



# 聰明病人指南 - 乳癌篇

作者：鄭鴻鈞醫師

# 前言

健康與財富，是現代人最關心的兩件事；健康是“1”，財富是“0”，人生可以無限加“0”，但沒有了“1”，一切歸零。

癌症是生死重病，稍一不慎，就是一人悲劇，全家哀傷。二十年，我勤於醫病、讀書、研究、及為癌症的醫療品質提昇盡力。每天面對病人的焦慮與恐懼，家人的迷惘與疑惑，無不盡力解疑。近年來網路的盛行，病人與家屬常上網搜尋癌症的相關知識，為的是尋求最多活命的機會，然而，網路上的訊息良莠不齊，常缺少實證資料。

這本書，希望能把我在和信治癌中心醫院的經驗與臨床研究，根據事實與數據，整理成功與失敗的實例，作為病人及家屬面對癌症困境的參考。比如，同年齡，同期別，同病情的病人，十年後的結果如何？讀者在這一本書裡，可以發現一些實用的知識，作為病人及家屬迷途的指南，在十字路口，作最佳的選擇。

**鄭鴻鈞** 誌于2013年春季, 2017年修訂



1 聰明病人指南

## 第一章 就是要活下來

對任一癌症病人而言，治療只有成功 (100%) 或失敗 (0%) 兩種結果。

## 面對風險的態度

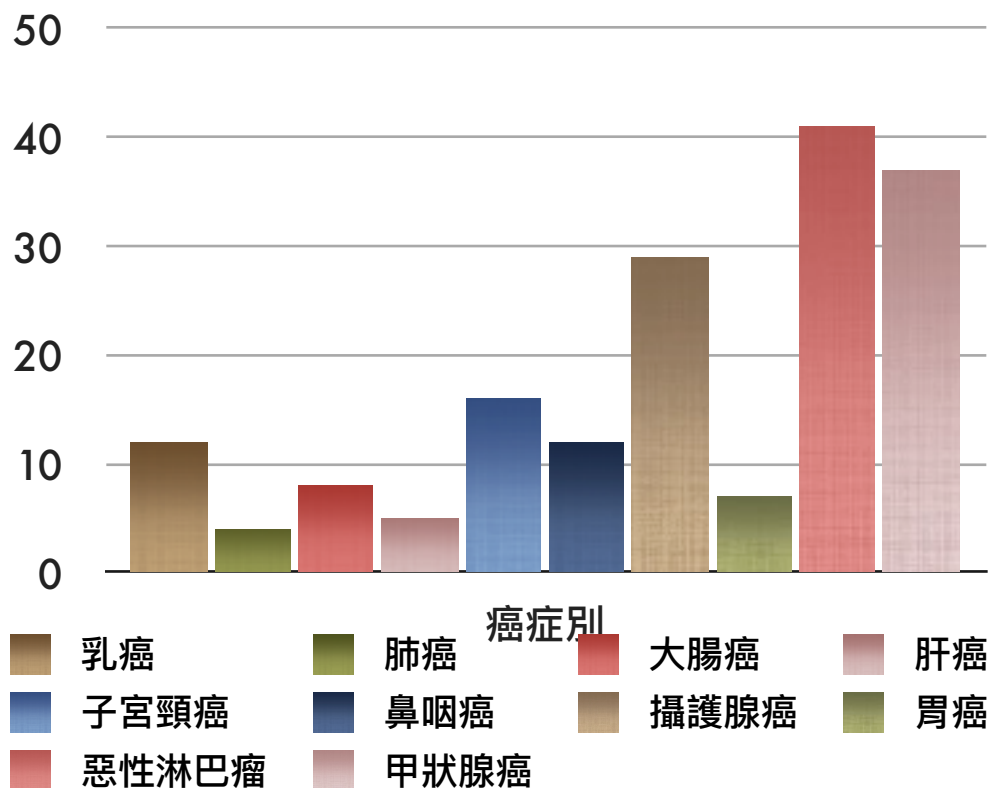
面對死亡的威脅，任何人都會想盡辦法生存下來。面臨癌症，亦是如此，這時親朋好友的好意，紛至沓來。有介紹好的醫院，好的醫師，也有介紹新的治療，新的方法。在潮湧而至的訊息，明智的選擇，就成為生或死的重要關鍵。

