NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

2025

早期前列腺癌



由以下单位提供支持：

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK® FOUNDATION
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；以及 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 关于早期前列腺癌

9 前列腺癌的症状与风险因素

14 前列腺癌检查

25 评估风险

36 前列腺癌治疗

50 针对您所在风险分组的初始治疗方法

63 PSA 持续和复发

69 其他资源

73 词汇表

76 NCCN 编著者

77 NCCN Cancer Centers

80 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 关于早期前列腺癌

5 什么是前列腺癌？

6 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。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繁殖和生长失控的疾病。

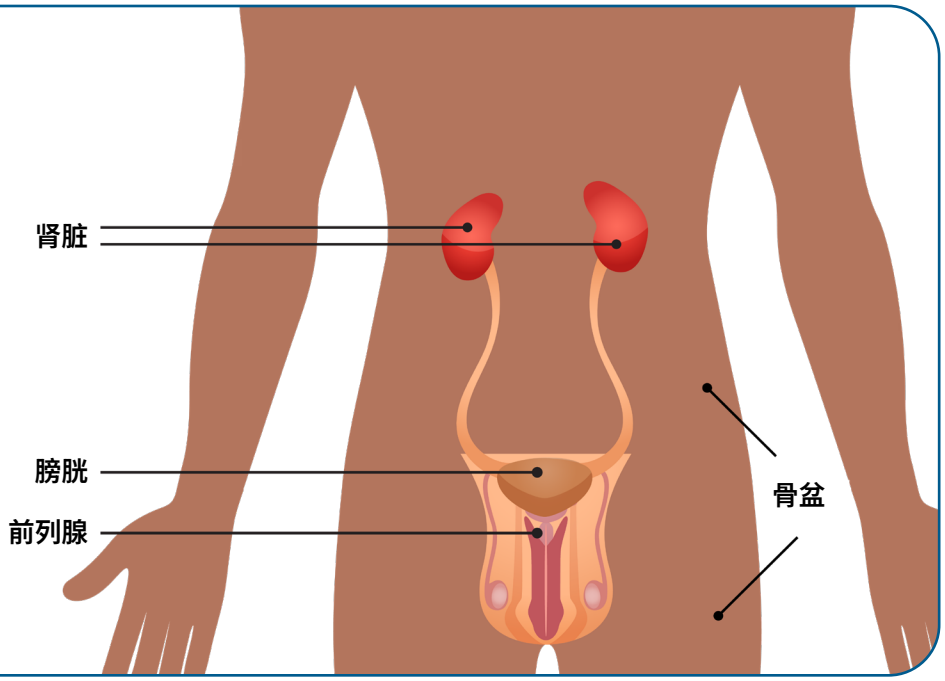
前列腺是位于骨盆膀胱下方的一个腺体，位于髋骨之间的身体深处。前列腺约有乒乓球大小，是男性生殖系统的重要组成部分。该系统还包括阴茎、精囊和睾丸。

前列腺癌是最常见的癌症类型之一。当自然细胞过程出现问题，导致某些细胞过度繁殖和扩散时，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。

前列腺癌可分为早期癌症或晚期癌症。



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

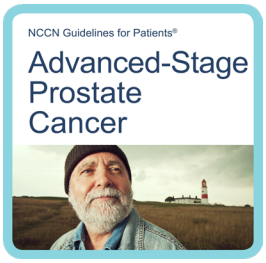
早期前列腺癌尚未扩散到前列腺以外的部位。癌细胞通常生长缓慢,并局限于前列腺内。完全局限在前列腺内的癌症被称为局限性前列腺癌。

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。转移性前列腺癌通常会扩散到淋巴结、骨骼、肝脏、肺部或其他器官。

有关晚期前列腺癌的更多信息,请访问 NCCN.org/patientguidelines 和 NCCN Patient Guides for Cancer 应用程序。



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。

然而,许多早期前列腺癌患者并不需要立即接受治疗。更重要的是,大多数早期患者可以在多年内带癌生存,最终通常死于其他原因。

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。如今的治疗选择也比以往任何时候都更加丰富。

早期前列腺癌的推荐治疗方法包括手术和放疗,有时还包括激素治疗。但对于大多数早期前列腺癌患者,最初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。

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。

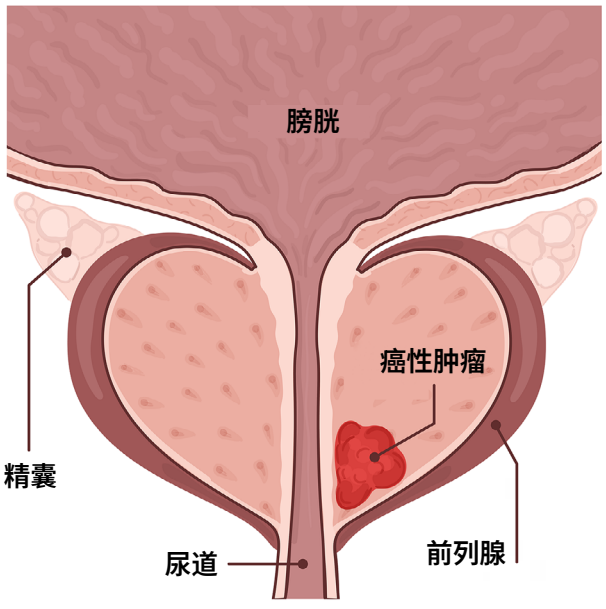
您可能不清楚该向医护团队询问哪些问题。这很常见。本书每一章的结尾都设有一个重要板块,名为"*要提的问题*"。这些建议的问题将帮助您深入了解治疗的方方面面。

接下来,请继续阅读,了解最适合您的治疗方案!

> "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。"

早期前列腺癌的表现特征

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。



本书阐述了哪些内容?

本章仅对早期前列腺癌作简要概述。本书的其他章节解释了以下内容:

- 您的风险因素如何影响前列腺癌
- 为何获得准确诊断至关重要
- 如何理解您个人的前列腺癌风险
- 如何为您量身定制前列腺癌治疗方案
- 延迟治疗的安全性及其科学依据
- 癌症复发时的应对措施
- 超越抗癌治疗的延伸照护

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
前列腺癌的症状与风险因素

10 前列腺癌有什么症状？

12 我是如何患上前列腺癌的？

13 关键点

13 要咨询医生的问题

前列腺癌患者常会疑惑自己为何患病。癌症研究人员尚未完全明确导致前列腺细胞癌变的具体原因,但已知某些因素会增加患病风险。大多数前列腺癌患者都存在一个或多个此类风险因素。

前列腺癌是美国男性中第二常见的癌症,若能早期发现,其生存率在所有癌症中位居前列。

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。事实上,大多数被确诊为早期前列腺癌的人都没有任何症状。

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:

- 排尿困难或排空膀胱不畅
- 尿频
- 尿液或精液中带血
- 排尿时烧灼感或疼痛
- 骨痛、髋关节痛或背痛
- 无法解释的体重减轻

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。

增大的前列腺会压迫膀胱并挤压尿道。这会导致尿流变缓,并可能导致您没有完全排空膀胱的感觉。

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

BPH 的常见症状包括:排尿困难、尿失禁、腹股沟或骨盆疼痛或其他异常感觉、勃起功能障碍(难以维持勃起),以及射精疼痛。

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。

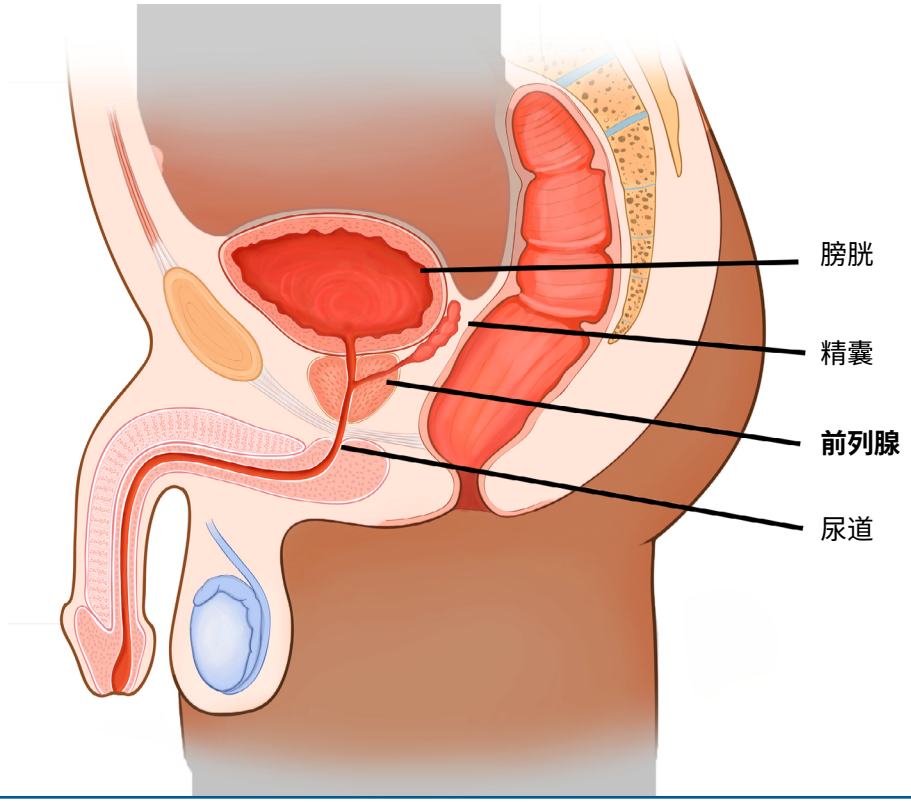
前列腺:男性生殖系统中的腺体。腺体是制造人体所需液体或化学物质的器官。前列腺主要制造一种蛋白质(前列腺特异性抗原,“PSA”),这种蛋白质可以滋养并帮助传输精液。前列腺还包含有助于在射精时推动精液通过尿道的肌肉。

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。



我是如何患上前列腺癌的?

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。

家族病史

家族健康史是有关您家族中发生的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)患有前列腺癌意味着您自己患前列腺癌的概率会增加。

有某些癌症(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。

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。

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。例如,*BRCA2* 基因的遗传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。专家们正在研究这些领域。

鉴于这些问题，建议黑人男性与医护人员讨论是否需要比普通风险人群更早或更频繁地进行前列腺癌筛查。

饮食和生活方式

尚未发现饮食会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前列腺癌的风险较低。通过合理饮食和规律运动保持健康体重，可能延缓前列腺癌进展并降低因该病死亡的风险。

关键点

- 每个有前列腺的人都有患前列腺癌的风险。
- 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。
- 大多数早期前列腺癌患者没有明显症状。并非每个被诊断出患有前列腺癌的患者都需要接受治疗。
- 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。
- 有某些其他癌症家族病史的人患前列腺癌的风险也可能更高。

要咨询医生的问题

- 我的前列腺癌扩散到腺体外的可能性有多大？
- 如果没有症状，我需要治疗吗？
- 我的前列腺癌会遗传吗？

3
前列腺癌检查

15 关于检查

16 常见前列腺检查

18 一般健康检查

19 诊断检查

24 接下来做什么？

24 关键点

24 要咨询医生的问题

需要进行相关检查来确诊前列腺癌，并判断癌症处于早期还是晚期阶段。检查结果将帮助医生为您制定最佳治疗方案。

“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。”

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。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。

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。

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。

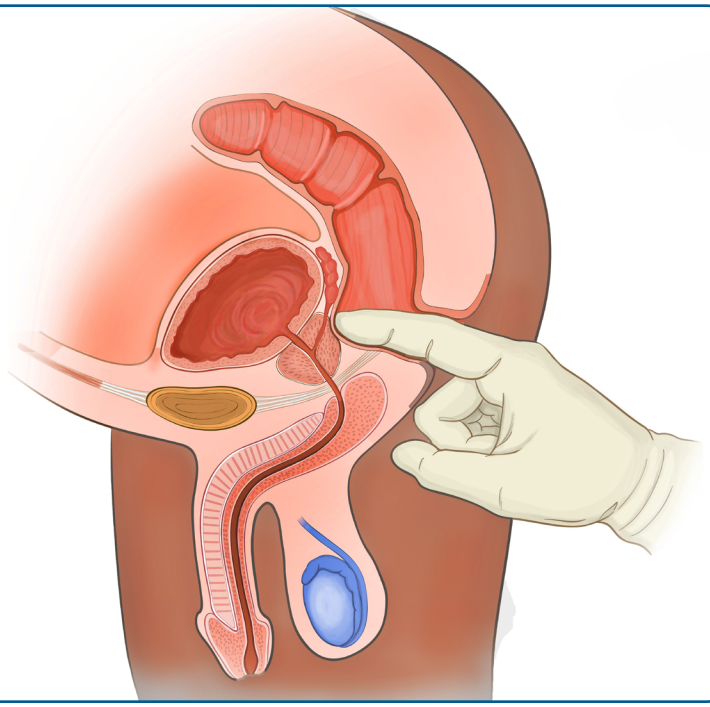
然而，在直肠指检中，并非所有前列腺部位都能感觉到。因此，通常需要结合PSA检测和其他因素（您的年龄、种族、家族病史等）来确定您是否需要进一步检查。

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，但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（例如治疗脱发的保法止、锯棕榈或圣约翰草）会导致 PSA 水平发生变化，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。



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，

您的医护团队核心成员应包括前列腺癌专科医生，如泌尿外科医师、放射肿瘤科医师和内科肿瘤科医师。

其他常见团队成员还包括：您的主治医生、护士、物理治疗师、医师助理、心理健康专家、营养师、遗传咨询师、药剂师、患者导航员、社工、性健康治疗师等专业人员。

“

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。”

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。

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。

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检查结果的专家。放射科医生会将检查结果发送给您的主治医生，再由主治医生与您讨论检查结果。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。

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：

MRI 扫描

磁共振成像 (MRI) 扫描利用无线电波和强大的磁场，能够清晰显示前列腺内部肿瘤的详细情况。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 检查常用于穿刺活检前，以精准定位前列腺内的可疑区域，为活检提供靶向引导。

