

認識膀胱腫瘤
(Bladder Tumor)

我的姓名：_____

看診醫院：財團法人長庚紀念醫院

手術日期：_____

我的醫師：_____

個案管理師：_____

聯絡方式：_____

目錄：

前言

膀胱癌在台灣的現狀

膀胱的構造及功能

膀胱癌的致病因素

膀胱癌的主要症狀

膀胱癌的診斷方法

膀胱癌的分期

膀胱癌的手術治療

膀胱癌的化學治療

膀胱癌的放射線治療

手術前護理照護

手術後護理照護

居家護理照護

膀胱癌的營養照護

膀胱癌的心理調適

個案管理師的角色

腫瘤病患之社會資源介紹

結語

編後

前言

有鑒於膀胱腫瘤對病患及家屬造成身心的憂慮與傷害，也希望能減少膀胱腫瘤的併發症，我們編纂此一手冊，針對膀胱腫瘤，提供一些基本的介紹，以提昇病患與家屬對此腫瘤之認識，並與醫護人員齊心合力，對抗此病。

膀胱癌在台灣的現狀

近年膀胱腫瘤病患每年均有增加的趨勢，男性與女性之比約為3：1。2008年衛生署公告膀胱惡性腫瘤發生率，男性為腫瘤排名第八位。女性發生率則在十位之外。引起膀胱腫瘤最主要的原因可能與工業化學物、汽油揮發性物質及人工色素有關。吸菸的人得病的機會也遠高於不吸菸者。

膀胱的構造及功能

膀胱是一個肌肉性囊袋，其上表面位於腹膜腔外並緊貼腹膜。男性的膀胱位於直腸前，女性的膀胱位於子宮前；膀胱前面為恥骨聯合。膀胱依結構可分成兩部份：一、膀胱體：即球形囊的部份，二、膀胱頸：即緊連於膀胱體及尿道的部份。

膀胱體分三層，由內而外為：尿道上皮層、平滑肌層、漿膜層。膀胱有一組逼尿肌環繞於通往尿道的開口，形成內尿道括約肌，兩條輸尿管入口及尿道出口所形成的三角區，稱為膀胱三角(trigone)。支配膀胱的神經來自腹下交感神經、骨盆副交感神經及陰部的體神經。當膀胱儲存尿量達到300~500cc時，即有尿液感並引發排尿反射。當副交感神經衝動時，會刺激膀胱逼尿肌收縮及內括約肌鬆弛，使尿液排出體外。

膀胱癌的致病因素

抽煙確實是一個相當重要的危險因子，膀胱腫瘤的病人中有抽煙者佔相當高的比例，雖然抽煙導致膀胱腫瘤的致病機轉並未完全清楚，但兩者之間確實有相當高的相關性。工作或居住的環境亦有一定的影響，如理髮師、製鞋工人、染髮業者、畫家、油漆工人及染料工人，因較常接觸染料，較易得到膀胱腫瘤。居住於烏腳病流行地區，長期飲用地下水也有較高的罹病率。該地區居民除了烏腳病盛行外，其他如皮膚惡性腫瘤、肝惡性腫瘤、肺惡性腫瘤及膀胱惡性腫瘤均高於台灣平均值。此外，長期的膀胱發炎、刺激與感染也是可能致病的危險因子。對絕大多數的病人來說，造成其膀胱腫瘤之原因並不清楚。

膀胱癌的主要症狀

最典型的症狀是無痛性血尿，其主要原因是由於腫瘤組織發生壞死或血管糜爛而引發出血。其他症狀包括頻尿、解尿困難、解尿疼痛、尿急、腰痛、尿液滯留。其他如膀胱炎、尿路感染、膀胱出口阻塞。有一部份病人會出現不明原因的體重減輕、貧血等症狀。

膀胱癌的診斷方法

基本的四種檢查就是尿液檢查、尿液細胞學檢查、靜脈注射尿路系統檢查及膀胱鏡檢查。

一、尿液檢查 (urine test)：尿液檢查多半可以見到紅血球，有時伴有白血球或細菌。

二、尿液細胞學檢查 (urine cytology)：膀胱內的正常細胞只有少數會脫落，出現於尿中，而腫瘤細胞因其大量增生，故脫落數目亦較多，這些細胞經過收集、離心、抹片及固定後，病理細胞學醫師可以根據這些抹片做出診斷，但此項檢查之診斷率並不很高。提高檢查的正確率，可用以下的方法：第一、儘量不採用晨間第一次排尿，儘速以新鮮尿液送往檢查處理，因晨間第一次尿由於在膀胱內存放過久，細胞容易變形、壞死，影響判讀。第二、藉由膀胱沖洗可以將更多的癌細胞沖流入尿液中，特別是尿量稀少的病人。

三、靜脈腎盂攝影術 (intravenous pyelography)：是將顯影劑注入靜脈中，顯影劑經由腎臟排出時，可藉由照 x 光顯現出泌尿系統的影像，如此，可看出膀胱內殘留尿液之多寡及膀胱腫瘤的情形，也可以檢查腎臟及輸尿管是否有合併有腫瘤侵犯。

四、膀胱內視鏡檢查：在膀胱鏡下，可直接觀察腫瘤的形態、大小、位置及數目。也可作部分切片檢查，或將腫瘤完全刮除。藉以得到病理結果，及對腫瘤侵犯範圍有所了解，以做為後續治療之依據。

五、電腦斷層或核磁共振影像檢查：對腫瘤的大小、膀胱壁侵襲程度、腫瘤本身內部是否有壞死情形做評估。膀胱外組織是否遭到侵犯、淋巴結、其他器官是否已有轉移，都可經由電腦斷層或核磁共振的影像來加以判斷。

膀胱癌的分期：

第 0 期：腫瘤侷限於黏膜層。

第 I 期：腫瘤侵犯已超過黏膜層，但未達肌肉層。

第 II 期：腫瘤侵犯至膀胱肌肉層。

第 III 期：腫瘤組織入侵膀胱周圍組織。

第 IV 期：腫瘤侵犯已至膀胱以外的器官或有淋巴腺轉移。

膀胱癌的手術治療

醫師會依據膀胱腫瘤侵犯程度而採取不同治療方法，以下略述一般較常見的治療方法

一、經尿道膀胱腫瘤切除術（簡稱 TUR-BT）：

透過膀胱內視鏡，將膀胱之腫瘤組織切除。是診斷膀胱腫瘤之重要步驟。對於體積較小只侵犯淺層膀胱之腫瘤完全切除。對於體積較大或侵犯較深層膀胱無法完全切除之腫瘤，亦可取得部分組織以做為診斷之用。此手術之病人腹部無傷口，手術時間短，流血較少，手術後恢復較迅速，併發症少，安全性較高，但年齡大的病患，器官老化，手術中及手術後有可能發生腦血管和心臟病等意外，也可能會有續發性出血、尿瀦留、尿道狹窄、尿失禁等併發症。

