然而，您可能永远无法恢复以前的勃起功能。治疗方案包括服用药片（例如伟哥和西力士）、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。

勃起功能障碍是前列腺癌患者抑郁的主要原因。如果您因勃起功能障碍或抑郁任何症状而出现任何问题，请询问医护团队有关治疗或咨询的事宜。我们可以提供帮助。

指南 4
前列腺手术后可能发现的不良特征

如果检查结果显示前列腺手术后出现以下高危特征，您可能需要接受附加治疗：	与肿瘤一起切除、外观正常的组织中检出癌细胞（手术切缘）
	前列腺周围层外检出癌细胞
	精囊内检出癌细胞
	可检测的 PSA 水平

前列腺手术后的附加治疗

手术完成后，会对切除的前列腺组织进行检测。若做了盆腔淋巴结清扫术，淋巴结也会被送检。如果检测结果显示组织存在不良（高危）特征**（请参阅《指南 4》）**，或癌症已扩散至淋巴结，则可能需要附加治疗：

- **无不良特征且淋巴结中没有癌细胞** – 这些结果意味着无需附加治疗。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。
- **不良特征** – 如果检查结果发现前列腺组织存在不良特征，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。也可进行附加治疗。
- **淋巴结内发现癌细胞** – 如果前列腺手术结果显示癌细胞已扩散至淋巴结，但没有其他不良特征，那么附加治疗可能成为下一方案。如果检测不到 PSA 水平，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。

针对 PSA 复发的附加治疗将在本章第 44 页稍后部分进行讨论。

预期寿命：不超过 5 年和无症状

对于预期寿命估计不超过 5 年且无症状的区域性前列腺癌患者，采用积极性较低的治疗方法：

“

我接受了根治性前列腺切除术。因为我的前列腺癌非常靠近一条神经束，所以我选择切除它。我没有为此感到烦恼，因为了解到还有其他方法可以勃起。”

观察

对于预期寿命不超过 5 年的患者，可选择进行观察。它适用于有其他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，这些症状可通过疼痛缓解（姑息）治疗来治疗。

放疗伴或不伴激素治疗

如果您目前没有症状，但您或医生认为未来可能出现癌症症状，您可以选择接受放疗、长期激素治疗，或两者联合，以预防症状发生。

激素治疗

对于患有区域性疾病、无症状且预期寿命不超过 5 年的患者，可选择使用 ADT。该治疗用于延缓癌症发展，推迟或减轻症状。ADT 可能包括 LHRH 激动剂、LHRH 拮抗剂或手术切除睾丸。

治疗后的检测

初始治疗后，您将接受复查，以了解治疗效果如何。定期前列腺特异性抗原 (PSA) 检测和不定期成像扫描可以显示癌症是否得到控制。

如果您接受了根治性前列腺切除术，所有生产 PSA 的细胞都应已通过前列腺手术清除。因此术后首次 PSA 检查时应无法测出 PSA 水平。若您接受了放疗，PSA 水平应稳步下降，然后长期维持在低水平。

PSA 非常低或检测不到

如果您的 PSA 在放疗后非常低或在前列腺手术后检测不到，则需要监测癌症是否复发。

监测包括在每 6 至 12 个月检测一次 PSA，持续数年。高危复发患者可能需要更频繁地进行 PSA 检测，例如每 3 个月一次。您将持续接受监测，或直至出现以下体征或症状。

PSA 升高或上升

如果您的 PSA 在前列腺手术后没有下降至检测不到的水平，您可能仍然患有癌症（持续）。或者，如果您的 PSA 在初始治疗后下降，但几个月或几年后又再次上升，这很可能意味着癌症复发（复发）。无论哪种情况，都可以进行进一步治疗。

持续或复发治疗方法

如果在初始治疗后 PSA 持续或复发，您的预期寿命估计将指导您的后续治疗。

超过 5 年

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。检查包括 PSA 倍增时间；全身 PSMA-PET、CT 或 MRI 扫描成像；以及可能还有活检。这些检查结果将为您的后续治疗提供参考。

癌症持续或复发的治疗取决于您的区域性前列腺癌初始治疗是放疗还是前列腺手术。**请参阅《指南 5》。**

不超过 5 年

如果您的预期寿命估计不超过 5 年，且前列腺癌持续存在或复发，选择观察可能比接受治疗更好。观察包括检查前列腺癌和留意症状。

对症状的治疗主要以支持治疗为核心。这意味着缓解或消除症状，而非努力治疗癌症。这种方式能在避免不必要治疗负担的同时，帮助您保持生活质量。

指南 5
PSA 持续或复发的治疗

初始治疗	检查结果	治疗方案
根治性前列腺切除术	PSA 升高，但无其他癌症征兆	• 放疗伴或不伴激素治疗（首选） • 监测
	盆腔淋巴结癌	• 放疗和激素治疗 • 放疗和激素治疗 + 阿比特龙
	癌症已经扩散到身体的其他部位（转移）	• 需要深度治疗
放疗	PSA 升高或直肠指检异常，但无其他癌症征兆 或 癌症只存在于前列腺内	• 监测 • 激素治疗 • 根治性前列腺切除术和盆腔淋巴结切除 • 冷冻疗法 • 高强度聚焦超声 • 再程放疗
	盆腔淋巴结癌	• 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 • 盆腔淋巴结再程放疗伴或不伴激素治疗 • 盆腔淋巴结切除伴或不伴激素治疗
	癌症已经扩散到身体的其他部位（转移）	• 需要深度治疗

接下来做什么?