更常见的情况是，MRI 会在诊断后使用，以判断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。

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

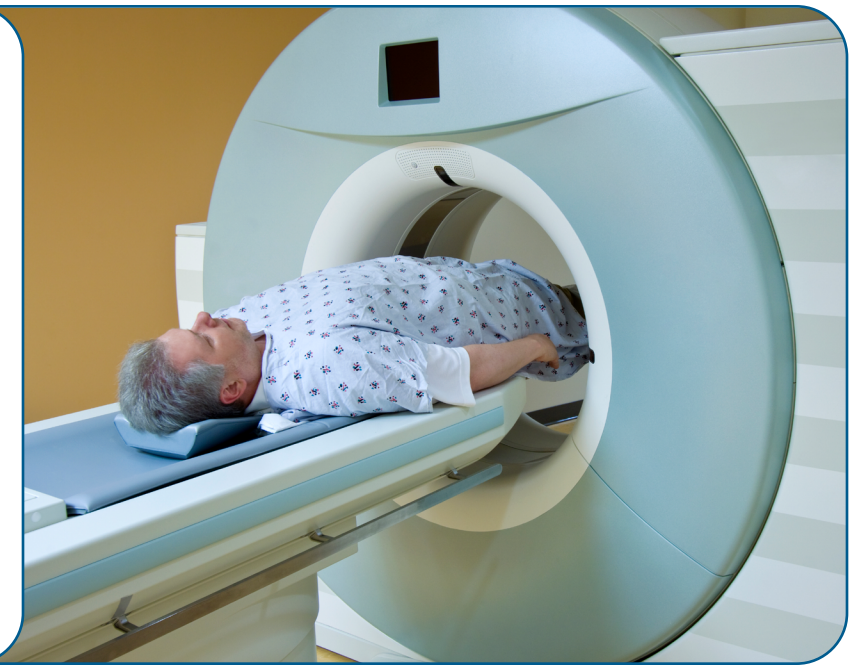
CT 扫描

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 光图像整合，生成一系列横断面影像。

CT 扫描检查通常在确诊后使用，用于评估体内癌症的扩散范围（即癌症分期）。

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。



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。

骨扫描

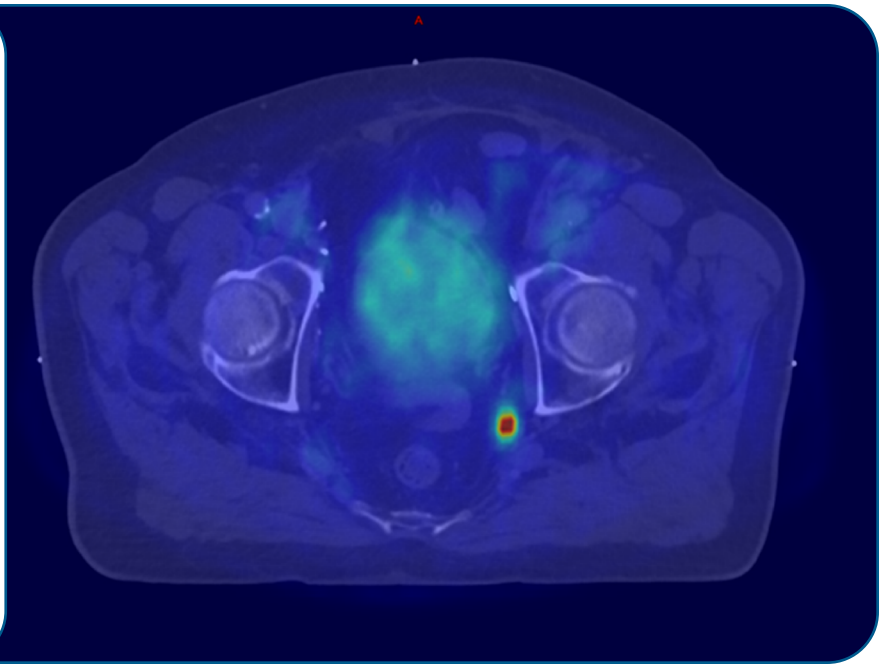
骨扫描能够检测癌症是否扩散到骨骼。如果您有骨痛、高危骨转移或某些检查结果发生变化，则可能需要进行骨扫描。骨扫描也可用于评估治疗效果。

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。这些损伤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。

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。图像中央的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。



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。您和您的医生将决定您何时或是否需要进行活检。

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。医生会将一个润滑的探头插入您的直肠。探头生成的图像能让您的医疗团队清晰观察体内前列腺的具体情况。

随后，医生会通过直肠或会阴部（肛门与阴囊之间的皮肤区域）将空心穿刺针插入前列腺腺体。

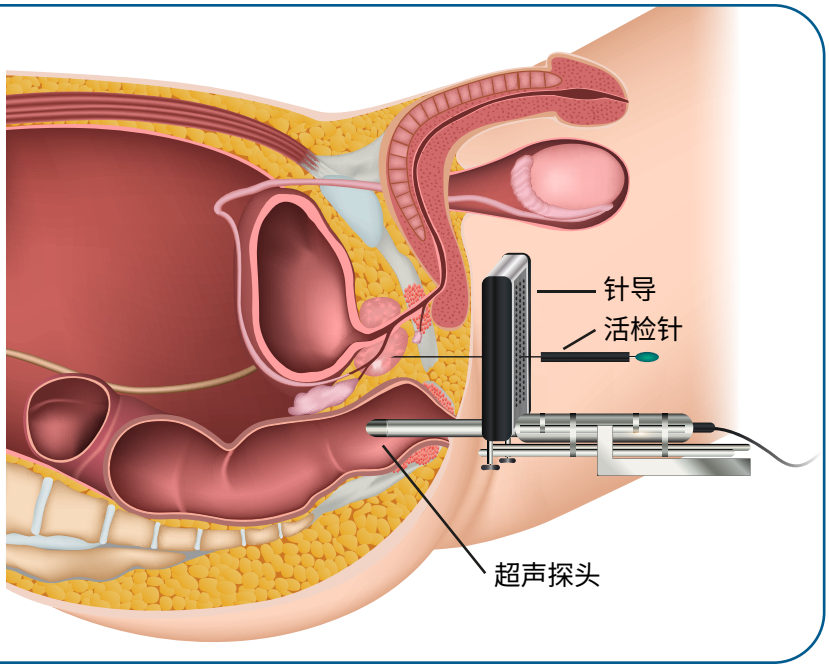
当针头被取出时，它会拉出一小块前列腺组织样本，称为核心样本。取出的组织芯样本直径仅 1-2 毫米（约牙签粗细），长度约 12-20 毫米（类似葡萄干大小）。

医生通常会从前列腺不同区域随机抽取至少 12 个组织芯样本，并针对 MRI 检查发现的可疑部位另行采集多个定向活检样本。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。

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。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，生物标志物可用于精准靶向治疗。肿瘤 DNA 中的特定突变（变异）就是这类生物标志物。

生物标志物检测就是寻找此类基因变异的过程。在条件允许的情况下，我们会对通过活检或手术获取的肿瘤组织样本进行检测。若无法取得组织样本，则可通过血液检测替代。

特别需要说明的是：生物标志物检测能有效指导治疗方案制定。它能帮助判断患者的肿瘤是否存在可通过靶向药物针对治疗的特定突变。

同时也能评估癌症属于低进展风险还是高进展风险。若评估为低风险，您可能可以暂缓治疗，从而避免治疗相关的并发症与副作用。若评估为高风险，医生可能会建议尽早开始治疗。

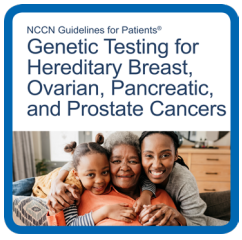
生物标志物检测不同于基因检测。生物标志物检测就是寻找体细胞突变的过程。体细胞（或获得性）突变发生在个体生命过程中，不会遗传给后代。基因检测用于发现从父母遗传给孩子的种系（遗传）突变。

遗传风险基因检测

大多数前列腺癌不会遗传。如果您有某些癌症家族病史，医生可能会建议您进行基因检测，以确定您是否有种系（遗传）性癌症风险。

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判断是否适合进行基因检测，包括评估您的风险水平是否达到值得检测的程度。遗传咨询师还能为您解读检测结果。

如需了解遗传性前列腺癌的基因检测相关信息，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*，可在 NCCN.org/patientguidelines 网站获取，也可在 NCCN Patient Guides for Cancer 应用程序中找到。



接下来做什么?