二、根除性膀胱切除術合併尿路改道術：

對於體積較大或侵犯較深層膀胱無法完全切除之腫瘤，就必須實施膀胱切除合併尿路改道手術。在男性病患手術時會一起切除膀胱、前列腺、儲精囊及周圍的淋巴腺和部份尿道；在女性則切除膀胱、子宮、輸卵管、前段陰道及尿道口及骨盆的淋巴腺。尿路改道的方法很多如：皮膚輸尿管造瘻術（cutaneous ureterostomy）；腎臟造瘻術（nephrostomy）；迴腸導管(ileal conduit)；原位迴腸膀胱(ileal neobladder)；在此我們介紹常用的迴腸導管及原位迴腸膀胱的手術方式。

此種手術方式是利用一段迴腸當做排尿系統的一個導管，使尿液由

腹壁上的造瘻開口排出(迴腸導管)或者以迴腸膀胱直接與尿道連接(原位迴腸膀胱)而自然排尿。病人有可能併發泌尿道感染、傷口感染、腎盂腎炎、腹膜炎、小腸阻塞、腎結石、尿液外洩、造瘻狹窄、出血等併發症。一般而言，原位迴腸膀胱雖然有較好之生活品質，但手術併發症相對較高，因此須要病患能充分配合，手術之前需與醫師做良好的溝通，由醫師判斷是否適合原位迴腸膀胱重建手術。

三、膀胱局部切除術（Partial cystectomy）：

對於無法執行膀胱全切除或病患拒絕接受根除性膀胱切除術時，可採用此方式。由於極易復發，一般病患並不建議此種手術法。

膀胱癌的化學治療

大多數膀胱癌在發現時是屬於淺在型膀胱癌，約佔 75% 左右。淺在型膀胱癌的特性是容易有膀胱內局部復發的現象。一般說來，一年內復發的機率約 50%，且容易在腫瘤刮除手術後三年內發生。因此，可藉著膀胱內化學藥物的灌注，預防腫瘤的復發。另外 25% 的病患在膀胱癌診斷時，已有局部侵犯或是遠端轉移。手術後化學治療便成為癌症控制重要一環。

化學治療在膀胱癌的角色包括：

- 1、淺在型膀胱癌化學藥物的灌注；
- 2、轉移型膀胱癌的消極性化學治療；
- 3、侵犯型膀胱癌術前或術後的輔助性的化學治療；
- 4、侵犯型膀胱癌合併放射及化學治療（膀胱保留療法）。

目前膀胱癌在林口長庚醫院的治療計劃為：

- 1.淺在型膀胱癌：第一期，先行內視鏡膀胱腫瘤刮除手術，再行膀胱

內藥物灌洗（卡介苗或化學藥物）。

2.侵犯型膀胱癌：第 II- III 期（肌肉層侵犯），有兩種治療方式：a.根治性膀胱切除；b.合併放射線治療及化學治療（膀胱保留療法）。

3.轉移型膀胱癌：第 IV 期，以保守性化學治療為主。

一、淺在型膀胱癌膀胱內化學藥物灌洗

適用對象為表淺性未侵犯至肌肉層的膀胱癌患者。表淺性膀胱癌有三、四成為多發性。單獨由膀胱鏡切除腫瘤是不夠的，其再發率高達 75% -80%。甚至有 10%-15% 會進展成侵犯型。因此表淺性膀胱癌的標準治療應包括：1、膀胱鏡切除膀胱腫瘤；2、術後合併膀胱內藥物灌注。膀胱內藥物灌注為抗癌藥物藉由一條導尿管經尿道灌入膀胱內，停留一段時間，再將藥物導流出來。藉由殺死殘餘的癌細胞以期能提高治療率。膀胱內藥物灌注的目的為：1、驅除殘存在的膀胱腫瘤；2、預防膀胱腫瘤再發；3、預防膀胱腫瘤進展成侵犯型。

Doxorubicin、Epirubicin、Mitomycin 及 Novantrone 是常用的灌注化學藥物。一般建議在膀胱鏡腫瘤切除不久，即開始灌注化學藥物最佳。目前的作法是在術後 24 小時內施予膀胱內藥物灌注（Doxorubicin、Epirubicin、Mitomycin 等等）。一星期後，針對病理組織報告、腫瘤數目、腫瘤大小、惡性程度和病患狀況來決定後續的膀胱內藥物灌注的種類與次數。後續的膀胱內藥物灌注中，BCG（卡介苗）被認為預防腫瘤的復發與侵犯有最大的效果。BCG 是屬於免疫藥物，經由膀胱局部免疫反應而達到抑制癌細胞的目的。給予方法為先連續 6 週每週 1 次的 BCG 藥物灌洗，休息 1.5 個月後，之後的 21 個月再給予 12-15 次的 BCG 灌洗。相較於其他化學藥物，BCG 局部副作用較大，一些人無法容忍。對於不適合 BCG 藥物灌注的病患，可以選用其他化學藥物。先施予連續 6 週化學藥物灌洗，之後再每個月灌注一次。一般平均約 12 次左右。至於 Doxorubicin、

Epirubicin、Mitomycin 那種效果好？目前認為差異並不大。膀胱內化學藥物灌注的副作用最常見為膀胱刺激所引起。包括血尿、頻尿、小便灼熱等等。

追蹤的方法為三年內須每 3 個月接受膀胱內視鏡檢查及尿液癌細胞檢查，第四年為每半年一次。滿五年之後每年一次。

表淺性膀胱腫瘤治療後若復發，則須再次施行膀胱鏡切除膀胱腫瘤。如仍然為表淺性膀胱腫瘤，膀胱腫瘤切除後，可重複膀胱內化學藥物灌注。如轉變為侵犯至肌肉層的膀胱腫瘤，膀胱內化學藥物灌注就無效。可能必須考慮膀胱切除手術或其他治療方式。