面臨死亡的風險，在不同的情境，人會有不同的態度。坐飛機只要有萬分之一的機會，很多人就不搭了；即使勉強搭上，也會加買保險，一百萬不夠，買到千萬，甚至加碼到億元，以求安心。

癌症的治療，能有90%以上存活機會就算很好，也是大部份治療追求的目標。但是，幾乎所有的病人都想痊癒。百分之百的治癒率在統計上不可能。但對任一位病人而言，百分之一百的痊癒，卻是

時常有的事。痊癒率，一直是醫師用來說明治療成功機會的統計數字。對病人而言，則只有成功(100%)或失敗(0%)兩種結果。因為，即使是最沒希望的第四期病人，也有十分之一痊癒的機會，而最有把握的第一期病人，也有十分之一的機會復發。圖一顯示和信治癌中心醫院，各種轉移性癌症病人(第四期)，十年後依然存活的機會，最低是肺癌4%，最高是惡性淋巴瘤41%。

圖一：各種轉移性癌症第四期十年存活的機會(%) (和信醫院2010年年報)



## 停、聽、看最重要

既然統計數字僅供參考，我們可以掌握的事，就是選擇最有把握的診斷與治療。診療的過程千絲萬縷，唯有步步為營，注重細節，才不致造成遺憾，才能積小勝而為大勝。

然而病人接受的治療，常跟他選擇的醫師有關。如果醫師的專長是外科，那最可能的治療就是手術；如果是腫瘤內科醫師，最可能的治療就是化學治療；或如遇到放射腫瘤科醫師，那最可能的治療就是放射療法。

這時，病人的停、聽、看，最為重要。因為，癌症雖然是重症，但絕對不是急症。一個正常細胞變成一個癌細胞，再變成十

億個癌細胞（約一公分大小），不可能是一朝一夕，或一個月兩個月就能形成的。因一時的心慌，糊裡糊塗的接受治療，反而容易出錯。慎選醫師，或是醫療團隊，是生死的關鍵，尤其是複雜或晚期的癌症，更須要多學科醫師的通力合作。此時，選擇醫療團隊，可能比選擇單一醫師更為重要。

### 癌症是重症，但不是急症



因此病人接受的治療，就與接受的訊息與知識有關，也與病人願意承擔的風險及副

對醫師而言，建議治療比較簡單，不用承擔癌症復發後的責任，論量計酬的保險制度也鼓勵治療。

作用有關。願意承擔的風險愈低，為了安全，自然須要接受更多的治療，副作用必然增加。反之，願意承擔多一點復發的風險，自然可以減少治療的強度，副作用必然減少。在醫療上，要怎麼收穫，就要怎麼栽種，「天下沒有白吃的午餐」。

對醫師而言，建議治療比較簡單，因為比較不用承擔癌症復發後的責任。建議不治療，考慮的問題就多了。十幾年前，一位頭骨長惡性腫瘤的五歲小男生，由他媽媽帶來看我，要作手術後的放射治療，考慮病人的年齡與將來智力的發展，我們仔細評估手術的範圍還有5毫米，病理的惡性度為低度惡性，我與他媽媽商量，腫瘤長在頭蓋骨，很容易追蹤，又是低度惡性，即始復發，只要及早發現，也容易處理。最後決定不作手術後的放射治療，安排了他媽媽可以遵守及執行的五年追蹤計劃。他現在已經是大學生了，癌症沒有復發，當然更不會有因放射治療而造成智力受損的問題。