您已经接受了多项检查以明确是否患有前列腺癌。接下来,您的医疗团队将根据检查结果评估您的癌症属于低风险还是高风险类型。

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。
- 基因检测用于判断您是否存在遗传性癌症风险。
- 生物标志物检测则是寻找特定的分子变化,这些变化能帮助识别癌症的特征。其中部分生物标志物可能成为治疗的精准靶点。

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?
- 这些检查会有疼痛感吗?
- 误诊的概率如何?
- 我多久会知道结果,由谁向我解释结果?

4
评估风险

26 风险分组

33 预期寿命

33 列线图

33 专项风险检测

34 接下来做什么？

35 关键点

35 要咨询医生的问题

了解癌症恶化的风险非常重要。您的医疗团队将通过评估癌症的关键特征来判断风险等级。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“我多久应该开始治疗从而摆脱癌症?”

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。

为确定最佳治疗时机，您的医生将对您的病情进行风险评估。该评估包括判断癌症局限在前列腺内的可能性，以及突破前列腺向外扩散的风险。

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。

为评估您的癌症风险，医疗团队会综合运用以下工具：**风险分组体系、预期寿命、列线图**以及**专项风险检测**。

下面我们将逐一解析这些评估工具的具体应用：

风险分组

为什么您需要知道自己的风险分组?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。

为了将您的前列腺癌划分为六个风险分组（从极低危到极高危），医疗团队将综合评估以下临床特征：PSA 水平、等级分组、肿瘤分期以及穿刺活检结果。

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 7 天左右避免性生活和运动。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。

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。同样地，前列腺体积较小或极小、且 PSA 水平较低的患者，其癌症风险也未必更低。

为进行调整，您的护理团队可以计算 PSA 密度。

PSA 密度是指 PSA 含量与前列腺大小的比较。PSA 密度越高，患癌症的可能性越大。

虽然随着年龄增长，患前列腺癌的风险会逐渐升高，但所有男性（只要拥有前列腺）都存在罹患前列腺癌的潜在风险。



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。

Gleason 模式
↓
Gleason 评分
↓
等级分组

您的等级分组将与其他临床指标共同决定风险分组。

虽然初次接触这些概念可能让人困惑，但只要逐步理解就会发现其实并不复杂。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模式分配的数字较低。外观形态更为异常的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 并不属于癌症范畴，已不再使用。因此，最低级别为 3 级模式——其细胞形态最接近正常前列腺组织。

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：

模式 3 + 模式 4 = 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（最低分）的前列腺癌，对应的是 1 级组。同样，Gleason 评分为 9 分或 10 分的癌症则属于 5 级组，即评分最高。

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	

重要的是，该系统还考虑到 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最主要大的癌症模式。

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。**请参阅《指南 1》。**

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。**请参阅《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。

组织活检结果

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。**请参阅《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、列线图和专项风险检测。

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	**T4**	癌症已突破前列腺边界,侵犯至邻近组织或器官,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	组织活检结果
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	
预后良好中危	**只需具备其中 1 项**特征			
	10 至 20 ng/mL	2	T2b 或 T2c	**以及**在不到一半的活检核心样本中发现癌症
预后不良中危	必须具备其中 **2 项或 3 项**特征			
	10 至 20 ng/mL	2 或 3	T2b 或 T2c	**或至少符合其中 1 项**特征，**并且**在超过半数的穿刺活检样本中检出癌细胞
高危	必须**至少具备其中 1 项**特征：			
	> 20 ng/mL	4 或 5	T3a - T4	
极高危	必须**至少具备其中 2 项**特征			
	> 40 ng/mL	4 或 5	T3 - T4	

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。

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。

如果您没有明显症状，且患有极低危、低危或中危前列腺癌，同时预期寿命为 5 至 10 年，通常建议采取观察等待策略。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。

有关预期寿命及其对治疗方案的影响的详细介绍，请参见*第 5 章：前列腺癌治疗。*

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。

医生可以根据您的检查结果，通过列线图预测癌症进展或转移的可能性。

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。

专项风险检测

您的医生可根据需要开具检测，以更准确地评估肿瘤的侵袭性。

其中一项检测被称为 Decipher Prostate。它将分析肿瘤样本的分子特征和基因表达（即哪些基因处于活跃状态）。

另一项检测是 ArteraAI Prostate。它通过人工智能分析您穿刺活检样本的数字化病理图像，预测潜在的治疗反应。

根据您的具体情况，这些检测结果可以帮助您确定正确的治疗方法，避免治疗不足或过度治疗。

这些检测并不能替代 PSA 检测、Gleason 评分、等级分组以及影像学检查等常规诊断手段，而是作为重要的补充评估工具与它们共同使用。

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。



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

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。
- 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）。
- 专项风险检测可以帮助您确定正确的治疗方法，避免治疗不足或过度治疗。

要咨询医生的问题

- 我的前列腺癌发生进展并扩散到前列腺外的风险有多大？
- 能否解释一下，预估的预期寿命和我实际可能存活的时间有什么区别？
- 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？
- 我是否需要终身进行 PSA 检测、直肠指检和前列腺活检？

5 前列腺癌治疗

37 动态监测

38 观察

38 手术

41 放疗

44 激素治疗

47 临床试验

48 支持治疗

49 关键点

49 要咨询医生的问题

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。

虽然医生可能会根据您的风险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。手术及其他治疗可能带来的副作用会影响您的生活质量。

一般来说，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。约半数患者可延缓治疗达 10 年或更久。

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

关于动态监测的常见问题：什么时候可以从监测转为治疗？最常见的原因是您最近的活检结果显示等级分组升高了。

开始治疗的其他原因可能包括肿瘤增大或前列腺特异性抗原 (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）的年长或体弱患者。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。这类患者通常患有其他比前列腺癌更为严重的健康问题。

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。

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。
- 肿瘤可通过手术完全切除。
- 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。

