

# 子宮內膜癌患者未來接受手術分期時選擇的手術方式

## 醫病共享決策輔助評估表

病人姓名: \_\_\_\_\_ 病歷號: \_\_\_\_\_

### 決策題目:

我是經過子宮內膜切片後證實的子宮內膜癌的病人，在未來進行手術治療(切除子宮、卵巢、輸卵管、骨盆腔與主動脈淋巴腺，甚至包括大網膜)時，應該選擇何種適合的手術方法？

### 前言

子宮內膜癌確診之後以手術治療為主，在沒有生育的考量之下，必須切除子宮、卵巢、輸卵管、骨盆腔與主動脈淋巴腺，甚至包括大網膜，再依照手術後的病理化驗結果，確立患者的真正癌症期數，以決定後續是否需要接受進一步治療<sup>2</sup>。手術的方式，傳統開腹式手術或者微創手術(傳統腹腔鏡、或達文西機械手臂輔助腹腔鏡)在目前臨床研究之下，對患者預後並無顯著影響<sup>3</sup>。

### 適用對象 / 適用狀況

初次診斷子宮內膜癌的患者(經由子宮內膜切片後證實)，預定接受後續完整手術治療者。

### 疾病或健康議題簡介

#### 一、子宮內膜癌簡介

子宮內膜癌是目前台灣地區最常見的婦科惡性腫瘤。根據國健局的統計資料，民國 105 年的新增案例有 2341 例。臨床上第一、第二期的患者約佔 70%<sup>1</sup>。

#### 二、為何會得到子宮內膜癌？

子宮內膜癌的發生原因部份是由於女性雌激素過度刺激子宮內膜造成，部份可能和基因相關，已發現的危險因子為：

- a. 未曾懷孕過的婦女
- b. 初經早或較晚停經的婦女
- c. 肥胖或有糖尿病病史者
- d. 長期單用女性雌激素(未加上黃體素)作為停經後荷爾蒙補充治療
- e. 多囊性卵巢症候群且長期無排卵、無月經
- f. 乳癌患者長期使用 Tamoxifen(泰莫西芬、諾瓦德士)
- g. 子宮內膜切片診斷為細胞變異型增生症(atypical hyperplasia)，卻沒有接受後續黃體素治療

#### 三、子宮內膜癌如何分期？

根據國際婦產科聯盟 FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics)，將子宮內膜癌分成四期。

- a. 第一期：癌症只侷限在子宮
- b. 第二期：癌細胞擴散到子宮頸實質組織。
- c. 第三期：癌細胞擴散於卵巢、輸卵管、子宮漿膜、骨盆腔腹膜、陰道及其旁組織、骨盆腔與

## 子宮內膜癌患者未來接受手術分期時選擇的手術方式

主動脈淋巴腺轉移。

- d. 第四期：已有其他器官（膀胱、直腸、肝臟、肺部）的轉移者，或侵犯小腸、大網膜、大腸等

### 四、子宮內膜癌的治療

子宮內膜癌確診之後以手術治療為主，在沒有生育的考量之下，必須切除子宮、卵巢、輸卵管、骨盆腔與主動脈淋巴腺，甚至包括大網膜，再依照手術後的病理化驗結果，確立患者的真正癌症期數，以決定後續是否需要接受進一步治療。

#### 手術治療方式：

子宮、卵巢、輸卵管、骨盆腔與主動脈淋巴腺，甚至包括大網膜切除。傳統開腹式手術或者微創手術（傳統腹腔鏡、或達文西機械手臂輔助腹腔鏡）在目前臨床研究之下，對患者預後並無顯著影響<sup>3</sup>。

#### 醫療選項簡介

- (一) 傳統開腹式手術
- (二) 微創（迷你小切口）手術（傳統腹腔鏡）
- (三) 微創（迷你小切口）手術（達文西機械手臂輔助腹腔鏡）

#### 您想要選擇的方式是：

- 傳統開腹式手術
- 微創（迷你小切口）手術（傳統腹腔鏡）
- 微創（迷你小切口）手術（達文西機械手臂輔助腹腔鏡）
- 我想要瞭解更多資訊
- 還需要與家人討論再想想

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

#### 步驟一、子宮內膜癌的完整手術分期，可選擇的方式：

治療選擇	傳統開腹式手術	微創傳統腹腔鏡手術	微創達文西機械手臂輔助腹腔鏡手術
費用	健保給付手術費用 (只須支付部份負擔)	除了健保手術費用部份負擔外，自費腹腔鏡材料費用約 50,000 元	除了健保手術費用部份負擔外，自費達文西腹腔鏡材料費用約 200,000 元
手術時間	約 2-4 小時	約 4-5 小時	約 4-6 小時
手術傷口	直式開腹 15-20 公分	4-5 個 0.5-1 公分切口	5 個 0.7-1.2 公分切口
手術好處	經濟負擔輕、手術時間較短	自費負擔較高，手術後恢復活動與進食時間短	自費負擔極高，然而達文西系統具備高清晰度