新不如舊，多未必好。癌症治療也常是如此。

## 新不必然好，證據最重要

新不一定好，貴卻是一定。

新的治療常用來治療晚期病人，早期病人治療效果好，反而派不上用場。

醫學上有很多例子，人體試驗證明執行多年的治療，對病人無用甚而有害。幾年前著名的研究案例，就是行之有年的女性荷爾蒙補充，不僅不能保護心臟，反而增加乳癌的發生。最近的例子，服用維他命C與E（抗氧化劑），很多人相信可以抗癌，但在嚴謹的臨床研究下，並不能減少或預防癌症的發生。

以前的醫學，靠師徒相傳；現在則是資料太多，有用知識太少，不確定更多。嘗試新的治療，或新的技術，最好在嚴謹的臨床研究下進行。因為即使無效或有副作用，也可以告訴將來的病人不用再嘗試或避免副作用。

以前的醫學，靠師徒相傳。

現在則要靠嚴謹的醫學研究。

我最近就有一位病人，因為害怕乳癌化學治療Adriamycin 掉頭髮的副作用（此藥俗稱小紅莓，在乳癌的化學治療上已經有長遠的歷史），而到其他醫院改用微脂體包覆的





Adriamycin。此種劑型雖號稱可以保護頭髮，但卻有皮下組織劑量不夠的缺點。她的癌症在胸壁腫瘤快速復發。此種誤用未經證實的新式處方或劑型，其實有可能傷害到病人性命。

嘗試新的治療，或新的技術，最好在嚴謹的臨床研究下進行。

因此，病人在選擇治療時，必須瞭解該項治療的證據強度，如果只應用於實驗室的動物，或少數幾位病人，缺乏大型的臨床人體試驗及長期的追蹤，選擇時必須三思。因為，我們




是人，不是實驗室飼養的動物，**比照動物的實驗結果**，以為同樣有效，就犯了過度推論，“人獸不分”的大問題。

我們是人，不是實驗室飼養的動物。對動物有效，不見得對人類同樣有效。

新的治療還要考慮使用者的經驗。尤其是新的手術或新的儀器，醫師都有學習曲線，在醫師技術還沒純熟前，不如用舊的方法，比較安全且有保障。新的治療也常缺乏長期追蹤資料，應用前必須審慎。





2 聰明病人指南

## 第二章 診斷前注意事項



台灣婦女有生之年得到乳癌的機會是百分之六到百分之七

## 45歲以後一定要有乳房攝影

乳癌的發生率是華人社會的第一位，在台灣，每年乳癌新病人從2008年起就超過9,000人。用人口數及平均壽命計算，婦女有生之年得到乳癌的機會是百分之六到百分之七。由統計趨勢，罹癌機會在台灣還會逐年增加。

以發生年齡論，45至65歲是乳癌的高峰期。因此，婦女開始乳房篩檢，最具成本效益的年齡是45歲以後。

乳房攝影是大家公認的篩檢方法，以台灣目前的流行病學資料，每2000位婦女作檢查，會有三位被檢出乳癌。

在台灣，還有約四分之一的病人，乳癌的發生是在40歲以前，因此，有家族史的婦女，篩檢的年齡可以提早到家族成員罹癌年齡的早十年，或是從30歲就開始。

萬一乳房篩檢有異狀，勿須驚慌，因為乳房腫瘤裡，十個只有一個可能是惡性腫瘤。這時乳房超音波可以幫忙作鑑別診斷，必要時加上細針抽吸或切片。

細針抽吸是取得些許乳房細胞作為化驗，一般細胞量較少，適用於臨床及影像學上較懷疑是良性的腫瘤，以排除惡性疾病的方法。

細針切片則是用較粗的針頭，取得一小條或多條乳房組織作為化驗。樣本較完整，可分辨原位癌（又稱癌症前期）、侵犯性癌或各種乳癌亞型，常用以取代進手術室的組織切片。

如果不幸確定是惡性腫瘤，一定要有雙側乳房攝影與乳房超音波，根據統計，雙側同時發生乳癌的機遇是1至2%，以後發生對側乳癌的機遇是每年約0.7%。因此在治療前必須有雙側乳房攝影與乳房超音的檢查，以避免治療的不完整。下列例子足以說明這種狀況：