二、轉移型膀胱癌的消極性化學治療

過去泌尿路癌最出名的合併化學療法為 MVAC (Methotrexate, Vinblastin, Doxorubicin, Cisplatin)，雖效果佳（臨床的反應率為 39-65%），但毒性大（骨髓抑制、腎毒性及易細菌感染）。現在已較少用。新藥以 Gemcitabine（健擇）及 Paclitaxel（太平洋紫杉醇）最有效。Gemcitabine 健保已可給付於晚期或轉移性膀胱癌病患；若單獨使用，可使二成七的患者有臨床的反應率（腫瘤縮小大於 50%），若與鉑化合物合併使用則平均可以存活十二到十四個月。Paclitaxel（太平洋紫杉醇）健保尚未給付。GP (Gemcitabine, Cisplatin) 及 TP (Paclitaxel, Cisplatin)，效果佳（臨床的反應率分別為 57-66% 及 62-72%），毒性小。新藥與舊藥的比較為新藥毒性小、不必從腎臟排泄、臨床完全反應率較舊藥高。林口長庚醫院用 FLP (5-Fluorouracil, Leucovorin, Cisplatin) 來治療泌尿路癌，效果佳（內部資料：臨床反應率 50%，存活率為 8 個月），毒性小，生活品質好。化學治療在非移行上皮細胞癌、內臟轉移者集體能不好者，療效較不好。

三、侵犯型膀胱癌術前或術後的輔助性的化學治療

輔助性的化學治療可用在手術前或手術後，也可以合併放射線治

療。根除性膀胱切除（radical cystectomy）後做化學治療的選擇對象為高癌症再發或轉移者，包括 1、腫瘤已擴及膀胱外或已侵犯至鄰近組織者；2、骨盆腔已有淋巴腺轉移者；3、病理上有淋巴性或血管性侵犯者。林口長庚醫院用 化學治療 FLP 每 3-4 週一次共 6 次合併放射線治療 5000 雷德來治療這些高危險群病患。

術前化學治療的優點可使腫瘤縮小，使原先難以膀胱切除者在可行切除。缺點為化學治療毒性大或過於治療，對存活率並無幫助。患者先經膀胱鏡切除腫瘤再行化學治療者比未經由膀胱鏡切除腫瘤就行化學治療者，臨床完全反應率較高。化學治療有療效者預後較佳。

四、侵犯型膀胱癌合併放射及化學治療（膀胱保留療法）

對於不適合開刀、不想開刀或不能開刀的侵犯型膀胱癌可考慮此法。基本上先經膀胱鏡將腫瘤切除，再合併放射及化學治療將膀胱保留。若是癌病還持續存在可再進行根除性膀胱切除。理想條件包括：1、腫瘤小者；2、膀胱鏡可完全切除腫瘤者；3、無腎水腫者；4、合併放射及化學治療可達完全反應者。化學治療用 FP (5-Fluorouracil, Cisplatin) 合併放射線治療為最近常用的療法。病人在治療後，約有六、七成的病人可將膀胱保留。三年的存活率可達六至八成。臨床完全反應者多數亦達到病理完全反應。毒性亦小如放射性腸炎或膀胱容積變小等，大部分可容忍。針對侵犯型膀胱癌，林口長庚醫院用化學治療 FLP (5-Fluorouracil, Leucovorin, Cisplatin) 每 3-4 星期為一期共 6 期合併放射線治療 6000-6400 雷德來將膀胱保留。病人雖大部份為老人家，但副作用少。三年的存活率達 69%，三年無腫瘤再發的存活率達 65%。能合作達成治療目標者比治療不完全者為佳。

五、結論

治療膀胱癌須要科際間的合作。化學治療在膀胱癌無論淺在型、侵

犯型及轉移型的膀胱癌皆有其重要角色。淺在型膀胱癌用 BCG 或化學藥物灌洗對預防膀胱腫瘤的再發有所幫助。侵犯型膀胱癌可選擇高危險群病患。在根除性膀胱切除後做輔助性的化學治療或在加上放射線治療。對特定病人可藉合併放射及化學治療將膀胱保留。轉移型的膀胱癌雖新的化學治療藥物如 Gemcitabine 及 Paclitaxel 療效佳且毒性少。但仍須期待有更好的藥物或治療方法來將其突破。

膀胱癌的放射線治療

放射線治療俗稱“電療”，也可簡稱為“放療”。是利用高能量的放射線來治療癌症病人。在一般人的認知，放射線會傷害人體，那麼接受“放療”時，病人的身體會被傷害到嗎？答案是：“放療”是經過謹慎的規劃與小心的操作治療機器，把放射劑量（單位：cGy）釋放在需要接受治療的部位，病人身體的其他部位均未被照射，因此“放療”對人體造成的傷害是局部的，被傷害到的則是腫瘤、癌細胞。

當膀胱癌病患接受膀胱摘除手術後的“放療”時，可能被照射到的器官是腸道及子宮（只在女病患）。此類病人我們會把“放療”的劑量設定在 5000cGy 之內，其中只有 4400cGy 的劑量會照射到腸道、子宮（女病患），6000cGy 的劑量只施予摘除手術後遺留下的空腔部位。至於未經過膀胱摘除術的病人。“放療”便必須把膀胱包括在照射範圍內，給予的劑量會是 6000cGy，其中的 4400cGy 包括膀胱以外的器官與組織。

腸道中的直腸對放射線的忍耐度是 4500cGy，因此甚少出現嚴重傷害；子宮的耐度則是更大。至於其他的腸道，因為它們在人體內會移動的緣故，在“放療”過程中不可能長久停留在照射範圍內，因此它們會接受到的放射線劑量都在容忍度以內。

病人接受“放療”時會產生的不適，多以腸道及尿道的不舒服表現出來。腸道的症狀以“裡急後重”，及“腹瀉”居多。這些症狀都可以藥物控制，在“放療”全部結束後便恢復正常。尿道症狀多為頻尿及解尿困難，此時，應鼓勵病人多攝取水分，不使用含有酒精的飲料，以免細菌再尿液中滋生；若症狀持續出現，使用尿道止痛劑可舒緩症狀。