## 子宮內膜癌患者未來接受手術分期時選擇的手術方式

			3D 視覺與靈活手術器械，能更精確進行微創手術。手術後恢復活動與進食時間短
<b>手術可能併發症</b>	傷口較疼痛、疤痕明顯、可能的傷口併發症（感染、裂開、出血）較多。 術後腸黏連風險較高，須等待腸道恢復蠕動才可以開始進食	手術時間長會增加術後靜脈栓塞風險、皮下氣腫與肩膀疼痛 若出現麻醉下心肺功能不良或有微創手術難以處理之情形（例如過度黏連、難以控制的出血或出現非預期性腹膜內轉移），可能中止微創手術改回傳統開腹手術。	手術時間長會增加術後靜脈栓塞風險、皮下氣腫與肩膀疼痛 若出現麻醉下心肺功能不良或有達文西微創手術難以處理之情形（例如過度黏連、難以控制的出血或出現非預期性腹膜內轉移），可能中止達文西微創手術改回傳統開腹手術。
<b>不適用情形</b>	無	子宮過大，無法經由陰道移除子宮 極度黏連，難以使用微創手術分離時 腹腔內瀰漫性轉移存在時 大量出血，難以控制時	子宮過大，無法經由陰道移除子宮 極度黏連，難以使用達文西微創手術分離時 腹腔內瀰漫性轉移存在時 大量出血，難以控制時
<b>疾病復發率</b>	第一期約 10%	第一期約 10%	第一期約 10%

### 步驟二、您選擇治療方式會在意的因素有什麼?以及在意的程度

考量因素	影響程度(0-5 分，0 分最不重要，5 分最重要)
癌症治療的成效	最不重要 0 1 2 3 4 5 最重要
經濟（自費）考量	最不重要 0 1 2 3 4 5 最重要
手術併發症	最不重要 0 1 2 3 4 5 最重要
手術傷口的美觀	最不重要 0 1 2 3 4 5 最重要
手術時間	最不重要 0 1 2 3 4 5 最重要
術後恢復正常活動時間	最不重要 0 1 2 3 4 5 最重要
親戚、朋友的意見	最不重要 0 1 2 3 4 5 最重要

## 子宮內膜癌患者未來接受手術分期時選擇的手術方式

### 步驟三、您對治療方式的認知有多少？

1. 子宮內膜癌分期手術，患者可以藉由病理報告得到正確的疾病期數？對 不對 不確定
2. 目前子宮內膜癌的手術方式不影響早期疾病患者的復發率？對 不對不確定
3. 各種手術方式目前都只須負擔健保部份負擔？對 不對不確定

### 步驟四、您現在確認好治療方式了嗎？

我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇(下列擇一)

- 傳統開腹式手術
- 微創（迷你小切口）手術（傳統腹腔鏡）
- 微創（迷你小切口）手術（達文西機械手臂輔助腹腔鏡）

我目前還無法決定

- 我想要再與我的主治醫師討論我的決定
- 我想要再與其他人(包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者...)討論我的決定。
- 對於以上的治療方式，我想要再瞭解更多，我的問題有:

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的主治醫師討論。

請填寫以下醫病共享決策計畫成效調查問卷(病人家屬版)

# 子宮內膜癌患者未來接受手術分期時選擇的手術方式 醫病共享決策計畫成效調查問卷(病人家屬版)

各位平安：

醫病共享決策推廣計畫，藉由使用單張、影音，或是互動式表單等決策輔助工具，協助您了解「有哪些醫療治療選項可以選擇，以及其優缺點」，提升病人及家屬參與醫療決策之意願，做出適合您的醫療決策。

敬請您在使用決策輔助工具與醫療人員討論醫療決策後，回覆整體看法和建議。請您撥冗評價，您所提供的經驗及寶貴意見，僅做為我們改善輔助工具品質之依據，請您放心填寫。

~~~~~

一、請依您在與醫療人員使用決策輔助工具，討論醫療決策後的看法和經驗，回覆以下問題：

| 請問這份決策輔助工具資料                    | 非常不同意 | 不同意 | 普通 | 同意 | 非常同意 |
|---------------------------------|-------|-----|----|----|------|
| 1 決策輔助工具內容說明淺顯易懂                | 1     | 2   | 3  | 4  | 5    |
| 2 有助於您瞭解目前醫療選項的優缺點、風險以及您所重視的事情？ | 1     | 2   | 3  | 4  | 5    |
| 3 有助於您釐清想要請教醫師的問題               | 1     | 2   | 3  | 4  | 5    |
| 4 使用此輔助工具後，是否有助於降低您的焦慮感？        | 1     | 2   | 3  | 4  | 5    |
| 5 有助於您決定選擇何種醫療方式？               | 1     | 2   | 3  | 4  | 5    |

病人簽名: \_\_\_\_\_ 醫師簽名: \_\_\_\_\_

參考文獻：

1. 衛生福利部國民健康署 105 年癌症登記年報。
2. NCCN Practice Guideline for Cancer Treatment. Uterine Cancer. Version 3.2019.  
[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/uterine.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf)  
 Walker JL1, Piedmonte MR, Spirtos NM, Eisenkop SM, Schlaerth JB, Mannel RS, Spiegel G, Barakat R, Pearl ML, Sharma SK. Laparoscopy compared with laparotomy for comprehensive surgical staging of uterine cancer: Gynecologic Oncology Group Study LAP2. *J Clin Oncol.* 2009;27(32):5331-6.