蕭女士，46歲，因為左側乳房腫瘤已確定為癌症，而到我們醫院來。經由檢查後，我們判定是局部廣泛性乳癌；乳房攝影同時發現她的右側乳房有鈣化點，細針切片証實同時有右側乳癌。因此，在接受前導性化學治療以後，手術只要一次，就可以清除她兩邊的腫瘤，不須要兩次的手術，更不須要再一輪的化學治療。

## 治療前乳房超音波是必要檢查

愈來愈多的資料顯示，乳房超音波也是乳癌治療前的必要檢查。乳房超音波有下列幾個優點，可以補足乳房攝影的不足。

一、發現多發性腫瘤，尤其是考慮進行保留乳房手術時，依據我們的經驗，多發性腫瘤的機會是一到二成，執行保留乳房手術前，必須確認主要腫瘤附近是否有其他較小的腫瘤，可以一併切除；或是在乳房的不同象限也有隱藏的腫瘤，可能不適合保留乳房。

二、找出腋下淋巴區域是否有癌細胞轉移；如果沒有轉移跡象，病人就可安排前哨淋巴結切除。如果懷疑有轉移，就須作淋巴結細針抽吸，如果化驗為陰性，依然可安排前哨淋巴結切除。這些努力，是為了避免腋下淋巴清除，造成病人腋下永久麻木及手臂水腫。

三、找出腋下以外的淋巴區域，例如內乳淋巴結或鎖骨上淋巴結是否有癌細胞轉移；如果有問題，癌症期別就自動升級，可能須要更強的化學與放射治療，以補足手術無法完全切除的問題。

坊間，常由外科醫師在門診為病人作乳房超音波檢查，普遍觀察，外科醫師的門診，時常人滿為患，如果還要作乳房超音波檢查，查出上述細微的變化，時間上，並不容易。

現代的醫學強調團隊醫療，乳房超音波檢查最好是由放射診斷科醫師負責，可能比較恰當，畢竟學問有先後，術業有專攻。一個強調多學科合作的現代化醫療團隊，必須成員間互相尊重，不爭業績，不推卸責任，各科的經驗與學識才能更為豐富與犀利。



## 用細針切片取代組織切片

保留及微侵犯手術是現代醫學的主流，外科醫師不僅考慮幫病人保留乳房，也考慮保留腋下淋巴系統，因此，手術前或手術中作組織切片，已變得不恰當。

組織切片的缺點：手術前組織切片，因切除乳房組織較多，可能使病人失去保留乳房的機會，也使病人歷經兩次手術。手術

中作切片檢查，因手術前癌症診斷還未完全確立，使病人失去思考與選擇治療的機會，也因手術中的冷凍切片檢查，無法分辨原位癌，因此接受了不必要的腋下淋巴手術。即使是侵犯癌，也因事前沒有安排前哨淋巴結的染劑與同位素顯影，也就不可能接受前哨淋巴結切除術了。

細針切片的優點：細針切片不須要進手術室，但須放射診斷科醫師與病理科醫師的密切配合，以避免拿的組織不夠，不能作診斷，或不能作詳細的病理化驗，以瞭解癌病特性，如雌激素接受體(Estrogen Re-

ceptor) 陽性或陰性，人類表皮細胞接受體 (HER2) 是否過度表現等等。

有時細針切片後，病人還可依據病理化驗的特性，在手術前，選用恰當的藥物，以觀察腫瘤對藥物的反應是否與病理化驗的特性吻合，並在手術後決定是否續用原來藥物的參考。





手術前組織切片，可能使病人失去保留乳房的機會


## 病理最重要

沒有病理的確切診斷，臨床診斷都只能算是猜測而已。病理是乳癌診斷的黃金標準，也是將來治療的依據。

病理檢查影響治療的重要因素包括：腫瘤大小，腋下淋巴結轉移數目，雌激素接受體陽性或陰性，人類表皮細胞接受體（HER2）是否過度表現等等。因此，絕對不要在沒有作上述乳癌檢驗能力的醫院作組織切片，因為腫瘤切除了，上述的特殊檢查，就永遠不會知道。

