

決策題目

波文氏病(Bowen's disease)的治療選擇？

前言

當醫師診斷您有波文氏病(Bowen's disease)，代表您現在需要思考後續的治療方式，以達到治療目標。本表單將幫助您瞭解病因及有哪些治療選擇，請跟著我們的步驟，一步步探索自己的需求及在意的事情，希望能幫助您思考適合自己的選擇。

適用對象 / 適用狀況

診斷為波文氏病(Bowen's disease)之病人。

疾病或健康議題介紹

皮膚癌又可依照癌細胞的來源分成不同種類，各種皮膚癌的發生率與皮膚的結構有關。當角質細胞發生異常癌病變時，會產生鱗狀細胞癌。而波文氏病屬皮膚鱗狀細胞原位癌，常發生在成年人，年齡大於 60 歲以上居多，並且以長期接受日光曝曬、早期飲用地下水為好發因子。如果太晚發現、治療，可能會向內侵入皮膚真皮層，甚至血管或淋巴管，而使腫瘤細胞轉移至肺臟、肝臟、骨頭等其他器官，而使治療更加困難，造成一定的死亡率。

醫療選項介紹：

<1>手術切除：為復發率最低的治療方式，但需做好術前消毒及局部麻醉注射，術中需縫合傷口，且術後一至兩周需回診拆線。

適用：較厚的病灶、病灶數量少、傷口修復功能較佳。

不適用：病灶位置不適合開刀、病灶數量較多、病灶範圍大。

<2>冷凍治療：透過局部冷凍使其表層組織壞死而脫落，屬非侵入性治療方式，治療時間短但過程會有些許疼痛感，可能需數次治療才能確保無病灶殘留，且治療後可能有水泡產生，需謹慎照顧傷口。

適用：病灶數量較多、傷口修復功能較佳。

不適用：較厚的病灶，病灶範圍大。

<3>塗抹咪喹莫特藥劑：為最溫和的非侵入性治療方式，患者可在家中自行塗抹，可能會有些微刺痛感，治療過程傷口可能會呈滲濕紅腫，此方式療程最長，需自費，且須回診追蹤以確保無病灶殘留。

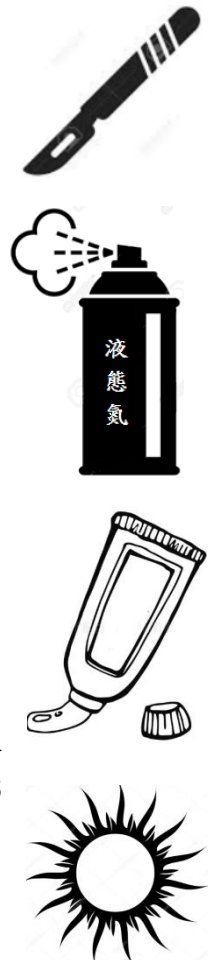
適用：病灶數量較多、傷口修復功能較差。

不適用：較厚的病灶。

<4>光動力治療：屬非侵入性治療方式，患者須先自費購買感光藥劑，於門診塗抹三小時後以光動力儀器紅光照射約 10 分鐘，治療過程僅些微疼痛，療程需 2-3 次。此治療方式較無傷口，可用於臉部或其它在意美觀的位置上。

適用：傷口修復功能較差、病灶數量較多、臉部及會陰部病灶。

不適用：較厚的病灶。



您目前比較想要選擇的方式是：

手術治療

冷凍治療

塗抹咪喹莫特藥劑

光動力治療

目前還不清楚

步驟一、比較每個選項的優缺點、風險、副作用(併發症)。

選項 考量	手術切除	冷凍治療	塗抹咪喹莫特藥劑	光動力治療
所需時間	30-60 分鐘	數分鐘	自行在家使用	約 4 小時
治療次數	一次	一次至數次	每周 3-5 次， 連續治療 6-16 周	一次至數次
治療疼痛感	最痛(打麻醉針時)	中等	輕微	輕微
術後外觀	線形疤痕	盤狀疤痕	小形疤痕	小形疤痕
復發率	最低	低-中	低-中	低
花費	健保給付;便宜	健保給付;便宜	自費;中等	自費;昂貴

步驟二、您選擇醫療方式會在乎的項目有什麼?以及在乎的程度為何?

請圈選下列考量項目，0 分代表對您完全不在意，5 分代表對您非常在意

考量項目	完全 不在意 ←—————→ 非常 在意						備註：如果您非常在意這件事， 建議您可以考慮選擇的方案
	0	1	2	3	4	5	
害怕打針 不敢動刀	0	1	2	3	4	5	冷凍治療、光動力治療、 塗抹咪喹莫特藥劑
想一次完成治療	0	1	2	3	4	5	手術治療
病灶多且不方便回診就醫	0	1	2	3	4	5	塗抹咪喹莫特藥劑
擔心復發	0	1	2	3	4	5	手術治療
在意傷口美觀	0	1	2	3	4	5	光動力治療

步驟三、您對醫療選項的認知有多少?

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. 接受手術切除復發率最低，且大多一次性治療即可。 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不確定 |
| 2. 病灶位置若手術較危險或數目較多，較不適合手術。 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不確定 |
| 3. 冷凍治療只要一次即算完成治療。 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不確定 |
| 4. 冷凍治療若傷口起水泡需小心照顧。 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不確定 |
| 5. 若在家塗抹咪喹莫特藥劑則不再需回診追蹤。 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不確定 |
| 6. 光動力治療傷口較美觀，但感光藥劑需自費。 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不確定 |

步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎?

我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：(下列擇一)

手術治療 冷凍治療 塗抹咪喹莫特藥劑

光動力治療 目前還無法做決定。

不進行任何治療，原因：_____

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。

對於以上治療方式，我想要再瞭解更多，我的問題有：_____

出版日期/更新日期：20200424

病患姓名：_____ 日期：____年____月____日 醫師/專科護理師：_____

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。