手術前護理照護

1. 由醫師向病患及家屬解釋手術的方式，及手術可能發生的合併症，並填妥麻醉及手術同意書。
2. 為了解病人手術前的身體狀況，病患在手術前需要完成各項的檢驗、檢查（如照胸部 X-光、心電圖、生化及血液的檢查和小便的檢查）使手術及治療能順利完成。
3. 手術前教導深呼吸、咳嗽和翻身，讓病患知道術後深呼吸、咳嗽和翻身的好處；避免術後傷口痛不敢動和深呼吸而影響手術的復原。
4. 腸道準備：手術前一天晚上護理人員會從您的肛門灌腸，灌入 120c.c.的液體，請您忍 5 到 10 分才解掉，讓腸道乾淨，以減少手術過程中感染機會。
如執行根治性膀胱切除術合併尿道改道術者，手術前兩天開始應採全流飲食，下午 3 點左右口服瀉劑 250 c.c.。手術前一天採清流飲食，下午 3 點左右服用瀉劑三顆及 2000 c.c.開水。晚間 9 點左右口服腸道抗生素及小量灌腸。（或依據病情需要及醫師指示調整腸道準備方式）
5. 手術前一定要禁食超過 8 小時，為避免手術時胃部殘留食物逆流而導致吸入性肺部感染，於手術前一晚午夜(24:00)後開始禁食(包括開水) 如病患服用高血壓、心臟病、支氣管的藥物藥告知醫師，

手術當天早上 5 點護理人員會提醒您吃藥，喝水不超過 30c.c.。

6. 為維護病患的安全，進手術室之前病人身上任何金屬物品(如項鍊、手錶、戒子、眼鏡....)或活動假牙、義眼、隱形眼鏡等等，應移除。女病患如遇生理期可告知護理人員可以穿紙褲。
7. 手術前一天晚午夜 24:00 禁食，為補充水分，手術前會給予靜脈點滴注射。
8. 身體的清潔：手術前一天洗澡，尤其手術部位的清潔。手術當天可以刷牙洗臉但注意不要把水吞下去。

手術後護理照護

經尿道膀胱腫瘤切除術後護理

1. 意識、生命徵象、攝取量和排出量的測量，手術後會有尿管留置和生理食鹽水沖洗膀胱
2. 觀察有無膀胱漲，想解小便、尿量減少的情形及小便顏色；當導尿管留置及生理食鹽水沖洗膀胱，麻醉退後會有想要大便和小便的感覺（若尿量正常，但想解尿，主要因尿管於膀胱內，膀胱會感覺有異物，所以會一直收縮膀胱，而有尿意感），只要尿管通暢，教導病患腹部儘量放鬆不要用力，如真的很不舒服可以打止痛針緩解疼痛不適。如發現小便沒有出來及膀胱脹有尿意感，或沖洗的生理食鹽水不滴，有可能膀胱有血塊塞住尿管，應立即告知醫護人員協助處理。
3. 尿管護理：保持導尿管密閉引流及通暢，可經常擠壓導尿管分叉處，如導尿管排尿量減少、膀胱膨脹、下腹部劇痛、血尿變得較濃稠時，請告訴醫護人員協助處理。
 - a) 為預防導尿管密閉系統受污染，導尿管與集尿袋不可分離，且任何一部分均不可受到污染。

- b) 集尿袋不可高於膀胱，以免集尿袋中尿液逆流至膀胱內。
 - c) 集尿袋應離地 3-5 公分，不可放在地上。
 - d) 集尿袋應每隔 8 小時或小便量超過三分之一時，即將尿液倒除。
 - e) 可進食時，可多喝開水以產生機械性自然沖洗力，並可稀釋尿液中所產生的附著物之元素，以預防尿路阻塞。
 - f) 尿管照顧：尿道口每日以生理食鹽水棉枝清洗乾淨，再以優碘或新黴素軟膏消毒（或以肥皂水或清水清洗乾淨）。
- 4. 維持大便鬆軟：**為預防手術後因用力解便而造成傷口出血，因此手術後多進食蔬菜水果醫師，也可能會開立軟便劑服用，以維持排便通暢。灌腸宜盡量避免，否則容易造成手術部位出血。
- 5. 多攝取水份：**為使手術後尿液排出量較多，以使小便顏色較清淡，因此應大量攝取水份，每小時應攝取 150~200 cc的水份。
- 6. 活動方面：**手術後多翻身及情況許可下儘早下床（長期臥床易發生血栓性靜脈炎及靜脈血栓，故手術後隔天導尿管牽引放鬆後即可下床），可促進血循環、減少肺部感染及提早排氣。若小便呈現鮮紅色時（如蕃茄汁的顏色），需臥床休息。

一般接受經尿道膀胱腫瘤切除手術後，留置導尿管的時間約二天左右，導尿管拔除後會有頻尿、解尿時感疼痛、小便控制差等症狀，此乃膀胱壁及尿道黏膜在手術時的損傷未完全癒合所致，因此一有尿液則會刺激到膀胱及尿道，小便即無法控制而解出，這些症狀在一段時間後慢慢會減輕。導尿管拔除後，膀胱在建立肌肉張力過程中，膀胱無法完全排空，容易發生膀胱炎，如果發現小便顏色不正常、氣味異常或小便中有沉澱物時，應立即通知醫護人員。

行膀胱全切術和尿路改道的手術後護理

- 1. 意識、生命徵象、攝取量和排出量的測量。
- 2. 疼痛護理：手術後因傷口以及手術時維持同一個姿勢太久，造成

肌肉酸痛，特別是手術後的前三天，護理人員會評估病患疼痛的情形，並依醫囑適時給予止痛劑來減輕病患疼痛，也可採用自控式止痛(PCA)。適量止痛劑使用不會影響傷口的癒合，您可以放心使用。在手術後的前幾天，也可以採用正確的姿勢、適時變換姿勢以及給予按摩等，減輕不舒適感。

3. 傷口和引流管護理：手術後傷口會有引流管，引流傷口滲液；醫護人員會觀察傷口引流液的情形，適時給予換藥，一般情況下第六天會將引流管拔除，第七天拆線。觀察傷口變化、注意造瘻口的顏色，（正常應為粉紅色或豬肝紅色），並學習造瘻口袋子更換方式。

