

乳癌及相關疾病 101Q&A

目錄

第一章 乳房疾病的症狀與檢查

- Q001 乳房的組成
- Q002 乳房硬塊
- Q003 疼痛的乳房硬塊
- Q004 乳頭分泌物
- Q005 乳房硬塊合併分泌物
- Q006 乳房的疼痛
- Q007 乳房的疼痛又一章
- Q008 惱人的乳房疼痛
- Q009 一大一小的乳房
- Q010 乳房不適的綜合問題
- Q011 乳頭的凹陷與濕疹、柏哲氏症
- Q012 乳房纖維囊性疾病
- Q013 乳房纖維囊性疾病又一章
- Q014 乳房纖維腺瘤
- Q015 乳房的鈣化
- Q016 開完刀的傷口
- Q017 男性的乳房硬塊
- Q018 乳房硬塊的檢查
- Q019 乳房 X 光攝影檢查的好處
- Q020 安全的乳房 X 光攝影檢查
- Q021 乳癌可以抽血檢查發現嗎?
- Q022 什麼是乳癌
- Q023 乳癌的種類
- Q001 乳房的組成
- Q002 乳房硬塊
- Q003 疼痛的乳房硬塊
- Q004 乳頭分泌物
- Q005 乳房硬塊合併分泌物
- Q006 乳房的疼痛
- Q007 乳房的疼痛又一章
- Q008 惱人的乳房疼痛
- Q009 一大一小的乳房
- Q010 乳房不適的綜合問題

- Q011 乳頭的凹陷與濕疹、柏哲氏症
- Q012 乳房纖維囊性疾病
- Q013 乳房纖維囊性疾病又一章
- Q014 乳房纖維腺瘤
- Q015 乳房的鈣化
- Q016 開完刀的傷口
- Q017 男性的乳房硬塊
- Q018 乳房硬塊的檢查
- Q019 乳房 X 光攝影檢查的好處
- Q020 安全的乳房 X 光攝影檢查
- Q021 乳癌可以抽血檢查發現嗎?
- Q022 乳癌與腫瘤指數
- Q023 什麼是乳癌?
- Q024 乳癌的種類
- Q025 乳癌與其他癌症

第二章 乳癌的危險因子與預防

- Q026 乳癌是女性的專利?
- Q027 危險因子是什麼?
- Q028 台灣乳癌變多了?
- Q029 不平等的乳癌
- Q030 乳癌的危險因子
- Q031 女性荷爾蒙與乳癌
- Q032 女性荷爾蒙與乳癌又一章
- Q033 月經與乳癌
- Q034 口服避孕藥與乳癌
- Q035 飲食與乳癌
- Q036 哺乳與乳癌
- Q037 異卵雙胞胎與乳癌
- Q038 遺傳與乳癌
- Q039 遺傳與乳癌又一章
- Q040 乳癌和防汗/止汗用品有關嗎?
- Q041 乳癌的預防

第三章 乳癌的治療、追蹤與預後

- Q042 乳癌的分期
- Q043 乳癌的手術治療

Q044 改良型乳房根除手術
Q045 乳房保留治療
Q046 乳癌的病理報告
Q047 乳房葉狀原位癌
Q048 乳房腺管原位癌
Q049 原位癌的微小侵犯
Q050 原位癌與治療
Q051 原位癌的手術治療
Q052 乳癌的化學治療及荷爾蒙治療
Q053 乳癌的放射治療
Q054 乳癌手術後的淋巴水腫
Q055 乳癌手術的併發症
Q056 乳癌手術後的漿液瘤
Q057 年輕人的乳癌
Q058“ 小紅莓”
Q059 副作用小的“小紅莓”
Q060 紫杉醇類藥物
Q061Vinorelbine(Navelbine®)
Q062Xeloda(截瘤達)
Q063 止吐藥
Q064 白血球生成素
Q065 乳癌的完整治療
Q066 乳癌治療費思量
Q067 化學治療與懷孕的乳癌婦女
Q068 乳癌手術併發症又一章
Q069 乳癌放射治療的副作用
Q070 乳房髓質癌
Q071 乳房葉狀瘤
Q072 發炎性乳癌
Q073 卵巢功能與化學治療
Q074Herceptin®是什麼?
Q075 輔助性治療該用 Herceptin 嗎?
Q076Tamoxifen 還是 Zoladex?
Q077 想懷孕的乳癌病患會有的問題
Q078 年齡與局部復發
Q079 乳癌復發了
Q080 乳癌局部復發的治療
Q081 轉移性乳癌治療想一想

- Q082 轉移性乳癌治療另一章
- Q083 乳癌的頸部轉移
- Q084 骨骼轉移不需化療嗎？
- Q085 同位素鍇-89 的治療
- Q086 乳癌治療的種種
- Q087 年輕的轉移性乳癌病患
- Q088 脊柱壓迫
- Q089 腦部轉移
- Q090 乳癌與高血鈣
- Q091 末期乳癌病患的照顧
- Q092 維生素 E 與乳癌
- Q093 荷爾蒙治療與子宮內膜癌
- Q094 重要的荷爾蒙治療
- Q095 第二線荷爾蒙藥物
- Q096 荷爾蒙治療與骨質疏鬆
- Q097 乳房的重建
- Q098 乳癌治療時的追蹤
- Q099 乳癌治療後的追蹤
- Q100 乳癌病患的預後
- Q101 乳癌病患的預後又一章

第一章

乳房疾病的症狀與檢查

Q001 乳房的組成

問：我對自己的乳房很感興趣，請問乳房是由什麼組織組成的？

答：成人的乳房是由皮膚、皮下組織、及乳腺組織三者所構成。乳腺組織分為 15~20 個部分，由乳頭向外呈放射狀分佈。每個部分有一個主要乳腺管（因此可多達 20 個）可輸送乳汁至乳頭，而每個部分由許多小囊（稱為乳小葉）產生乳汁進入乳腺管中。而大部分的乳癌就是發生在乳小葉及乳腺管中。

除上述之外，乳房遍佈由淋巴管形成的密網，這些淋巴管將多餘的液體及細胞殘骸由乳房輸送至腋下的淋巴結，當乳癌發生時，淋巴管也會將乳癌細胞送至腋下淋巴結而形成轉移性病灶。

Q002 乳房硬塊

問：我太太今年 44 歲，2 年前做過乳房超音波檢查說沒問題，今年檢查說有腫塊，像這樣間隔二年才發現的腫塊，發生乳癌的機率大嗎？會一下子就變成第四期乳癌嗎？

答：乳房超音波發現乳房腫塊，並不代表一定是乳癌，一般乳房的腫塊只有十分之一的機會是惡性乳癌。乳房超音波檢查在多半情況下可分辨良性或惡性腫塊，但有時則無法判定，應再作的檢查包括乳房 X 光攝影；若仍無法得到良性腫塊的結論，則應進一步以細針穿刺細胞學檢查或局部切片（切除）來判定。

如果是良性腫瘤（如纖維腺瘤）則局部麻醉切除即可。但若是惡性腫瘤，則必須視腫瘤大小決定手術方式，包括乳房保留手術或改良型乳房根除術（加上腋下淋巴結擴清術）。兩年前乳房超音波檢查沒問題，現在發現乳房腫塊，仍應了解進一步的檢查結果才有助益。

Q003 疼痛的乳房硬塊

問：家母今年 58 歲，三年多前，超音波及 X 光乳房檢查發現：左右乳房均有腫塊，但不必手術，定期追蹤檢查即可，現在則有乳房疼痛的情況。醫生告知：需要做粗針切片檢查，請問：

一、粗針切片有什麼副作用？

二、日後是否僅須定期向同一位醫生複診？

三、家母有類風溼性關節炎及紅斑性狼瘡，長期服用藥物，是否與此有關？

答：根據您的描述，您母親今年 58 歲，應當已經停經了，所以乳房部位要因為纖維囊腫而產生疼痛的可能性比較小，反而比較要考慮是否因為其他原因導致乳房部位疼痛，包括心臟、肺臟，及乳房惡性或發炎疾病等都應該考慮。乳房的腫塊若有任何懷疑異樣都應接受「細針」（或視需要使用「粗針」）抽取細胞學檢查來確定不是惡性乳癌方能比較安心，這種檢查通常在超音波導引下實行，安全、簡便，無副作用，僅在抽取時會有輕微疼痛。您母親情況應該和所服用藥物無直接關係。

我們同意您的看法，建議您母親定期找同一位醫師檢查，除了乳房超音波外，也可配合乳房 X 光攝影，細針抽取細胞學檢查。

Q004 乳頭分泌物

問：乳頭流出分泌物是何原因？

答：

乳房分泌物可分為乳汁狀、乳液狀、及血狀或漿液狀三類。乳汁狀分泌物為最常見的乳頭分泌物，是白色或清澈液體，多為生理性或藥物所導致，而病理性之乳汁狀分泌物則要懷疑是否有腦下垂體泌乳腺瘤或分泌泌乳激素的肺癌等疾病。乳液狀則泛指此乳汁狀分泌物更為濃稠而呈不透明的

液體，顏色可為白、黃、棕色，甚至綠色或黑色，通常和乳管擴張疾病有關。第三類血狀或漿液狀之分泌液則必須特別注意，它們可為紅色、粉紅色、或棕色液體，可能造成的原因包括懷孕、乳管擴張疾病、管內乳突瘤、及我們最懼怕的乳癌。通常良性的乳房分泌物為兩側性、且常由多個乳腺管分泌而出，而惡性的分泌物則多為單側、且常由一個乳腺管分泌出來。其實，惡性乳房腫瘤僅佔造成乳頭分泌物原因中的 10%到 15%；而有惡性乳房腫瘤的病患若有乳頭分泌物，則約有一半是血性分泌物。但是，大部分的血性分泌物仍是由良性疾病所造成。

在懷孕及育兒時期，乳房有乳汁分泌是正常的現象，至於過了育兒時期而仍有乳汁分泌時，就必須注意是否有其他的原因，包括服用藥物，過度擠壓乳房、及上述的各種乳房或非乳房疾病。若在懷孕後的一、二年內，由於母體內的催乳素仍然偏高，這時有乳汁分泌，不足為怪；但是此後若仍有乳汁分泌物就千萬不可掉以輕心，應請醫師診療其可能原因。

由於紅色往往讓人聯想到血，一般來說，如果乳頭分泌物呈現紅色，不論是淺紅、暗紅、或深紅，病患必定會提高警覺，較不敢延誤，也就因此容易發覺惡性疾病的存在；若分泌物是不是血狀分泌物時，由於不易引起警覺，往往會耽誤診治。其實這種非血狀的乳頭分泌物，仍有惡性之可能，千萬不可掉以輕心。

Q005 乳房硬塊合併分泌物

問：我已婚，今年 40 歲，已生育。最近發現有乳房腫瘤，我的醫生希望 3 個月檢查一次，近日發現左乳經擠壓後會有濃稠的液體滲出，且整個乳房會脹痛(非經期)

，我想了解我的乳房腫瘤有很大的可能轉變成惡性嗎？

答：依據您的描述，您目前有乳房腫瘤，您的醫生認為是良性。而漿性液體狀的乳頭分泌物則不論良性或惡性疾病均可能發生。乳房良性腫瘤，依各種病症的不同，與惡性乳癌的相關程度也有不同，最常見的乳房纖維囊腫疾病及纖維腺瘤和惡性乳癌的關連性很小。但例如：原位癌、或不典型增生，則會增加 5-10 倍罹患乳癌的危險性。所以您的乳房腫瘤，若在診斷上仍有疑問，則可請教您的醫師有關乳房超音波及乳房 X 光攝影的檢查結果，並於必要時作細針抽取細胞學檢查。

Q006 乳房的疼痛

問：乳房疼痛到底有沒有問題？

答：婦女乳房疼痛是非常常見的問題，由於症狀不具特異性且可能性很多，所以對於病患及醫師都造成相當之困擾。一般而言，造成乳房疼痛之可能性有下列幾種：

一.

因生理期所造成：此種疼痛感與經期有明顯之關係，通常在月經前二、三天因血流供應增加造成乳房脹痛感，於月經過後便逐漸消失。由於與其經期有明顯之關係通常不會造成當事人太大的困擾。

二. 胸罩不合適造成壓迫所致，在更換胸罩後即可緩解。

三.

乳房體積過大、造成懸垂引起不適。

四. 乳房有外傷時造成之疼痛。

五.

乳腺發炎及感染引起之紅腫熱痛。乳腺炎在哺乳期特別容易發生，經適當的處理（如投與抗生素、適當按摩）可使症狀快速緩解。

六.

至於乳癌本身是很少會引起疼痛的，除非乳癌惡化侵犯至皮膚或胸壁等臨近組織時才會造成疼痛。

所以女性朋友若有乳房疼痛的情形，不妨依上面幾種可能來推測原因，但是如果沒有明顯的原因可循且持續疼痛時，立即尋求專業醫師的協助是非常必要的。

Q007 乳房的疼痛又一章

問：我在經期前 10 天左右開始乳房會腫痛並持續到經期結束，以前是雙乳皆有上述情形，現在則僅左乳房會疼痛，不知這樣情形是否異常？

答：與月經週期有關的乳房腫痛，最有可能的原因是良性的乳房纖維囊性疾病，可以雙側或單側發作，有此問題的女性不少。確定診斷可洽詢一般外科或乳房特別門診的醫師，做乳房攝影及乳房超音波檢查（此檢查各大醫院均有），若乳房腫痛的情況十分嚴重，則可以藥物來減輕症狀。此外於乳房腫痛期間可考慮改換罩杯較大的胸罩，避免壓迫乳房造成腫痛。另一方面要提醒您的是，若非規則性的左乳疼痛，則要和心臟疼痛作鑑別診斷，初步可作心電圖檢查排除之。

Q008 惱人的乳房疼痛

問：我自己最近幾個月乳房常感疼痛，右邊乳房外側靠腋下摸到類似硬塊，用力時會痛，而且會移動，右邊疼痛比左邊激烈，想請問此硬塊是什麼？是骨頭還是癌呢？

答：乳房疼痛的原因很多，有所謂的週期性乳痛，就是在月經來臨前二、三天開始所發生之乳房疼痛，它可發生在乳房之各部分，最常見的是在乳房之外上部。其發生之原因係月經前乳房血液供應量增加，造成乳房腫脹而有疼痛之感覺。有些婦女在腋下亦有乳房組織，由於乳房過於肥大而向腋部延伸，有些係由於胚胎發育時期在腋部之乳脊存有未完全退化殘存下來之乳房組織稱之為副乳，它也會隨著月經來臨前之乳房充血而腫脹疼痛。此外，因外傷、感染、乳腺囊腫所造成的乳管阻塞、動情素荷爾蒙過度刺激或黃體素之活性降低，以及乳房腫瘤均有可能會引起疼痛。一般而言，良性的乳房纖維腺瘤並不會引起疼痛，而乳癌早期亦鮮少發生疼痛，根據統計，每十位乳癌患者只有一位會發生乳房疼痛。您在右邊乳房摸到類似硬塊的東西，用力時會痛而且此硬塊會左右上下移動，必須提高警覺，及早至專科醫師處就診，專科醫師會為您作詳細之視診、觸診，並佐以乳房超音波、乳房攝影，並於必要時安排乳房穿刺切片檢查，以作正確的診斷與治療。

Q009 一大一小的乳房

問：乳房一大一小是否有問題？

答：一般來說，每個人的乳房左右均不可能完全一樣大，但是這些差異並不明顯，對於乳房的外觀及功能（哺乳）也沒有影響。但是若左右大小差異過大時就的確需特別注意。如果乳房大小不一是長久以來的問題，且沒有明顯的變化，那先天發育大小不一的可能性就比較大，也就不需要太擔心；反之，如果乳房大小不一是近期發生的，且有愈來愈明顯的趨勢，就要特別注意了，因為乳癌的徵兆之一，就是乳房大小不一，如果合併有皮膚變化或異常分泌物，惡性腫瘤可能性更大為增加，總之，乳房大小不一若是長久以來的現象，則觀察即可；但若是近期有明顯的改變甚或合併其他變化，則必須毫不遲疑地尋求腫瘤科或乳房外科專科醫師的協助。

Q010 乳房不適的綜合問題

問：我今年 27 歲，在 3 年前曾經騎車摔倒而撞到胸部，造成胸部挫傷，原本疼痛只局限於一小部份，後來發現右側乳房外側有好幾顆小硬塊，有斷斷續續疼痛的情形，最近幾乎每天都在疼痛（並不限於月經來臨的前後，但是月經來臨前後會更痛），疼痛的位置也都不一樣，總感覺右側乳房上方有一點點的凹陷，可是揉一揉它又會恢復原狀（我的乳房非常大），那個凹陷處正是被撞到的旁邊，我自己用目測左右大小時，又會覺得右側比左側要大上一指的距離，這種困擾已經造成我長久以來嚴重的失眠，希望能為我解答這個困擾？

答：從您的描述中，有許多問題確實是婦女朋友們常常會遇到的，包括乳房疼痛、乳房硬塊、乳房左右不等大、乳房局部的凹陷等。就乳房疼痛及乳房硬塊而言，其實大部份仍是因為良性的乳房疾病所造成，也不一定需要治療。但基本上新發生的疼痛或硬塊就應特別注意。由於您乳房疼痛的位置並不一定，所以這個疼痛不太可能是因為惡性腫瘤所造成。

改善的方法包括穿戴合適的胸罩，必要時服用止痛藥物（如睡不著時），但仍須進一步確定疼痛的原因（包括纖維囊性疾病、乳腺炎等）等，至於乳房局部的凹陷就需要注意了。我們建議您來門診再作一些詳細的檢查，了解乳房腫塊的診斷，與局部凹陷是否有關連，乳房疼痛是否可改善，如此妳會比較安心，也比較不會因此而睡不著。

Q011 乳頭凹陷與濕疹、柏哲氏症

問：乳頭凹陷、乳頭脫屑及濕疹是否有問題？應如何處理？

答：乳頭凹陷的情形可能為良性病灶，但亦也有可能是惡性表徵，其關鍵在於乳頭凹陷時間之長短；若是自很久以前即發生乳頭凹陷的現象，則多半為自然構造如此，只需定期觀察凹陷情形有無明顯改變即可；反之，若是凹陷是近期突然發生的，則惡性病灶機率大增，需立即至醫院進一步檢查。

乳頭脫屑及濕疹也是常困擾婦女的一個問題，因為除了常見的濕疹外

，也有可能是惡性的柏哲氏症（Paget，s

di sease），所以需小心分辨提高警覺，以免延遲診斷而耽誤就醫時機。一般而言，柏哲氏症好發於單側，而濕疹常是兩側性；柏哲氏症與病灶周圍之正常組織界線明顯，而濕疹則與正常組織界線難以區別。另外，值得特別注意的是，柏哲氏症對濕疹的治療方式反應不佳。所以婦女朋友們若在乳頭周圍發現有脫屑濕疹樣病灶時，千萬別掉以輕心，尤其在該病灶對傳統濕疹治療反應不佳時，更應該立刻求醫。

Q012 乳房纖維囊性疾病(纖維囊)

問：乳房囊腫有哪些種類？如果是水瘤的話，可以用手術切除嗎？與乳癌的發生是否有直接關係？

答：乳房囊腫，也就是所謂的“水瘤”，比較正式的醫學名詞應該是乳房纖維囊性疾病（fibrocystic

di sease），該疾病在女性相當普遍，在 35 至 50 歲女性當中，每 6 人就有 1 位患有此病。該疾病為良性，但是復發率高，即使經過切除，仍有一半以上的病患會復發。乳房纖維囊性疾病可為單側或雙側，或在乳房任何部位發生，但多好發在乳房的外上方。

乳房纖維囊性疾病的發病原因未詳，可能與女性荷爾蒙失調有關（因為發病者多為育齡期，停經後較少發生），停經婦女服用或塗抹女性荷爾蒙也有可能產生此症，因此該病可能與女性荷爾蒙

的刺激有關。此病之組織學變化必然有囊腫 (cyst) 的發生，有的囊腫很小，必須由顯微鏡下觀察才看得到，有的囊腫甚至大到雞蛋那麼大。除了出現囊腫之構造外，在囊腫的周圍往往也有細胞過度增生，而且其鄰近之纖維組織也會稍稍增加。病患罹有此症常會自覺乳房疼痛，並摸到硬塊，於月經來臨前該腫塊可能會變大愈發疼痛，這種隨著月經週期忽大忽小及復發的疼痛正是該疾病的一大特色。

乳房纖維囊性疾病是否會導致乳癌仍是一具有爭議性的問題，然而許多研究報告指出乳房纖維囊性疾病之患者的確比一般未得此症者有較高的機會罹患乳癌，大約在 1.7 到 4 倍之間，因此罹有此症者必須定期就醫作追蹤檢查。

Q013 乳房纖維囊性疾病又一章

問：什麼是“纖維囊腫”，它會變成“腫瘤”嗎？會變成惡性嗎？醫生跟我講“此種病沒有藥醫，痛只有吃止痛藥”是真的嗎？可以開刀嗎？我有時都痛到沒辦法呼吸，要怎麼處理？

答：乳房纖維囊性疾病是指育齡女性最常見的良性乳房腫瘤，產生的原因目前並不清楚，據國外的統計指出育齡婦女中甚至約有一半的人都有纖維囊性疾病的問題。

大體上來說，纖維囊性疾病是由乳腺及其周圍組織因過度增生所產生的，與癌症沒有關連，也不是癌前病變。但比較困擾的是，即使以目前如此發達的醫療影像科技技術，仍無法百分之百以影像學確認何者為纖維囊性疾病、何者為癌症，必要時仍需以細針穿刺細胞學檢查來診斷。此外，罹患纖維囊性疾病的婦女，因習於乳房有腫塊，使得囊腫內若混有惡性組織而不自覺，也因此可能影響早期診斷。