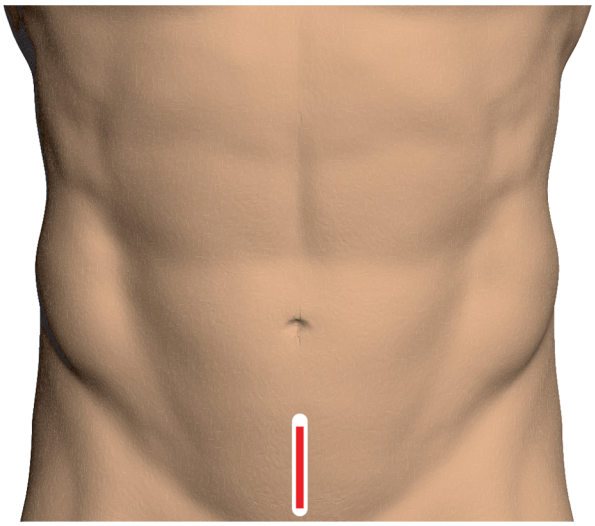
根治性前列腺切除术有两种手术方法：

- **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。

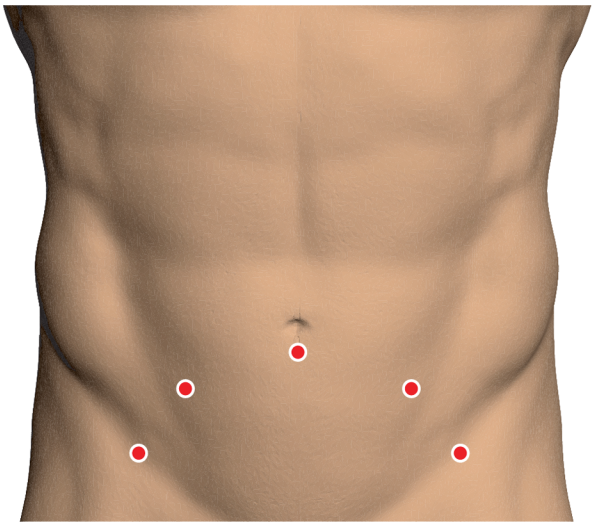
微创手术比开放手术更常见。接受微创手术的患者住院时间可能更短、失血量更少、手术并发症更少或恢复时间更快。微创前列腺癌根治术的主要副作用是尿失禁和勃起功能障碍，其发生率与开放手术类似。

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

前列腺手术副作用

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。这是前列腺手术后常见的问题。虽然并不总是如此，但此问题通常会随着时间推移逐渐改善。

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。

勃起功能的恢复过程往往较为缓慢，令人困扰。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。

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。

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。许多患者发现，术后咨询心理辅导员或性治疗师会有所帮助。

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。您并不孤单——情感支持是优质癌症治疗的重要组成部分。

放疗

放疗使用高能量辐射（如 X 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。

放射治疗可通过多种方式用于前列腺癌治疗。作为前列腺癌的主要治疗手段，其作用与手术类似。它同时也用于前列腺癌术后，用以杀灭可能残留的癌细胞。

此外，还可针对转移病灶进行治疗，以抑制肿瘤生长或缓解疼痛。

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）。

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。



EBRT

外照射放射治疗 (EBRT) 通过大型设备从体外向体内特定区域精准输送辐射。辐射会直接聚焦在癌症上，同时尝试避开健康组织。

放射治疗需要精密的术前规划。治疗前，医生可能会在您的前列腺内植入微小的金属标记物（每个标记物大约一粒米大小）。

这些标记物能确保每次治疗时放射线都能精准对准前列腺，从而提高治疗的安全性和有效性。

您可能还需要接受生物可降解凝胶注射，该凝胶会被注入前列腺与直肠之间的间隙。这种凝胶能暂时扩大两者间距，形成一个保护空间，减少治疗过程中直肠意外受到辐射的风险。

在治疗开始前 1-2 周，您还需接受一次放疗模拟定位扫描（或称为治疗计划制定扫描）。此次扫描数据将用于制定专属于您个人的精准治疗方案。您需要躺在治疗台上，摆好接受放疗的最佳姿势。但在模拟过程中您不会受到任何辐射。有时会为您量身定制一个体位固定模具，确保您每天治疗时都能以完全相同的姿势躺在治疗床上。

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。放射辐射时您将无法看到或不会有任何感觉。

放疗总次数因方案而异，通常为 5 至 40 次不等。常规治疗采用每周 5 天（周一至周五）的分次照射模式，持续数周完成疗程。而一种名为立体定向体部放疗 (SBRT) 的高精度大剂量治疗，通常采用隔日治疗方式，仅需 5 次即可完成。

近距离放疗

近距离放射治疗是一种体内放射治疗。您可能听过它的简称 “brachy”（或称 “bray-key”）。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。它可能具有侵入性，通常需要像外科手术一样在全麻状态下进行。

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。

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多达 50 颗微小金属“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。

放射疗法的副作用

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。

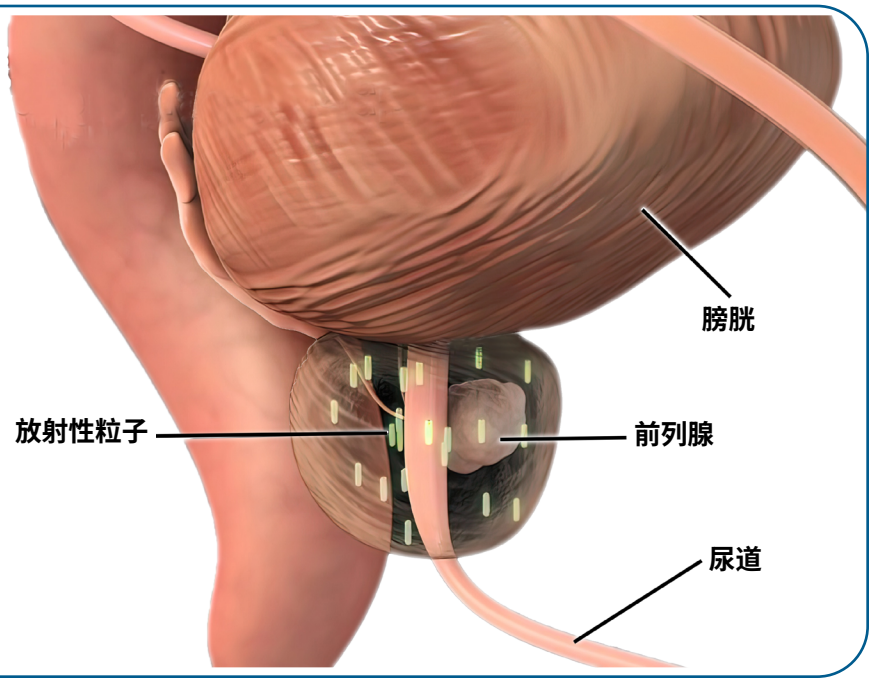
排尿和排便问题。排尿问题包括尿频、突然尿频、排尿时有烧灼感，少数情况下可能出现血尿。现代放疗技术引发的肠道问题已较为少见，但仍可能出现腹泻、排便次数增多、肛门失禁等症状，极少数情况下会发生直肠出血。对于大多数人来说，排尿和排便问题通常会在几周后减轻或消失，但也有一些人可能会持续更长时间。

勃起功能障碍。放疗引发勃起功能障碍的风险通常低于手术。但放射线仍可能损伤控制勃起的血管和神经。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。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。（有关更多信息，请参见本章第 40 页 *“前列腺手术副作用”*部分的“勃起功能障碍”。）

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

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。



激素治疗

前列腺癌的激素治疗是通过阻断或清除激素来发挥作用的一种疗法。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，睾酮的功能还包括帮助产生精子。

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) 是个例外，它是一种 LHRH 拮抗剂，每天服用一次。抗雄激素和雄激素合成抑制剂也以药丸形式提供，根据药物的不同，每天服用 1 到 3 次。**请参阅《指南 4》。**