4. 尿管護理：保持導尿管密閉引流及通暢，可經常擠壓導尿管分叉處，如導尿管排尿量減少、膀胱膨脹、下腹部劇痛、血尿變得較濃稠時，請告訴醫護人員協處理。

5. 深呼吸、有效咳嗽及拍痰的動作，幫助肺部擴張，以避免術後肺炎的發生。傷口在腹部周圍您可能不敢做這些動作，此時可協助以手或枕頭適當的支托腹部。

6. 飲食方面：手術後未排氣前需要禁食，排氣後醫師會評估腸蠕動的情形，採少量多餐漸進式進食。膀胱全切術和尿路改道病患應避免產氣食物，例如：韭菜、蘆筍及起司。

7. 活動方面：手術後病人應多翻身及在情況許可下儘早下床，可促進血循環、減少肺部感染及提早排氣，減少併發症的產生。

居家護理照護

1. 傷口照護：出院時醫師會開優碘照顧引流管的傷口，一天換藥一次，傷口癒合結痂就不要再擦優碘，保持乾燥即可。注意傷口是否有感染的徵象（如傷口處紅、腫、熱、痛）出現，注意體溫的變化以及是否畏寒或體溫超過 38.5° C，假如有這些現象出現，應趕快回

醫院診治。出院後一至二星期會預約回門診看傷口癒合情形。

2. 尿液持續引流：若尿液滲漏、個人衛生不佳時容易造成尿路感染；造瘻口集尿袋可用肥皂水及溫水清洗後重複使用，尿袋滲漏應立即更換。應多攝取足夠的水分，酸化尿液，例如維他命 C 及進食酸性食物和飲用蔓越梅果汁等降低尿路感染。選擇穿著寬鬆不會阻礙尿液引流的衣服。

3. 排尿：勿憋尿，觀察尿液的顏色及量，如尿液顏色是呈西瓜汁則臥床休息，及避免可能的活動；當尿液顏色如蕃茄汁或有解尿困難時，需立即掛急診處理。

4. 飲水：每小時應攝取 150~200 cc 之水份(包括湯、果汁)降低尿路感染，且集中在晚上九點前以免影響睡眠。如要換造瘻袋之前避免喝水、避免因尿流量大不易更換造瘻袋。

5. 飲食：避免攝食容易發生產氣食物與口香糖。手術後為避免便秘因腹部用力牽引傷口痛，應多吃蔬菜、水果等高纖維之食物。若便秘可服輕瀉劑，避免不必要的灌腸。此外可正常飲食，無特殊禁忌。

6. 活動：三個月內勿做劇烈運動及提重物，避免手術部位的牽引痛、開車及粗重的工作。

7. 個人衛生方面：傷口未完全癒合前傷口不要泡水，可採淋浴方式，或貼防水膠布。

8. 性生活方面：六週後，依個人體能恢復狀況而定，返家後若有性功能障礙(無法勃起)，回診時可與醫師討論。

9. 迴腸膀胱：有導尿管者需按醫師指示，做沖洗之動作以避免阻塞。或於解尿時，做腹部按摩以增加迴腸膀胱之排空。

膀胱癌的營養照護

膀胱癌患者需要攝取均衡且足夠的營養，因為良好的營養狀況，不

只能提供足夠的體力支持長期的治療（化學治療或放射治療），同時會加強治療的效果。

營養照護的目的：

- 1.預防體重減輕或避免體重減輕過多。
- 2.修補因治療所產生的損傷，促進新組織的建造。
- 3.增加患者對各種治療的接受能力，及對感染的抵抗力。
- 4.減輕治療引起之副作用及預防因營養不良引起的併發症。
- 5.使病患感覺較舒暢、體力較充沛。

一般飲食原則：

- 1.採用均衡營養的飲食，根據自己的狀況及熱量需求，攝取自己適合的飲食，以維持良好的營養，保持體重及增強抵抗力。
- 2.在治療期間，依各人對治療反應程度的不同，應請教營養師適時作飲食上的調整，以免造成營養不良。
- 3.不可聽信偏方造成飲食不當，引起營養不良。
- 4.因攝食量不足，造成體重嚴重減輕時，應請教營養師適時的補充商業配方，若攝食量仍不足，則需採用管灌或靜脈營養補充。
- 5.定期回醫院作追蹤檢查，如有任何營養問題，應請教營養師。

飲食注意事項：

- 1.多攝取水分，以降低尿路感染。
- 2.增加高纖維食物的攝取，如：水果、蔬菜及全穀類。
- 3.避免高溫油炸及高脂肪飲食。
- 4.多選擇新鮮及自然食物，少食用鹽醃、煙燻、碳烤或加亞硝酸製備的食物。
- 9.避免吃發霉的食物。
- 10.避免酗酒。

飲食改善方法：

症狀	飲食改善方法
食慾不振	少量多餐（提供高熱量的點心或飲料）。變化烹煮方法，注意色香味調配。保持愉快的進餐心情、提供輕鬆的進餐環境。做適度的活動及食用少許開胃食物。避免患者自己烹調油膩的食物。
噁心嘔吐	飲用清淡、冰涼的飲料。 避免太甜或太油的食物。 避免冷、熱食物同時攝取。 少量多餐，避免空腹。 注意水分及電解質的平衡。
味覺改變	烹調時添加些許糖或檸檬，以增加口感。 避免苦味強的食物，如：芥菜。 為增加肉類的接受性，烹調前可用調味料稍加醃漬。 多變化調味方式，找到自己較喜愛的口感。
腹瀉	採用纖維少的食物，減少糞便體積。 避免攝取過量油脂。 注意水分及電解質的補充。 排除可能引起腹瀉的心理因素。 避免牛乳及乳製品。 少量多餐。
腹脹	避免食用易產氣的食物及粗糙多纖維的食物。 正餐中不要喝太多湯汁及飲料。 食口香糖，進食時勿講話以免吸入過多空氣。
便秘	多選用含纖維質的蔬菜、水果及全穀類 多喝水或果汁。

放鬆緊張憂慮的情緒，並做適度的運動。
養成良好的排便習慣。

膀胱癌的心理調適

---如何面對自己或親友罹患泌尿道腫瘤

面對癌症，對任何人來說都是很大的衝擊。不只是病患本身，身旁的親友在診斷與治療的過程中，隨著病情的起伏，也都會經歷各種情緒變化。除了勇敢的面對病情，積極的治療與追蹤之外，也要關心患者與家屬的心情，以避免過度的負面情緒影響了治療反應和生活品質。所幸，大部分的情緒反應都是正常的，下列是各時期常見的情緒變化。