因此，我們建議乳房有硬塊的婦女，應至醫院接受乳房 X 光攝影與超音波檢查。若是影像學判斷為良性腫瘤，則半年追蹤一次即可，用意在於發現早期混於纖維囊腫內的癌症，若影像學無法確定是否為良性，則必須接受細針穿刺檢查以排除惡性之可能。至於良性纖維囊性疾病是否需開刀，我們建議若病人沒有症狀且已確定為良性，則觀察即可，疼痛時當然可以短期服用止痛藥物控制，同時穿著比較寬鬆得胸罩，避免壓迫。而既然纖維囊性疾病被定位為良性腫瘤，基本上它的生長速度不快，如果臨床上發現的纖維囊腫太大，或是合併有不易控制的症狀（例如疼痛）時，手術治療是可以考慮的。

Q014 乳房纖維腺瘤

問：我被診斷得了乳房纖維腺瘤，長和寬大約 1.5 公分，我今年 30 歲，打算明年生孩子，不知道可不可以？有沒有有效的治療方法或新藥？

答：纖維腺瘤是年輕女性最常見的乳房良性腫瘤之一，大概 10%的婦女有如此的困擾，一般是單獨一個，但是有 10%-15%的婦女是多發性的。其他的良性乳房腫瘤尚包括纖維囊腫與囊腫(俗稱水泡)。通常纖維腺瘤邊緣平滑、不會造成乳房表皮凹陷，也不會有惡性變化的可能，以乳房 X 光攝影觀察，纖維腺瘤有時會有邊緣平整之鈣化點成鈣化塊。如於乳房摸到硬塊，首先請您不必太過驚慌，因為大部分的硬塊都是良性的，只有少部分〈不到十分之一〉的腫塊是惡性的，因此只要儘速就醫，尋找專科醫師做正確的診斷與治療即可，通常以超音波檢查或乳房 X 光攝影檢查，任一種正確診斷出乳癌的機會為七成到八成，如果合併乳房超音波與乳房 X 光攝影檢查，則可以將乳癌之正確診斷率提高到九成以上。因此目前您被診斷得到乳房纖維腺瘤，並不需要急著作手術切除。可以按您的計劃生育，然而仍建議您每月定期作乳房自我檢查(宜在月經起一週內)及每年定期到專科醫師處作檢查。如果纖維腺瘤不斷地長大，一方面可能影響乳房的外觀，或是對您心理上始終造成陰影，另一方面，如同上述所言，仍有少部分的惡性腫瘤無法由影像學檢查加以判斷，這時除了作細針抽取細胞學檢查外，當然也可考慮外科手術切除，由於纖維腺瘤多覆有外膜，因此相當容易切除，不必住院，於門診手術即可。

Q015 乳房的鈣化

問：我有一位女性朋友，她在美國做了乳房的檢查，因為她的乳暈的旁邊長了像小紅豆一樣大小的硬塊，醫生說是鈣化。在做了乳房 X 光檢查後，醫生說她的硬塊照不出來，但是在硬塊的附近長了六、七顆白色小斑點，在做了切片檢查後證實是屬於良性的。醫生並沒有把她的所有斑點切除，她並不知道這鈣化的病理意義是什麼？而且沒有切除所有斑點可有關係？日後需要注意些什麼？

答：一般而言，

乳房的良性或惡性腫瘤均可能會鈣化，但惡性腫瘤的鈣化常在乳房 X 光攝影上呈現較細微、線狀及不規則的鈣化病灶，此稱之為微小鈣化。另一方面，乳癌也常會併表面皮膚的病變，包括發紅、水腫、濕疹、橘皮樣變化或潰爛。當然，根據您的描述，我們並不能確定您朋友的乳房腫塊及皮膚病變的原因，但既已經過醫師切片檢查，當可較為放心。我們給您朋友的建議是定期乳房自我檢查，並定期接受乳房 X 光攝影或乳房超音波檢查，如有任何疑問可再詢問您的醫師。

Q016 開完刀的傷口

問：我罹患乳頭下的良性纖維囊腫，已經開完刀 2 個禮拜，醫生說要我按摩傷口，每天要按摩 5 分鐘，不知道按摩要維持幾天？

答：基本上，乳房腫瘤開完刀的傷口大概 2 個星期已經癒合，儘管隨個人體質、傷口大小、是否感染而有些變化。在傷口癒合後，為了避免傷口周圍組織纖維化而變硬，導致日後乳房組織的觸感不佳，故許多外科醫師會根據經驗建議病患按摩傷口。由於傷口周圍組織都會進行一個『再塑形』的過程，而這個過程在 3 個月之內最重要，其次是手術後 3 個月到 1 年的期間仍有緩慢的變化，所以按摩傷口最重要是前 3 個月，最好可持續一年的時間，以保持傷口周圍乳房組織的柔軟。但也不可過度按摩，否則反而會因過度刺激導致發炎而產生反效果。每位醫師的經驗與做法不盡相同，您可再請教您的醫師。

Q017 男性的乳房硬塊

問：我是一位 20 歲的男生，最近發現右乳頭下有一圓形硬塊，會痛，我該不會得了『乳癌』吧？好擔心！而我大約在六年前就發現有硬塊，不過沒過幾天就不見了，而這次發現它又出現了，大小還是一樣，真的很疑惑？

答：男性雖然乳房組織大多較女性小得多，但仍可能發生乳癌，不過機率要比女性小得多，約是女性的百分之一以下。一般而言，乳房腫塊百分之九十是良性的，特別是觸摸起來不硬、界限明顯、不痛、無分泌物、無皮膚變化的腫塊，而一般良性腫塊比較不會隨時間變大。男性乳癌的治療方式大致上和女性乳癌相同，預後也大致相似。

根據您的描述，您的乳房腫瘤會自然消失，且並沒有隨時間增大，比較不像乳癌的特性，但進一步的確認仍是必要的。

Q018 乳房硬塊的檢查

問：乳房有硬塊，如何進一步檢查？

答：一旦發現乳房有可疑的硬塊時應做那些檢查？正規的檢查包括以下兩種：

一.

乳房 X 光攝影檢查：現在乳房攝影裝置愈來愈新穎，輻射量也愈來愈少，平均一個乳房檢查的接受輻射量，與照一張胸部 X 光的輻射量相似，是非常安全的。乳房攝影係由放射線專家依是否有微小鈣化現象、腫塊陰影等來判定，一般而言其準確率可高達 70-90%。

二.

乳房超音波檢查：由於中國人女性乳房內之組織較緻密，脂肪較少，尤其是年輕婦女，因此有時用乳房超音波檢查比較清楚。

此外還有胸部電腦斷層攝影及核磁共振攝影(或稱磁振造影)等，對於乳癌的診斷與分期有幫助。最新發展的檢查儀器則有以生物阻抗原理設計而成的掃瞄儀(T-scan)，若配合乳房 X 光攝影及超音波，手術前分辨乳房硬塊是否為惡性的能力可再提升。至於何時作乳房 X 光攝影或乳房超音波檢查？何時開始、間隔多久作乳房檢查？即使是美國仍未有定論。由於國人之乳癌發生率較美國為低，但發生年齡較輕，所以我們建議一般婦女 35-40 歲間作一次乳房 X 光攝影，41 歲之後

每 1-2 年作一次乳房超音波檢查或乳房 X 光攝影。至於屬於高危險群之婦女則最好在 25-35 歲之間作一次乳房 X 光攝影，36 歲以後每年檢查一次為佳，若有高度懷疑乳癌者則不在此限。

Q019 乳房 X 光攝影檢查的好處

問：作乳房 X 光攝影檢查可以延長病患之生命嗎？

答：的確，在歐美所做的許多大型觀察結果認為，以乳房 X 光攝影檢查作為篩檢早期乳癌的工具是極為有效的；由於能找出原位癌及小型乳癌，也因此能早期作治療，進而延長婦女的存活。因此美國癌症醫學會建議無症狀的婦女應從 40 歲起開始接受每年一次乳房 X 光攝影檢查；對於有強烈家族史或之前曾得過乳癌的婦女而言，則應在更早的年齡即開始接受乳房 X 光攝影檢查。當然，也有持反對或修正的意見，例如：北美洲是乳癌發生率最高的地方之一，是否所有女性都需要每年實施乳房 X 光攝影檢查，向來就是爭論的問題。最近加拿大國家乳癌篩檢中心的研究報告給我們些許答案。

在加拿大國家乳房篩選中心的「研究—2」大型計劃的最終報告，共包括 39,000 名婦女，分成每年觸診或加上乳房 X 光攝影檢查等兩組，共追蹤 13 年。在檢查初期，乳房觸診加上 X 光攝影檢查確實比單用觸診有效，前者比後者多兩倍檢測出乳癌，即 7.20/1000 比 3.45/1000，但是長期追蹤篩檢之結果，發現兩組所篩檢出乳癌的人數就沒有統計學上的差異了，即 622 名對 610 名。雖然在觸診加上乳房 X 光檢查可以早兩年檢查出乳癌，也就是說，可以在乳癌腫瘤較小，及尚未轉移到淋巴結時即篩檢出來，但很遺憾的，這種較早期篩檢對癌症病患的存活並無助益；在只做乳房觸診的病患組有 90 名死亡，而做乳房觸診加上乳房 X 光攝影檢查的病患組亦有 80 名死亡。作者強調並非乳房觸診加上乳房 X 光攝影檢查無助益，而是強調並無需要每年實施乳房 X 光攝影檢查。

綜而言之，台灣的婦女隨著飲食、生活環境的西化，近年來乳癌的發生率也有逐漸上升的趨勢，所以 50 歲以上的婦女，每 1-2 年給醫師做一次乳房檢查，必要時配合乳房 X 光攝影及乳房超音波的檢查，是值得鼓勵、維護婦女健康的好方法。至於 40 歲到 50 歲之間的婦女，雖然全世界仍沒有一致的定論，但我們也建議這樣的原則。

Q020 安全的乳房 X 光攝影

問：每年作乳房 X 光攝影安全嗎？乳房超音波是不是比較好？

答：任何的 X 光放射曝露，都有非常小的風險會導致癌症，乳房 X 光攝影也不例外。而且做過的婦女同胞都知道，做乳房 X 光攝影因為要“夾”乳房，不太好受。若乳房 X 光攝影發現可疑的情形，也必須再經進一步的細針抽取細胞學檢查或切片才能進一步診斷。

但是，乳房 X 光攝影仍是便宜、快速、安全的乳癌檢查方式，它的好處仍遠大於它所造成的小缺點。就國人而言，特別是年輕女性或乳房組織比較小而緻密的女性，有時乳房 X 光攝影並不適用，這時可能就必須以乳房超音波檢查來取代。乳房超音波沒有所謂 X 光放射曝露的疑慮，確實是比較安全的檢查，但它也有昂貴、費時的缺點。另一方面，在乳癌腫瘤病灶的判定上，乳房超音波和乳房 X 光攝影各有優缺點。所以，它們兩者應該相輔相成，互補不足。同時，也提醒大家，絕對不可忘了，每月的乳房自我檢查及定期的醫師觸診檢查也是很重要的。

Q021 乳癌可以抽血發現嗎？

問：我去年曾參加某醫院到公司的健檢。檢驗師抽了一管血，我勾選了乳癌檢查（其中還有其他癌症篩檢）。檢查出來有一些數據，但實在不知道這個數據要如何判讀，還是它壓根不可信呢？

答：以血液檢查作為癌症篩檢的方式，最常見的是檢測腫瘤標記。但腫瘤標記（tumor marker）在癌症醫學方面的應用，目前多傾向於治療後的追蹤，評估該病患於手術切除腫瘤（如大腸癌、乳癌）、或化學治療達完全緩解後（如生殖細胞瘤），追蹤該腫瘤是否產生復發或轉移。因為各種腫瘤標記對於早期癌症之敏感性（sensitivity）並不高，因此並不適合用來作為早期癌症之診斷或篩檢之用，例如第一期大腸直腸癌的病患抽血檢測癌胚抗原(CEA)會升高的機會約只有百分之十，而第一期乳癌的病患抽血檢測 CA-153 會測出升高的機會也只有百分之十。換言之，第一期的大腸直腸癌及乳癌的病患，若以 CEA 或 CA-153 來作為篩檢的工具，每十例病患可能就有九例篩檢不出來。因此目前如果要篩檢乳癌，仍應找醫師幫忙，醫師會為您作詳細的身體檢查，並視需要安排乳房 X 光攝影或乳房超音波檢查，如此才有助於早期乳癌之偵測，單從抽血來篩檢或早期診斷乳癌是不可靠的。

Q022 乳癌與腫瘤指數

問：本人作健康檢查時有抽血測 CA-153 的濃度，這樣是不是就可以驗出我是否有罹患乳癌？

答：腫瘤標記是指任何與腫瘤細胞有關的物質，大部分是位於細胞膜表面的抗原或細胞內之蛋白質。在臨床上一般所謂的腫瘤標記常是指血清學標記，亦即是存在癌症病人血中或體液中的特殊物質而言。近年來運用單株抗體發現了許多新的腫瘤標記，這些物質大多為高分子的醣蛋白。臨床上常應用到的腫瘤標記除了 CA-153 之外，尚包括 CA19-9、CA-125、PSA、CEA、與 AFP 等。

CA-153 是目前對乳癌應用價值最高的腫瘤標記。於轉移性乳癌病人中有 70%其血中 CA-153 會升高，但只有 10%的局限性乳癌（早期）患者其血中 CA-153 會升高，因此臨床上無法用 CA-153 來診斷或是篩檢早期乳癌。它在良性的乳房疾病中幾乎不會升高，但是乳房以外的上皮癌仍有可能升高，故不具有專一性，目前 CA-153 最大的用處仍是在於追蹤轉移性乳癌病人對治療的反應。

CEA 是另一種可用於乳癌追蹤的腫瘤標記。CEA 存在範圍很廣，在大腸、胰、胃、肝、膽囊及肺部之正常上皮細胞均可產生，也存在多種體液中。它最大的臨床應用是腺癌（adenocarcinoma）的追蹤，然而一旦血中 CEA 升高則病例均屬晚期，故亦無早期診斷之功用，其最大的用處也是用於追蹤轉移性乳癌病人對治療的反應。

所以很遺憾的是，目前尚無對某種腫瘤具有專一性的腫瘤標記，而且除了 PSA 以外尚無器官專一之腫瘤標記。亦即絕大部份的癌症均無法用腫瘤標記作早期診斷，腫瘤標記只能用於癌症的輔助診斷，但多數皆可用來追蹤病情或作為評估預後的參考。

Q023 什麼是乳癌

問：我想問一個簡單的問題，請問什麼是乳癌？

答：乳癌和其他的癌症一樣，是一種由於不正常細胞大量分裂增殖且無法為人體所控制所發生的惡性疾病。在人體的組成上，細胞算是最小的獨立生命單位。通常這些生命單位依照預期正常的速度分裂，取代舊有的細胞。而當細胞變成所謂的“癌細胞”時，細胞其實是發生了許多變化，特別是細胞核內的 DNA。正常情況下，當細胞的 DNA 出問題時，人體的“品質控制系統”會啟動所謂的腫瘤抑制基因，來對付這些有問題的細胞。但若不幸地，剛好“品質控制系統”失靈，這些有問題 DNA 的細胞就會產生瘋狂分裂的現象，也就成為所謂的“癌細胞”。這些癌細胞先聚集

成一個腫瘤；而這個腫瘤若發生於乳房，即成為乳癌。腫瘤細胞會進一步發展出散佈的能力（即所謂轉移），因而可能到身體的其他部位生長。

Q024 乳癌的種類

問：聽說乳癌有不同的種類，你可以告訴我嗎？

答：乳癌根據其乳癌細胞的“發源地”或型態，可分為下列幾種：

乳管癌：約 80%的乳癌屬於此類，癌細胞是由輸送乳汁之乳腺管的上皮細胞所轉變而成的。

乳小葉癌：約佔 5~10%，這類乳癌的癌細胞是由製造乳汁之乳小葉的細胞所轉變而成的。值得注意的是不論乳管癌或乳小葉癌，均屬於乳房的腺癌。

其他少見（少於 5%）的乳癌種類則包括膠質癌、髓質癌、乳突癌等。當乳癌細胞並未由原發組織擴散至其他乳房組織時，-意即乳管癌的癌細胞並未擴散至乳管外，或乳小葉癌的癌細胞並未擴散至乳小葉外時，即稱為非侵犯性乳癌，或稱原位癌。但是，當乳癌細胞擴散穿出其原發組織時，即稱為侵犯性乳癌。

在歐美國家，侵犯性乳癌與非侵犯性乳癌的比率約為 4 比 1，而由於乳房 X 光攝影檢查用於篩檢乳癌病患的推展，非侵犯性乳癌的比率已逐漸提高，意即乳癌已更能於早期發現，早期治療了。

Q025 乳房的其他癌症

問：我聽說乳房也有可能長不是乳癌的腫瘤，會包括那些呢？

答：一般乳房的惡性腫瘤若仍屬於上皮性的原發腫瘤，我們在廣義上仍稱為乳癌。但若是非上皮性的原發腫瘤，我們一般就不以乳癌稱之，因為治療方式和乳癌有很大的不同。

少數不常見、非乳癌的惡性腫瘤包括：葉狀瘤、肉瘤（如血管肉瘤），何杰金氏淋巴瘤、非何杰金氏淋巴瘤及轉移性癌症等。大部分在乳房的非何杰金氏淋巴瘤是 B 細胞型；而轉移性癌症的原發部位包括對側乳房、肺、皮膚（如惡性黑色素瘤）、腎臟、卵巢、胃等。這些非乳癌的乳房惡性腫瘤的治療則各有不同，

依癌症與病患狀況不同而定。

第二章

乳癌的危險因子與預防

Q026 乳癌是女性的專利？

問：乳癌只有女人會得嗎？

答：乳癌是指由乳房腺管細胞或是腺泡細胞經由不正常分裂、繁殖所形成之惡性腫瘤。隨著年齡增加，乳癌的發生率從 25 歲時每年每十萬人約有 5 位新診斷的乳癌患者，逐漸增加到 50 歲時每年約每十萬人有 150 位新診斷乳癌患者。在台灣，女性乳癌是發生率第二位的癌症，發生率約為每年每 10 萬人有 35 位新病患，僅次於子宮頸癌(此為 2002 年衛生署公布之 1998 年資料)。男性也有乳房，因此同樣也會得乳癌。但男性乳癌患者的發生率則相對低得多，根據國外的統計，約是每年每十萬人口 2.5 人，而男女的比例通常少於 1：100。

Q027 危險因子是什麼？

問：何謂「危險因子」？

答：所謂「危險因子」，指的是與正常人相較，更容易引發癌症的要因，表示其強弱程度的指標，便稱之為「相對危險度」。例如：三十五歲以上的初產婦，與二十四歲以下的初產婦相較，其乳癌發病危險度約為 2.5 倍，那麼，年齡對高齡初產婦而言，便是罹患乳癌的「危險因子」，2.5 倍便是所謂的「相對危險度」。

Q028 台灣乳癌變多了？

問：台灣婦女乳癌病患激增的原因何在？

答：飲食及生活型態西化，可能為最大原因。此外因為乳癌篩檢及診斷技術不斷進步，也發現了許多早期尚無症狀的乳癌患者。因而給人有：「最近乳癌患者增多不少」的印象，但事實也是如此；究其原因，飲食習慣已被歐美視為造成乳癌的元凶之一，例如，大多數的人嗜食動物性食品，這些食品含有高脂肪、高熱量，不僅使人養成肥胖體態，還造成不少癌症患者；生活型態上，女性漸趨晚婚，甚至不結婚，即使結了婚也未必生小孩等，都是乳癌病患增加的原因。此外，現在孩子們因為營養充足，而使女孩子有初經年齡降低的趨勢，也是潛在乳癌病患增加肇因之一。在歐美國家，乳癌病患漸增的一個主因是因為用於篩檢的乳房 X 光攝影日趨普遍。其他的原因包括晚懷孕，晚生小孩，以及在停經後接受荷爾蒙補充治療等因素。

Q029 不平等的乳癌

問：我曾聽說 8 個美國婦女中就有一個終其一生會得到乳癌，當然中國婦女比美國婦女要低得多。我想問的是，每個婦女都有相同的機會到乳癌嗎？

答：當然不是。對一個沒有明確的危險因子（如無癌症病史、無家族病史，初經在 11 歲之後，在 52 歲之前停經，在 30 歲之前第一次懷孕）的美國婦女而言，得乳癌的機率就會下降至三分之一或大約是百分之三，而中國婦女也是如此。再舉個例子，如果你有母親、姊妹、或女兒其中一人得到乳癌，則你得到乳癌的機會會增加 2~3 倍；若你的母親和姊妹都曾得到乳癌，則你得到乳癌的機會就會比沒有危險因子的婦女增加 10 倍以上。

Q030 乳癌的危險因子

問：什麼人會得到乳癌？

答：實際上，並沒有任何一個單一的致病因子可以解釋所有乳癌的發生。但是得到乳癌的婦女常有某些特徵，因此可視為一罹患乳癌的危險因子，包括：

一、年齡：基本上，罹患乳癌的危險性會隨著年齡增加。在歐美，大約 75% 的乳癌病患罹病年齡大於 50 歲。不過，在台灣，這個數字比較低，目前 50 歲以下的病患甚至接近一半。不過，這個比例將來有可能改變。

二、家族史：一個家族之中有很多人罹患乳癌。一般而言，如果一位婦女有母親、姊妹或女兒曾罹患乳癌，則她發生乳癌的危險性，較一般無家族史的人，可增加甚至達 3 倍之多。若其母親、姊妹、或女兒罹患乳癌的時間在停經前或是發生兩側乳房的乳癌，則危險性上升更多。但這畢竟只是統計上危險性的增加，大部分有乳癌家族史的婦女並不會真正得到乳癌。