在接受区域性前列腺癌治疗后,您仍需接受检查和诊疗,以监测癌症是否复发,或对现有癌症进行治疗。

监测是随访计划的关键部分。请务必继续接受随访,定期检测 PSA,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。有关转移性前列腺癌的治疗方案,请参见下一章。

关键点

- 区域性前列腺癌已经从前列腺扩散到邻近组织,但未扩散到更远处。
- 对区域性前列腺癌的主要担忧是它可能会继续扩散到身体其他部位。
- 区域性前列腺癌的治疗方法通常包括局部治疗和全身性治疗。
- 对于预期寿命较长或症状较多的区域性前列腺癌患者,首选初始治疗有外照射放疗 (EBRT)、长期雄激素剥夺治疗 (ADT) 和阿比特龙。
- 对于预期寿命不超过 5 年且无症状的区域性前列腺癌患者,采用积极性较低的治疗方法:
- 前列腺特异性抗原 (PSA) 持续是指 PSA 没有下降至检测不到的水平。这表明癌症尚未消失。
- PSA 复发是指 PSA 水平在初始治疗后下降,但随后又再次上升。这表明癌症已经复发。

要咨询医生的问题

- 我有多长时间来决定治疗方案?是否会有社会工作者或其他人可以帮我做决定?
- 治疗会痛吗?多久能重返工作岗位?
- 何时能够知道治疗是否有效?
- 治疗后癌症进展或转移的可能性有多大?
- 我现在选择的治疗方案会不会限制将来癌症复发时可供使用的治疗方案?

6
转移性前列腺癌的治疗

48 关于转移性前列腺癌

48 主要治疗方法

50 激素敏感性前列腺癌的治疗

52 激素抵抗性前列腺癌的治疗

57 接下来做什么?

57 关键点

57 要咨询医生的问题

当前列腺癌扩散到身体其他部位时，则需要进行全身性（全身）治疗。本章介绍了远处转移性前列腺癌的治疗方案。

关于转移性前列腺癌

转移性前列腺癌是指癌症已经扩散（转移）到前列腺外和骨盆以外的身体其他部位。

前列腺癌容易扩散的部位包括：

- 远离前列腺的淋巴结
- 脊柱、骨盆或肋骨的骨骼
- 肝脏、肺部、大脑等器官

您可能在首次确诊时就已患有转移性癌症。或者，在接受早期或区域性前列腺癌治疗后，癌症也可能会发生转移。

转移性前列腺癌很难治疗。然而，目前有多种疗法可以靶向癌症，阻止或减缓其进展，减轻症状并延长生命。

主要治疗方法

转移性前列腺癌的主要治疗方法是激素治疗，特别是雄激素剥夺治疗 (ADT)。

ADT 的目的是将雄激素（主要是睾酮）降低至不再为癌症提供燃料的程度。此低点称为去势水平，即血液中睾酮几乎为零的时候。

新确诊转移性前列腺癌患者将开始 ADT 治疗，以将睾酮降至去势水平。已经接受 ADT 治疗的转移性前列腺癌患者将继续接受治疗，以将睾酮保持在最低水平。

ADT 有几种形式。其中包括药物（促黄体激素释放激素 [LHRH] 激动剂伴或不伴抗雄激素，或 LHRH 拮抗剂），有时也包括手术（切除睾丸）。

尽管 ADT 是治疗晚期前列腺癌的主要治疗方法，但这种治疗方法通常不再单独使用。在 ADT 的基础上增加 1 或 2 种附加治疗可能有助于延长寿命和减少症状。您可能会听过这种称为双药治疗（ADT + 另一种治疗）或三药治疗（ADT + 2 种附加治疗）的治疗方法。

附加治疗包括二线激素治疗、化疗、免疫疗法、靶向治疗和放射性药物治疗。

您将接受哪种附加治疗取决于几个考虑因素。首先要考虑的是 ADT 对您是否仍然有效。用医学术语来说，您的癌症是**激素抵抗性**还是**激素敏感性**？

激素抵抗性前列腺癌（也称为去势抵抗性前列腺癌）是指癌症学会了如何在不使用睾酮作为燃料的情况下生长。因此，激素治疗对它不再有效 — 大部分癌症对 ADT 产生了“耐药性”。

如果您曾接受过 ADT 治疗，但效果不佳，请阅读第 52 页，了解激素抵抗性转移性前列腺癌的治疗方案。

激素敏感性前列腺癌（也称为去势敏感性前列腺癌）是指目前未接受 ADT 治疗或从未接受过 ADT 治疗。（这不包括作为短期附加治疗的 ADT，例如在放疗期间进行的激素治疗）。因此，这种癌症对激素治疗“敏感”。也就是说，激素治疗仍可以治疗这种癌症。

您也可能听说过它的旧名“去势初治前列腺癌”，这意味着激素治疗是治疗这种癌症的一种新（“初治”）治疗方法。

如果您的癌症属于这种情况，请阅读以下关于激素敏感性前列腺癌治疗方案的部分。

“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。”



激素敏感性前列腺癌的治疗

顾名思义，激素敏感性转移性前列腺癌主要采用激素治疗。ADT 被认为是一线激素治疗。但在治疗晚期前列腺癌时，通常会在 ADT 的基础上增加二线降激素治疗。它可以防止癌症进一步生长和扩散。**请参阅《指南 6》。**