一、診斷期：

當確定診斷時，很多患者都會覺得震驚、難以接受；有些患者則是感到麻木，或一切好像都不真實；有的病患則是經驗到極度的恐懼不安或是沮喪；有些則是感到罪惡感或是羞愧。失眠、食慾減退、緊張、注意力無法集中、容易受驚嚇等，都是常見的反應。有些病患則持著「否認」的態度，無法相信這樣的診斷，因此而轉換多家醫院的情形並不少見。

二、治療期：

癌症的治療本身就會帶來的壓力，例如手術的疼痛以及化學治療或是放射線治療的副作用。有些病患對於失去他們的身體器官，例如攝護腺，膀胱等，感到哀傷；也因為同時失去了當健康時擁有的工作、社交活動、以及自由活動的能力，而感到心情低落。因治療帶

來的一些身體變化常會困擾患者，而使得病患對自己失去自信，變得退縮封閉、不喜歡接觸人群。

三、緩解期：

當治療到一段落，病患接著面臨了復發的威脅。病患可能會擔心醫師會不夠小心，或是追蹤間隔太久以至於不能早期發現腫瘤復發或轉移；也會極度關心身體的健康狀況或任何的疼痛；當有症狀時，病患會希望隨時找得到醫師；即使只是例行性的返診及追蹤檢查，都可能讓病患有預期性焦慮。

四、復發期：

癌症的復發帶來相當大的壓力以及失望，因為病患通常會聯想到無法治癒。病患將可能再經歷到無法置信，憤怒，焦慮等情緒反應，而且更為強烈。隨著病情的惡化，有些病患會絕望的再找新的醫師，新的治療法，甚至是另類療法。這時期憂鬱的心情是相當常見的。

五、癌症末期：

病患通常某個程度上會意識到疾病已不可挽回，並且預期死亡即將到來。但是病患仍然會害怕被放棄，害怕失去身體的自主性以及尊嚴，擔心疼痛無法控制等。也掛心未完的事業，家庭，子女，以及面臨死亡未知的恐懼。

除了上述的情緒變化外，有一些狀況是膀胱癌特有的：

1. 手術可能會引起性功能以及泌尿功能障礙，造成的一些心理反應與攝護腺癌是很相似的，病患與其配偶在這方面的困擾，都需要關心。
2. 造瘻口所帶來的身體形象改變、擔心有氣味等的問題，通常也是男性患者較女性患者的調適能力較差，需要有多一點的協助。

自己該如何調適

1. 不要相信「癌症等於死亡」，現今的醫療已經使不少的癌症病患病情穩定。
2. 不要自責，認為是你自己不好才罹患了癌症，沒有人希望生病。
3. 想想自己過去是以什麼方法面對困境，現在你也可以這樣做。例如以前碰到困難，你會積極的向外求援，現在也應該這麼做。
4. 以一天為單位來面對問題。有時想到目前的困難以及未知的未來，真的會讓人喪氣，但是事實上病情可能隨時會有轉機，醫療的技術也天天在發展，處理好眼前的問題，會讓自己隨時有機會，也能讓自己更有信心而保持希望。
5. 如果無法如大家的期望「保持樂觀的態度」，也不要覺得有罪惡感。每個人的情緒有起伏是很正常的，再樂觀的人也有低潮的時候，只要能夠在有困難時尋求協助就可以了。
6. 找到一個你覺得願意傾聽、願意提供支持，而且你也覺得可以信賴的醫療團隊。有疑問時隨時提出來，尋求專業解答，避免自己猜測。
7. 多與家人或親友聯繫溝通，這樣可以獲得支持，也可以讓他們有關心你的機會。
8. 心情極度惡劣，或是有一些揮之不去的負面想法時，一定要向親友或是醫療團隊說出來，及早轉介心理衛生工作人員。
9. 可以參加病友團體，別人的經驗，不管好壞，都可以作為參考。
10. 考慮保持記筆記的習慣，有助於整理問題，避免遺漏。

親友該如何面對

雖然不是自己生病，但是你也可能經驗到和病患一樣的情緒變化，甚至有可能更嚴重，特別是配偶，因為你的壓力一樣大，而且又不

能表露出來，擔心會影響病患。

1. 所以你可能感到傷心，孤獨，茫然，對未來沒有安全感等等，是很正常的。
2. 而且會覺得不知道該如何面對病患，也是正常的。
3. 真誠以對。有時不知該如何說，可以把心中的感覺說出來，例如「我不知道該怎麼說，但是我一定會陪著你找到方法」，或是「如果有什麼我可以做的，請告訴我」。
4. 陪著家人就醫，特別是重要的醫療決定，需要大家一起討論。
5. 支持與鼓勵當然很好，但是應該避免過度樂觀或是空泛的安慰。
6. 不要逃避或是阻止病患對其真實感受的告白，當病患提到較負面的情緒時，傾聽，並試著去了解。
7. 適當的幽默。
8. 患者有所進步時，適時給予正向的回饋。
9. 避免提供「聽來的」醫療資訊，以免造成病患的困擾。
10. 陪伴。特別在疾病末期，你的出現，常常比說什麼來的重要。
11. 親友之間也要互相支持鼓勵，有些話的確不宜在病患面前說，但不妨與其他家人朋友討論，可以減輕心理負擔。

個案管理師的角色

基於以個案為中心之理念，本院癌症中心成立個案管理師，加強溝通協調及適當運用照護資源，促進病患及家屬參與健康疾病自我管理，進而達到持續性及整體性照護之目的與成效。

個案管理是一種以病人為中心，整合醫療團隊的資源，加強溝通與協調以達成品質改善的照護系統，由各相關醫療人員組成並參與照護，包括醫師、護理人員、藥師、營養師、社工及其他醫療小組成員，定期討論、共同計劃、推展、執行和評估。其團隊成員中設有

個案管理師一職，負責病患診療全程管理及追蹤記錄，加強溝通協調，整合醫療團隊資源，減少各科間之意見分歧，並能有效運用醫療資源，增加醫療處理的有效性及持續性，而使醫療團隊共同負起執行醫療照護計劃的責任，達到預期的照護品質。同時在醫療團隊中個案管理師負有監督功能，扮演健康照護系統之守門員及促進者，確保所有照護活動都按照計劃進行，並確實完成，且密切監測病患照護後的結果，運用個案管理照護準則建立個案檔案，以建立相關統計資料並定期評估與提報，促使照護準則更符合病患需求以確保照護之品質。