三、第一次懷孕的時間太晚：若第一次懷孕的時間晚於 30 歲，則罹患乳癌的危險性會增加。而在 18 歲前即懷孕，則得到乳癌的危險性明顯減小，當然這種情況在現代社會可能愈來愈少。

四、初經早或停經晚：初經在 12 歲以前，或是在 55 歲以後才停經的婦女，罹患乳癌的危險性均會增加。

五、高社經地位的婦女：根據美國的資料，收入前 2/3 的婦女比後 1/3 的婦女要有較高的乳癌發生率。

六、一般而言，若此乳房良性疾病未合併不典型增生，則危險性增高約兩倍左右。但若合併不典型增生則危險性增高至五倍左右。有不典型乳腺增生病史的婦女約 10~20%會發生乳癌。

七、其他可能的危險因子：過量飲酒，口服避孕藥物，放射線的曝露，成人體重過重，缺乏運動，停經後之荷爾蒙補充治療，以及一些基因的改变或缺損等。

Q031 女性荷爾蒙與乳癌

問：乳癌的發生及進行與女性荷爾蒙有關嗎？

答：受女性荷爾蒙影響較久的婦女得乳癌的機率越高。乳癌與卵巢所分泌的荷爾蒙也有很密切的關係；有月經的時間越長，得乳癌的危險性越高。

動情激素(雌激素)會使乳腺細胞分裂及活潑化，為了製造乳汁而促進乳腺的發育，因此乳腺細胞反覆地分裂越多，細胞起變異的機會亦相對的增多了。

唯動情激素(雌性素)絕不是什麼“壞東西”，因為它是促進乳腺細胞增殖不可或缺的一環。雖然癌細胞之「發生」與動情激素(雌性素)有何關聯仍有許多無法確知的地方，但癌細胞的「增殖」與動情激素(雌性素)的確有不可分割的關係。「年輕女性如果摘除了兩邊的卵巢，其得乳癌的機率與他人相較只剩 1/100 而已」，這足以證明女性荷爾蒙與乳癌之關係。

Q032 女性荷爾蒙與乳癌又一章

問：曾有良性乳房疾病的婦女，在停經後若接受女性荷爾蒙補充治療，這會增加乳癌發生的危險性嗎？

答：女性在停經後常必須接受女性荷爾蒙補充治療，這對於停經症候群及停經後所可能發生的骨質疏鬆有幫助。但過去有研究發現，這些婦女發生乳癌的危險性增加了 7%；

而過去有乳房疾病的婦女，乳癌發生的危險性更增加了 40%到 260%不等。

然而，針對美國田納西州約一萬名曾因良性乳房疾病在 1952 年到 1978 年間作過乳房切片的婦女所做的後續研究顯示，她們雖服用女性荷爾蒙，但乳癌發生的危險性並未明顯增高。

在癌症雜誌 (Cancer) 1999 年發表的一篇論文，也再次證實了乳癌發生的危險性對曾有良性乳房疾病、在停經後接受女性荷爾蒙補充治療的女性，並沒有明顯的增高。同樣地，在 2002 年臨

床腫瘤學雜誌所發表的研究也認為，女性荷爾蒙補充治療並未更進一步增加具有乳癌危險因子之婦女的乳癌發生率，這些危險因子包括酒精(飲酒)、體重過重、良性乳房疾病及有乳癌家族史等。總而言之，醫師仍然建議婦女同胞在停經後，若要接受女性荷爾蒙補充治療，就應該了解女性荷爾蒙補充治療所可能帶來得好處及潛在危險，如此才能作出最適合自己的決定。

Q033 月經與乳癌

問：只要還有月經，便不容易罹患乳癌嗎？

答：在台灣，乳癌的好發年齡在 40-50 歲之間有一個高峰，約較歐美國家的好發年齡提早 10 歲，但不論是否任何成年婦女皆有機會罹患此症。若以 50 歲作為停經年齡的區分點，根據國內各大醫院的統計，50 歲以前的新病患和 50 歲以後的新病患約各佔 50%；50 歲以前的新病患比例確實較國外高出許多。在歐美國家，乳癌的發生率是隨著年齡逐漸上升的；上升幅度最為明顯的年齡約也在 40-50 歲之間。國內乳癌患者目前發生年齡平均比歐美年輕，但隨著飲食及生活型態漸漸西化，將來可能會有高齡化的傾向。

從另一個角度來看，在月經週期與乳癌的關係上，若初經年齡較晚，因此乳房曝露於排卵週期(月經週期)中卵巢所分泌的荷爾蒙刺激的時間較短，故可降低乳癌發生的危險性；相似地，也有研究指出，月經週期的時間愈長，則乳癌發生的危險性也愈高。

Q034 口服避孕藥與乳癌

問：我在報紙上看到一則新聞，說英國科學家證明服用口服避孕藥不會導致乳癌，請問這是真的嗎？詳情又是如何呢？另外，服用口服避孕藥會不會有其他的不良影響呢？

答：您所指的醫學研究報導應是指 2002 年 6 月在新英格蘭醫學雜誌刊登，由美國亞特蘭大疾病控制與預防中心 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA) 研究發表的論文。這是一個分析多達九千多名 35-64 歲的婦女的病例對照研究，其中 4575 名是乳癌的婦女，另 4682 名是健康的對照組。研究結果發現，目前正在使用口服避孕藥的婦女的相對危險性是 1.0，而過去曾使用口服避孕藥的婦女是 0.9，兩者的危險性均並未較不曾使用口服避孕藥的婦女有所增加。而且危險性的增加也和較長期的服用及較高劑量的雌性素 (estrogen) 無關。美國的白人和黑人婦女在這個結果上並沒有不同。而有乳癌家族史的婦女，或在較年輕時即開始使用口服避孕藥也並不會增加罹患乳癌的危險性。所以這篇研究的結論認為 35-64 歲的婦女，不論是現在正使用口服避孕藥，或過去曾使用口服避孕藥，都不會增加乳癌的危險性。

這篇文章是相當大型的研究，可信度當然很高，但值得一提的是在 2000 年十月也有一篇研究發表在另一個著名醫學雜誌 JAMA 中，它的結論則是使用較早期（可能雌性素含量較高）的口服避孕藥且有一等親乳癌家族史的婦女，罹患乳癌的危險性仍可能比較高；這篇研究就和新英格蘭醫學雜誌上所發現的結果略有不同。過去有些較小型的研究也認為：初經早於 13 歲且在生第一胎前使用口服避孕藥超過 10 年，乳癌發生的危險性確實會升高。

總而言之，上述對口服避孕藥和乳癌的危險性是否增加的問題，仍有不盡相同的解答。但基本上，口服避孕藥對於一般婦女仍是相當安全的，特別是對已經有過第一次懷孕及年齡大於 25 歲的婦女，乳癌的危險性並不會因為使用口服避孕藥而有明顯的升高。

至於口服避孕藥有什麼其他的副作用，目前由於劑型及劑量的改良，口服避孕藥的副作用已相當少，極少數人會有副作用如乳房漲痛、噁心、頭痛、體重、性慾的改變，及陰道出血等。

Q035 飲食與乳癌

問：飲食與乳癌的關係為何？

答：基本上，飲食和乳癌的關係目前仍在進一步研究當中，也有不少爭論。但目前有的趨勢及建議是高脂肪、高熱量的飲食可能和乳癌的發生有關。食用較多的多元不飽和脂肪(如玉米油)可能會加罹患乳癌的危險；而食用較多的單一不飽和脂肪(如橄欖油)則可能降低乳癌的危險。至於飽和脂肪和乳癌發生的關係則至今仍沒有證實，但可能少吃一點為佳。另一方面，飲食型態的改變可能進一步影響到初經、停經的時間，進而影響乳癌的發生。除此之外，高脂肪、高熱量之食物會招致肥胖。肥胖的人停經後易得乳癌；超過標準體重 20%以上，其乳癌發生率為一般人之 1.4 倍，不可不知。總而言之，我們的建議是，減少動物性脂肪、肉類，膽固醇的攝取量，避免肥胖，多吃水果蔬菜，至少對人體的健康，甚至乳癌的預防是有幫助的。

Q036 哺乳與乳癌

問：長期哺乳可以減少乳癌的發生率嗎？

答：依據以往的報告指出，哺乳並不能避免乳癌的發生，有些報告則認為哺乳者可減少停經前乳癌的發生率，但是停經後罹患乳癌的機率，則與哺乳與否無多大相關性，這些報告可能與歐美大部份婦女哺乳的時間太短有關，因為歐美女性哺乳很少超過 4 個月以上。最近美國流行病學雜誌報導美國耶魯大學鄭教授將 700 名的中國婦女哺乳與乳癌的關係加以研究，得到了新結論：

哺乳時間超過 2 年以上者比只哺乳 6 個月之婦女罹患乳癌的機率減少了 54%，論文中強調一生中哺乳總時間如果超過 73 個月的話，發生乳癌的機會將會更低。

研究者推論哺乳期間，可能在母體內會產生一些具有保護性的物質，可以抑制促成乳癌有關的荷爾蒙。本研究也證明了初經較晚、懷孕較早的婦女可以減少乳癌的發生。而以往中國婦女乳癌發生率較低的原因之一，即可能與中國人長期哺乳的習慣有關。

Q037 異卵雙胞胎與乳癌

問：報紙上說，異卵雙胞胎將來得乳癌的危險性高，這是真的嗎？如果是異卵雙胞胎之一，那可能要怎麼辦才好呢？

答：這個問題之所以被提出，顯然是因為新聞記者報導了這樣一則消息的緣故。聯合報有一篇翻譯自美聯社新聞的方塊文章，引述一篇刊登在美國出刊的 *Journal*

of National Cancer

Institute 上的學術論文，提出異卵雙胞胎姊妹比一般民眾較易得乳癌的觀點。此篇論文出自美國有名的梅耶醫學中心(Mayo

Clinic)，研究對象為 29197 位停經後婦女，追蹤時程為 10 年(1986 至 1996)。結果發現同卵雙胞胎與一般婦女相比，得乳癌的危險性並未增加，但是異卵雙胞胎得乳癌的可能性，是一般婦女的 1.77 倍(95%信賴區間 1.16 至 2.70)，而如果異卵雙胞胎皆係女兒，則得乳癌的可能性是一般婦女的 2.14 倍(95%信賴區間 1.21 至 3.79)。作者的解釋，是歸因於一項假說，亦即異卵雙胞胎在子宮內發育時，母體的女性荷爾蒙濃度較高，女性胚胎受此影響，將來就容易得乳癌。

如果讀者諸君之中，正巧有身為異卵雙胞胎者，看了這篇報導，自必感到緊張而有此一問。但是，依吾人的看法，實在沒有必要因為一篇新聞而杞人憂天。真正的學術態度，是應該把其他研究此一問題的論文也一併加以考量才對。一九九九年三月的 *Cancer*

Epidemiology, Biomarkers and

Prevention 上，有芬蘭的一篇類似研究發表，結論是異卵雙胞女性得乳癌的危險性，與一般婦女相比，根本沒有差異。前面提到的美國研究，雖然研究對象有 29197 名，但是其中雙胞胎才僅 538 人；而芬蘭的研究對象，是 13176 名雙胞胎！美國研究只追蹤了 10 年；而芬蘭研究則追蹤了 20 年

(1976

至 1995)！

各位讀者，你們願意相信那一篇的結論呢？統計學的研究上，數大就是美。一般而言，研究對象數目多的，研究時間久的，會比較有公信力，因此我傾向於相信芬蘭人的說法。就算美國人的研究結果是正確的，其實也沒什麼大不了的。在他們的報告中異卵雙胞胎皆係女兒，則得乳癌的可能性是一般婦女的 2.14 倍，但是大家不要忽略了 95%信賴區間是 1.21 至 3.79，這即是說，由統計學的計算看來，這個 2.14 倍並不是絕對可靠的，它的數值有 95%的可能性是落在 1.21 與 3.79 之間。也就是說，如果異卵雙胞胎皆係女兒，則得乳癌的可能性也許僅是一般婦女的 1.21 倍而

已。況且乳癌的發生率有人種的差異，美國公共衛生部的資料顯示，目前每八個美國女人，在一輩子當中有一個會得乳癌，而過去十年來，美國女性之乳癌發生率，已達每年每十萬人口 110 人；但根據我國衛生署的統計，民國八十七年台灣地區女性的乳癌發生率，每年每十萬人口約為 35 人，不及美國的三分之一。就算異卵雙胞得乳癌的危險真是常人的兩倍，我國的異卵雙胞女性，得乳癌的機會仍然不到一般美國女性的一半。因此雖然美國婦女對任何乳癌消息都有草木皆兵的感覺，我國婦女其實大可不必隨之起舞。

Q038 遺傳與乳癌

問：請問乳癌與遺傳的關係為何？

答：目前所知與遺傳有關的癌症分為二大類，一為遺傳性疾病，它佔所有癌症的比例甚小，不到 1%，例如家族性大腸癌肉症，多發性內分泌腫瘤等，另一類像某些癌症有家族聚集的現象，這種癌病佔全部癌症之 5-10%。隨著醫學之進步，有些異常基因已經被發現，例如在家族性乳癌的病人，發現到有兩種抑癌基因 BRCA-1 及 BRCA-2 之變異，是衍生乳癌的重要因素之一。BRCA-1 位於第 17 對染色體上，如發生變異失去活性，而喪失其抑癌功能時，則病患在 45 歲以前罹患乳癌之機率为 50%，終其一生得到乳癌之機會高達 85%，此外這類病人亦有較高之機率得到卵巢癌，所幸這種基因病變只發生於少部分(小於 5%)乳癌病人身上。BRCA-2 則座落在第 13 對染色體上，突變時亦可引起乳癌，但不太會引起卵巢癌。

至於那些特徵會讓人認為該癌症可能與遺傳有關呢？首先是發病的年齡，遺傳性癌症通常發病年齡較早，此外，直系親屬有 2 人以上在 50 歲前即罹患癌症，再者如同一病患罹患多種癌症，或癌症分布於身體的兩側(如乳癌)時，都要提高警覺。這些癌症若與遺傳有關，則應該對該家族之其他成員作進一步之檢查或篩檢，以期早期發現癌症。

Q039 遺傳與乳癌又一章

問：我的母親是因為乳癌而去世的，請問我是不是也容易得到乳癌？

答：去除遺傳因素，有些家族，可能因共食相同的東西、生活在同樣的環境裡，而家裡有多人罹患癌症，便稱「癌病家族」，但這並非醫學用語，因為大多數癌症並無法由遺傳學上得以確切的結論。網膜芽細胞腫瘤、小兒癌等已證實確有遺傳物質存在。通常在二等親(父母、兄弟姊妹、祖父母)中有三人以上罹患乳癌者，皆可稱之高危險群的「癌病家族」，應列為優先篩檢的對象。的確，有家族史，也就是有近親罹患乳癌的婦女，要特別注意乳房的健康。根據美國臨床癌症醫學會(1996 年)的定義，在乳癌所謂「強烈」家族史或遺傳傾向的定義如下：

- 一、家族中有 3 個或以上的乳癌病患及一個或以上的卵巢癌病患，不論其發病年齡為何。
- 二、家族中有 4 個或以上的乳癌病患，且其發病年齡均在 50 歲以內。
- 三、家族中的姊妹有下列情況中的任 1 種情況：2 個乳癌病患，2 個卵巢癌病患，或一個乳癌及一個卵巢癌病患，且發病年齡均在 50 歲以內。

若有上述情況，則從 25 歲起就應該要每年作乳房 X 光攝影及乳房觸診檢查。當然，這是指具有「強烈」遺傳傾向家族中的婦女。

對一般婦女而言，根據國外的統計資料，有各種家族史而危險性增加的，如下所述：

- 一、有一等親在停經前發現乳癌：危險性增加 2~3 倍。
- 二、有一等親在停經後發現乳癌：危險性增加 1.5~2.5 倍。
- 三、有一等親在停經前發現兩側性乳癌：危險性增加 9.5 倍。
- 四、有一等親在停經後發現兩側性乳癌：危險性增加 4 倍。
- 五、母親及姊妹均發生乳癌：危險性增加 5~6 倍。
- 六、二等親發生乳癌：危險性增加 1~1.5 倍。

Q040 乳癌和防汗/止汗用品有關嗎？

問：傳言中幾乎所有的乳癌都是發生在乳房外側上方的區域，是否與女人在剃毛之後馬上使用防汗/止汗用品，因而更提高了罹患乳癌的機率？

答：台灣地區每年約有 3000 人以上罹患乳癌，是女性癌症發生率的第 2 位及癌症死亡率的第 4 位。目前已知有許多因素都與是否會罹患乳癌有關，包括家族病史、荷爾蒙（女性動情激素可以刺激乳癌細胞的生長），不孕或 30 歲以後才懷孕產子都有較高的機會得到乳癌，此外日常飲食中的脂肪含量太高也可能與乳癌有關。乳癌發生的部位並非僅侷限於乳房外側上方，基本上，整個乳房都可能發生乳癌，而以乳房外側稍多。至於乳癌容易有腋下淋巴腺的轉移，則與淋巴系統的走向有關，乳房之淋巴分布極為複雜，基本上可分為淺層皮膚的淋巴管及乳房組織的淋巴管，皮膚的淋巴管若被癌細胞堵塞，則會產生類似橘皮樣的皮膚變化。而大部分的乳房淋巴系統均於腋下匯集，只有乳房內側小部分的淋巴管匯集於內乳淋巴結。因此常可見到乳癌的病患會有腋下淋巴結腫大轉移之現象；乳癌病患出現淋巴結轉移，是極為重要的不良之預後因子之一。至於在腋下使用除汗、除臭劑是否會導致乳癌，目前仍未有正式的醫學文獻報告，也未見衛生主管機關的說明或禁止使用；換言之，乳癌發生的部位及其易於轉移至腋下局部淋巴結的特性，和防汗/止汗用品目前並無關連性存在。

Q041 乳癌的預防

問：如何針對乳癌的危險因子做好預防工作？

答：癌症的預防通常分為改變生活習慣與勤於接受檢查兩部分。在改變生活習慣方面，因為有些致癌因子是生活習慣不良所造成，只要我們矯正這些不良習慣，就可減低罹癌機會。但有些危險因子是無法改變的，所以當自己是高危險群時，就必須勤於接受篩檢，以期早期發現早期治療。這是公共衛生學上一級及二級預防的概念。

一、可改變之危險因子：多攝食蔬菜水果，避免不當使用荷爾蒙，以杜絕致癌機會。

二、

無法改變之危險因子：

當自己有乳癌的危險因子時(可參見「乳癌的危險因子」一題)就應該勤作檢查。

歐美國家目前正進行某些藥物(如荷爾蒙類或維他命 A 酸類)對乳癌預防效果的試驗,但目前尚無一致的結論。再提醒大家一次,若有危險因子的婦女,35 歲起應定期接受醫師檢查,必要時安排乳房超音波檢查,40 歲可做第一次乳房 X 光攝影,而後則可改以乳房超音波及乳房 X 光攝影交替檢查,50 歲以後篩檢則可以乳房 X 光攝影為主。

第三章

乳癌的治療、追蹤與預後

Q042 乳癌的分期

問：癌症好像都有所謂的分期，我想知道乳癌是如何分期的？

答：乳癌根據臨床判斷。影像學檢查結果與手術後的病理報告，可決定每一個乳癌病患的期別，它代表了乳癌被發現時所呈現的嚴重性，進一步也決定了治療方式的選擇，另一方面它也和預後有密不可分的關係，意即早期的病患，治療可能比較簡單而容易，痊癒的機會也愈高；而愈晚期的病患治療就可能比較複雜而困難，痊癒的機會也會下降。

目前在乳癌的分期上，最常使用的是美國癌症聯合會（American Joint Commission on Cancer

，AJCC）所判定的方式。基本上，它是根據乳癌腫瘤的大小（簡稱為 T），是否有淋巴結轉移（簡稱為 N），及是否有遠處轉移（簡稱為 M），合在一起綜合評估，就可知道乳癌的分期（你可參考本書附錄一最後所附的表格，根據病理報告做勾選。）但一般而言，我們提供一個比較容易記憶、分辨的方式：

第零期：非侵犯性乳癌（包括原位癌、及柏哲氏症）

第一期：乳房腫塊小於、等於 2 公分，無腋下淋巴結轉移。

第二期：乳房腫塊在 2 公分到 5 公分之間，可能有或沒有淋巴結轉移。或是乳房腫塊雖然大於 5 公分，但卻沒有淋巴結轉移。

第三期：乳房腫塊大於 5 公分，皮膚可能出現紅腫、潰爛或橘皮樣的變化，並有有腋下淋巴結轉移。

第四期：有遠處器官轉移，如骨、肝、肺等器官。

Q043 乳癌的手術治療

問：我得了乳癌，我的醫師告訴我必須先接受手術，我想知道乳癌的手術治療方式有哪些？

答：手術治療是乳癌治療最常用的方式之一，也常常是最先開始的治療，手術的方式有許多種，醫師會與你討論各種手術的利弊，常見的方法如下：

一、改良型乳房根除手術：

適用於任何沒有胸大肌侵犯或非第四期轉移性乳癌的患者，為目前最常使用的手術。術式包含腋下淋巴結清除術。

二、乳房保留手術：

一般適用於乳房腫瘤小於三公分，非於乳頭或乳暈下方，而且無多發病灶的第一、二期乳癌患者。術式包含部份乳房組織切除術及腋下淋巴結清除術，通常術後需加放射線治療。

三、單純性全乳房切除手術：

適用於乳房腺管原位癌乳癌患者，術式不包含腋下淋巴結清除術。

四、部份乳房組織切除術：

可用於小的乳房腺管原位癌。

五、腋下淋巴結廓清術：

腋下淋巴結被癌細胞侵犯的狀況，為乳癌預後最重要的指標之一，因此腋下淋巴結清除術兼具有診斷及治療的目的。

Q044 改良型乳房根除手術

問：何謂改良型乳房根除手術？它和廣泛型乳房根除手術有何不同？

答：改良型乳房根除手術目前在國內仍是乳癌手術外科醫師常使用的術式，其手術重點包括：1、將所有乳房組織切除，包括乳頭及乳暈。2、將腋下所有淋巴結分離去除。3、腫瘤上之皮膚儘量切除，必要時進行植皮。它和廣泛型乳房根除手術的不同在於此手術方式保留了病患的胸大肌及胸小肌，同時也保留了長胸神經及胸背神經。病患因此可獲得的好處包括：同側上肢活動力改善、淋巴水腫較輕微、胸壁變形較輕微，也較容易進一步進行乳房重建手術。