首选治疗

首选治疗有充分证据显示其疗效良好，而且可能比其他疗法更安全。激素敏感性前列腺癌的首选治疗方案包括 ADT 加二线降激素药物（双药治疗）。

医学研究表明，使用 ADT 加另一种降激素药物的患者往往比单独使用 ADT 的患者寿命更长。

首选二线降激素药物包括阿比特龙、阿帕他胺和恩杂鲁胺。医护团队将与您讨论哪种药物可能最适合您。

如果给您开的是阿比特龙，您还需要服用一种类固醇药物来减少副作用。

激素敏感性转移性前列腺癌的首选治疗也包括三药治疗方案：ADT 和化疗药物（多西他赛）加降激素药物（阿比特龙或达罗他胺）。

这意味着需要使用大量药物。因此，三药治疗更常被推荐给存在多处转移、身体在接受激素治疗加其他治疗的同时还能耐受化疗的患者。

指南 6
激素敏感性前列腺癌的首选治疗

双药治疗方案	ADT + 阿比特龙 (Zytiga)		
	ADT + 阿帕他胺 (Erleada)		
	ADT + 恩杂鲁胺 (Xtandi)		
三药治疗方案	ADT + 化疗（多西他赛）	+	阿比特龙 (Zytiga)
			达罗他胺 (Nubeqa)

其他推荐的治疗

除首选治疗外，还有其他推荐的治疗。其他推荐疗法的效果可能不如首选疗法，但它们仍有助于治疗癌症。

其中一种选择是 ADT 加外照射放疗 (EBRT)，用于帮助阻止低瘤负荷激素敏感性前列腺癌进一步扩散。低瘤负荷前列腺癌是指骨骼和/或远处淋巴结有零至少数几处转移灶，内脏器官没有转移灶。在某些情况下，可在 ADT 和 EBRT 的基础上加用阿比特龙，以增强疗效。

虽然本书并未列出所有其他针对激素敏感性前列腺癌的推荐治疗，但您应知道它们同样可供您选择。

随访

治疗后，您将定期进行随访检查，以了解治疗效果，并检查是否有癌症复发体征或症状。

如果您没有任何体征或症状，说明当前治疗可能已将癌症控制稳定。医护人员将继续为您进行检查。如果情况保持稳定，您将继续接受当前治疗，除非开始出现变化或症状。

如果随访检查发现治疗无效，且激素敏感性前列腺癌正在生长或扩散，您可能已经患有激素抵抗性前列腺癌。下文将讨论此问题。

许多晚期前列腺癌患者最终会在治疗过程中接受 2 种、3 种或更多种不同的疗法。



激素抵抗性前列腺癌的治疗

即使睾酮水平非常低，激素抵抗性转移性前列腺癌也会继续生长。

这是因为一些癌细胞学会了适应并在没有正常睾酮供应的情况下生存。此外，癌症可能会从肾上腺获得一些雄激素，肾上腺会制造少量睾酮。甚至肿瘤本身也会产生雄激素，帮助癌细胞生长。随着这些细胞的增殖，ADT 会逐渐失去对癌症的疗效。

ADT

为了治疗激素抵抗性转移性前列腺癌，需要将睾酮保持在去势水平。因此，进行 ADT 仍很重要。医护团队可能会让您继续接受相同的 ADT 治疗，也可能会要求您改用其他药物。

除了 ADT 外，医护团队还会建议您接受其他治疗。**请参阅《指南 7》。**您将接受哪种治疗取决于几个因素。包括：

- 您先前接受的治疗（如有）
- 转移灶在您体内的位置
- 转移瘤的数量
- 症状
- 潜在副作用
- 您的偏好

除 ADT 外，治疗激素抵抗性前列腺癌的治疗方案还包括二线激素治疗、化疗、免疫疗法、生物标志物靶向治疗和放射性药物治疗，或这些治疗方法的组合。

指南 7
激素抵抗性前列腺癌的首选治疗方案

	治疗类型	治疗	何时使用
首选方案	二线激素治疗	ADT + 阿比特龙 (Zytiga)	如果既往**未接受过**阿比特龙、恩杂鲁胺、阿帕他胺或达罗他胺治疗
		ADT + 恩杂鲁胺 (Xtandi)	
	化疗	ADT + 多西他赛 (Taxotere)	如果既往**未接受过**多西他赛治疗
		ADT + 卡巴他赛 (Jevtana)	如果既往**接受过**多西他赛治疗

对于具有特定特征的激素抵抗性前列腺癌，还有专门的治疗方案。在特定情况下采用的疗法对具有特定癌症特征或处于特定健康状况的人群效果最为显著。**请参阅《指南 8》。**