個案管理師之成立，讓病患於發現罹患惡性腫瘤時，不再害怕獨自面對醫院陌生的環境與艱澀的醫學名詞，從一開始醫師診斷後之否認期至治療後之接受期，從住院到出院之醫療照護，乃至醫院治療後而重返社區之持續性照護，進而至追蹤期，都有個案管理師主動關懷，適時加入照護系統，並穿針引線於整個醫療團隊小組，即時有效的運用醫療資源，促進照護流程之順暢，以提供病患優質的健康管理與服務。

為了達成與病患及其家屬即時及有效的溝通，每位個案管理師均有醫院賦予之專線電話，使其成為病患與醫療團隊之溝通橋樑，讓病患感覺醫療團隊隨時陪伴於旁，並有可諮詢的窗口與聯繫，讓病患在治療過程中不感覺孤單，且更深具信心。

而個案管理師依病患照護需求，以直接照護或電話訪談等方式，提供必要的醫療服務，當面對新個案成立時或進入下一個療程、有合併症、有嚴重程度情緒困擾、家庭互動障礙、自我照顧能力不足等，個案管理師會以直接照護方式與病患接觸，向病患及家屬介紹醫療團隊成員及相關資源，建立信賴的醫病關係，並對病患生理、心理、社會、營養需求之評估，定期與病患及家屬說明治療準則、及各階

段之短程及長程目標，使其了解治療計畫、檢查過程、預定的住院時間及天數，返家是否需要社區性持續照護，提供病患及家屬面對診斷及治療時的情緒支持，並協同其他醫療團隊，提供病患及家屬的照護活動及衛教指導，並與出院準備服務人員、社工、轉介服務人員溝通與協調，提供患者最適合的轉介服務和資源之運用。而對於未依計劃返院、拒絕或中斷治療者，個案管理師會採用電話訪談方式予關心病患，了解其未持續治療之原因，提醒病患就醫並提供必要之協助，以幫助病患重回其治療計劃。

個案管理是一種共同合作的過程，以滿足個人健康需求及減少醫療成本浪費且高品質的服務。而透過個案管理師之專業角色，癌症中心期望發揮其管理、規劃、協調、溝通、評估、促成、照護及教育的功能，並有效改善醫病關係，透過重視醫療的安全性及正確臨床決策與管理，讓病患感到舒適滿意，達到醫療效益勝於風險，而讓醫療傷害與紛爭降至最低，並期望以「多科整合協同運作模式」及落實癌症照護醫療團隊中不同專科間合作、溝通與協調的機制，而共同踏入以病人為中心之個案管理照護新紀元。

腫瘤病患之社會資源介紹

當一向順遂的人生，剎那間發生了大逆轉時，接下來的路該往哪裡走？又該怎麼走下去？每一位腫瘤病患本身或家屬定面臨很大的心理、生活、經濟層面的衝擊。然如何協助病患與家屬們透過相關資源介入，使其能將這些衝擊轉化新的適應力量，增加疾病適應能力，有品質的延續或面對生命，是每一位工作人員十分重視之課題。無論人或社會機構可提供物資服務，以維繫生活或成長發展者即稱資源。以社會支持系統觀點而言，社會資源可分為：

內在資源：一般個人潛力可謂之。如人格特質或家庭中的某些有助於解決問題或滿足需要的特性。

一、個人：知識、體力、態度、認知、健康狀況等……。

二、家庭：清楚的溝通能力、提供情緒支持、家庭成員忠程度等內在資源…。

外在資源：可提供物資或服務的人或機構，使個人、家庭維持合理的生活品質、適應能力。其中又可分為非正式和正式資源二種。

一、非正式組織：親戚、朋友、鄰居、志工均屬，沒有明文規定的申請條件，服務內容較廣。

二、正式資源：有經費來源或收費的機構或專業人士，他們依據政策或相關法規明列出符合申請的條件以及服務的內涵種類。可分為政府與民間機構，前者由政府稅收支應，也受法律規範，如低收入資格申請與補助內容。然民間資源多由募款捐助而來，但也有部分服務需收費，並有正式政策或程序，如慈濟基金會(募款捐助)、彭婉如基金會提供之家庭、家事服務(有部分服務需收費)。

因考量坊間針對腫瘤病患、家屬之心理歷程與調適，多有相關探討、琢磨，故在此不加敘述。以針對當家庭成員罹患疾病時，家庭生活經濟改變之因應或可尋求之相關資源來論，此部分內容即為上述之外在資源部份。

一、非正式組織：

由於罹患腫瘤或癌症病患及家屬之情緒反應極為複雜，且承受極大之壓力，家庭也可能因此面臨角色的重整，甚至帶來家庭危機，此時可透過轉介予社工，或坊間心理工作坊、工作室、協談中心尋求協助。或者有宗教信仰者，可藉由教會、寺廟友人予以支持。

另外將相同疾病之患者組織而成之團體，透過病友間之經驗交流、彼此學習，達到助人與自助之目標，增加疾病適應。以本院現有癌症團體為例：向日葵關懷聯誼會（乳癌）、梅花之友關懷聯誼會（腸癌）、長頸鹿關懷聯誼會（兒癌）等團體，提供病患與家屬本身支持力量。

二、正式組織：

（一）政府社會福利措施：

1.低收入戶補助：（依據社會救助法訂定）

（1）申請資格：全戶平均每人每月最低生活費用標準於（台北市 13797 元以下、其他縣市 8770 元以下），存款每人每年不超過（台北市 15 萬元、其他縣市 5 萬五千元），不動產部分（台北市不超過 500 萬元、其他縣市不超過 260 元）