Q045 乳房保留治療

問：我今年 34 歲，剛發現在右側乳房疑似罹患乳癌，我很害怕從此失去右邊的乳房，我該怎麼辦？

答：在過去 20 多年中，乳癌手術觀念的改變相當顯著，很多回顧性研究及前瞻性研究已經證實，乳房局部切除加上放射治療的療效與改良型乳房根除術之療效相同。因此美國的國家衛生院在 1990 年就做出結論，指出乳房保留治療（即乳房局部切除加上放射治療）適用於大多數第一期及第二期的乳癌病患，甚至效果更佳；因為它提供了和改良型乳房切除手術一樣的存活率，還能保住病患的乳房。

但是乳房保留治療有一些禁忌症是必須遵守的，其中有的是絕對禁忌症（絕對不可做乳房保留治療），有的是相對禁忌症（醫師與病患間仍有討論的空間）：

絕對禁忌症：

- 一、之前同側乳房或胸壁曾接受放射治療。
- 二、懷孕時罹患乳癌，無法接受放射治療。
- 三、疑似惡性的微小鈣化點或是原位癌病灶，廣泛地分散在整個乳房內。
- 四、在乳房內有數個可疑病灶同時存在，而且分佈於不同象限。

相對禁忌症：

- 一、在乳房內有數個可疑病灶同時存在，但分佈於同一象限，也許需要多個手術切口。
- 二、病患同時有結締組織疾病，如硬皮症。
- 三、腫瘤大於 5 公分時（此時也可考慮先做手術前化學治療）
- 四、腫瘤比較大，但乳房比較小時。
- 五、腫瘤位於乳頭或乳暈後方時，這種情況比較容易影響手術後的美觀。
- 六、經多次切除，腫瘤的邊緣仍有癌細胞感染。

Q046 乳癌的病理報告

問：我剛接受完乳癌的手術，醫師說要等病理報告來決定後續的治療。我想知道，乳癌的病理報告該注意些什麼？

答：確實，乳癌手術後的病理報告是決定你是否有乳癌，乳癌有多嚴重及如何後續治療最重要的指標。對於妳自己的疾病，妳應該由醫師那裡至少知道下面所述的要點，這些在一份完整的病理報告裡都有。妳應該要妳的醫師告訴妳：

- 一、腫瘤的大小及位置。
- 二、在手術切除下來，包含腫瘤的乳房組織中，腫瘤周圍是否有一層的正常組織（意即腫瘤是否已完整切除）。
- 三、腫瘤的種類（如乳管癌或乳小葉癌）及型式（如非侵襲性或侵襲性）；所謂侵襲性指乳癌細胞已侵犯至乳管或乳小葉之外。
- 四、腫瘤細胞的惡性分級：一般分為 3 級。第 1 級細胞最不具侵襲性；第 3 級細胞則最為惡性。
- 五、腋下淋巴結是否有乳癌細胞侵犯：若妳接受腋下淋巴結清除術，則妳也應該知道這次手術有多少顆淋巴結接受檢查，其中有多少顆細胞呈陽性反應（即有乳癌細胞侵犯）
- 六、荷爾蒙接受體（包括雌性素及黃體素接受體）狀態（陽性或陰性）：這決定妳將來是否合適做荷爾蒙治療。
- 七、HER-2/neu 基因表現狀態：這影響妳在化學治療藥物的選擇及預後。

病理報告中所包含的項目常常不只上述所列的內容，但在大部分情況下你可以盡量了解並和醫師討論上述的內容。根據這些結果，醫師會選擇最適合妳的治療。

Q047 乳房葉狀原位癌

問：我朋友最近在右乳發現一個五公分大的硬塊，經切片檢查證實為乳房葉狀原位癌，請問什麼是小葉原位癌？

答：乳房小葉原位癌 (Lobular carcinoma in situ;

LCIS) 係指癌細胞侷限於乳房小葉 (lobule) 內，並未侵入基底膜。於乳房攝影時並不會出現微小鈣化，於身體檢查時也常無特殊發現，因此比較不容易早期被診斷出來。乳房小葉原位癌好發於停經前年輕女性，常在兩側乳房均有且常為多發性。乳房小葉原位癌發生侵犯性乳癌之機率每年約 1%。其臨床表現比較類似非典型增生，而不像乳房腺管原位癌。治療方式有兩種，一、嚴密觀察；或二、兩側乳房切除。由於乳房小葉原位癌惡性度較低，目前學者比較傾向嚴密觀察即可。

葉狀原位癌 (LCIS) 腺管內原位癌 (DCIS)

常被診斷出來的方式 偶然發現

乳房攝影出現微小鈣化

身體檢查發現 常無特殊發現

可形成一巨大腫塊

診斷時之年齡 多為停經前 可於任何年齡發生

單側或雙側 常為兩側乳房均有

多為單側

發生侵犯性乳癌之機率 較小 (每年 1%) 較大 (25-30%)

發生侵犯性乳癌之部位

常為兩側乳房 常為同側乳房

發生侵犯性乳癌之特質 較不惡性 較為惡性

治療方式

觀察或兩側乳房切除

手術切除並視情況加上輔助性放射治療

Q048 乳房腺管原位癌

問：我最近發現左乳房有一顆兩公分大的腫瘤，經手術切除後醫師告訴我是乳房腺管原位癌，請問什麼是乳房腺管原位癌，它與一般的乳癌有什麼不同？

答：隨著乳房攝影的廣泛使用，以及利用乳房攝影作為乳癌篩檢觀念的普及，使得乳房原位癌（carcinoma

in situ;

CIS）佔新診斷乳癌患者的比例大幅增加，由三十年前的百分之一，到現在的百分之十五至二十。

乳房原位癌主要分為兩大類，乳房小葉原位癌（lobular

carcinoma in situ; LCIS）以及腺管原位癌（ductal carcinoma in situ;

DCIS）。這兩種原位癌的臨床表現及治療方式均有所不同。

乳房腺管原位癌是指癌細胞沿著乳腺管腔往兩端散布，佈滿整個管路，且只停留在管腔內，並未穿過基底層。許多乳癌起於乳房腺管內原位癌轉變成具侵略性的癌細胞並穿過基底層，這個理論認為侵略性癌細胞是從乳房腺管原位癌其中一個不穩定的細胞發展出來的，並不會影響其他的腺管原位癌細胞，所以乳房腺管原位癌和侵略性癌細胞可能同時存在於同一病灶內。

乳房腺管原位癌根據組織型態可分成粉刺型（comedocarcinoma）和非粉刺型

（non-comedocarcinoma）兩種，非粉刺型又可分成實質（solid）、篩狀（cribriform）、乳突狀（papillary）、與微小乳突狀（micropapillary）四種。其中分化較好的細胞多半較小，且大多是微小乳突狀和篩狀癌。分化較差的多半是粉刺型，且常合併有壞死。病理上呈現粉刺型者比其他種類更為惡性，易發展成具侵略性的乳癌。粉刺型的特徵為迅速增生、壞死和鈣化、細胞核呈高惡性度、DNA 不呈整倍數、HER-2 基因放大或 HER-2 蛋白質表現增加，以及臨床上多有侵略性的行為。巨觀看來，粉刺型壞死部位的橫斷面看起來像乳酪，一點點的，所以稱做粉刺型（面

like）。在乳房攝影時，粉刺型常出現微小鈣化的現象，呈線條狀或有分叉。粉刺型惡性度較高，於腫塊切除後復發為侵略性腫瘤的機率为 40%，其他種類的乳房腺管原位癌只有 0-10%的機會。

Q049 原位癌的微小侵犯

問：我是乳房腺管原位癌患者，已經接受手術完全切除腫瘤，醫師告訴我腫瘤有微小侵犯現象，請問什麼是微小侵犯？

答：乳房腺管原位癌可能的臨床表現包括於觸診時摸到腫塊、乳房攝影出現異常微小鈣化點

（microcalcification）、乳頭出現柏哲氏症（Paget's

disease）或出現血樣分泌物，在乳房攝影廣泛使用以前多半是有症狀出現時才察覺到。臨床研究指出，乳房腺管原位癌的病人出現摸得到的腫塊和乳房攝影表現異常者各佔一半，乳房攝影的異常中又以微小鈣化最常被觀察到（43%），所以乳房攝影是目前診斷乳房腺管原位癌不可或缺的工具。除了詳細詢問病史和臨床檢查之外，診斷乳房腺管原位癌的第一個步驟是做乳房攝影。一旦乳房攝影懷疑是乳房腺管內原位癌，還需再進行影像導引的腫塊核心切片或開刀來取得切片，且切下來的標本還需再做一次乳房攝影來確定切下來的標本足夠，並由病理確認標本外圍沒有腫瘤細胞的浸潤。

一般而言，乳房腺管原位癌係指癌細胞侷限在乳腺管內，並未侵入基底膜。然而乳房腺管原位癌有時會合併有微小侵犯現象，指有極少部分病灶已經穿過基底膜。其定義隨各研究報告而有差異，有些研究定義為病灶內有一處最大直徑小於或等於 2mm 的侵犯（穿過基底膜），或有三處最大直徑分別小於或等於 1mm 的侵犯時，稱為微小侵犯，而在美國癌症聯合會(AJCC)的定義則為不可有任何一處有超過 1 毫米(mm)的侵犯。但不論如何，這種情形在嚴格定義下即已非原位癌，在分期上即因為此種微小侵犯，由 Tis 分期改變成 T1，所以也已非原位癌的第 0 期，至少是侵犯性乳癌的第一期。

Q050 原位癌與治療

問：我在右側乳房發現了一個硬塊，接受手術後醫師告訴我是原位癌。我想知道什麼是原位癌？該如何治療？

答：當乳管癌的癌細胞並未擴散至乳管外時，或乳小葉癌的癌細胞並未擴散至乳小葉外時，即稱為原位癌或稱為非侵犯性乳癌，在乳癌的分期上是屬於第零期的乳癌（你可以參考“乳癌的種類”一題）。

在治療上，由於原位癌的治療及預後相當好，所以反而在腫瘤醫學上有一些治療方式選擇上的爭論之處，但不脫下述的原則：

一、乳小葉原位癌：以前認為此原位癌變成侵襲性乳癌的機率每年只有 1%，惡性度非常低，所以腫塊切除後不一定要接受再進一步治療。但是依據最近長期追蹤調查報告，約有 25% 的人在 25 年內會進展成侵襲性乳癌，而且不一定在同側，也可能發生在對側乳房。有人認為乳房小葉原位癌屬於癌症前期，治療的目標係防止進展到侵犯性癌的地步，所以必須定期追蹤檢查，因為將來仍有轉變成侵犯性乳癌的機會。在治療方面，有些人接受局部腫塊切除並合併放射線治療，或接受預防性兩側乳房切除，以預防癌細胞的轉移。但也有人採用密切的追蹤檢查方式來達到早期診斷、早期治療的目的。最近亦有服用 Tamoxifen 來作為預防治療之報告。

二、乳房腺管原位癌：病理上可分成固體型、粉刺狀癌及其他分型等等，雖然屬於原位癌，但是具侵襲性、多發性，尤其是粉刺狀癌極易變成侵犯性乳癌，故治療需較為積極。由於會發生腋下淋巴結轉移者只佔 1—2%，故目前之治療以腫瘤切除並合併放射線治療，或單純性全乳房切除手術為主，並不作腋下淋巴腺之清除。

Q051 原位癌的手術治療

問：我母親是乳房腺管原位癌患者，醫師建議手術切除腫瘤。請問乳房腺管原位癌之手術治療有幾種？

答：目前治療乳房腺管原位癌的方法有三種，即全乳房切除術、乳房保留手術加放射線治療、以及單做乳房保留手術。無論是採用哪一種方式，都以達成高度局部控制為首要的目標。醫師在選擇手術時，應確認取下的檢體其邊緣沒有腫瘤細胞浸潤，並且考量病理上的特性。全乳房切除術適用的情況為病灶範圍較大，或病灶呈現瀰漫性散布，或是要將病灶完全切除但卻無法保全乳房外觀，或切下的腫塊邊緣一直存有腫瘤細胞浸潤，或是病人不想冒復發時可能轉成侵犯性癌的危險，尤其當病灶是屬於惡性度較高時。

一般來說，乳房腺管原位癌於全乳房切除後，並不需要再作輔助性的放射線治療，主要是因為乳房腺管原位癌於全乳房切除術後再復發的機率很小，根據統計顯示復發率只有約千分之一（0.09%）。單側乳房有腺管原位癌的病人一般也並不需要做雙側的乳房切除，因為對側乳房也遭到侵犯的機率很低。乳房保留手術適用情況為病灶範圍較小（一般認為是五公分以內），只有單一病灶，取下的檢體在病理下切除邊緣沒有腫瘤細胞浸潤，或者是病灶屬於低惡性度者。

另一個問題是乳房腺管原位癌於手術時要不要做腋下淋巴結全切除？根據 1998 年 Cancer 雜誌的報告，美國陸軍病理中心（Armed

Forces Institute of

Pathology）的統計指出，在 38 位乳房腺管原位癌的病人（其中 29 位有微小侵犯）手術所切下的標本中，腋下淋巴結受到侵犯的個數是 0。許多同樣的報告也都指出乳房腺管原位癌病患之腋下淋巴結受到侵犯的機率很低。1999 年

Cancer 雜誌發表 Joyce Eisenberg Keifer Breast

Center 的統計結果，乳房腺管原位癌病患雖然有 14.3% 侵犯到前哨淋巴結（sentinel lymph nodes），但在許多報告中還是只佔少數，整體而言，腋下淋巴結受到侵犯的機率小於 20%，所以目前並不傾向做腋下淋巴結全切除，即使要做也多建議先切除前哨淋巴結。

Q052 乳癌的化學治療及荷爾蒙治療

問：能否簡介乳癌的化學治療及荷爾蒙治療？

答：乳癌的治療，依據病患的年齡不同的期別、類型，在治療上會有很大的差異，而不是千篇一律的治療方式。簡單的例子是，以年齡層來分，就有停經前、後的不同治療模式。當被診斷乳癌後，在醫療處置上，最先考慮的是手術，只要早期發現，把病灶部位完全切除，治癒率就越高。手術之後是做病理診斷，也是決定將來做何種輔助性治療的指南針。下文就荷爾蒙治療與化學治療兩種治療方式作一簡單介紹。

荷爾蒙療法

乳癌的荷爾蒙治療，是一種副作用較少的預防復發和治療的方式，若乳癌細胞含有動情激素（雌性素）及黃體素接受體，治療有效率則高達七、八成

。荷爾蒙治療的機轉是阻斷動情激素的作用或來源，阻止癌細胞生長，導致癌細胞的死亡。最常見的荷爾蒙接受體阻斷劑是 Tamoxifen，以每天二錠（一錠為 10 毫克）的方式給予；用於手術

後之輔助性治療時，以使用五年為原則。另外，對於 Tamoxifen 無效的病患，目前已有第二線的荷爾蒙製劑，療效亦不錯。

化學療法

使用抗癌化學藥物的目的是使癌細胞無法複製和生長，進而摧毀癌症病灶；如果病灶部位已成為巨大腫塊，其處理方式可在手術前進行化學治療使腫塊縮小、侷限化之後，再進行手術切除。另一方面手術後的輔助性化學治療，可以減少復發機率，增加病患痊癒的機會，延長病患存活。對於轉移性乳癌的病患而言，化學治療則可使轉移病灶縮小，控制病情，延緩病情惡化，同時改善病患的症狀。而化學藥物治療所引起之噁心、嘔吐等副作用，以目前的強效止吐劑已能克服，其次是脫髮的問題，在治療完畢三個月後，又會長出細柔髮絲；試著去調適或處理脫髮的過程（如以漂亮頭巾、假髮等），為了挽回珍貴的生命，相信是相當值得的。

治療之後，您必須定期回醫院作追蹤檢查，門診通常是每三或六個月進行一次，接著再進行年度健康檢查。

Q053 乳癌的放射治療

問：什麼是放射治療？什麼人應該在乳房手術後，接受放射治療（電療）？

答：放射線是一種能量的型式，它能夠穿透人體的軟組織。在比較低的能量時，放射線可以用來製造影像，如 X 光攝影，包括乳房 X 光攝影、胸部 X 光攝影及電腦斷層檢查等。而將放射線的能量提高到很大而且將其聚集時，它的力量就可以殺死癌細胞。放射線殺死癌細胞的方式是破壞他們的 DNA，進而導致癌細胞功能失常而死亡。同樣地，正常細胞也可能會遭受放射線的破壞，但通常能自行復原。

放射線能量可以由人體組織外給予，即由機器放出 X 光或電子射線到達人體特定的部位。另外一種放射治療的方式則稱為“近接治療”；即將放射線來源直接放置或埋入人體特定部位之中。有時候，病患可先接受外來的放射線治療，再使用“近接治療”的方式對局部癌組織做加強治療。

在乳癌乳房手術後，下述的病患應考慮接受放射治療，而治療的療程大約需 5~7 週：

- 一、接受乳房保留手術（局部乳房切除）的病患。
- 二、腫瘤大於 5 公分。
- 三、乳癌手術切除組織邊緣或附近有癌細胞感染。
- 四、癌細胞轉移之腋下淋巴結超過 3 個。

此外，乳癌細胞轉移至腦部的病患，若無法手術，放射治療也是主要的治療方式。若乳癌轉移至骨骼引發疼痛，局部放射治療也是很好的止痛與疾病控制的方式。

Q054 乳癌手術後的淋巴水腫

問：我的母親在二年前接受左側乳癌手術。她雖然比較胖，但她常抱怨手術後左手始終都腫腫的，有沒有什麼好辦法可以幫幫她？

答：乳癌手術及放射治療後，病患常見的併發症是覺得手術同側的手始終腫腫的，這種情況稱之為淋巴水腫，原因在於手術時破壞了同側上肢正常淋巴液的回流，加上進一步因放射治療而加重傷口的纖維化，使同側上肢因淋巴、組織液堆積而有浮腫的現象。其實，由於乳癌手術及放射治療技術的改良，淋巴水腫的發生率及嚴重程度都已大幅降低；比較嚴重的淋巴水腫發生率已在10%以下。另外，淋巴水腫的發生和病患本身淋巴管解剖構造的不同及肥胖也有很大的關聯。在淋巴水腫的處理上，平時病患就能做到的包括在睡覺時，將患肢抬高，白天則可穿著有彈性壓力的手套。另外，局部按摩、運動和減輕體重也都對淋巴水腫的改善有幫助。此外，有淋巴水腫的手，要儘量避免破皮或傷口，以防蜂窩組織炎的發生。其他更有效的工具或復健，則可進一步請教復健科的醫護人員。

Q055 乳癌手術的併發症

問：我因為乳癌，在局部乳房切除手術及進行放射治療約一個月後，乳房右下側出現紅腫發炎積水的現象，在進行針筒抽水後還是又恢復原來的情形，但是沒有再惡化，總覺得非常不舒服，須如何改善？手臂是否要抬高？是否要多做運動？如何根治？如何預防？

答：乳房右下側出現紅腫發炎積水之現象，首先必須注意是否為細菌感染，常見的乳房細菌感染源為金黃色葡萄球菌等皮膚常有的細菌，如同時合併有局部發熱、腫大之現象則應立刻求醫。至於局部積水的漿液瘤，若反覆抽水效果仍不佳，則可能必須打開部分傷口，再置入引流管。如只是因為放射線治療所引起之暫時性皮膚發紅疼痛現象，則多數可自行痊癒。另外，部分病患因去除腋下淋巴腺過於徹底，可能會造成手臂及乳房之淋巴回流不順而引起淋巴水腫，一般會建議病患將患側或患肢抬高，如於睡眠時墊個枕頭，以利淋巴回流。為避免肩關節粘連導致日後手臂活動受到限制，宜儘早進行手臂運動，可恢復手臂的自由活動度，並加強肩膀及手臂肌肉的力量，至於手臂運動的方式有許多種，包括梳髮、拉或轉繩子及手臂爬牆的復健運動等，每天規律漸進式行之，可以有效使手臂的運動範圍增大。

Q056 乳癌手術後的漿液瘤

問：我的母親因為乳癌剛接受乳房切除手術，拔除引流管後傷口局部卻仍有腫大現象，醫師說是組織液堆積，抽了2次。我心裡很著急，怕母親的病沒有好？

答：其實，每個接受乳房切除術及腋下淋巴結擴清術的病患，在手術後或多或少在傷口處都有組織液滲出與堆積，這也是病患出手術室的前幾天，需要在已縫合的傷口中放置引流管的原因；而當組織液的流量逐漸減少，就可考慮將引流管拔除。但是，有少數病患在引流管拔除後，組織