如果您最初确诊患有早期前列腺癌或激素敏感性前列腺癌，您可能已经接受过 ADT 和化疗或新一代激素治疗。接受过这两种治疗中的任何一种都会影响您的下一步治疗。

指南 8
某些激素抵抗性前列腺癌病例使用的治疗

特定病例	治疗
如果症状较轻或没有症状，且前列腺癌尚未扩散到其他内脏器官	ADT + sipuleucel-T (Provenge)
如果携带 *BRCA* 基因突变且尚未接受过二线激素治疗	ADT + 尼拉帕利/阿比特龙 (Akeega) + 泼尼松
	ADT + 奥拉帕利 (Lynparza) + 阿比特龙 (Zytiga)
如果携带 *BRCA* 基因突变且已接受过激素治疗	ADT + 卢卡帕尼 (Rubraca)
如果携带 DNA 修复基因突变（*BRCA* 或其他基因），且尚未接受过二线激素治疗	ADT + 他拉唑帕尼 (Talzenna) + 恩杂鲁胺 (Xtandi)
如果携带 DNA 修复基因突变（*BRCA* 或其他基因），且已接受过激素治疗	ADT + 奥拉帕利 (Lynparza)
如果您患有侵袭性转移性前列腺癌，且多西他赛不是良好治疗选择	ADT + 卡巴他赛 (Jevtana) + 类固醇，联合或不联合卡铂
如果需要缓解疼痛，但无法接受其他疗法	ADT + 米托蒽醌 (Novantrone) + 泼尼松
如果有骨转移引起症状，但没有其他转移	ADT + 镭-223 (Xofigo)
如果前列腺癌产生 PSMA，且已接受过激素治疗	ADT + 镥-177 (Pluvicto)
如果携带某些基因突变（高微卫星不稳定性或高肿瘤突变负荷），且已接受过激素治疗联合或不联合化疗	ADT + 帕博利珠单抗 (Keytruda)

二线激素治疗

ADT 是用于治疗转移性前列腺癌的一线激素治疗。如果前列腺癌对激素产生耐药性，通常会增加二线激素治疗。二线激素治疗可能会减缓癌症发展或防止其向远处扩散。

首选二线治疗方案包括新（新一代）激素治疗：

- 阿比特龙 (Zytiga)
- 恩杂鲁胺 (Xtandi)

其他二线激素治疗

如果首选二线激素治疗不能减缓癌症，还有其他推荐的降激素治疗方案：

- 如果由于费用或供应问题而无法选择新激素治疗，添加一种早期抗雄激素（尼鲁米特、氟他胺或比卡鲁胺）可能会有效。
- 停用抗雄激素药物也可能有效。有时停药会对某些患者产生降低 PSA 水平的相反效果。
- 在 ADT 的基础上使用皮质类固醇（氢化可的松、泼尼松或地塞米松）本身也是一种降激素疗法。
- 酮康唑 (Nizoral) 是一种在不能使用或无法使用二线激素治疗或化疗时偶尔会开出的药片。它与类固醇（氢化可的松）一起服用，可减少恶心和呕吐等副作用。

化疗

ADT 加化疗可作为转移性前列腺癌的首选治疗方法，如果其他治疗方法效果不佳，也可以在随后采用这种治疗方法。如果癌症更具侵袭性，可以单药（例如多西他赛）或双药（卡巴他赛和卡铂）进行化疗。

多西他赛是化疗的首选方案。在某些情况下，还可使用其他化疗药物。这些药物包括卡巴他赛、顺铂、卡铂和米托蒽醌。您还可以服用类固醇（强的松或地塞米松）来减轻化疗的副作用。

免疫疗法

免疫疗法药物可增强人体免疫系统来对抗癌症。然而，前列腺癌的免疫疗法仅适用于某些患者。免疫疗法药物包括：

- Sipuleucel-T (Provenge) 可用于激素抵抗性转移性前列腺癌症状较少或无症状的患者。这类患者的癌症通常较少，免疫系统较强，因此免疫疗法会更有效。对于前列腺癌已经扩散到内脏的患者，不建议使用 Sipuleucel-T。
- 帕博利珠单抗 (Keytruda) 仅推荐用于激素抵抗性转移性前列腺癌患者，这些患者尽管接受了化疗和二线激素治疗，但前列腺癌仍在生长或扩散。患者的检查结果还将显示出特定的基因变异（DNA 中称为错配修复缺陷和高微卫星不稳定性缺陷）。

靶向治疗

生物标志物靶向治疗仅适用于与特定基因突变有关的激素抵抗性转移性前列腺癌的患者。这些药物称为 PARP 抑制剂，因为它们靶向 PARP，这是一种细胞用于修复受损 DNA 的蛋白质。

生物标志物靶向治疗包括：

- 奥拉帕利 (Lynparza) 加阿比特龙和类固醇可用于 *BRCA* 基因突变患者，然后再进行二线激素治疗或化疗。奥拉帕利还可用于接受二线激素治疗（阿比特龙或恩杂鲁胺）后转移性癌症已经生长或扩散，且 *BRCA* 基因或其他修复 DNA 的基因发生突变的患者。
- 卢卡帕尼 (Rubraca) 可用于 *BRCA* 基因突变的患者，这些患者已接受过二线激素治疗。
- 尼拉帕利和阿比特龙 (Akeega) 加泼尼松是一种适用于 *BRCA* 基因突变患者的靶向治疗。患者还应服用 LHRH 激动剂、LHRH 拮抗剂，或接受过睾丸切除术（手术切除睾丸）。
- 他拉唑帕尼 (Talzenna) 联合恩杂鲁胺 (Xtandi) 一起服用，是另一种针对 *BRCA* 或其他 DNA 修复基因突变患者的靶向治疗。

放射性药物

如果初始治疗或其他治疗效果不佳，医护团队可能会建议您使用放射性药物。

- 镥-177 (Pluvicto) 要在接受二线激素治疗后才能使用。首先，您需要进行 PSMA-PET 成像检查，以确认治疗是否有效。
- 如果前列腺癌主要扩散到骨骼，但尚未扩散到内脏，则可以使用镭-223 (Xofigo)。它只能与 ADT 联合使用，不能与二线激素治疗或化疗联合使用。