（2）福利內容：

◎生活補助金：（包括兒童、少年、身心障礙者生活補助、老人生活津貼）

◎健保費用及部分負擔減免

◎住院期間臨時看護補助（各縣市規定不一）

◎日用品平價提供

◎房屋修繕

◎子女就學學雜費補助

◎生育補助

2.急難救助申請資格：（依據社會救助法訂定）

（1）家庭突遭變故或其他原因致生活限於困境者。

（2）該縣市居民罹患重病或遭遇意外傷害，致生活陷於困難者。

（3）該縣市居民死亡，家屬無力殮葬者。

（4）其他縣市民眾缺乏車資無法返鄉，給予車資救助。

3.身心障礙者福利措施：（依據身心障礙者保護法訂定）

需經主治醫師評估，能否開立殘障手冊，方可申請以下之福利措施：

（1）身心障礙者生活補助

（2）所得稅部分減免優待一稅捐處辦理

（3）免徵汽車牌照稅（全戶一輛車）---監理所辦理

（4）子女就學減免、補助學雜費（針對直系血親）

（5）交通優待（半價）

（6）公立休閒設施優待

（7）全民健保自付保費補助（輕度障礙—補助健保費 1/4；中度障礙—補助健保費 1/2；重度、極重度障礙全額補助）

（8）托育養護、短期照顧補助

（9）輔助器具補助

4.居家照顧：（與戶籍所在地各縣市政府社會局或長期照護中心提出申請）

由各縣市政府評估案主身心功能受損情形(ADLs 評估)以致日常生活需他人協助者。依據案主身心功能受損情形不同可申請不同時數之照顧。

（1）喘息服務：為短期的服務方式。依據家庭照顧者需要，由受有訓練之喘息服務人員協助家庭照顧者照顧不便、失能之家人或長者，讓照顧者可獲得短期休息與空間，服務種類有居家式、機構式二種。

（2）居家服務：為長期服務方式。由受過訓練的照顧服務員到府服務，協助照顧家中有身體功能缺損或失能家人提供照顧、家事等服務。

（3）居家護理：病患返家後身上帶有鼻管、尿管、氣切管等，可轉介居家護理，由居家護理師至家中進行基本護理，及教導家屬如何照顧。此項服務亦可向就醫之醫療院所提出申請。

(二)、社會保險部分

1.全民健保：疾病狀況符合健保局規定可申請重大傷病卡者，醫療費用免部分負擔。如：癌症病患。

2.勞保：一般勞工申請勞保給付內容有：

(1) 普通傷病給付：被保險人遭遇普通傷害或疾病住院診療，不能工作，以致未能取得原有薪資，正在治療中者，自住院日第四天起至出院日，得請領普通傷病補助。補助金額按被保險人住院診療前6個月平均月投保薪資之半數，以請領6個月為限。但傷病事故前參加保險之年資已滿一年者，可增加給付6個月，前後合計共為一年。

(2) 殘廢給付：被保險人遭遇普通傷害或疾病、職業傷害或罹患職業病，經治療終止後，如身體遺存障害適合勞工保險殘廢給付標準表規定之項目，並依醫師診斷為永久殘廢者，可請領殘廢補助費。給付金額就被保險人身體各部位之殘廢程度，依勞工保險殘廢給付標準所定，核定其殘廢等級及給付標準。

(3) 死亡給付：被保險人死亡，按其死亡當月起前6個月平均月投保薪資發給5個月喪葬津貼。另被保險人因普通傷病死亡，按其死亡當月起前6個月平均月投保薪資發給遺屬津貼（依投保年資長短增加給付金額）。家屬死亡給付之喪葬津貼，案家屬死亡之當月起前被保險人平均月投保薪資依下列標準發給。

◎父母或配偶死亡時，發給3個月津貼。

◎年滿12歲之子女死亡時，發放2個半月。

◎未滿12歲之子女死亡時，發放1個半月。

(4) 失蹤給付

(5) 職災給付

(6) 生育給付

(7) 老人給付

3.農保：

(1) 殘廢給付：被保險人遭遇普通傷害或疾病，經治療終止且症狀固定（無法好轉）後，經就診醫師診斷為永久殘廢者，可請領殘廢補助費。給付金額就被保險人身體各部位之殘廢程度，依殘廢給付標準所定，核定其殘廢等級及給付標準。

(2) 生育給付

(3) 老人給付

三、民間機構

1.就診之醫療院所：

透過就診醫療單位之社工部門提出醫療費用或生活費用之補助需求。社工人員會依據該服務單位之制訂補助標準依案家經濟情形評估計算，案家是否符合其補助資格。另各醫療院所亦會定期舉辦相關腫瘤疾病之座談會，供病患、家屬參加。

2.各民間團體基金會、協會等：

如慈濟功德會可給予經濟困難者急難救助、家扶中心提供貧困兒童生活補助、安寧基金會提供相關安寧療護之照護訊息與相關配合單位機構、希望協會則提供各類癌症衛教手冊或辦理醫療座談會供病患、家屬、民眾參加。

在入院期間病患與家屬欲了解相關社會資源，即可透過醫護人員轉介至社服部門，請社工人員予以說明或提供。

社會資源介入與結合即希望共同協助病患、家屬解決或調適經濟、情緒、家庭等相關問題，以增進病患、家屬疾病適應及降低就醫障礙，然因相關政府或民間機構福利措施繁多，如何了解與運用，進而發揮資源最大使用功效，亦是目前社會福利中十分重要之議題。

結語

膀胱腫瘤的預後與腫瘤侵犯的分期有相當大的關聯，早期病人是經由簡單的尿道腫瘤切除後，即有 30% 不再復發；其他的患者經由仔細的追蹤檢查治療後，其成效也非常好。

由於膀胱腫瘤最多的表現就是血尿，所以不論是肉眼可見的血尿，或尿中有潛血反應，都不可掉以輕心；潛血反應靠尿液檢查才能得知，特別是從事高危險行業人士更需要定期篩檢，一旦潛血反應呈陽性，最好接受進一步的檢查，以期在腫瘤症發生的早期發現早期治療。

預防之道是避免危險因子或減少暴露在危險的環境中。戒煙是最主要的方法，拒絕二手煙也是有助於減低危險因子。可能附有農藥的食物要洗淨，每天應多喝水，尿量每天維持 2000cc 以上可減低致惡性腫瘤物質在膀胱的濃度。揮發性化學物質盡量減少吸入。

如果不幸罹患膀胱腫瘤，只要遵照醫囑、早日治療，就能減少復發、以及達到良好的生活品質。

編後

我們感謝長庚紀念醫院癌症中心泌尿道癌醫療團隊，膀胱癌醫療團隊成員的協助，編寫完成此一手冊。

團隊成員包括：

泌尿腫瘤科：莊正鏗醫師、馮思中醫師、張英勛醫師、莊昆隆醫師、莊恆彰醫師

放射腫瘤科：洪志宏主任、梁為民醫師

血液腫瘤科：廖宗琦醫師

精神科：莊永毓醫師

專科護理師：林美秀小姐

營養師：林櫻子小姐

各案管理師：林靜慧小姐

社工：楊貴閔小姐

長庚紀念醫院癌症中心
泌尿道癌醫療團隊負責人
莊正鏗醫師