液又再度堆積起來，形成所謂的漿液瘤（seroma）；這時醫師可以用針筒反覆抽吸來處理，少數情況下，特別是若有傷口感染的可能，則可能要打開小部份的傷口，再放置引流管幾天。

基本上，漿液瘤並不難處理，大都不致影響您母親可能的後續治療（如輔助性化學治療及放射治療等），請您不要擔心。但在手術後的初期，手臂並不適於過度運動，這對漿液瘤的形成是可能有害處的。

Q057 年輕人的乳癌

問：年輕人得乳癌較不易治療？

答：目前認為，年齡較輕的乳癌病患（通常指年齡在 35 歲以下的女性），比較容易同時合併一些和局部復發相關的因子，包括：雌性素接受體陰性，廣泛性乳管內腫瘤，局部血管及淋巴管之腫瘤細胞侵犯，分化較差的組織學分級及局部發炎病灶（指發炎性乳癌），因此有些研究認為年輕婦女罹患乳癌比較容易局部復發，但其實也有反對的意見。就另一方面而言，基本上，我們可以假設罹患乳癌的婦女可能有某種導致疾病的因子，而這個因子並不會因為治療而消失，所以年輕發病的病患，雖在成功治療完畢後，卻仍有可能在未來的日子中，再產生同側或對側的乳癌。根據國外的統計，小於 50 歲的乳癌女性，將來發生對側乳癌的機率是 13.3%，而大於 50 歲的乳癌女性則為 3.5%，確實有所不同。因此，針對比較年輕的乳癌病患，有些治療方針會建議採用較為積極的治療方式。

Q058 “小紅莓”

問：我因為罹患乳癌，手術後腫瘤科醫師告訴我，必須接受 6 次的化學治療，其中一個藥是“小紅莓”。我想知道什麼是“小紅莓”，它的副作用是什麼？

答：在乳癌手術後，接受會“小紅莓”藥物的輔助性化學治療 4-6 次，已經成為乳癌的標準治療方式之一，因為它的效果比不含“小紅莓”的化學治療處方為佳。所謂的“小紅莓”是指化療藥物中的 doxorubicin，它是一種 anthracycline 類的抗腫瘤抗生素，可使用於乳癌等上皮性癌症，以及淋巴瘤、白血病、軟組織肉瘤等癌症的治療上。在轉移性乳癌的治療上它是單一處方藥物最有效的藥物之一。因為它的溶液呈紅色，很像“小紅莓果汁”，故在台灣被俗稱為小紅莓。它在使用於乳癌的治療時，常與其他藥物併用，包括 cyclophosphamide、5-Fu、紫杉醇類藥物等。

“小紅莓”的治療效果很好，但卻也有不少副作用，包括骨髓抑制（造成白血球、血小板下降等）、噁心、嘔吐、禿髮等；另外，有個慢性和劑量累積有關的副作用是心臟毒性，但這只要不超過一定的累積劑量，仍然是相當安全的。

另外，要提醒您的是，“小紅莓”這類 anthracycline 的藥物在靜脈注射時絕對不可滲漏否則易造成局部皮膚組織的潰爛，而直接滴注入較大的靜脈則很安全。因此我們通常建議病患安裝植入式人工血管或短期置放中心靜脈導管來施打。若有外滲的可能時，應立即停止注射，並將患部冷敷。

另值得一提的是，和“小紅莓”相似且同類的藥物在乳癌治療上也常用的是 epirubicin，它的顏色比較偏橘色，有時也被以“小紅莓”稱之，它的副作用和 doxorubicin 相似，一樣不可外滲，在心臟毒性上，可能比較輕微，效果也和 doxorubicin 相似。

Q059 副作用小的改良“小紅莓”

問：我是一個第三期乳癌病患，腋下淋巴腺十五顆中有八顆發現癌細胞轉移，已經接受手術治療，目前接受小紅莓化學治療中，然而小紅莓的副作用相當強，我的頭髮幾乎完全掉光，而且白血球明顯下降，聽說有一種新的小紅莓副作用比較輕，請問是什麼藥？健保有給付嗎？

答：小紅莓（Doxorubicin）是一個已經上市多年的抗癌藥，對多種癌症，如白血病、淋巴瘤、肉瘤、及乳癌等均具有相當卓越的療效。然而臨床醫師及乳癌病友們對小紅莓可謂是「又愛又恨！」，愛的是它那卓越的抗癌療效，恨的則是它的副作用。乳癌病友在接受小紅莓治療期間頭髮可能會掉光，又小紅莓的另一項令病友們「聞之色變」的副作用便是噁心及嘔吐了，有的病友甚至用到多種止吐藥卻仍然吐得「一塌糊塗」。小紅莓對骨髓造血系統的毒性也很大，造成病友們白血球、血小板數量明顯減少而引起感染及出血。此外，心肌細胞也很容易受到小紅莓的傷害，部分病患於接受該藥治療後會產生不可逆的心肌病變。

新的小紅莓製劑 Lip-Dox™ (Liposomal-doxorubicin) 係利用微脂體 (Liposome) 包裹小紅莓，使未被包裹游離態藥物的血中濃度高峰降低，可有效的減低小紅莓的副作用。Lip-Dox 利用穩定不易起化學變化的親水性多元聚合體包覆脂質和膽固醇，做成直徑 100

nm

左右的微脂體，並將小紅莓包裹在裡面。由於其外層有一層穩定不易起化學變化的親水性多元聚合體包覆，不易引起體內免疫系統的警覺，如此可以逃過體內網狀內皮系統的捕捉及破壞，因而大幅提高小紅莓的血液循環半衰期並提升其抗癌療效。此外，由於腫瘤新生血管是一種不成熟的血管，其血管壁極薄，且比正常血管多了許多裂隙以及小窗，而包裝成直徑 100

nm 左右大小的 Lip-Dox 能輕易穿過腫瘤新生血管壁上的漏洞，但不易穿過正常血管壁，使得小紅莓能夠大量累積在腫瘤組織內，增進治療效果，而較不容易聚集在正常組織內造成毒性。在臨床試驗中發現 Lip-Dox 的副作用，如心臟毒性、骨髓抑制、嘔吐和掉髮等均較未包裹之小紅莓為輕，對於年紀較大，對化療毒性忍受力較差的病患是很好的選擇。少數病患在初次注射 Lip-Dox 的過程中可能會產生過敏現象，必須事先給予類固醇以及抗組織胺等加以預防。

目前健保並未給付 Li po-Dox 於癌症病患使用，因此病患必須自費，且該藥藥價不菲，然而如果病患經濟情況許可，或者有其他醫療保險可以給付，該藥算得上是醫師及病患們在傳統小紅莓以外另一種很好的選擇。

Q060 紫杉醇類藥物

問：我聽說紫杉醇類的化學藥物對乳癌治療很有效，又聽說有“太平洋紫杉醇”和“歐洲紫杉醇”不同的名稱，您能告訴我它們的差別嗎？

答：“太平洋紫杉醇”（paclitaxel 汰癌勝）這種藥物，是美國國立癌症研究所在 1960 年代後期所進行的大型抗癌物質篩選計劃中，從 35000 多種天然物質中所發現到的一種獨特抗癌物質，它是由太平洋紫杉的樹皮所提煉萃取而出的，故有如此中文名稱，其取得有點像中國的“中草藥”。癌細胞分裂時需要所謂的微小管系統，而太平洋紫杉醇這類的藥物會抑制微小管系統的分解過程，使細胞被“固定”在分裂過程中，無法完成細胞分裂，因而導致細胞死亡。太平洋紫杉醇這類的藥物目前已被應用於乳癌、卵巢癌、肺癌等的治療上。在乳癌的治療上，它的單一藥物效果甚至也和“小紅莓”類藥物不相上下。在副作用上，太平洋紫杉醇較常見的毒性包括骨髓抑制（特別是白血球降低）、禿髮、神經病變（症狀包括呈手套和襪狀分佈的麻木、刺痛或燒灼疼痛感，通常輕微，且在停藥數週內改善或消失）、肌肉、關節痛、比較輕微的噁心、嘔吐等，另外特別要小心的是有些病患會對太平洋紫杉醇的製劑產生過敏反應，這多半是因為它含有特殊的溶劑。過敏反應的症狀包括皮膚疹、低血壓、呼吸困難、潮紅、腹部疼痛、心跳過慢等。而這種過敏反應的發生率及嚴重性均因醫護人員在給病患施打太平洋紫杉醇前，都會給於足夠的抗過敏藥物而獲得有效的預防。

另一個和太平洋紫杉醇同類的藥物是“歐洲紫杉醇”（Docetaxel 剋癌易），它是由歐洲紫杉醇的針葉萃取出含紫杉醇之天然物質再經化學合成而得。它殺死癌細胞的機轉和太平洋紫杉醇相似，對乳癌的治療同樣也是十分有效的藥物。但在副作用上，則和太平洋紫杉醇有些不同；常見的副作用是骨髓抑制（特別是白血球減少）、禿髮，另外體液滯留、水腫的副作用比較特別，但也可施予類固醇加以預防；也有些人會對歐洲紫杉醇產生過敏反應。所以醫師會在給病患施打歐洲紫杉醇前後給予類固醇，以預防過敏與體液滯留、水腫的副作用，其它偶可見到的副作用也包括肌肉關節痛及神經毒性等。

Q061

Vinorelbine (Navelbine)

問：我媽媽因為乳癌轉移到肝臟，醫師說將要使用溫諾平這種藥物。您能告訴我什麼是溫諾平嗎？它的副作用是什麼？

答：溫諾平（Vinorelbine，商品名為Navelbine）是一種最新的長春花生物鹼藥物，它的新結構使它的抗癌效果優於其他的長春花生物鹼製劑。它的抗癌機轉在於當癌細胞進行有線分裂時，抑制其微小管系統，使之無法形成紡錘體，癌細胞便因此無法完成分裂而死亡。目前發現，它對乳癌、肺癌等疾病有相當不錯的治療效果。在副作用上，常見的包括骨髓抑制（白血球降低），神經毒性、輕微的噁心、嘔吐等。

Q062Xeloda（截瘤達）

問：我母親因乳癌轉移至骨頭，醫師現在開給她口服的截瘤達，我想知道截瘤達的副作用，好提醒我母親。

答：Xeloda（截瘤達）這種口服化學治療藥物的學名是Capecitabine，它其實是另一種常用的靜脈注射藥物5-FU（常用於乳癌、大腸直腸癌等之治療）的前驅物，經口服進入人體後，會轉變為有細胞毒性的5-FU。在腫瘤組織中，例如乳癌或大腸直腸癌的組織內，負責將無毒的截瘤達轉變為有毒性的5-FU的其中一種濃度明顯要比正常組織要高，因此截瘤達對腫瘤組織可有特異性的療效，而對正常組織的傷害則相對較小。目前截瘤達可使用於乳癌或大腸直腸癌晚期的病患身上，反應率約20%，而病情穩定率約40%。一般而言，口服截瘤達的耐受性良好，偶可見到的副作用包括噁心、嘔吐、腹瀉、肝功能異常等，有時比較困擾病患的是手足症候群，特徵是手腳出現疼痛或不痛的腫脹、紅斑、脫屑、水泡，或感覺異常、手腳麻痺等，若這些副作用較嚴重，則醫師會考慮降低劑量或暫時停用，則這些不良反應多半會恢復。

Q063 止吐藥

問：我母親今年52歲，剛因為乳癌接受手術，醫師告訴她要打約6次含“小紅莓”的化學治療，我聽說化學治療會讓人很不舒服，會嘔吐得很厲害。您能告訴我若我母親願意勇敢接受治療，有什麼最好的辦法能減輕她的嘔吐及不舒服嗎？

答：的確，化學治療有不少副作用；就“小紅莓”（doxorubicin）而言，其副作用包括骨髓抑制、噁心、嘔吐、禿髮等。其中病患在打針後立即會感受到，也最為害怕的副作用即是嘔吐。在化學藥物的致吐性上“小紅莓”，是屬於第四級的致吐藥物，意指60~90%的病患在接受“小紅莓”藥物注射時會發生嘔吐的問題，不過這也和打針的劑量有關。在預防及治療化學治療所造成的嘔吐上，其實有不少的藥物可以使用，包括Primperan、類固醇及一些鎮靜劑等，但對於小紅莓這類第四級以上的致吐化療藥物，國外的建議是使用Serotonin antagonist類止吐劑合併類固醇的預防及治療。Serotonin

antagonist 這類藥物在國內大概有 3 種，商品名為 Kytril (r)、Navoban(r)、及 Zotran(r)等。然過去礙於健保的舊規定，只有使用致吐第五級的 cisplatin 才能使用此類藥物；目前健保正有意開放此類的使用。但在目前，若醫師建議你母親自購止吐藥物 Serotonin

antagonist 於化學治療前使用，若不致造成你們太大的經濟負擔，我相信這是不錯的建議，妳母親或許因此可免於急性嘔吐的恐懼。

附帶一提的是，在乳癌輔助性及緩和性化學治療使用的化學治療藥物中，相對上比較容易引起嘔吐的確實是“小紅莓”類的藥物，包括 doxorubicin

epirubicin 等。其他的藥物如太平洋紫杉醇、歐洲紫杉醇、溫若平、健擇等，本身引起嘔吐的機會及嚴重性確實比“小紅莓”類藥物為低，但畢竟也有個人差異；若有時和 cisplatin 此種藥物合用，則致吐性當然因 cisplatin 而變為第五級。腫瘤科醫師會和您母親討論最適當的止吐藥物其選擇與調整，希望您母親能“不嘔不吐”的渡過這一關。

Q064 白血球生成素

問：我太太和乳癌搏鬥很久了，因為轉移到肺臟，醫師目前正給她太平洋紫杉醇的化學治療，但才打第一次，白血球就下降到 1500/uI 左右，我聽說有所謂的白血球生成素，她可以使用嗎？

問：在乳癌的化學治療上，有不少藥物確實會造成骨髓造血抑制的問題，如“小紅莓”、太平洋紫杉醇、歐洲紫杉醇等，而骨髓造血抑制下最需要留意的是白血球的下降程度，原因在於白血球下降時，病患的抵抗力會降低，因此容易併發細菌感染、發燒，甚至使病患遭受死於細菌感染的危險。在白血球中，第一線對抗感染的尖兵是嗜中性白血球，而嗜中性白血球下降至小於 500/uI 時，病患發生感染的危險性就大大的升高。若因為化學治療導致病患白血球下降的太過嚴重，則有二個辦法可以改善，一是考慮降低下次化學治療的劑量，另一個辦法則是使用白血球生成素（G-CSF）。白血球生成素可以縮短病患白血球低下的時間，因此可降低病患感染發燒的危險，進一步減少住院的天數，也可使化學治療療程可如期進行，不致因白血球降低時間太久而延後了治療的日期。

對你太太而言，醫師會和你討論，是否在下次使用較低劑量的太平洋紫杉醇，或是自費使用白血球生成素。目前健保局的給付規定是：惡性疾病患者在接受化學治療後，曾經發生至少連續三天白血球少於 1000/uI，或嗜中性白血球少於 500/uI 者，即在下一療程使用相同或更強劑量之化學治療時，可預防性使用白血球生成素；您太太目前不符合此條件，所以您可再和您的醫師商量看看。

Q065 乳癌的完整治療

問：我是初期乳癌病患，42 歲，二月做完右側部份乳房切除手術。硬塊為 2.1x1.5 公分，手術前我做了骨骼掃描及血液檢驗，手術後又做放療，而且再開刀，取出一部份乳房組織。另外他們建議我手術後接受化療 4 次、電療 16 次及服用 Tamoxi fen

5 年，其原因是我還年輕。我的問題是：既然我是早期乳癌患者，其他檢驗都正常，淋巴腺也無感染。我仍然需同其他二，

三期病患一樣接受整個療程嗎？

答：由您的病理報告看來，您的乳癌分期是屬於第 II A 期。而根據您的描述您可能是接受乳房保留手術，而為了取得更寬的安全距離，您的醫師也再次為您開刀。基本上，目前的觀念是，若您的腫瘤大於 1 公分（不管淋巴結陰性或陽性），接受化學治療對您復發率的降低及長期存活率的改善應該是有幫助的，而在乳房保留手術後，接受局部的放射治療（電療）也是正確的輔助治療方式。若您腫瘤的女性荷爾蒙接受體屬陽性，則服用 Tamoxi fen

5 年目前也認為是有幫助的（因為您仍保有卵巢）。但若您接受的是改良型乳房切除術，則放射治療或許可免，但化學治療及荷爾蒙治療則仍可能是必要的。

Q066 乳癌治療費思量

問：我自從得知患乳癌後，就一直搜尋有關資料，也和幾位乳癌病患交換意見，自認為手術後只需放射治療，頂多再加上 Tamoxi fen 就可以了。但當醫生建議我作化學治療時，我好沮喪。請問：

一、我要做幾次的化療？

二、化療的劑量與乳癌的嚴重與否有關嗎？（根據醫生說化療的藥量是依據病人的身高及體重）

三、服用 Tamoxi fen 後，會容易老化嗎？

四、我的復發率可能有多少？

答：根據過去最大規模的乳癌病患追蹤文獻，針對接受化學治療，無淋巴結轉移的早期乳癌病患，在停經前之婦女（或小於 50 歲）確可使局部復發率及死亡率降低；10 年存活率由 71% 提昇至 78%。至於化學治療的劑量，則確實是依據身高、體重換算成的體表面積來計算，所以又高又胖的人，施打的化學劑量自然會比較多，但也必須如此，效果才會一致。當然，依據乳癌的特性及分期嚴重性，化學治療的處方仍有不同的選擇。一般而言，目前建議是打 4-6 次輔助性化學治療（歷時約 3-6 個月）。另外荷爾蒙接受體陽性的乳癌患者，Tamoxi fen 確實也可降低復發率及死亡率；服用 5 年的 Tamoxi fen，可使復發率下降 12%，死亡率下降 9%。Tamoxi fen 是有些副作用，包括臉部潮紅，月經不正常等，但和老化應該沒有關係。Tamoxi fen 在目前是第一線的荷爾

蒙藥物，但已有一些第二線、第三線的藥物可使用。若您只接受放射治療，而不接受化學治療或荷爾蒙治療，對局部復發率的降低有幫助，但遠處轉移機會的改善則不多。

Q067 化學治療與懷孕的乳癌婦女

問：懷孕的婦女得到乳癌可接受化學治療嗎？

答：這個問題可從臨床腫瘤醫學雜誌（1999）年發表的一篇研究論文得到大部分的解答。這個長達八年的研究，追蹤了 24 位已經懷孕卻得到乳癌而必須接受化學治療的病患。結論是懷孕的婦女得到乳癌應可接受標準的化學治療，而且仍能安全的生產，得到健康的小寶寶。這個結論似乎可破除一般大眾錯誤的疑慮。目前懷孕的婦女得到乳癌的機率約為 1 比 3000。而隨著婦女結婚與生育年齡因世界潮流而逐漸延後，這個機率也許會逐漸升高。在這個研究中，病患因為罹患乳癌而必須接受化學治療，但化學治療的療程都集中在第二個及第三個孕期（指懷孕第四個月到生產止），而不在第一個孕期（即懷孕初的三個月）。因為第一個孕期是孕婦體內胎兒形成四肢與器官的時期，故不適合化學治療。這 24 個病患均接受所謂高危險妊娠的追蹤，醫師建議她們暫時不要接受放射治療，也不要自己哺乳。目前她們所生產的小寶寶都很健康，這些小寶寶現在平均年齡為 4 歲半。

Q068 乳癌手術併發症又一章

問：我母親前年十月因為乳癌開刀，並做了完整的化學治療(小紅莓)及放射治療，目前都定時回診，從去年九月左右，我母親開刀側的手臂及手掌有水腫現象，醫師說可能好不了，我媽平常仍下田工作，醫師是說可能是因為右手太常活動的關係，而我是擔心會不會有移轉的可能性？

答：乳癌病患接受改良型乳房根除術後，相當常見的後遺症是手術同側的上肢水腫。其原因在於手術時進行腋下淋巴結清除術，破壞了淋巴及血液循環回流路徑，因而導致上肢之血液、淋巴回流不良而造成水腫，這是改良型乳房根除術常見的副作用之一。若追蹤檢查時同側腋下淋巴結無轉移跡象

(可以超音波、電腦斷層等方式檢查)，則和乳癌轉移並無關係。這種肢體水腫的情況並非無好轉的可能，有些病患會逐漸好轉，也可配合適當的運動，一般在手術後的住院期間就可開始作患側梳頭、手指頭爬牆等動作，使末梢回流改善，則可以減輕水腫的發生。並且，要注意這隻手臂不可舉重、受壓（如量血壓、抽血等都是禁忌的）。另外，也可以進一步請教復健醫療人員，安排適當的復健運動。

Q069 乳癌放射治療的副作用

問：我已接受完乳癌的手術治療與輔助性化學治療。因為我接受的是乳房保留手術，醫師也還要我再接受放射治療，我想知道放射治療的副作用有那些，我可以開始上班了嗎？

答：放射治療也是乳癌治療中十分重要的一部份，對於預防局部復發，它有著相當重要的地位。（什麼人該接受放射治療你可以參考「乳癌的放射治療」一題）至於放射治療的副作用則包括：輕微的局部皮膚發紅、增厚、及患側手臂水腫（發生率約小於 10%，一般在數個月內會改善）等，肋骨骨折（約 1%）、局部神經損傷、疤痕組織的惡化、纖維化（發生率約小於 10%）。另外，你或許也會覺得身體比較疲倦一些。一般而言，接受乳房保留手術後再接受放射治療的病患，80%-90% 的病患仍能保持不錯的乳房外觀。使用現代的放射治療技術，心臟及肺部纖維化的併發症已很少見且輕微。比較少見的，但也許你會想知道的是，約 500 到 1000 個接受乳癌放射治療的病患之中，會有一個人因此得到照射範圍內的骨骼軟組織，或肺等處的癌症，但還是要強調的是，它的好處絕對遠大於壞處。放射治療所造成的身體疲倦，一般開始於接受放射治療療程（約 5-7 週）約一半之後，有人可能會持續到放射治療完成的 6 個星期內。但是，一般而言並不嚴重，所以我想你應該是可以去上班了。