临床试验

参与临床试验通常是一种选择。您可以随时尝试参加临床试验。您无需等到感觉别无选择时再参加。

支持治疗

骨转移患者的支持治疗包括：

- **骨靶向治疗** – 使用地诺单抗或唑来膦酸有助于预防骨折
- **姑息放疗** – 对疼痛性骨肿瘤或影响身体功能的肿瘤进行直接放疗
- **其他治疗** – 钙或维生素 D 补充剂有助于预防骨折

随访

治疗后，您将定期进行随访检查，以了解治疗效果以及治疗是否有副作用。这些检查包括：

- 每 3 到 6 个月或更频繁地进行体检和 PSA 检测
- 如果出现癌症症状，则进行影像学检查
- 根据需要进行影像学检查，以确定癌症是否生长或扩散

无生长或扩散

如果癌症没有生长或扩散，说明当前治疗可能已将癌症控制稳定。

医护人员将继续为您进行检查。如果情况保持稳定，您将继续接受当前治疗，除非开始出现变化或症状。

生长或扩散

如果癌症出现生长或扩散，治疗团队可能会建议您重新尝试以前接受过的疗法，或者尝试一种不同的新疗法。

许多晚期前列腺癌患者最终会在治疗过程中接受 2 种、3 种或更多种不同的疗法。

在可能的情况下，考虑所有治疗方案。与治疗团队讨论您对治疗的期望。在开始另一种疗法之前，您可以征求第二方意见。您可以探索任何可用的临床试验。您始终可以选择停止全身性治疗。

您将继续接受支持治疗。

许多癌症确诊患者发现支持团体很有帮助。

支持小组可以为您提供与正在经历或已经经历过类似经历的人交流的机会。



接下来做什么?

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。

感到沮丧、愤怒、懊悔、绝望及产生不确定感都是常见的情绪变化,有时这些情绪甚至会同时出现。要知道,前列腺癌患者在确诊和治疗后仍然可以获得幸福。

尽量享受生活。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。

关键点

- 转移性前列腺癌已经扩散到前列腺外和骨盆以外的身体其他部位,例如远处淋巴结、骨骼或器官。
- 晚期转移性前列腺癌的首次治疗通常是 ADT。在 ADT 的基础上再增加一到两种治疗可能有助于延长寿命和减少症状。
- 激素敏感性前列腺癌主要采用激素治疗。
- 激素抵抗性前列腺癌已经学会了如何在不使用睾酮作为燃料的情况下生长。这类前列腺癌需要接受 ADT 和另一种疗法 — 通常是一种新激素治疗或化疗。
- 通常在 ADT 的基础上增加二线激素治疗,作为晚期前列腺癌的首选治疗方案。
- 前列腺癌及其治疗可能会让您感到沮丧、愤怒、遗憾、绝望和犹豫。要知道,您在确诊和治疗后仍然可以获得幸福。

要咨询医生的问题

- 如果我以前已经接受过激素治疗,现在再用还会有效吗?
- 如果某一种激素治疗无效,我还有哪些其他治疗选择?
- 哪些治疗既能控制癌症,又能缓解骨痛?
- 若几年后癌症复发,到时候应接受何种治疗?
- 我是否应考虑参加临床试验?您能帮我寻找合适的试验吗?

7
支持治疗和其他帮助

59 支持治疗

60 经济问题

61 生存状况

61 预立医疗自主计划

64 关键点

64 要咨询医生的问题

支持治疗可以解决前列腺癌的症状和副作用以及心理、社会、经济和精神问题。有许多资源可以帮助您感觉更好并回答您的问题。

大多数癌症患者最关心的是找到有效的治疗方法。

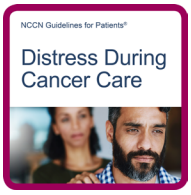
然而，癌症不仅仅是治疗的问题。癌症护理可能会像过山车一样，包括许多额外的身体和情感挑战。重要的是要知道，您可以获得应对这些挑战的支持。

支持治疗

支持治疗能在癌症治疗期间及治疗后帮助改善生活质量。支持治疗（又称姑息治疗）的目标是预防或缓解副作用与症状，如疼痛和癌因性疲乏。

支持治疗同时关注癌症患者的心理、社交及精神需求。

支持治疗适用于所有癌症患者及其家属，并非仅针对终末期患者。



寻求帮助很重要

抑郁、焦虑、恐惧和悲痛是癌症患者非常常见的情绪。这些感觉会让您更难应对癌症和癌症治疗。即使您想向前迈进，这些感觉也会阻碍您。

在您感到担忧或绝望时寻求帮助是癌症护理的重要组成部分。如果您感到焦虑或不知所措，请向治疗团队寻求帮助。

有关癌症和悲痛的更多信息，请访问 NCCN.org/patientguidelines 和 NCCN Patient Guides for Cancer 应用程序。

