

七、預後：

睪丸癌的預後與其他泌尿系統腫瘤比較算是相當的好，以精原細胞瘤而言，如果是第一期接受睪丸切除及放射線治療的話，五年存活率高達98%，第二期A期也有92-94%，晚期則約為35-75%。非精原細胞瘤的第A期經治療後，五年存活率高達96-100%，B期也高達90%，即便是已有淋巴腺或其他部位轉移，五年的存活率也有55-80%，所以只要是早期發現，早期治療，治療的機率是相當高的。

八、術後護理及衛教：

1. 手術後由恢復室回病房時，首先注意生命徵象的測量，意識狀態的評估。
2. 護理人員會注意您小便自解情形，因麻醉及術後多補充液體及怕個案因怕痛而不敢解尿，所以一般術後6-8小時要解尿，如無解尿，護理人員會先評估膀胱是否有漲尿，再給予熱敷、誘尿，且視情形給予導尿。
3. 陰囊處會有縫合的傷口，用紗布覆蓋、加壓，不可自行拆除，保持傷口乾燥。
4. 護理人員會協助您在睪丸處冰敷，可減輕疼

痛及腫脹程度，使用支托物以減輕不適。

5. 運動：病患隔天依醫囑即可下床，傷口未癒合時勿做劇烈運動（約一週），且3個月後可以有性生活。

6. 藥物須知：認識藥物作用及副作用並按時服藥。

7. 居家照護：

- (1) 傷口不須拆線，縫線會自行吸收，每天以藥膏塗抹，5~7天盡量不要碰水保持清潔乾燥。

- (2) 當傷口還未癒合時，淋浴禁止盆浴，以免發炎。

- (3) 按時服用藥物。

- (4) 於預約日期返回門診檢查。

- (5) 採均衡飲食，避免刺激食物。

- (6) 定期回門診追蹤。



地址：高雄市824燕巢區角宿里義大一路1號

電話：07-6150011

網址：edah@edah.org.tw

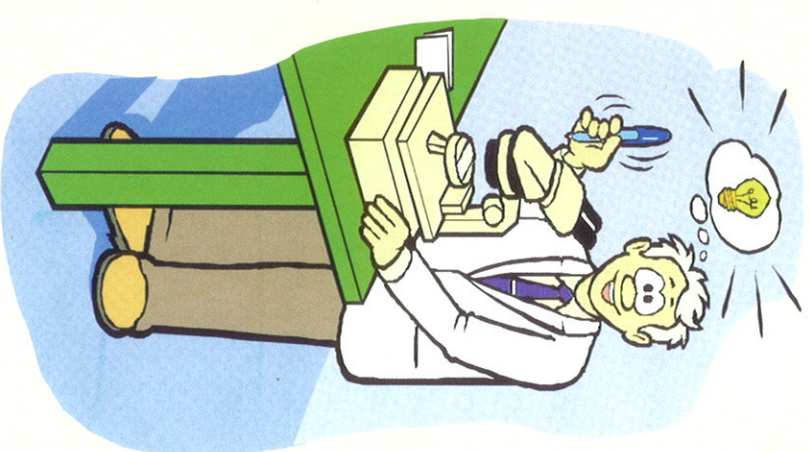
本著作權非經著作權人同意不得轉載翻印或轉售

著作權人：義大醫院

表單編號：HA-1-0025(2)

義大醫院 20X29.7cm 100.09E印製 100.05修訂

認識睪丸癌



義大醫院
E-DA HOSPITAL / I-SHOU UNIVERSITY

編印

認識睪丸癌

一、行成原因：

睪丸癌的病因並不清楚。就先因因素而言，最有關的是隱睪症，發生睪丸癌的機率較正常者高10倍以上。另外，母親在懷孕時使用女性賀爾蒙製劑也有較高的機率，使男嬰造成隱睪。就後天因素而言，如外傷、感染引起的睪丸萎縮也都與此病有關。

二、可能症狀：

大約有一成的病患無症狀，而是在外傷後偶然間發現的，有些是由其性伴侶發覺的。一般最常見的症狀是睪丸呈無痛性的腫大，有沉重感。有人會合併陰囊積水、男性女乳化，10%的人會因睪丸內出血或梗塞造成急性疼痛，另外有10%的人會出現轉移的症狀，如背痛、咳嗽、咳血、骨頭痛、下肢浮腫等。

三、檢查：

1. 身體評估。
2. 陰囊超音波。
3. 電腦斷層及核磁共振。
4. 抽血：如： α -胎兒球蛋白、絨毛膜性腺激素、乳酸脫氫酶等。

四、常見的睪丸癌類型：

1. 精原細胞瘤：好發於40-50歲的男性，典型的精原細胞瘤約佔所有精原細胞瘤的85%，睪丸會有結合性的灰色結節，這種瘤對於放射線治療非常敏感有效。
2. 胚胎細胞癌：分為兩型，即成人型及嬰幼兒型，幼兒型的胚胎細胞癌也叫卵黃囊睪丸癌，它是青春前期幼童最常罹患之睪丸腫瘤，75%出現於二歲前，極少轉移至後腹膜淋巴結，但較易循血液擴散轉移至肺部。成人型腫瘤常混合其他組織。
3. 畸胎瘤：組織學上它來自三種生殖層，含有骨骼、軟骨、肌肉、脂肪、神經組織及皮膚。
4. 絨毛膜癌：此種癌腫瘤病灶較小，但比較會有中央出血現象，很早就會有血液轉移，是一種很惡性的腫瘤。
5. 混合細胞瘤：有四分之一以上病人是畸胎瘤，也就是畸胎瘤混合胚胎細胞癌，也可能是精原細胞瘤與其他細胞癌混合。

五、分期：

第一期－腫瘤局限於睪丸內。

第二期A－後腹膜淋巴結腫大，但小於10公分。

第二期B－後腹膜淋巴結腫大，但大於10公分。

第三期－橫隔膜以上淋巴結或內臟器官已有轉移。

六、治療：

睪丸癌的治療端視其腫瘤分類及侵犯程度及期別而定，一般習慣是將睪丸癌粗分為精原生殖細胞瘤及非精原生殖細胞瘤，對於早期精原生殖細胞瘤（即第一期及第二期的A期）多採用根治性睪丸切除術加上後腹膜放射線治療，約有95%可以治癒，如果經放射線治療後有復發情形應加化學治療。

晚期的精原細胞瘤（第二期B期及第三期）則應先使用化學治療，90%的病人有效。對於早期非精原生殖細胞癌可採根除性睪丸切除術，至於是否要合併施行後腹腔淋巴腺摘除術，則各家做法不一。如果有復發則考慮再手術或化學治療，對於晚期的非精原生殖細胞則實施行睪丸切除術加上化學治療。