Q070 乳房髓質癌

問：什麼是乳房髓質癌？需要做些什麼治療嗎？需切除乳房嗎？髓質癌和一般癌症有何不同？會不會擴散到其他地方？

答：髓質癌是乳癌的一種，但較不常見，約佔所有乳癌病患的 5%，其病理特徵為腫瘤細胞並沒有如常見的侵襲性乳管癌般有乳腺的分化。

髓質癌可分為典型及不典型二類，典型的髓質癌預後較一般乳癌為佳，但不典型的髓質癌的預後則和一般乳癌相似。典型的髓質癌比較不會擴散到腋下淋巴結或其他器官組織，因此它的治療大體而言較一般侵襲性乳癌簡單一點。另外，90%的髓質癌的女性荷爾蒙接受體呈陰性反應，這和一般的乳癌不同。在治療上，您母親的乳癌腫塊已經局部切除，下一步的治療則必須由手術切除邊緣是否乾淨及腋下淋巴結是否轉移做決定。若手術切除邊緣並不乾淨，則宜考慮再作手術（乳房保留手術或改良型乳房根除術）；若為乳房保留手術則宜考慮再加放射治療。根據美國 NCCN 乳癌 2002 治療準則的建議，若髓質癌乳房病灶大於 3 公分，宜接受輔助性治療，特別是有淋巴結轉移跡象的病患。由於大部分髓質癌病患的女性荷爾蒙接受體為陰性，所以輔助性治療以化學治療為主；若荷爾蒙接受體為陽性，則可再進一步服用 Tamoxifen 5 年。

Q071 乳房葉狀瘤

問：我今年 53 歲，右側乳房發現一硬塊已有 2 年，最近我聽從醫師的建議做腫瘤切除，才發現是葉狀瘤，有 3 公分大。我想知道什麼是葉狀瘤，該如何治療？

答：乳房葉狀瘤 (phyllodes

tumor) 是一種很少見的乳房腫瘤，約佔少於 1%。平均的發病年齡約在 45 歲左右，但病例年齡由 10 多歲到 80 多歲均有。乳房局部的表現通常是一境界明顯的腫瘤，摸起來常無法與纖維腺瘤做區分，但可長到非常大。乳房葉狀瘤在手術切下的病理標本上，每個切片常有很多囊泡及裂縫，看起來有點像葉片靠在一起，因此有這樣的名稱。在病理組織學的特徵中，葉狀瘤的組成以間質組織及間質細胞為主，上皮組織較少。細胞及組織本身的惡性度相差很大，由低性度到高惡性度均有，有時也無法和纖維腺瘤做區分；有些葉狀瘤（約 25%）甚至可能是由先前的纖維腺瘤組織轉變而來。因此，任何大於 2 公分、看起來像良性的纖維腺瘤，特別是最近有快速變大的腫瘤，都要排除是這種葉狀瘤的可能性。葉狀瘤過去有個比較恐怖的名字，稱為葉狀囊泡惡性肉瘤，原因在於高惡性度的葉狀瘤和其他惡性肉瘤一樣，會經血液轉移至其他器官 (cystosarcoma phyllodes)，造成病患無法痊癒而死亡。一般而言，葉狀瘤轉移的機會約為 10%，最常轉移到器官為肺，其次是肝、骨骼等；葉狀瘤和一般的侵襲性乳癌不同，它比較不會轉移到局部腋下淋巴結及遠處淋巴組織。在診斷上，乳房超音波及乳房 X 光攝影的影像看起來常像是良性腫瘤，而腫瘤核心切片比細針抽吸細胞學檢查更能有效診斷葉狀瘤。若有臨床上的懷疑，醫師甚至就會建議施行手術切片檢查。

在治療時，葉狀瘤就如同其他惡性肉瘤一般，最為重要的是手術切除治療，切除的範圍要在腫瘤病灶外有足夠的“安全距離”；若初次切除的範圍不足，則醫師在確定此種疾病的診斷後，會建議病患再接受更廣泛的切除治療；除非臨床上有懷疑，否則手術時不見得要清除局部腋下淋巴結。若有適當的切除手術，理論上就可降低約 30%的葉狀瘤局部復發的機會。

Q072 發炎性乳癌

問：我的母親因為很大、疼痛、紅腫的左邊乳房硬塊去看醫師，醫師認為是發炎性乳癌，情況比較不好。我很擔心，想請教您什麼是發炎性乳癌？應如何治療？

答：發炎性乳癌並不算太少見，大約佔乳癌病患的 1-2%，發病年齡平均在 44 至 54 歲。典型的乳房局部發現是乳房腫大、發紅、疼痛，而其上的皮膚變厚、溫暖、水腫，與周邊未受侵犯的皮膚有明顯可觸摸的邊緣，這樣的皮膚變化有一個特別的名詞，稱之為橘皮樣變化。而乳癌腫塊本身通常也比一般乳癌的病灶要大、要硬、界線不明顯，觸摸起來病患會相當疼痛。在診斷時，約有 80%的病患已經有腫大的腋下淋巴結，40%的病患也已有腫大的鎖骨上淋巴結，這確實比其他

乳癌更顯惡性。在病理組織學的特徵上，發炎性乳癌通常是屬侵犯性乳管癌，但在癌細胞型態上常屬於高惡性度；這些癌細胞形成小團的栓塊侵襲並阻塞位於乳房皮膚及皮下組織的小淋巴管，因此造成發炎性乳癌這種典型的橘皮樣皮膚變化。相較於無此發炎特徵的乳癌，發炎性乳癌的荷爾蒙接受體呈陽性的比例會比較低。綜上所述，可看出發炎性乳癌的較強侵襲性；因此在臨床分期上，若有發炎性乳癌的特徵，則不論腫瘤大小，均歸之於 T4 期(參見附錄)，也因此病患至少是屬於 III B 期，情況確實不利。在診斷上，發炎性乳癌的病患要多作一些全身檢查，以排除已轉移其他器官的可能性，諸如全身骨骼掃描、胸部、腹部及腦部電腦斷層等。在治療上，若情況許可，常見的方式是於考慮手術前，先打數次化學治療，使病灶縮小。在手術上則應以改良式全乳房切除術為標準，不建議乳房保留手術；手術後仍要進一步進行數次輔助性化學治療，也要進行局部放射治療（電療），如此病患的預後才可能改善，五年的存活率可達於 40% 以上。

Q073 卵巢功能與化學治療

問：我是位乳癌患者，因化學治療導致卵巢功能受損，不知要怎麼辦？

答：乳癌手術後接受輔助性化學治療的女性病友，在治療期間甚至治療後一段時間約有一半的婦女會停經，這種情況尤以接近停經期(約 50 歲)的婦女比例最高，甚至成為不可逆地永久停經，若繼續接受荷爾蒙治療，則視所接受的治療而定。舉例而言，若服用 Tamoxifen，則因為 Tamoxifen 這種抗女性荷爾蒙對正常婦女生殖內分泌的干擾，極可能導致畸胎，所以在服用 Tamoxifen 期間不適合懷孕。另外，也有一些婦女接受黃體素釋放激素(LHRH)類似物每月注射一次的治療，這也會使她們處於停經狀態，只是這種停經狀態在非接近停經期的婦女是屬於可逆的。要知道您現在在卵巢功能，包括整個女性荷爾蒙分泌狀態，及卵巢是否仍有排卵功能，可以至腫瘤專科及婦產科門診請醫師作進一步的檢查。

Q074

Herceptin 是什麼？

問：我媽媽是個乳癌病患，過去三年來因頸部淋巴結轉移而接受過多次化學治療，這次則又轉移至腦部，神經外科的醫師已經開刀將轉移至腦部的腫瘤切除，同時預計再作全腦放射治療，不過，她的頸部淋巴結又開始變大。她的乳癌細胞荷爾蒙接受體是陰性的，經會診腫瘤科醫師，進一步的檢查發現她的 HER-2/neu 基因檢查為陽性。因此醫師建議她接受 Herceptin 合併化學治療的方式。我想知道什麼是 Herceptin? 使用 Herceptin 對我媽的病情有幫助嗎？

答：在乳癌的患者中，約有 17~37% 其乳癌細胞表面有所謂 HER-2/neu 蛋白質過度表現的情形，相對應於乳癌細胞內的基因構造，這種 HER-2/neu 蛋白質過度表現的病患，大都是 (95%) 因為

負責製造 HER-2/neu 蛋白質的 HER-2/neu 基因有放大的情形，就也就是您所謂的“HER-2/neu 基因檢查為陽性”之意。

所謂 HER-2/neu 蛋白質或稱之為 HER-2 蛋白質，其實是“人類上皮生長因子接受體第 2 型”的英文縮寫，而它的基因放大或蛋白質過度表現的現象其實可以在許多惡性腫瘤中發現，包括乳癌、卵巢癌、胃癌、肺癌等。但在乳癌的致病與治療上被研究得最為廣泛。HER-2/neu 蛋白質過度表現的乳癌患者，通常有比較差的預後，荷爾蒙接受體較常為陰性，對荷爾蒙治療也可能較具抗性。Herceptin 是在老鼠身上以基因工程生產出一種擬人化抗 HER-2/neu 蛋白質的單株抗體，學名稱為 trastuzumab。在乳癌病患的臨床試驗上，以 Herceptin 單一藥物治療 HER-2/neu 蛋白質高度表現的乳癌病患，反應率約在 18% 左右。然若更進一步合併化學治療，在對荷爾蒙治療無效的病患，併用 Herceptin 則可改善反應率、腫瘤惡化時間、及整體存活，而且安全性也相當好。比較值得注意的副作用則是與化學治療合併時，心臟毒性可能會增加。總而言之，對 HER-2/neu 蛋白質過度表現或 HER-2/neu 基因放大陽性的轉移性乳癌病患而言，Herceptin 合併化學治療是相當好的治療選擇，對您母親的病情當能有所幫助。

Q075 輔助性治療該用 Herceptin 嗎？

問：我太太因乳癌目前在某醫院接受化療（已第三次）。醫師判定為第二期乳癌，病理報告如下：

1.

腫瘤型態：侵犯性乳管癌

2. 核分級：第二級

3. 組織分級：第二級

4.

ER 接受體：陰性

5. PR 接受體：陰性

6.

淋巴結：腋下（6/31）陽性

最近做 HER-2/neu 基因檢查呈陽性反應，想請問是否該使用 Herceptin？

答：尊夫人罹有第二期乳癌，腋下淋巴腺有六顆受到癌細胞侵犯，且依據您所述，作 HER-2/neu 基因檢查呈陽性反應，因此夫人於手術完全切除乳癌病灶後的确應該接受含有 anthracycline 類藥物的輔助性化學治療，方能降低復發率並延長存活、增加治癒率。目前已有第三相前瞻性隨機分配臨床試驗證實，於“轉移性”乳癌病患合併使用 Herceptin 及化學治療（FAC 或太平洋紫杉醇（paclitaxel））其療效及存活期都比單獨使用 FAC 或 Paclitaxel 來得好。然而尊夫人的乳癌是第二期並未轉移，且經手術切除，目前並未有大型的臨床試驗證實 Herceptin 用於這類病患作為“輔助性”治療之療效是否比傳統的化學治療來得好，因此除非進入臨床試驗，

否則不宜冒然採用 Herceptin 作為輔助性療法，且此藥藥價昂貴，每週施打一次，平均每月需花費 5-6 萬元。

Q076 Tamoxifen 還是 Zoladex ?

問：母親為乳癌第二期，87 年 3 月開刀，淋巴腺取 27 顆有 23 顆轉移有癌細胞。經六個月化學治療後，化療期間同時服用 Tamoxifen 每天兩顆。月經在化學治療時停止，三個月後又恢復正常，但血塊很多。現在外科醫師介紹自費打 Zoladex，請問需要打針嗎？還是繼續服用荷爾蒙藥物？

答：令堂罹有乳癌第二期，合併腋下淋巴腺轉移，其中 27 顆淋巴腺中有 23 顆發現癌細胞轉移，這是比較不好的現象。因此手術後令堂接受為期六個月的化學治療，這是十分正確的。如果令堂之荷爾蒙接受體是陽性的話，於手術及化學治療後接受為期 5 年的輔助性荷爾蒙治療 (Tamoxifen) 亦是極為正確的決定。而 Zoladex 是停經前罹患乳癌的婦女另一種治療的選擇，每個月注射 1 針 (3.6mg) 即可。它是屬於黃體素釋放激素 (LHRH) 類似物的一種荷爾蒙製劑；注射後，會使腦下垂體停止分泌濾泡刺激素及黃體刺激素，進一步使得卵巢在缺乏這兩種荷爾蒙的刺激下，而停止分泌雌性素，接受注射的病患在注射期間也會成為暫時停經的狀態，因此，它和 Tamoxifen 的作用機轉並不相同，二者合併使用於手術後輔助性治療的效果是否更好？單獨使用是否比 Tamoxifen 的效果更好？這些問題都尚待臨床實驗的研究結果揭曉。

Q077 想懷孕的乳癌病患會有的問題

問：我是一個 30 歲乳癌病人，無淋巴轉移，經乳房全切除手術後，可否於荷爾蒙治療兩年後懷孕生子？懷孕期間荷爾蒙變化是否會導致乳癌復發？本人於生完第一胎後兩個月始發現乳房腫瘤，其發生原因為懷孕引起或先前即有病灶？根據以上病情，存活率有多少？何時做乳房重建最恰當？是否會導致乳癌復發？化療期間及未來可否有性生活？性生活是否會導致乳癌復發？飲食需注意什麼？手術後至目前為時 2.5 月，已作三次化療並無掉髮現象，我仍將接受醫生建議作滿六次化療。試問此化療可有療效？聽說會掉髮及不舒服，代表化學治療藥性較強。

答：您的問題可歸納為下列幾點：第一個問題是懷孕期間的荷爾蒙變化、性生活及乳房重建手術等是否會導致乳癌復發。根據過去的研究，目前均無證據顯示上述三者和乳癌的復發有關，甚至有些文獻的統計結果顯示，乳癌治療後懷孕生子的女性，預後比沒有懷孕生子的女性更好 (但有可能是因為這些可以在乳癌完整治療後懷孕生子的女性原來就比較健康？)

第二個問題是在乳癌手術及化學治療結束，再接受 2 年的荷爾蒙治療後，可否開始考慮懷孕生子。關於這個問題，目前並無定論。但一般而言，由於乳癌復發大部分在前 2 年發生，故一般建議是在乳癌完整治療後 2-3 年再開始考慮懷孕，但抗乳癌的荷爾蒙藥物 Tamoxifen 就應停止使用，因為抗乳癌的荷爾蒙藥物仍有導致流產或畸胎的危險。

第三個問題是您的乳癌是否是因懷孕所引起或加重？目前醫學上將於懷孕期間或生產後 1 年內發現的乳癌稱之為懷孕相關型乳癌。懷孕相關型乳癌的特徵是病患常常因為週產期一些乳房的變化，而造成診斷與治療上的延遲，但若是以相同的臨床分期來比較懷孕及非懷孕乳癌婦女的預後，懷孕婦女的預後並不會比較差。意即，您罹患乳癌後影響復發率及存活率的因子，主要仍是一開始的臨床分期。一般而言，無淋巴轉移的病患，5 年存活率在 80% 以上，10 年存活率為 65% 左右，復發率約 20% 以下。

第四個問題是何時作乳房重建手術最恰當？一般乳房重建手術有兩個時機，一是同時於乳房切除術後立即重建，也就是一次手術，對妳顯然已不適合。二是於輔助性化學治療及放射治療完成後，最好是等化學治療所造成的血球低下恢復，以及因放射治療造成的局部反應完全消失，如此即可接受乳房重建手術。

第五個問題是化學治療時應注意的事項，在飲食上要注意營養均衡、維持體力與生活品質；化學治療的副作用每個人不一致，而化學治療是否有效與其副作用的強弱是沒有關係的。

Q078 沒來由的腋下轉移性淋巴結

問：我今年 43 歲，一個月前發現在左腋下有淋巴結腫大。做了乳房超音波、乳房 X 光攝影檢查均正常，胸部 X 光片也是正常的。醫師進一步幫我做了切片，發現是腺癌轉移，他告訴我這要當乳癌治療，因此必須切除左側的乳房。我很害怕、也很緊張，我該怎麼辦？為什麼會這樣？

答：對年輕女性而言，若在腋下淋巴結發現有腺癌轉移，首先要考慮的確實是乳癌。其他的癌症如肺癌、胃癌、胰臟癌雖然也有可能，但極為少見。若醫師觸診、乳房超音波、及乳房 X 光檢查均無發現，則進一步可考慮的是在有經驗的醫學中心，做乳房的磁振造影檢查（或稱核磁共振檢查），這樣可以在約 75% 的病患乳房上找到可疑病灶，若可因此而找到乳癌的原發部位，則還是在適當的情形下考慮乳房保留手術，合併腋下淋巴結清除術的治療；但另一方面，若磁振造影等所有檢查均無發現，則在不知「敵人巢穴」在何處，但最有可能仍在乳房的情形下，醫師建議改良型乳房根除術（也會合併腋下淋巴結清除術）是十分合理的。根據統計，如此能在約 60% 病患的手術切除下來的乳房組織中找到潛藏的乳癌病灶。

原則上，上述的手術治療確實是將這「沒來由的腋下轉移性淋巴結」當作乳癌治療。但同樣別忘了，進一步的輔助性治療，包括放射治療、化學治療、及荷爾蒙治療也都應該依照乳癌分期治療的相同原則，如此您才算接受了足夠而完整的治療，痊癒的機會才會更進一步提高。

Q079 乳癌復發了

問：家母今年已 87 歲，多年前得乳癌，曾接受化學治療、放射治療，後來相安無事一段時間。到最近三個月來患部復發，患側手臂水腫、破皮，有水份不斷流出，請問有何方法可使家母病情改善？

答：令堂罹有乳癌，且目前患側手臂出現淋巴水腫、破皮、水份流出之現象。淋巴水腫之成因是因為手術切除腋下淋巴腺，或乳癌之癌細胞轉移到腋下淋巴腺，淋巴腺內塞滿了癌細胞，導致手臂之淋巴液循環受到阻滯而引起。如因腫瘤復發轉移到淋巴腺而引起者，可由醫師視病情予以化學藥物放射線或荷爾蒙治療，降低淋巴腺內癌細胞之數量。也可採支持性療法，如抬高患肢、睡覺時墊高患肢，或使用壓力袖、彈性繃帶以減少水份滯積。也可作幫助手臂液體流動之按摩、或接受特殊之物理治療來使症狀緩解。

Q080 乳癌局部復發的治療

問：我阿姨今年 67 歲，6 年前她因乳癌接受過完整的手術、化學治療、放射治療及荷爾蒙治療。但最近發現乳房局部又有小小的皮下硬塊，醫師告訴她可能是局部復發。請問醫師能否告訴我治療的方式？

答：乳癌手術後在手術的範圍內所發生的乳癌復發，稱為局部復發，包括局部的皮膚、皮下組織、肌肉、及腋下淋巴結等。在改良式乳房切除術合併腋下淋巴擴清術後，局部復發的發生率為 6%。局部復發最重要的預測因子為原發腫瘤時腋下淋巴結的侵犯數，特別是大於等於 4 顆及有淋巴結外腫瘤細胞擴散的病患，局部復發的機會均會提高。而原發腫瘤手術後進一步施行放射治療，則可以降低局部復發率，也進一步提高了治癒率延長了乳癌病患的壽命。大部分的局部復發發生於原發腫瘤於初次治療完成後的 5 年內，也有 10-20%的病患不幸於 5 年後發生。

乳癌若發生局部復發，最重要的治療方式是手術，醫師會儘量將病灶切除乾淨，為了避免再發生，則要考慮盡可能再做放射治療。若是此復發病灶範圍太大，則可考慮先以化學治療及放射治療控制，使其縮小，再進一步施行手術治療。雖然目前沒有大型、前瞻性的研究證實局部復發的病患再次接受手術後化學治療及荷爾蒙治療是否有幫助，但理論上是可以考慮的。

Q081 轉移性乳癌治療想一想

問：敝人妻子為乳癌患者，接受左側乳房全部切除，淋巴結也有腫瘤侵犯，一年前接受完 12 次化療及 25 次放射線治療，今年 5 月定期檢查時(斷層掃描及骨骼掃描)醫師懷疑肺部/骨骼/肝有轉移現象，建議手術切除卵巢，再以太平洋紫杉醇藥物做化學治療。此處理方式是否適當，或其他處理方法可參考？卵巢切除及以太平洋紫杉醇做化學治療各有哪些副作用及其他注意事項？

答：依您的描述，您的妻子目前的情況是乳癌合併肝、肺、及骨骼轉移，適當的治療方式是化學治療加上荷爾蒙治療。在化學治療上，若以前曾接受如所謂“小紅莓”類化學藥物的治療，則使用太平洋紫杉醇是很好的選擇。

在荷爾蒙治療方面，若您的妻子目前未停經、且乳癌細胞荷爾蒙接受體為陽性，可選擇的方式包括卵巢切除，卵巢放射治療，施打 LHRH

類似物藥劑，若未服用過 Tamoxifen 也可合併使用之。

太平洋紫杉醇類化學藥物的主要副作用包括掉髮、神經毒性（手腳麻）及骨髓抑制所造成的血球低下等。而卵巢切除則等於是立刻造成停經，副作用就如同停經症候群，包括臉部潮紅、性慾減低、頭痛等。太平洋紫杉醇單獨使用對轉移性乳癌的有效率約為四成，荷爾蒙治療的有效率則約為 3 或 4 成。若有效，則可能可以延長您妻子的生命並改善生活品質。