支持疗法有助于：

- 做出治疗决定
- 协调医疗安排
- 支付医疗费用
- 规划晚期照护与临终事宜

与治疗团队坦诚交流支持治疗非常重要。

一些医疗中心有患者导航员或其他工作人员负责协调非临床支持治疗。如果您需要关于支持治疗的更多信息，请提出问题并联系我们。

焦虑和抑郁

许多前列腺癌患者都会出现焦虑和抑郁等痛苦症状。您可能会在检查过程中感到焦虑，或在治疗的艰难阶段，或因为生活与患癌前不同而感到抑郁。如果您出现这些症状，请告知治疗团队，以便获得帮助。

您获得帮助可能包括支持团体、谈话疗法或药物。您所在癌症中心的患者领航员、社会工作者以及其他专家都能提供帮助。有些患者可以通过运动、与亲人交谈或放松休闲，缓解不良情绪。

支持团体

许多癌症确诊患者发现支持团体很有帮助。支持小组可以为您提供与正在经历或已经经历过类似经历的人交流的机会。

支持团体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癌症患者支持团体，请查看本书第 66 页列出的在线资源。

经济问题

前列腺癌的治疗费用可能令人难以承受。因此，许多前列腺癌患者及其亲人都在筹集治疗费用以及应对支付治疗费用的压力。

“向医生报告任何异常的悲伤、对活动失去兴趣、焦虑和睡眠问题。很多人都会有这些感觉，因此应该妥善处理。”



更糟糕的是，您可能会在治疗期间缺勤或失业。或者您可能难以支付或获得药物。或者您的医疗保险报销比例非常低，甚至没有报销。

如果您难以支付食物、住房、治疗、随访治疗和其他费用，或难以进行治疗预约，请与医护团队的社会工作者、患者导航员和医院财务服务人员沟通。他们可以帮助您找到经济支持和交通选择。

您还可以将工作、健康保险或经济方面的问题告知治疗团队。医护团队会将把这些情况纳入治疗计划，以帮助您管理财务或医药费。

如果医生和医护人员并未提及如何支付治疗费用，您可以先询问他们。

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。其中包括癌症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。

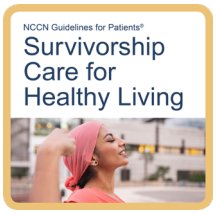
生存状况还包括对随访治疗、治疗迟发效应、癌症复发和生活质量的关注。家人、朋友和护理者的支持也是生存状况的重要组成部分。

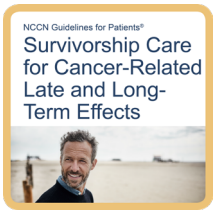
考虑生活质量。

生活质量是癌症护理中经常使用的术语。它是指一个人对生活的总体享受，包括其幸福感和参与常规活动的能力。

对于某些人来说，积极的癌症治疗可能会延长他们的寿命，但会降低他们的生活质量。这就是为什么在做出癌症治疗决定时，生活质量应该是一个重要考虑因素的原因之一。

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效应的生存护理*，请访问 NCCN.org/patientguidelines 和 NCCN Patient Guides for Cancer 应用程序





预立医疗自主计划

当癌症确诊为晚期，或者尽管采取了各种治疗措施，但病情仍在不断恶化时，可能是时候该考虑未来的道路。即使癌症可以治愈，也应该在开始治疗时就开始讨论未来的情况。

这种对您来说是重要事情的探索称为预立医疗自主计划。

预立医疗自主计划适用于每个人，而不仅仅是重病患者。预立医疗自主计划意味着，当您无法为自己做出医疗决定时，您希望得到什么样的护理。这是为了确保您的愿望得到理解和尊重。

重点是在您生命结束时尽可能得到最好的护理。患有无法治愈的癌症患者可以尽早制定预立医疗自主计划，以帮助他们减轻压力，更好地应对病情。

预立医疗自主计划的制定过程首先是与医护团队开诚布公地讨论您的预后（您在未来几个月内可能经历的情况）以及可能给您带来最佳生活质量的药物或疗法。

生活质量是指一个人对生活的总体享受，包括其幸福感和参与日常活动的能力。

这次讨论应邀请您生命中的重要人士，例如您的配偶或伴侣以及可能在您临终时陪伴您的家人或朋友一起参加。

将您的愿望表达清楚。重要的是，每个人都要清楚地了解您的护理目标和您对应采用的治疗和不应采用的治疗的个人意愿。您可以决定是否在某一时间点停止癌症治疗。您还可以决定自己希望通过哪些治疗来缓解症状。

“做您自己的倡权者。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。”

做出这些决定后，您将填写一份法律文件，说明如果您无法亲自告知医护团队，您希望采取哪些措施。这份文件称为预立医疗指示。当您病重到无法做出护理决定时，医护人员必须遵照预立医疗指示中的指示行事。

将您的预立医疗指示及其内容告诉医护团队和家人。向医生提供一份您的预立医疗指示副本。请务必向您授权可以代表您做出决定的任何人（医疗代理人）提供一份副本。

如果您的家人或亲人不同意您的计划，请与医护团队联系。有时医护团队或其他专家可以帮助您和家人处理这些困难的对话。

您可以随时改变您的预立医疗自主计划。与医护团队经常交流会有所帮助。



作出治疗决定时需要考虑的事项

请务必权衡所有选项。没有“正确”答案。
最适合您的治疗方法就是正确决定。考虑：

您的个人偏好	与	医护人员的建议
接受根治性治疗	与	保留其他治疗方案的开放性
寿命	与	生活质量
治疗之旅	与	离家和家人更近
接受更多治疗	与	出现更多副作用
目前正在接受医疗保险计划承保范围内的标准治疗	与	等待需要医疗保险计划批准的专门治疗