“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。”

激素治疗不建议单独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。

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，也可以是通过手术切除一个或两个睾丸（睾丸切除术）的永久性治疗。

虽然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。

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因心脏问题而死亡的风险。请务必与您的医疗团队详细讨论您的个人风险因素。此外，告知主治医生您正在接受 ADT 治疗。咨询有关监测血压和胆固醇水平的事宜。

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，以及使阴茎和睾丸变小。

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。然而，这些药物无法恢复因雄激素水平下降导致的性欲减退。

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。一些患者永远无法完全恢复勃起能力。

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困难。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。

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）
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*

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挑战。您并不孤单——情感支持是癌症治疗的重要组成部分。



什么是共同决策？

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。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。
- 每项治疗方案的治愈、复发、进展的可能性以及死亡率。
- 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。

临床试验

此外，患者还可通过参与临床试验接受治疗。

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 阶段的**试验研究试验用药或治疗方法的安全性和副作用。
- **2 阶段的**试验研究药物或方法对特定类型癌症的疗效。
- **3 阶段的**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 阶段的**试验研究 FDA 批准治疗的安全性和获益。

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。

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

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。

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

支持治疗旨在帮助改善癌症治疗期间及治疗后的生活质量。支持治疗(也称为姑息治疗)是缓解癌症引起的症状和治疗副作用(如疼痛和癌症相关疲劳)的医疗保健服务。

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

> “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。”

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。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。

支持团体

许多癌症确诊患者发现支持团体很有帮助。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前列腺癌患者支持小组,请查看本书第 70 页列出的网站。

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。
- 前列腺手术，也被称为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骨盆淋巴结。
- 放疗能精准靶向前列腺癌细胞，通过杀灭现有肿瘤细胞并抑制新生癌细胞形成来控制病情。
- 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。这通常是通过药物来实现的。
- 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。

要咨询医生的问题

- 我可以选择何时开始治疗吗？
- 这家医院或癌症中心能为我提供最好的治疗吗？
- 是否有任何治疗方案能治愈或长期控制癌症？
- 哪些副作用最常见？它们通常持续多长时间？
- 我和我的护理者可以获得哪些支持治疗和服务？

NCCN 专家对早期前列腺癌的过度治疗表示担忧。对许多人来说，观察或动态监测是更好的选择。



6

针对您所在风险分组的初始治疗方法

51 极低危

53 低危

55 关于中危组：

55 预后良好中危

57 预后不良中危

59 高危或极高危

61 治疗后

62 关键点

62 要咨询医生的问题

您已经进行了很多检查来确定您的风险分组。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 个至 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预估的治疗方案。另请参阅**《指南 5》**。

预期寿命：10 年或 10 年以上

如果您患有极低危前列腺癌，且预估预期寿命在 10 年及以上，您的医疗团队会建议您定期随访复查。这被称为动态监测。

动态监测

动态监测意味着您的护理团队将密切关注您的病情，并准备在需要时开始治疗。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。**请参阅《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，以评估病情随时间的变化情况。

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
10 年以下	观察

预期寿命：10 年以下

如果您患有极低危前列腺癌，且预估预期寿命少于 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生长缓慢未引起任何症状的患者。

观察随访方案只需定期回访您的医疗团队，无需进行侵入性检查或活检。期间若出现任何症状，均可通过姑息治疗进行有效缓解。

> “重要的是要明白您正在经历什么。如果医生说了您没听懂的话，不要只是像往常一样点头。请直接告诉医生：‘我不明白您的意思’，或者‘我没能完全理解您刚才说的话’。您能否用更简单的方式解释一下？”

指南 6
动态监测期间的检查

测试	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
MRI 扫描	每 1 到 2 年一次，或根据需要
前列腺穿刺	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

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，请参阅**《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，且预估预期寿命为 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。**请参阅《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）。确认性 MRI 既可以在有确认性前列腺活检和/或生物标志物检测的情况下进行，也可以单独进行。

所有患者应在初次活检后 1 到 2 年进行前列腺确诊活检，以评估病情随时间的变化情况。

指南 7
低危组：初始治疗方案

预期寿命	初始治疗	继以
10 年或 10 年以上	动态监测（首选）	
	放疗	PSA 复发检查
	前列腺手术*	PSA 持续和复发的治疗
10 年以下	观察	

** 不良特征请参阅《指南 8》*

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。

在切除前列腺后，病理科医生会检查是否存在被称为“不良（或高危）特征”的疾病迹象。**请参阅《指南 8》**。出现任何不良特征表明术中并没有切除所有癌细胞。

即使您存在不良病理特征，低危前列腺癌的首选管理方案仍是监测。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。

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：10 年以下

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

观察随访方案适用于那些前列腺癌尚未引起任何症状，同时合并其他更严重基础疾病的患者。

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 8
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 • 可检测的 PSA 水平

关于中危组：

中危前列腺癌尚未生长到前列腺本身之外。虽不具备高危或极高危特征，但存在以下 **1 项或**多项中危因素：

- 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：

预后良好中危

预后良好中危亚组是指仅具有以下 1 种特征的患者：

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

除了具备上述特征之一外，判定为有利中危型的另一项标准是：穿刺活检取得的组织样本中，检出癌细胞的芯针占比不足一半。

预后良好中危癌症患者的治疗方案请参阅**《指南 9》**。治疗方案基于预期寿命预估。

指南 9
预后良好中危组：初始治疗方案

预期寿命	初始治疗	继以
10 年或 10 年以上	动态监测	
	放疗	PSA 复发检查
	前列腺手术*	PSA 持续和复发的治疗
5 至 10 年	观察（首选）	
	放疗	PSA 复发检查

** 不良特征请参阅《指南 8》*

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，且预估预期寿命为 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。

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/或生物标志物检测。确认性检查是为了验证您的前列腺癌实际严重程度是否比初步评估所见更为严重。

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，尤其适合接受动态监测。

对于中危偏低危组中，显微镜下癌细胞显示具有更高侵袭性或复发风险的患者，不建议采用动态监测。

对于预后良好得中危患者，应密切观察任何病情变化。**请参阅《指南 9》。**

放疗

对于一些预后良好中危癌症患者，放疗是一种治疗方案。是否适合您可能取决于几个因素，包括肿瘤的大小或专项风险检测的结果。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）。

虽然这种情况在有利中危型前列腺癌中并不常见，但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的外科手术旨在切除淋巴结并检查是否有癌症。

在某些情况下，如果病理科医生在切除的前列腺组织中发现高危（不良）病理特征，您可能需要在前列腺手术后接受进一步治疗。**请参阅《指南 8》。**出现任何不良特征表明术中并没有切除所有癌细胞。

但即便发现不良病理特征，首选方案仍是监测而非立即追加治疗。若后续确实需要辅助治疗，通常采用放疗与内分泌治疗的联合方案。

如果病理检查结果未显示高危特征，您的医疗团队将仅对您进行定期随访，密切观察癌症是否复发。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。

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，且预估预期寿命在 5 到 10 年之间，则有两种方案：