Q082 轉移性乳癌治療另一章

問：我在民國 88 年時得到乳癌，以小紅莓化療藥物治療，並在 89 年 11 月份時在原處復發，使用了放射線治療，而在 91 年 10 月份時移轉到肝臟左葉，共有三顆，我目前以太平洋紫杉醇及白金化療藥物治療，而我的 ER 及 PR 皆呈陰性，但 HER-2 未知，我想請問這三種接受體的陰陽性是否與得到癌症的機率有相關連？而我自己因上次化療的關係，心理上產生一些障礙，我是否該去看心理醫師？

答：根據您的描述，您的狀況是乳癌合併有肝臟左葉的轉移，目前有 3 顆，此刻正接受太平洋紫杉醇加上白金（鉑）化合物的化學治療。太平洋紫杉醇合併鉑化合物的化學治療，對轉移性乳癌治療第一線的反應率約在 50%~70%之間；若您在肝臟的轉移病灶（且集中在同一葉）對化學治療有很好的反應，乳房局部及其他部位亦無復發的跡象，則可考慮進一步手術切除肝臟轉移病灶，如此對您的預後可能會有幫助，當然這必須和您的醫師討論其可行性。乳癌的荷爾蒙接受體（ER 及 PR）及 HER-2 狀態是評估乳癌的預後及治療上相當重要的因子。罹患乳癌對於女性確實是一個重大打擊，但現在對於乳癌的治療，已經有了長足的進步，您的心理障礙問題除了和您的乳癌專科醫師討論外，確實也可請教精神科醫師，讓他們給予您必要的協助。

Q083 乳癌的頸部轉移

問：我母親去年四月發現，在腋下有大約 5 公分的腫塊，經切片得知是乳癌轉移，後接受腋下淋巴切除手術及十次化學治療，後來母親發現在頸部附近有小的腫塊發生，換藥後繼續做完 6 次的化療，但頸部的腫塊，似乎沒有變小，而且陸續出現，現在她感到頸部漲痛。

請問：

- 1、 頸部脖子附近的淋巴腫瘤，不能做手術切除嗎？
- 2、 頸部的腫塊是否代表化學治療失敗？
- 3、 除頸部外若沒有他處轉移，應如何處理？

答：乳癌化學治療期間及之後發現頸部仍有腫瘤，若無其他原因，則極有可能仍是乳癌轉移的淋巴結腫大或皮膚轉移（可採細針抽取細胞學檢查或切片檢查判定），至於是否可以手術切除或放射治療控制則應作局部之電腦斷層等檢查來判定侵犯的範圍，也可以此決定之前的化學治療是否有效。乳癌若控制不好，則可能擴散至全身任何一器官組織常見的包括肝、肺以及骨骼轉移，所以頸部的淋巴結也有可能發生轉移。過去您母親既然已接受過化學治療，可考慮未曾使用過的化療藥物，但也可考慮荷爾蒙治療及局部之放射治療。

Q084 骨骼轉移不需化療嗎？

問：本人今年六十五歲，於五年前接受乳癌切除手術，最近發現腫瘤轉移到骨頭，於放射線治療後醫師僅開抗女性荷爾蒙藥物 Tamoxifen 給我吃，這樣就夠了嗎？需不需要打化療？

答：使用 Tamoxifen 的療效與乳癌組織動情激素接受體（estrogen receptor,

ER）狀態的關係已被醫學界廣泛地研究。於停經後婦女輔助性 Tamoxifen 治療在 ER 陽性的病患比 ER 陰性的病患更為有效，然而在 ER 陰性的病患使用輔助性 Tamoxifen 仍有少數患者有效，表示於這些病患可能 ER 並不是全然不存在、或者 Tamoxifen 可藉由 ER 以外之機轉來抑制乳癌細胞之生長。基於這些發現，有些學者傾向於停經後婦女無論其 ER 是否為陽性，均主張使用 Tamoxifen。此外 Tamoxifen 也可以降低停經後婦女發生心臟血管疾病以及骨質疏鬆症的機率，並且改善血中的脂肪組成。

轉移性乳癌也可以使用抗女性荷爾蒙療法，尤其是那些年紀較大而且轉移性病灶並不會在短期內對生命產生威脅者，例如病患只有皮膚、骨骼、或淋巴腺轉移而沒有肝、肺、腦等維生器官轉移者。約二分之一 ER 陽性的轉移性乳癌病患使用內分泌療法有效，而於 ER 情況不明者，也使用內分泌療法作為嘗試。一般而言，各式不同的內分泌療法其療效均相近，過去無論是採取口服 Tamoxifen，或是雙側卵巢切除術，或於停經後之婦女使用 aminoglutethimide 其療效都差不多。因此選用那一種內分泌療法，完全取決於它的毒性是否能為患者所接受。於停經後婦女如有轉移性乳癌，Tamoxifen 可作為第一線藥物，因其副作用最小。病患如在使用 Tamoxifen 期間發生惡化，往往使用第二、三線的內分泌療法仍可有效，包括 LHRH 協同劑（LHRH agonist）於停經前婦女有效，然價格較為昂貴。此外 aromatase 抑制劑適用於停經後的婦女。如腫瘤持續惡化，或轉移到肝、肺、腦等重要維生器官時，則可以開始實施化學治療。

Q085 同為素鋇 89 的治療

問：家母患有轉移性乳癌，全身骨骼多處均有轉移性病灶，合併劇烈疼痛。醫師已經為她安排放射線治療，並開立許多止痛藥（包括嗎啡），然而疼痛仍無法獲得有效的控制，請問是不是有其他方法可以幫助止痛？

答：令堂罹患乳癌合併多處骨骼轉移，造成疼痛，且嘗試過放射線治療但成效不彰，嚴重影響生活品質。傳統上治療癌症骨骼轉移性疼痛的方法係以內科藥物為主，包括非類固醇止痛藥物、嗎啡類，以及輔助止痛藥物（如抗憂鬱藥物以及抗癲癇藥物等）。放射線治療也是癌症合併骨骼轉移治療上的一種選擇，它可以針對局部病灶加以治療，然而如果骨骼轉移病灶過多，分布過廣，則不適合給予全身性放射治療。此外，由於身體每一處組織所能承受的放射線治療劑量有限，因此如果疼痛再度發生於上次照射過的病灶或其附近，則往往無法再次使用放射線治療來止痛。如果使用傳統藥物或放射線治療均無法有效緩解骨骼轉移性疼痛時，可以考慮使用放射性同位素銥-89（Strontium-89;

Sr89），它是一種會釋放出高能量β射線之放射性製劑。銥-89與鈣原子是同族元素，其化學性質十分類似，因此銥-89經由靜脈注射進入人體後，也會被骨骼吸收。由於轉移性骨骼病灶或骨折的部位其骨骼受到破壞，在其修補重建的過程中需要大量的鈣，會大量吸收銥-89，因此該同位素會大量聚集於轉移性骨病灶的部位，並釋放出高能量β射線破壞該部位的癌細胞而達到止痛的效果。

銥-89的生物半衰期超過50天，其組織穿透力約為8-10

mm，一次使用劑量約為4毫克居里，於給藥2週後，病患的骨骼疼痛會開始改善，大約在給藥一個月後其疼痛改善之情況最為明顯，且其療效可以維持三個月以上。根據統計，約60-80%病患之骨骼疼痛症狀於銥-89治療後會獲得明顯的改善，部份病患之疼痛甚至完全消失。此外，該藥物係經由靜脈給藥，對於全身各部位之轉移性骨病灶均有治療效果。銥-89所釋出之放射線對於正常組織之傷害極少，因此可以間隔三個月以上的時間再重覆給藥，即當病患的骨骼疼痛再次復發時，可以再次給予銥-89治療。由於銥-89具有輕微的骨髓抑制效果，因此建議病患的白血球在2500/ μ L

以上，且血小板在60000/ μ L以上才可使用。惟此項治療係治標，僅提供症狀控制而非根治癌症，且健保並未給付，必須由病患自費，治療一次約需新台幣六萬元。

Q086 乳癌治療的種種

問：我兩年前患單側乳癌，當時只作第一線化療，一年後發現同側腋下硬塊，現已切除並接受電療（放射治療），而第二線化療正在進行中，我現在的問題是：

- 一、若兩年前有作電療及吃荷爾蒙的藥物，是否還會發生腋下硬塊？
- 二、電腦斷層檢查，一切正常，但自己卻觸知覺得還有硬塊，醫生說可能是電療後纖維化，電腦斷層檢查有百分之百的正確性嗎？
- 三、

目前第二線化療快結束，醫生告訴我療程結束後，頭髮會再長，只是不知要多久時間頭髮能長成和正常人一樣？

答：一、乳癌的荷爾蒙治療，源自於醫學界觀察到乳癌與女性荷爾蒙的關係，亦即當體內的女性荷爾蒙濃度愈高時，愈有可能去刺激乳癌細胞之生長，因此有各種不同的方式想要將女性荷爾蒙

的量降到最低，包括兩側卵巢切除、腎上腺切除、腦下垂體切除等。而 Tamoxifen 是目前使用最為廣泛的第一線抗女性動情激素接受體的藥物，它可以與乳癌細胞內的動情激素接受體結合，控制腫瘤生長因子的表現，而達到抑制腫瘤生長的目的。Tamoxifen 最早用在轉移性乳癌的病患，證明有相當的療效，而後被運用於早期（第一、二期）乳癌患者手術完全切除腫瘤後之輔助性治療，可有效降低乳癌之復發率，並延長病患之存活，然而並非服用荷爾蒙治療之後就“一定”不會復發，所以一旦腋下又出現腫塊時仍應儘速就診作進一步的檢查及治療。

二、任何檢查均有其極限，如電腦斷層或超音波檢查必須在腫瘤大到 0.5 公分甚至 1 公分以上的才容易診斷出來，無法達到百分之百，因此如您仍懷疑腋下可以摸到硬塊，則建議您定期就醫作追蹤檢查，甚至可以安排切片檢查，來確定該硬塊的組成，到底是纖維化或是腫瘤復發。

三、一般而言，在化學治療療程結束後約 3~6 個月頭髮即會長好。

Q087 年輕的轉移性乳癌病患

問：內人今年 29 歲，於 87 年確定為乳癌第二期，立即進行切除手術及荷爾蒙治療，完成後三個月複診發現轉移至肺部。接受化學治療(小紅梅)共施打六次後複診，電腦斷層檢查顯示殘餘三點，大小約 0.5 公分的癌病灶，再加打三次無改善，換打歐洲紫杉醇共六次，仍無改善，大小亦無改變，現正繼續進行加打三次之第二次。

請問：

1. 內人是否可接受懷孕？或何時懷孕對母子均無影響？
2. 是否可建議後續治療之方向及方法？
3. 後續治療之注意事項

答：對您妻子而言，29 歲即不幸地發現轉移性乳癌，屬乳癌病患中預後不好的一群。就第一個問題而言，化學治療期間並不適合懷孕，否則可能會造成胚胎畸型、早期流產的問題。要考慮何時可懷孕，則應該是等到乳癌轉移性病灶獲得控制後方能考慮，否則您及您的妻子勢必會面臨懷孕時乳癌病情惡化的情況。當然，化學治療的絕對禁忌是懷孕前三個月，但若有其他放射治療（指照射部位不是乳房部位），及第二線荷爾蒙治療的考慮時，則是不適合在懷孕全期中施行的。而在追蹤檢查上，在懷孕時也宜以超音波及核磁共振檢查為主。目前您妻子已開始接受紫杉醇類藥物的化學治療，化學治療之後，若原本乳癌病灶細胞呈現荷爾蒙接受體陽性，則可考慮第二線之荷爾蒙治療（此時您應當再和您的醫師討論，如兩側卵巢切除或電療，或是施打 LHRH-agonist 類藥物，但此勢必會對您及您妻子想懷孕的問題造成影響），同時追蹤病情。若再有惡化情況，

則尚有下一線的化學藥物，包括 vinorelbine，Xeloda 等藥物。另外，若您妻子的乳癌細胞為 HER-2/neu 陽性，則可考慮併用 Herceptin。

Q088 脊柱壓迫

問：我太太因為乳癌細胞轉移到腰部的脊椎，壓迫到神經而發生下肢無力的症狀，目前已在進行放射治療（電療）。我想知道什麼治療可以幫助她再站起來？

答：乳癌是最容易造成脊柱壓迫的癌症，通常是由於乳癌細胞轉移到脊柱外圍的脊椎骨，進一步擴散或導致脊椎崩陷而壓迫到脊柱。

脊柱壓迫也是癌症病患必須緊急處理的急症之一，否則在短時間就容易產生不可逆的神經壓迫功能障礙。常見的症狀包括疼痛、肢體肌肉無力，感覺異常或喪失、運動失調、尿滯留、便秘等。在診斷上，常包括脊椎 X 光片，磁共振影及全身骨骼掃描的判定。若確定為脊椎壓迫，則應儘速開始治療。可考慮的治療方式包括手術治療或放射治療，並在急性期給予大量類固醇等。至於選擇手術還是放射治療則依病患個別的情況，例如若脊椎結構不穩定、在先前已電療過的位置再次發生、電療過程中神經功能障礙快速惡化等，則應先考慮手術治療。病患情況穩定時，也必須考慮是否進一步進行化學治療以控制病情。

Q089 腦部轉移

問：我太太目前因為乳癌轉移至腦部而住院。我想請問這可以開刀嗎？還是有其他治療的方式？

答：乳癌是僅次於肺癌，是容易轉移到腦部的癌症。病患常見的症狀包括頭痛、癲癇發作、局部肢體無力、意識改變、步態不穩或異常，視野變小、說話有困難等。在診斷上則常以腦部電腦斷層或磁共振影來判斷；若懷疑轉移到腦膜，則有時必須做腦脊髓液穿刺，取得癌細胞來做診斷。在治療上，可選擇的方式包括手術治療、放射治療（包括立體定位放射手術，如伽瑪刀及傳統放射治療）、及脊柱內化學治療等。乳癌轉移到腦部，雖然病患不太可能因腦部的治療而痊癒，但若腦部轉移病灶可以手術切除，則往往可延長病患的存活。目前比較採行的做法是，若病患為單一腦部轉移病灶，且此病灶是手術技術可切除的，而且除了腦部轉移的問題外，其他器官功能狀況穩定，則確實可考慮以手術切除的方式來治療，而在手術後可再追加局部的放射治療。若腦部轉移病灶較深或病患無法承受腦部手術的危險性時，則也可考慮如伽瑪刀的立體定位放射手術。但若有散佈多處轉移病灶，則病患可接受傳統的全腦放射治療。至於脊柱內化學治療則一般適用於轉移癌性腦膜炎的病患，適當的治療就可改善您太太的情況。

Q090 乳癌與高血鈣症

問：我母親今年 73 歲，她原本的問題是乳癌合併骨頭轉移，這次住院是因為血鈣過高導致意識不清、便秘等問題，經醫生緊急處理後目前已恢復意識。我想知道，乳癌的病患為什麼會高血鈣？要如何預防及治療？

答：血鈣過高可算是癌症病患足以威脅生命的急症之一。而最常發生血鈣過高的癌症即是乳癌及多發性骨髓瘤，其次則如肺癌、頭頸癌等。這些癌症病患發生血鈣過高的原因，在於癌細胞釋放一些導致鈣質再吸收回血液的因子。因此，發生血鈣過多的癌症病患，不一定會有骨骼轉移的問題，例如發生高血鈣症的乳癌病患，25%沒有骨轉移，而有骨骼轉移的乳癌病患，只約有 15%會發生高血鈣症。高血鈣症對身體各個器官的功能都會造成影響，因此常見的症狀包括：食慾不振、體重減輕、搔癢、口渴、脫水、嗜睡、無力、意識不清、混亂、甚至昏迷，嘔吐、噁心、便秘、多尿、心律不整等。在預防及長期治療上，最重要的是針對癌症本身加強治療。但在高血鈣發生的急性期，則必須想辦法增加血鈣由尿液中排泄，並抑制蝕骨細胞以減少骨鈣的再吸收。所以醫師會給予病患大量的靜脈點滴，並適時給予利尿劑，同時給予雙磷酸鹽類藥物等，更危急時也可考慮使用抑鈣素，甚至血液透析（洗腎）的治療，以挽救病患生命。

Q091 末期乳癌病患的照顧

問：家母為乳癌第四期，併轉移至骨頭，開始到醫院接受化療及放射線治療，但因身體狀況不適，僅接受一次放射線與兩次化療之後改採荷爾蒙治療，並使用止痛劑。目前則出現骨骼（脊椎部份）疼痛症狀，躺在床上無法翻身，並且沒有食慾，常會嘔吐，食物下嚥困難，必須喝流質食物替代固體食物，她常嘔出大口痰，會診過胸腔科及腸胃科醫師檢查，結果均說正常。中醫師說是有“痰氣”聚集所導致，想請問目前應該如何進行治療？對病人的照顧與往後的狀況會如何？

答：令堂的乳癌已經是第四期且合併骨骼轉移，出現骨骼疼痛、臥床之情形，於這種情況之下過分積極之治療可能無法產生太大的幫助，甚至可能會因化療的副作用而引起更大的不適，甚至死亡。因此我們認為如果令堂的荷爾蒙接受體為陽性，此時採取口服荷爾蒙治療的方式是合適的。骨骼疼痛可採用止痛藥物控制，如仍無法控制，使用局部放療（照射骨骼轉移部份）亦為可行的辦法。至於令堂吐大口痰的問題則可與負責治療的醫師詢問其原因。因為很多原因都會造成痰多的現象，久病臥床亦可造成痰無法順利排出，必要時可使用呼吸治療，如吸蒸氣，或吸含有化痰或支氣管擴張劑成份之蒸氣，並勤加拍痰，相信也有助於使病患之痰順利排出。另外，要注意令堂的排便狀況；若使用鴉片類的止痛劑，則常有便秘的副作用，進而造成腸胃糞便堆積、消化不良、噁心、嘔吐，這可以軟便緩瀉劑等來加以改善。還有，可注意令堂電解質的情況，包括鈉、鉀、鈣等，這些都有可能影響令堂的活動力、腸胃蠕動等。

Q092 維生素 E 與乳癌

問：我是乳癌患者，因逢更年期又不敢服用女性荷爾蒙，婦科醫生建議補充維生素 E，不知腫瘤科醫師意見如何呢？

答：癌症以及老化之成因目前已知與體內的氧化壓力（oxidative stress）與自由基（free radical）有關。體內過量的氧化壓力與自由基的形成會導致癌症，而氧化壓力與自由基之去除，則必須依賴體內可以提供還原力的物質，其中維生素 C 及維生素 E 正是提供體內還原力極為重要的物質。有文獻顯示，長期服用維生素 E 的人，其乳癌之罹病率較低。此外，於實驗室中觀察，將維生素 E 加到乳癌細胞株內，結果發現乳癌細胞株會出現生長增殖遲滯，甚至凋亡之現象，顯示維生素 E 在乳癌之預防上可能有某種程度的效果。如果能在飲食中補充如維生素 E 等具有抗氧化能力的物質，相信對癌症的預防會有幫助。

Q093 荷爾蒙治療與子宮內膜癌

問：我是乳癌患者，現正接受“Tamoxifen”荷爾蒙輔助性治療，聽說會增加子宮頸癌的發生率，請問要如何注意？

答：首先必須釐清，Tamoxifen 是會增加“子宮內膜癌”而非子宮頸癌的發生率。使用者發生子宮內膜癌機率約為每年 0.2%，原因是 Tamoxifen 促進子宮內膜的增生而增加癌化的機會。因為 Tamoxifen 帶給患者的好處，遠遠超過這種可能的副作用，所以我們不希望病患因噎廢食，因為擔心副作用而拒絕使用 Tamoxifen。事實上，只要小心的追蹤、檢查，子宮內膜癌是可以早期發現、治癒的。我們會建議使用 Tamoxifen 的患者，每年作一次婦產科的追蹤，而有異常時，需立刻做子宮內膜切片檢查。另外，如果出現不正常的出血、帶血分泌物時，就要立刻找婦產科醫師檢查。如果有異常時，則需接受子宮內膜刮除術，甚而有時需進一步接受手術治療。

Q094 重要的荷爾蒙治療

問：女性罹患乳癌已手術並完成化療及電療，用藥方面有那些選擇？術後的定期檢查有那些？

答：乳癌病灶經手術切除，並接受輔助性化學治療及局部放射治療等的完整治療後，接下來可以考慮的即是輔助性荷爾蒙治療，它主要可用於乳癌細胞女性荷爾蒙接受體為陽性的病患。目前最常用的荷爾蒙製劑為 Tamoxifen，一般的建議劑量是一天 20 毫克，服用 5 年。但它也會對少數婦女產生不良反應，最常見的是臉部潮紅、噁心、嘔吐，也有極少的例子會發生眼睛或肝毒性等。比較值得注意的是服用 Tamoxifen 可能會增加子宮內膜癌發生的機會，但目前認為 Tamoxifen 對乳癌的好處，遠遠超過增加子宮內膜癌的壞處。

接受完整治療後，定期的追蹤檢查是非常重要的，定期檢查包括完整的身體檢查及乳房 X 光攝影。視病人病況，有時做血液、胸部 X 光，骨骼掃描、腹部超音波和其他檢查。接受荷爾蒙治療之婦女則須每年定期做婦科檢查。