临终关怀注意事项

临终关怀为接近生命末期的患者及其家人提供医疗、心理和精神支持。临终关怀的目标是安慰，而不是治愈。它也可称为舒适护理或安宁疗护。

请注意，安宁疗护是一种特殊的临终关怀。安宁疗护特指为预期寿命不超过 6 个月的患者提供的一种保险福利。安宁疗护通过引入额外的医护人员和资源（例如家庭护理）为生命末期的患者提供支持。

临终关怀的目标是让患者在剩余的时间里尽可能给予他们最好的生活。护理可以在家中、临终关怀机构甚至医院中进行。主要目标是让您没有痛苦，确保您可以舒适且有尊严地离开这个世界。安宁疗护医生、护士、社会工作者和牧师都是帮助患者应对生命末期的精神和情感挑战的专家。

为家庭成员提供支持是安宁疗护的关键部分。大多数计划都为家庭成员提供咨询和支持团体，包括患者去世后的支持。这称为丧亲之哀。知道您的亲人在您去世后会得这些支持，您会感到非常欣慰。

关键点

- 支持治疗用于缓解症状和副作用，以及与癌症相关的其他健康问题。
- 支持治疗在疾病的任何阶段都很重要，而不仅仅是在生命结束时。
- 支持治疗是一种涉及整个人，而不仅仅是癌症的治疗方法。
- 许多前列腺癌患者都会感到焦虑和抑郁。我们可以提供帮助。
- 支持小组提供了与有类似经历的人交流的机会。
- 如需经济支持和交通选择方面的帮助，请咨询医护团队的社会工作者、患者导航员和医院财务服务人员。
- 预立医疗自主计划是为了确保您在生命结束时的意愿得到理解和尊重。

要咨询医生的问题

- 我可以向谁寻求住房、食物和其他基本需求方面的帮助？
- 在交通、托儿和家庭护理方面有哪些帮助？
- 谁能告诉我可以选择哪些医疗保险并帮助我申请保险？
- 我需要为我的治疗支付多少费用？在药物和其他治疗费用支付方面有哪些帮助？
- 我如何与他人建立联系并建立支持系统？

8
其他资源

66 其他需要了解的内容

66 还能采取哪些行动

66 求助渠道

67 要咨询医生的问题

想了解更多信息吗?以下途径可为您提供额外帮助。

其他需要了解的内容

本书可助您优化癌症治疗体验。书中以通俗语言解读专家建议，并提供可向医护团队咨询的问题清单。但本书并非您可获取的唯一资源。

我们鼓励您根据自身需求，尽可能多地获取信息与支持。许多患者希望深入了解以下方面：

- 帮助选择合适的治疗方案
- 尿失禁及性副作用的风险
- 针对检查结果或治疗方案寻求第二意见
- 应对恐惧、焦虑或绝望情绪
- 与其他前列腺癌患者交流

还能采取哪些行动

您的医疗中心可协助规划后续步骤。他们通常会配备现场资源，能满足您的需求并解答您的疑问，还可提供您所在社区的可用资源信息。

除医护人员的支持外，下一章节列出的资源能为众多像您一样的患者提供帮助。请浏览清单并访问提供的网站，深入了解这些组织。

求助渠道

AnCan Foundation
ancan.org

Cancare, Inc.
Cancare.org

Cancer*Care*
cancercare.org

Cancer Hope Network
cancerhopenetwork.org

Cancer Survivor Care
cancersurvivorcare.org

FORCE: Facing Our Risk of Cancer Empowered
facingourrisk.org

Imerman Angels
imermanangels.org

Malecare
malecare.org

My Faulty Gene
myfaultygene.org

National Alliance of State Prostate Cancer Coalitions (NASPCC)
naspcc.org

National Coalition for Cancer Survivorship
canceradvocacy.org

National Prostate Cancer Awareness Foundation, Inc. (PCaAware)
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

要咨询医生的问题

- 除 NCCN 建议之外，您是否建议其他治疗方案?如果是，原因何在?
- 我是否终身都需要做 PSA 检测、直肠指检和活检?
- 如果什么都不做会怎样?
- 若我携带前列腺癌的遗传风险，是否意味着我的孩子也会得癌?
- 我如何获得第二意见?



让我们知道您的想法!