观察

在这种情况下，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

放疗是一种治疗选择，适用于部分患有预后良好中危癌症的患者，这类癌症在其一生中可能会生长或出现症状。放疗包括 EBRT 或近距离放射治疗。

预后不良中危

预后不良中危亚组指的是具有以下 **2 项或 3** 项特征的前列腺癌。

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

或者至少具有其中 1 项特征，**并且**穿刺活检的核心样本中有超过一半显示癌症。

预后不良中危前列腺癌症患者的治疗方案请参阅**《指南 10》**。治疗方案基于预期寿命。

指南 10
预后不良中危组：初始治疗方案

预期寿命	初始治疗	继以
10 年或 10 年以上	前列腺手术伴或不伴盆腔淋巴结切除*	PSA 持续和复发的治疗
	放疗和激素治疗	PSA 复发检查
5 至 10 年	观察	
	放疗和激素治疗	PSA 复发检查

** 不良特征请参阅《指南 8》*

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，且预估预期寿命为 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激素放射治疗。

前列腺手术

建议该风险组患者选择手术切除前列腺（根治性前列腺切除术）的治疗方案。

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。（您的医生将使用列线图来确定这种风险。）一种称为盆腔淋巴结清扫术的外科手术目的是切除淋巴结并检查是否有癌症。

如果在切除的前列腺组织中发现高危特征（**请参阅《指南 8》**），或者癌症已扩散至淋巴结，您在前列腺手术后可能还需要接受进一步治疗。

出现不良特征表前列腺手术并没有切除所有癌细胞。即使您存在任何不良特征，首选方案仍是监测而非追加治疗。

如果病理检查结果未显示前列腺手术后的高危特征，您的医疗团队将仅对您进行定期随访，密切观察癌症是否复发。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 年以上的癌症患者，放疗加激素治疗也是一种初始治疗方案。

放射治疗方案包括 EBRT 或近距放射治疗。具体采用何种放疗方式需综合多方面因素评估，其中癌症的程度是重要考量之一。

激素治疗为 4 至 6 个月的雄激素剥夺治疗 (ADT)，建议在放疗期间及放疗后实施。

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

对于预期寿命在 5 至 10 年之间的中危偏高风险组患者，放疗加激素治疗也是一种治疗方案。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。激素治疗最好在放疗期间及放疗后进行，而非放疗前。

高危或极高危

高危组包括**至少符合以下 1 项**特征的癌症患者：

- T3 至 T4 期肿瘤
- 4 级或 5 级组
- PSA > 20 ng/mL

极高危组则包括**至少符合其中 2 项**特征的患者：

- T3 至 T4 期肿瘤
- 4 级或 5 级组
- PSA > 40 ng/mL

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。**请参阅《指南 11》。**

指南 11
高危和极高危组：初始治疗方案

预期寿命	初始治疗	继以
5 年以上或有症状	放疗和激素治疗	PSA 复发检查
	放射疗法、激素疗法以及 Zytiga（阿比特龙）（仅适用于极高危癌症患者）	PSA 复发检查
	前列腺手术*	PSA 持续和复发的治疗
不超过5 年和无症状	观察	
	放疗和激素治疗	PSA 复发检查
	激素治疗	PSA 复发检查
	放疗	PSA 复发检查

** 不良特征请参阅《指南 8》*

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：

放疗和激素治疗

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 EBRT 前、EBRT 期间和 EBRT 后进行激素治疗 18 个月到 3 年。

另一种放疗方案（如条件允许）是将 EBRT、近距离放射治疗和长期激素治疗（1 到 3 年）联合应用。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。对于接受这种联合治疗的部分患者，可采用疗程更短的激素治疗（1 年）。

此外，还有一种仅适用于某些高危前列腺癌患者的治疗方案：Zytiga（阿比特龙）可以联合放疗和 2 年的激素治疗。

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。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。

术后，切除的前列腺组织将进行病理检测。若检测发现不良（高危）特征（**请参阅《指南 8》**）或癌细胞已转移至淋巴结，您可能需要接受进一步治疗：

- **未发现不良特征** – 若前列腺组织病理检测未检出不良特征，则无需进一步治疗。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。
- **发现不良特征** – 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。补充治疗（通常采用放疗与激素联合方案）也是一种选择。
- **淋巴结转移** – 若前列腺手术发现癌细胞已扩散至淋巴结但无其他不良特征，此时联合放疗与激素治疗可作为后续治疗选项。若术后检测不到 PSA 水平，继续监测也是合理的选择。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。

有关其他治疗和 PSA 复发的讨论请参见*第 7 章：PSA 持续和复发*。

支持治疗

除了这些治疗方法，您还可能接受支持治疗（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。

预期寿命：不超过 5 年且无症状

患有高危或极高危癌症且预估预期寿命不超过 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。您可能还需要接受腹部和骨盆影像学检查，以排查淋巴结及前列腺周围区域的肿瘤转移。若在这些区域发现癌细胞，将会影响您的治疗方案选择。

但如果癌症**尚未**扩散至骨骼、淋巴结或内脏器官，则目前有 4 种可选治疗方案：

观察

对于高风险但预期寿命较短的人群，最佳治疗方案可能是不进行积极治疗。观察主要包括偶尔进行 PSA 检测和观察症状，这些症状可通过姑息治疗来治疗。**请参阅《指南 11》。**

放疗和激素治疗

对于高危或极高危癌症患者来说，放疗联合长期激素治疗是一种有效的初级治疗方法。在 EBRT 前、EBRT 期间和 EBRT 后进行激素治疗 18 个月到 3 年。

激素治疗

对于预期寿命不超过 5 年的特定患者（无论是否有症状），单纯使用 ADT 是一种可选方案。

放疗

对于部分高危和极高危前列腺癌患者，EBRT 是一种可选方案。但单纯近距放射治疗不适用于高危和极高危患者。

支持治疗

除了这些治疗方法，您还可能接受支持治疗（姑息治疗）。支持治疗是为了缓解癌症引起的症状和治疗引起的副作用。

治疗后

在初始治疗后，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：

- 治疗后前 5 年每 6 至 12 个月复查一次 PSA，之后每年检测一次。
- 如果医生怀疑癌症复发，则进行直肠指检

对于高危和极高危患者，可能需要更频繁地进行 PSA 检测。

如果您的 PSA 水平（或进行的直肠指检）提示癌症复发，则可能需要影像学检查、活检或追加（或调整）治疗方案。*请参见第 7 章：PSA 持续和复发。*

关键点

- 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。
- 如果存在癌症已扩散或可能扩散至骨盆淋巴结的风险，您可以接受淋巴结清扫术并进行病理检查以明确是否存在转移。
- 根治性前列腺切除术后若发现任何不良特征，则提示您可能需要进一步治疗。
- 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。

要咨询医生的问题

- 治疗会持续多长时间?
- 我的保险能报销您推荐的治疗吗?
- 除 NCCN 建议之外，您是否建议其他治疗方案?如果是，原因何在?
- 您如何知道治疗是否有效?
- 癌症恶化或复发的可能性有多大?