Q095 第二線荷爾蒙藥物

問：我母親今年已經 73 歲了，她 3 年前發現乳癌，動過手術，之後服用 Tamoxifen 至今。但最近發現乳癌細胞轉移到了肋骨及骨盆骨，醫師說要給她第二線的荷爾蒙治療藥物 Femara。我想了解 Femara 是什麼？

答：Femara 是新一代的芳香環轉化環抑制劑，它適於停經後或卵巢切除後的乳癌婦女使用。它的作用原理在於停經及卵巢切除後的婦女，卵巢已不再生產雌激素，而由腎上腺產生雌性素的先期物質(如一些男性荷爾蒙)，進一步在周邊組織，包括脂肪、肌肉、肝臟、甚至局部乳癌組織轉變成雌性素；這些雌性素一樣會刺激乳癌細胞生長。而在這個轉變的步驟中，芳香環轉化環是其中一個必須的酵素，因此使用芳香環轉化環抑制劑，就可降低停經後或卵巢切除後婦女雌激素的生成，進而抑制乳癌腫瘤的生長。目前此類藥物常用的包括三種：Femara (Letrozole) 及 Arimidex (Anastrozole) 是非類固醇性、可逆性的芳香環轉化環抑制劑，而 Aromasin (exemestane) 則是類固醇性、不可逆性的芳香環轉化環抑制劑。目前它們的用途是作為荷爾蒙接受體陽性的停經後或卵巢切除後之轉移性乳癌婦女，第一線或第二線的荷爾蒙治療藥物。至於在乳癌手術後輔助性荷爾蒙治療的地位，目前仍在 Tamoxifen 之後。此種藥物偶可見到的副作用包括熱潮紅、陰道乾澀等。轉移性乳癌病患若適合於荷爾蒙治療，則目前的觀念仍是一線、一線藥物逐次使用；第一線藥物無效，再換第二線藥物，而非一次將所有有效的藥物一併合用，不僅效果不見得較好，副作用也可能更大。

純文字格式檔案 [[掃描後並儲存於電腦](#)]

Q096 荷爾蒙治療與骨質疏鬆

問：本人罹患第二期乳癌，經手術切除並接受含有小紅莓的輔助性化學治療六次，醫師告知還要服用抗女性荷爾蒙治療五年，由於本人已停經，是否服用抗女性荷爾蒙藥物會增加骨質疏鬆的機會？

答：乳癌的內分泌療法，源自醫界觀察到乳癌與體內女性荷爾蒙濃度的高低有密切的關係。因此早期的治療方向為盡量減少體內女性荷爾蒙的量，或是阻斷其作用而發展出許多方法，如兩側卵巢切除術、腎上腺切除術、腦下垂體切除術、黃體激素、以及抗動情激素(如 Tamoxifen)等。其中 Tamoxifen 之運用為近二十年來利用內分泌療法來治療乳癌之一大進展。Tamoxifen 可以藉著與動情激素接受體(estrogen

receptor)結合而抑制腫瘤生長因子的製造，進而達到抑制腫瘤生長之目的。它被用在末期轉移性乳癌以及第一、二期乳癌手術後之輔助性治療，均被證實有相當之療效。

Tamoxifen 除了在轉移性乳癌被證實有療效之外，也可用在早期乳癌手術完全切除原發病灶後的輔助性治療。於西元 1985 年有作者第一次報告於手術後使用輔助性的 Tamoxifen 可以有效地延長乳癌病患的無病存活期以及總存活期。使用 Tamoxifen 於手術後之輔助性治療尚有以下好處：在接受小範圍切除手術合併放射治療的病患可以降低局部復發率 50%，如病患接受乳房切除術，它也可以降低同側胸壁之復發率為 50%，此外，它也可以使對側乳房發生新的乳癌病灶之機率減少一半，這是輔助性化療所無法達到的。而且，它尚有許多其他優點，如降低停經後婦女的骨骼鈣質流失率，而達到抑制骨骼疏鬆症(osteoporosis)的效果，就這點而言其效果類似 estrogen，而不是其拮抗體。它亦能改善體內之脂肪組成，可以藉著降低體內的低密度脂蛋白(Low-density lipoprotein, LDL)，但不增加高密度脂蛋白，而達到降低體內膽固醇的效果，於接受 Tamoxifen 輔助性荷爾蒙治療的病人，其心臟血管疾病之死亡率也似乎會降低。總而言之，服用 Tamoxifen 並不會於服用期間造成骨質疏鬆。但仍要提醒您，停經後的婦女要多補充鈣質，多運動，避免骨質疏鬆，享受快樂人生。

Q097 乳房的重建

問：我在三年前因為乳癌切除了左側的乳房，目前追蹤的情況是醫師告訴我相當好。我現在 43 歲，雖然我先生很愛我，但我想請教您的是，我想“重建”我的乳房，我有什麼選擇？我該如何作？

答：確實，乳房在乳癌治療後的重建必須依據個人的決定，當然乳房外科（及整形外科）醫師都可以給您一些建議。有些婦女習慣於乳房切除後的外觀，頂多於穿衣時於胸罩內加上一些支持物（這些器材並不困難買到）。有些婦女則仍希望恢復擁有 2 個乳房，如此她就應該和外科醫師依據乳房局部的情況，作一個詳細的討論。

在時間的選擇上，乳房重建手術，可以立即在乳房切除時同時進行，也可以延遲至乳房切除後數年內完成，各有其優缺點。延遲手術的好處包括，病患已經從乳癌治療後恢復體力，可以有更多時間詢問相關問題及選擇你所信任的整型外科醫師。但缺點的包括：病患必須再一次接受手術（雖然她的乳癌也許已經痊癒了），針對乳癌治療時所做的乳房切除術已留下不易處理、不令人滿意的外觀，也已造成多多少少的心理缺憾與創傷等。

在重建手術的方式上，目前可以選擇的包括：

一、人工填充物植入：如生理食鹽水袋等，這在目前仍是大多數婦女的選擇，目前也有醫師先在胸壁內放置一個像氣球樣的裝置，每個星期向其中注入生理食鹽水，將胸壁的皮膚及皮下組織撐開，可能要費時 8~10 週；當這個裝置大到差不多與適當大小的永久人工植入物相近時，再手術植入永久性的人工植入物。這個方式對胸壁較緊的病患是不錯的選擇。

二、自體組織植入：將自己身體其他部位的肌肉、脂肪及皮膚移至胸壁，以比較複雜的手術做成乳房的外觀，常用的包括下腹部、背部、臀部或大腿的組織等，而且也有辦法再作一個乳頭，這個方式目前已相當進步，但畢竟手術比較複雜，需要更好的技術與更多的經驗。

在醫師的選擇上，您可以詢問為你開刀的乳房外科醫師，他（她）是否能幫您重建乳房，或是他（她）有密切合作的整型外科醫師供您諮詢。您或許可以多問問有這方面經驗的病友，當然也可要求您的醫師，看看一些他曾經治療過的實例照片供您參考。

Q098 乳癌治療時的追蹤

問：我想知道第二期的乳癌病患，在接受化療後如何了解其癌細胞控制情形？本人於三個月前因罹患乳癌接受左側乳房及淋巴切除手術，目前化學輔助治療已完成第四次，總共需六次，我如何辨別其控制成效，是否如醫生所言需待全部化學療程結束方能檢測、或有其他方法可及早了解？

答：接受乳癌完整治療的病患，醫師會定期為您作身體檢查，包括觸診、乳房攝影、或乳房超音波檢查以判定是否有局部復發，並安排胸部 X 光片、腹部電腦斷層或超音波檢查，以及抽血檢查等。因乳癌如果發生遠端轉移，最常見的部位包括肺部、肝臟、以及骨骼等，影像學檢查可以偵測肺及肝轉移，血中鹼性磷酸濃度升高代表該病患可能出現骨骼或肝臟轉移，而病患如果出現骨骼疼痛，則醫師可以安排骨骼掃描檢查來判定是否有骨骼轉移。所謂輔助性化學治療的目的在於減少復發，基本上病患身上是沒有抽血或影像學檢查所能檢測到的腫瘤。所以，一般而言，我們可以等到 6 次輔助性化學治療（約為期 4~6 個月）結束後，再作上述進一步的檢查，除非您的身體檢查或症狀上有發現任何異狀。於六次化療結束後病患仍應定期就診、定期安排檢查，因為即使早期復發，如果能早期接受治療，治療的結果也會比較好。

Q099 乳癌治療後的追蹤

問：

我乳癌開刀至今，剛好滿三年，應該做那些追蹤檢查？乳房 X 光攝影與胸部 X 光都檢查，會不會引發第二次的癌症？可不可以

換做乳房超音波？以前我的醫生讓我半年做乳房 X 光攝影，半年做乳房超音波，但乳房 X 光攝影檢查會痛，我較喜歡接受乳房超音波檢查。

答：乳癌的追蹤與檢查項目依癌症期別及治療後之時間而有所差異。建議之追蹤項目及時間表如下述，但仍需依個人病況及醫師判別而定：

期別

第零期

第 1-3 期

第四期

治療後 1-5 年

每 6-12 個月做理學檢查、乳房攝影或超音波。

每 3-6 個月定期做理學檢查、血液檢查及腫瘤標記。每 6-12 個月定期做乳房攝影或超音波，胸部 X 光。腹部超音波及全身骨骼掃描視病況而定。

視病況而定

滿 5 年

每 12 個月做理學檢查、乳房攝影或超音波。

每 12 個月定期做理學檢查、乳房攝影及超音波、血液檢查及腫瘤標記。胸部 X 光及腹部超音波視病況而定。

視病況而定

血液檢查可包括：全血球計數，血清鹼性磷酸酸、鈣離子、乳酸脫氫酸（LDH）、肝功能（AST、ALT，或稱 GOT、GPT）、全膽紅素（total bilirubin）、r-GT 及腎功能（BUN、creatinine）。

腫瘤標記可包括：CEA、CA-153。

Q100 乳癌病患的預後

問：根據報導美國地區每八名婦女終其一生將有一人會罹患乳癌，且罹患乳癌之患者中，約有百分之六十屬早期，在強調癌病早期發現，早期治療，生命依舊燦爛之口號下，我想請問早期乳癌患者其長期（十年甚或二十年）存活機會有多少？另，國內早期乳癌患者長期存活率又如何呢？

答：乳癌患者如果不接受正確治療，平均存活期只有 2-3 年，如能接受正確治療，則其存活大有進步，許多病患甚至能夠治癒。乳癌是一種相當“異質性”的腫瘤，其臨床之進展速度也因人而異，而影響病患預後的因子包括腫瘤的大小、淋巴腺有無轉移、有無動情激素或黃體激素接受體，乳癌之組織形態、細胞之分化程度，病人接受之治療方式與採用之輔助治療，以及最近相當熱門的 HER-2/neu 抗原過度表現之有無等。一般而言，第一期乳癌（即腫瘤小於 2 公分，腋下淋巴腺陰性）之長期存活（五年以上）為 85%，第二期（腫瘤在 2-5 公分，可能有也可能沒有腋下淋巴腺轉移）為 75%，第三期（腫瘤大於 5 公分，腋下淋巴腺陽性）為 40%，第四期（已發生遠端轉移者）為不到 10%，國內乳癌患者如果早期且接受正確的治療，其存活與國外相似，然而國內有不少婦女因為諱疾忌醫，甚至尋求偏方，把一個早期可以完全根治的乳癌拖到第三、第四期才來找醫師治療，則其療效自然大打折扣了。

Q101 乳癌病患的預後又一章

問：我母親去年 10 月間發現乳癌，手術時發現淋巴腺 29 顆中有 24 顆有癌細胞，在完成了六次的化學治療後，接著接受放射線治療，請問放療會不會影響其體力呢？醫生說這是第三期了，做完放療之後還要荷爾蒙治療，通常這種病的存活率有多少呢？

答：依據您的描述，您母親是屬於第三期的乳癌病患。一般而言，第三期乳癌病患的五年存活率，根據過去的研究，約為 40~50%；但您母親淋巴結轉移數目為 24/29，則相當不利，5 年復發率可能達 80%，5 年存活率可能會下降至低於 30%。但畢竟這是過去的文獻統計，現在乳癌的治療已有長足的進步，所以可能會比上述的統計數字更好。化學治療後，加上局部的放射治療及荷爾蒙治療是乳癌的標準療法，局部放射治療的副作用不大，也比較不影響體力，包括有皮膚改變、手臂水腫等。

附錄：

如何定出乳癌的期別？

首先，決定腫瘤本身的大小及相關情況(簡稱 T)：

Tis

原位癌：乳腺管原位癌、乳小葉原位癌，或乳頭的柏哲氏症（未合併腫瘤）

T1 腫瘤 ≤ 2 公分

T2 腫瘤 > 2 公分，≤ 5 公分

T3 腫瘤 > 5 公分

T4

任何大小的腫瘤侵犯胸壁或皮膚，或發炎性乳癌。

其次決定淋巴結的期別（簡稱 N）：

N0

沒有淋巴結轉移。

N1 同側的腋下淋巴結轉移，可移動。

N2

同側的腋下淋巴結轉移，與鄰近淋巴結或組織黏連而不能移動。

N3

同側乳內淋巴結轉移。

接下來，決定是否有遠處器官組織的轉移（簡稱 M）：

M0 無遠處轉移

M1

有遠處轉移（如肺、肝、腦、骨骼等，也包括同側鎖骨上淋巴結）

最後，依 T、N、M 的綜合結果決定期別：

T	N	M	
第 0 期	Tis	NO	MO
第 I 期	T1	NO	MO
第 IIA 期	T0	N1	MO
	T1	N1	MO
	T2	NO	
MO			
第 IIB 期	T2	N1	MO
	T3	NO	MO
第 IIIA 期	T0	N2	MO
	T1	N2	MO
	T2	N2	MO
	T3		
N1	MO		
	T3	N2	MO
第 IIIB 期	T4	任何 N	MO
	任何 T	N3	MO
第 IV 期	任何 T	任何 N	
M1			

本分期系統係根據目前最常用之 AJCC1997 第五版；而 AJCC 第六版在乳癌分期上將有一些較為複雜的改變，如將同側鎖骨上淋巴節由 M1 改列至 N3，有同側內乳淋巴結轉移但無同側腋下淋巴結轉移則改列 N2，及將同側鎖骨下淋巴結轉移列為 N3；另 AJCC 第六版也將淋巴結期別依病理報告之結果另作分析，簡稱為 pN：pN1 包括同側腋下淋巴結 1~3 顆的轉移，pN2 包括同側腋下淋巴結 4~9 顆的轉移，pN3 包括同側腋下淋巴結 10 顆或以上的轉移等，細節本文暫不詳述。

純文字格式檔案 [[掃描後並儲存於電腦](#)]

台灣癌症臨床研究發展基金會之定位與服務項目

壹、 基金會之定位：

服務社會大眾、使其對癌症能有正確的認識，進而得以早期診斷、早期接受完善的治療，並積極鼓勵癌症臨床人員研究進修、促進國內外癌症醫學交流，以提高我國癌症醫療水準，嘉惠同胞為宗旨。

貳、

基金會服務項目：

一、

出版「癌症新探」季刊：以淺顯的文字提供民眾及病患最新的防癌、治癌訊息。

二、

編寫衛教手冊：為了提供給病患及家屬良好的衛教服務，特別邀請專家執筆編撰，至今已出版了八冊。

三、

設立網站 <http://www.vghtpe.gov.tw/~tcfund>：提供防癌抗癌醫療新知、每週發行癌症新知電子報及各類癌症衛教知識。

四、成立電話「Call

in」專線 02-28757629：民眾可利用專線諮詢癌症防治相關問題。

五、

設置電子郵件服務信?

href="/ym/Compose?To=cpmchen@vghtpe.gov.tw&YY=94360&order=down&sort=date&pos=0&view=a&head=b">cpmchen@vghtpe.gov.tw：民眾可在網上提出有關防癌抗癌的問題，由本會專家詳加回答。

六、舉辦各地區乳癌篩檢到點服務：為落實防癌生活化、社區化之目標，透過乳癌篩檢衛教，教導婦女如何藉由每月乳房自我檢查，達到早期發現、早期治療之目的。

七、舉辦防癌宣導講座：有鑒於國內醫療資源之分配不均，偏遠地區的民眾常因健康出了問題卻苦無諮詢之管道，本會特邀各大醫院防癌專家積極走訪全省各偏遠角落，舉辦與癌症有關之講座。

八、贊助醫護人員出國進修：包括參加國內外癌症學術研討會、長短期出國進修等。

九、邀請國外學者來台演講：邀請國外首屈一指之癌症研究及治療專家來台做專題演講，並進行學術交流，期望提高我國癌症醫療水準，嘉惠國內同胞。

十、出版初級腫瘤醫學書籍：為協助莘莘學子入門的教具。

十一、依節令舉辦癌症關懷活動

十二、設置「癌症資訊服務提供站」：陳列本會定期出版的雜誌~癌症新探及衛教手冊，提供一般社會大眾閱覽。

第一章

乳房疾病的症狀與檢查

Q001	乳房的組成	10
Q002	乳房硬塊	11
Q003		
	疼痛的乳房硬塊	12
Q004	乳頭分泌物	13
Q005	乳房硬塊合併分泌物	15
Q006		
	乳房的疼痛	16
Q007	乳房的疼痛又一章	17
Q008	惱人的乳房疼痛	18

Q009		
一大一小的乳房	19	
Q010	乳房不適的綜合問題	20
Q011		
乳頭的凹陷與濕疹、柏哲氏症	22	
Q012	乳房纖維囊性疾病	23
Q013	乳房纖維囊性疾病又一章	25
Q014		
乳房纖維腺瘤	27	
Q015	乳房的鈣化	29
Q016	開完刀的傷口	30
Q017		
男性的乳房硬塊	31	
Q018	乳房硬塊的檢查	32
Q019	乳房 X 光攝影檢查的好處	33
Q020		
安全的乳房 X 光攝影檢查	35	
Q021	乳癌可以抽血檢查發現嗎?	36
Q022		
乳癌可以抽血檢查發現嗎?	37	
Q023	什麼是乳癌	39
Q024	乳癌的種類	40
Q025		
乳癌與其他癌症	41	

第二章 乳癌的危險因子與預防

Q026	乳癌是女性的專利?	
44		
Q027	危險因子是什麼?	45
Q028	台灣乳癌變多了?	46
Q029	不平等的乳癌	
47		
Q030	乳癌的危險因子	48
Q031	女性荷爾蒙與乳癌	50
Q032		
女性荷爾蒙與乳癌又一章	51	
Q033	月經與乳癌	52
Q034	口服避孕藥與乳癌	53

Q035	飲食與乳癌	
	55	
Q036	哺乳與乳癌	56
Q037	異卵雙胞胎與乳癌	57
Q038	遺傳與乳癌	
	59	
Q039	遺傳與乳癌又一章	60
Q040	乳癌和防汗/止汗用品有關嗎?	62
Q041		
	乳癌的預防	63
	第三章 乳癌的治療、追蹤與預後	
Q042	乳癌的分期	66
Q043		
	乳癌的手術治療	68
Q044	改良型乳房根除手術	70
Q045	乳房保留治療	71
Q046		
	乳癌的病理報告	73
Q047	乳房葉狀原位癌	75
Q048	乳房腺管原位癌	76
Q049		
	原位癌的微小侵犯	78
Q050	原位癌與治療	80
Q051	原位癌的手術治療	82
Q052		
	乳癌的化學治療及荷爾蒙治療	84
Q053	乳癌的放射治療	86
Q054		
	乳癌手術後的淋巴水腫	88
Q055	乳癌手術的併發症	89
Q056	乳癌手術後的漿液瘤	90
Q057		
	年輕人的乳癌	91
Q058	“小紅莓”	92
Q059	副作用小的“小紅莓”	94
Q060		
	紫杉醇類藥物	96
Q061	Vi norel bi ne(Navel bi ne)	98

Q062	Xeloda(截瘤達)	
99		
Q063	止吐藥	100
Q064	白血球生成素	102
Q065	乳癌的完整治療	104
Q066		
	乳癌治療費思量	105
Q067	化學治療與懷孕的乳癌婦女	107
Q068		
	乳癌手術併發症又一章	108
Q069	乳癌放射治療的副作用	109
Q070	乳房髓質癌	110
Q071		
	乳房葉狀瘤	111
Q072	發炎性乳癌	113
Q073	卵巢功能與化學治療	115
Q074		
	Herceptin 是什麼?	116
Q075	輔助性治療該用 Herceptin 嗎?	118
Q076		
	Tamoxifen 還是 Zoladex?	120
Q077	想懷孕的乳癌病患會有的問題	121
Q078		
	沒來由的腋下轉移性淋巴結	123
Q079	乳癌復發了	125
Q080	乳癌局部復發的治療	
126		
Q081	轉移性乳癌治療想一想	127
Q082	轉移性乳癌治療另一章	128
Q083		
	乳癌的頸部轉移	129
Q084	骨骼轉移不需化療嗎?	130
Q085	同位素銥-89 的治療	
132		
Q086	乳癌治療的種種	134
Q087	年輕的轉移性乳癌病患	136
Q088		
	脊柱壓迫	138

Q089	腦部轉移	139
Q090	乳癌與高血鈣	140
Q091		
	末期乳癌病患的照顧	141
Q092	維生素 E 與乳癌	143
Q093	荷爾蒙治療與子宮內膜癌	144
Q094		
	重要的荷爾蒙治療	145
Q095	第二線荷爾蒙藥物	146
Q096		
	荷爾蒙治療與骨質疏鬆	148
Q097	乳房的重建	150
Q098	乳癌治療時的追蹤	152
Q099		
	乳癌治療後的追蹤	153
Q100	乳癌病患的預後	154
Q101	乳癌病患的預後又一章	155
	附錄	
		156