请花费几分钟完成一项关于患者 NCCN Guidelines 的在线调查。
NCCN.org/patients/response



词汇表

晚期前列腺癌
是指已经扩散到前列腺以外身体其他部位的前列腺癌。包括区域性和转移性前列腺癌。

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。

抗雄激素
一种阻止荷尔蒙睾酮发挥作用的药物。

活检
一种采集体液或组织样本以检测疾病的程序。

去势
切除睾丸的手术或抑制睾丸功能的药物，以最大限度降低睾酮水平。

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横断面图像的成像检查。

直肠指检
一项通过直肠壁感觉前列腺的检查。

早期前列腺癌
前列腺癌通常生长缓慢，并停留在前列腺内。

前列腺肥大
一种并非由癌症引起的前列腺组织过度生长。也称为良性前列腺增生 (BPH)。

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。

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。

种系突变
从父母遗传给亲生孩子的遗传变化。也称为遗传突变。

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。

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。

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。

淋巴系统
由器官和血管组成的网络，可以抵抗感染和输送一种称为淋巴液的液体。

淋巴结
遍布全身的小簇，可以过滤淋巴液以清除病菌。

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。

转移
癌从始发肿瘤部位扩散到身体新部位的转移过程。

转移性前列腺癌
是指扩散到前列腺以外身体其他部位的癌症。

观察
在不接受治疗的情况下观察癌症发生或生长的一段时间。

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。

姑息治疗
针对癌症症状及治疗副作用所提供的健康治疗。也称为支持治疗。

病理学家
专门检查细胞和组织以发现疾病的医生。

盆腔淋巴结清扫术 (PLND)
切除骨盆淋巴结的手术。

会阴
阴囊与肛门之间的身体区域。

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影像学检查。

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。

前列腺特异性膜抗原 (PSMA)
在前列腺癌细胞表面发现的一种蛋白质。PSMA 是前列腺癌细胞的生物标志物。

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。

放疗
使用高能射线（辐射）杀死癌细胞并阻止产生新癌细胞的治疗方法。

根治性前列腺切除术
切除整个前列腺及其周围组织、精囊，有时还会切除附近淋巴结的手术。

复发
无病期后的癌症复发。

区域性前列腺癌
癌症已经从前列腺生长到邻近区域，但没有向更远处生长。

风险因素
增加患病概率的事物。

精囊
腺体，制造和储存成为精液的另一部液体。

体细胞突变
受孕后出现的、DNA 中的一种非遗传性变化。也称为获得性突变。

分期
对您体内癌症扩散情况评级的过程。

支持治疗
针对癌症症状及治疗副作用所提供的健康治疗。也称为姑息治疗。

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。

睾酮
一种帮助男性性器官工作的激素。

经直肠超声 (TRUS)
一种利用超声检查前列腺的成像，通常用于帮助指导前列腺活检。

超声
一种利用声波拍摄体内照片的成像。

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。



期待您的反馈！

我们的目标是提供有帮助且简单易懂的癌症信息。
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

NCCN 编著者

本患者指南根据前列腺癌 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) 2025 年第 2 版编著。由下列人士协助改编、修订和发表：

Dorothy A. Shead，理学硕士
患者信息运营高级总监

John Murphy
高级医学文案编写者

Susan Kidney
高级平面设计专员

前列腺癌 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) 2025 年第 2 版由以下 NCCN 专家组成员编著：

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

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

Bilawal Ahmed，医学博士
The University of Tennessee Health Science 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

Steve Y. Cho，医学博士
University of Wisconsin Carbone 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

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

Amar Kishan，医学博士
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

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

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

Daniel Lee，医学博士，理学硕士
Abramson Cancer Center at The University of Pennsylvania

Tamara Lotan，医学博士
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

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

Rodrigo Pessoa，医学博士，哲学博士
Moffitt Cancer Center

Soroush Rais-Bahrami，医学博士，工商管理硕士
O'Neal Comprehensive Cancer Center at UAB

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 Patient Services Committee Chair

*Kristen R. Scarpato，医学博士，公共卫生学硕士
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

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

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

*Benjamin A. Teply，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

David VanderWeele，医学博士，哲学博士
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

Jessica Karen Wong，医学博士
Fox Chase Cancer Center

NCCN

Deborah Freedman-Cass，哲学博士
临床内容运营高级经理

Emily Kovach
Guidelines Layout Specialist

* 审核本患者指南。关于公开性原则，请访问 NCCN.org/disclosures。

NCCN Cancer Centers

Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania
800.789.7366 • pennmedicine.org/cancer

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

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland
410.955.8964
www.hopkinskimmelcancercenter.org

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 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



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

注

索引

雄激素剥夺治疗 (ADT) 27–30, 32, 41, 43, 48–55

生物标志物检测 22–23

活检 16, 19–23, 44

骨扫描 20

化疗 28, 30–32, 48, 50, 52–55, 57

临床试验 34–35, 55

直肠指检 16

勃起功能障碍 29–30, 42

遗传风险基因检测 12, 23

激素抵抗性前列腺癌 30, 32, 49, 51–53, 57

激素敏感性前列腺癌 49–51, 53

激素治疗 27–30, 36, 40–41, 43, 45, 48–50, 52–55

免疫疗法 28, 30–32, 48, 52, 54

预期寿命 40–41, 43–44, 63

转移 6, 20–22, 24, 52

盆腔淋巴结清扫术 (PLND) 41

前列腺手术（根治性前列腺切除术） 40–44

PSA 持续 44–45

PSA 复发 43, 44–45

放疗 33, 40–41, 43–45, 51, 55

放射性药物 31, 33, 48, 52, 55

区域性前列腺癌 6, 8, 36, 40–46, 48

风险因素 10

性副作用 29–30, 42, 66

支持治疗 36, 44, 55–56, 59–64

靶向治疗 19, 27, 30–32, 36, 48, 55

局部肿瘤、区域淋巴结、远处转移 (TNM) 系统 24

超声成像 20–21

排尿问题（尿失禁） 29, 42



NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

晚期前列腺癌

2025

要支持 NCCN Guidelines for Patients，请访问

NCCNFoundation.org/Donate

NCCN Guidelines for Patients 的语言翻译由
Novartis Pharmaceuticals Corporation 提供支持。

National Comprehensive Cancer Network®
3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
215.690.0300

NCCN.org/patients–适用于患者 | NCCN.org–适用于临床医生

PAT-N-1867-0625