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。



7
PSA 持续和复发

64 持续或复发检查

65 持续或复发治疗方法

67 生存状况

67 接下来做什么？

68 关键点

68 要咨询医生的问题

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。

如果您已接受根治性前列腺切除术，产生前列腺特异性抗原 (PSA) 的所有前列腺细胞都应在手术中被彻底清除。因此，您的 PSA 水平应该会降至检测不到的水平。如果您接受了放疗，您的 PSA 水平应该会稳步下降并保持在低水平。

但是，约有三分之一接受局部前列腺癌治疗的患者的 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）。

如果在术后首次 PSA 检测时，PSA 水平仍未降至足够低的水平，则视为 PSA 持续存在。

PSA 复发可能在初始治疗后几年才会出现。

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。

PSA 升高并不一定需要惊慌。通常您仍有时间来决定合适的治疗方案。有时甚至不需要治疗，可以继续进行监测观察。

如果预期寿命是 5 年或更短

请注意，本章列出的治疗方案适用于预期寿命超过 5 年的患者。

对于预估预期寿命不超过 5 年的患者，观察和/或支持治疗（姑息治疗）可能是比接受治疗和处理副作用更合理的方案。

持续或复发检查

在决定任何治疗方法之前，您还要进行更多检查，以了解癌症的侵袭性。

医生首先会重新评估您的风险等级。评估时会综合考虑多方面因素（而不仅依赖 PSA 水平），以确定您当前的实际风险程度。

这些因素包括：年龄、整体健康状况、最初接受的治疗方式及治疗距今的时间、是否存在不良特征或淋巴结转移、PSA 上升速度等。

必要时可能需进一步检查，包括活检或全身影像学检查。

持续或复发治疗方法

如果您的预期寿命超过 5 年，治疗方案的选择主要取决于您先前接受的是根治性前列腺切除术还是放疗。**请参阅《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手术检查结果：

未发现其他癌症

如果您的 PSA 水平升高，但检查未发现骨盆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。

癌症存在于前列腺内

如果检查发现癌症仅局限于前列腺，您将与护理团队讨论两种方案：进行根治性前列腺切除术并切除盆腔淋巴结，或接受再次治疗。再次治疗包括非手术选择，如追加放疗（称为再程放疗）、冷冻疗法，或可能采用高强度聚焦超声。

冷冻疗法和高强度聚焦超声仅适用于特定情况。

- **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。
- **高强度聚焦超声 –** 简称 HIFU，这种治疗方法利用高能超声波产生的热量破坏前列腺组织。

盆腔癌

如果检查显示骨盆淋巴结有癌症，您可以选择监测或接受激素治疗 (ADT) 和放射或再放射治疗。其他治疗方案包括切除或放疗盆腔淋巴结，可选择是否联合激素疗法。

指南 12
PSA 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	PSA 升高，但未发现其他癌症迹象	• 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，但未发现其他癌症迹象 或 癌症只存在于前列腺内	• 活检 • 监测 • 激素治疗 • 根治性前列腺切除术和盆腔淋巴结切除术 • 冷冻疗法 • 高强度聚焦超声 • 再放射治疗
	盆腔淋巴结癌	• 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 • 再放射盆腔淋巴结伴或不伴激素治疗 • 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

身体其他部位癌症

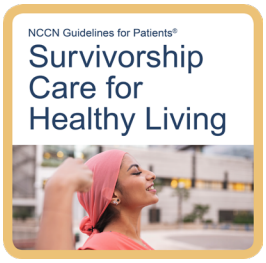
如果检查发现癌症已经扩散到身体其他部位，这意味着癌症已经转移，需要接受更深度治疗。请参见 *NCCN Guidelines for Patients：晚期前列腺癌*。

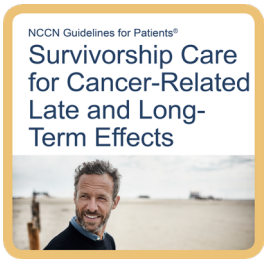
生存状况

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。





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的部位，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。

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 年下的患者来说，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。

要咨询医生的问题

- 为什么我的癌症会复发？
- 为什么现在只采用一种新疗法？为什么不同时尝试多种治疗？
- 根据下一步的治疗方案，我是否也需要咨询肿瘤内科医生或放射肿瘤科医生？
- 如果放疗第一次未能控制癌症，为什么还要再次尝试？
- 在放疗基础上联合激素治疗有哪些获益和风险？

感到沮丧、愤怒、懊悔、绝望及感到不确定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享受您的生活。



8 其他资源

70 其他需要了解的内容

70 还能采取哪些行动

70 求助渠道

71 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：

- 帮助选择正确的治疗方法
- 尿失禁和性副作用的风险
- 检查报告或治疗方案的二次诊疗意见
- 应对恐惧、焦虑或绝望情绪
- 与前列腺癌病友交流互助

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

Bag It
bagitcancer.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

- 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?



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

动态监测
频繁且持续的检查，以观察癌症状况的变化，以便在需要时开始治疗。

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。

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的治疗方法。也称为体内放疗。

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。

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切面图像的成像检查。

直肠指检
通过直肠壁触摸前列腺进行检查。

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。

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。

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。

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。

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。

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
基于类似情况下其他人的统计数据，得出的一个人可能存活的年数。

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。

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新部位的转移过程。

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。

列线图
一种利用健康信息预测结局的数学工具。

观察
在不接受治疗的情况下观察癌症生长或发生的时期。

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
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。

病理学家
专门检查细胞和组织以发现疾病的医生。

盆腔淋巴结切除术
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。

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。

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，有时还会切除淋巴结的手术。

复发
无病期后的癌症复发。

风险因素
增加患病概率的事物。

精囊
两种雄性腺体，用于产生精子能量所需的液体。

分期
对您体内癌症扩散情况评级的过程。

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。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。

超声
利用声波拍摄体内照片的成像技术。

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。

词汇表

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/主席
Case Comprehensive Cancer Center/University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Sandy Srinivas，医学博士/副主席
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 L. 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 V. 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 M. 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 P. 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

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 Z. 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 K. 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
指南流程高级经理

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



帮助完善，让 帮助完善 NCCN Guidelines for Patients 变得更好，让每位患者受益！

NCCN.org/patients/comments

注

索引

动态监测 6、33、37–38、49、51–52、53、55、56、58

生物标志物检测 23

活检 19、20、22–23、27、28、30、31、32、37、51、52、53、55、56、57、66

骨扫描 21

近距离治疗 41、42、43、54、56、57、58、60、61

去势（睾丸切除术） 44

临床试验 47–48、67

直肠指检 17、19、30、31、37、61

前列腺肥大（良性前列腺增生） 10、27

勃起功能障碍 10、40–41、43、45、46

外照射放疗 (EBRT) 41、42、54、56、57、58、60、61

基因检测 12、23–24

Gleason 评分 28-30

等级分组 28、29–30、38、51、53、55、57、59

激素治疗（雄激素剥夺治疗） 43、44-46、56、57、59、58、60、61、62、65、66

预期寿命 33、38、39、51、52、53、54、55、56、57、58、59、60、61、64

转移瘤 6、19、21、30、34、66

列线图 33、56、58

观察 33、38、49、51、52、53、54、55、57、58、59、61、64

盆腔淋巴结清扫术 56、58、57、65、66

持续 64–67

前列腺特异性抗原 (PSA) 11、16、26–27、51、64

前列腺手术（根治性前列腺切除术） 38-41、53、54、55、56、57、58、59、60、64、65、66

PSA 密度 27、51、56

复发 20、26、56、58、60、61、64-67

风险因素 12–13

性副作用 40–41、45–46

专项风险检测 33–34、53、56

分期 30–31

支持治疗 48、60、61、64

尿失禁 40、43



NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

早期前列腺癌

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-1861-0625