尤其早期發現的腫瘤，良性與惡性，原位癌與侵犯癌只有一線之隔，沒有經驗的醫師誤判誤診，錯切乳房時有所聞。2010年的七月，紐約時報的一篇特別報導，即使在醫學進步如美國，原位癌的錯誤診斷率可以高達17%，造成婦女不幸失去乳房，或接受不必要的放射與化學治療。

我在一次醫院評鑑裡，發現一位原位癌（癌症前期）的病人正在接受化學治療，（醫學上，原位癌不會轉移，不需要化學治療）因此，我問陪評的主治醫師，為什麼要給原位癌的病人化學治療？答案竟然是因為腫瘤有五公分，懷疑他們的病理醫師沒有一吋一吋的仔細檢查，因此假定可能有侵犯性癌症沒被檢查到。在這種狀況下，病人只好接受可能是不必要的化學治療了。



即使在醫學進步如美國，原位癌的錯誤診斷率可以高達17%

必須在有測量雌激素接受體或人類表皮細胞接受體(HER2)的醫院作組織切片。

## 一定在有治療乳癌能力的醫院切片

王太太是英文老師，一如往常接女兒從幼稚園回家，路上五歲小女兒總是嘰嘰呱呱的講不完學校發生的事。忙完晚餐後，是一天平靜的開始，泡一池冒煙的熱水澡更是她最享受的時刻。抹肥皂時她不經意摸到一個硬塊在左邊乳房上方。因為常與同事交換健康有關的資訊。頓時害怕起來，與先生商量以後，就到住家附近的醫院就診，外科醫師用診間超音波掃描後，面色凝重的說，須要切片檢查。在震驚慌亂中，沒有什麼考慮，立刻同意第二天的門診手術。

一週心慌意亂的日子，也上網查尋資料，心情稍事穩定，因為網上的資料，總是說乳癌治癒率很高。同事建議如果是不

好的東西，最好到專科醫院或醫學中心去。病理報告說是浸潤性管狀癌。這份報告形容切下來的組織大小是3公分，但沒有描述其中腫瘤的大小，更沒有雌激素接受體化驗的結果。

她到北部的醫學中心，乳房攝影及乳房超音波檢查後，很快就住院接受局部乳房切除及腋下淋巴結清除。病理報告說，乳房組織部份只看到一些殘遺的原位癌，腋下淋巴結清除18顆，沒有發現癌細胞的蹤跡。


其實，這家醫學中心沒有作外院病理的重新評估，只是根據病人帶來的病理報告，就作了乳房手術，是冒了一些醫療失誤的風險。因為可能有三種結果，一是完全沒有癌細胞，乳癌的診斷不正確；二是只有

原位癌，腋下淋巴結根本不用清除；三是原位癌合併侵犯癌，局部切除及腋下淋巴結清除是正確的處置。

**測驗 2.1** 沒有作外院病理的重新評估，就執行乳房手術，有何醫療失誤的風險？

- A. 沒有癌症，誤切乳房。
- B. 不知是乳房原位癌，還是侵犯癌，造成腋下淋巴結不必要清除。
- C. 不知道乳癌是第幾期，因此無法決定手術後的後續治療。
- D. 以上皆是。

- A. 答案 1
- B. 答案 2
- C. 答案 3
- D. 答案 4



不要用距離的遠近選擇醫院；治療的路近，治癒的路，可能更長。

還有後續治療的問題。乳癌是第幾期？她要不要接受抗荷爾蒙治療，放射治療及化學治療？她的癌症可以是第零期，也可以是第一期，或第二期。雌激素接受體可以是陰性，也可以是陽性。更不用提HER2的化驗了。就因為一時的震驚慌亂，她失去瞭解自己疾病的機會。想一想她只有38歲，來日方長，她只好選擇接受第二期的治療，也就是放射治療及化學治療。



3 聰明病人指南

## 第三章 選擇手術

## 誰適合乳房保留手術

乳癌的手術可分為兩大類，一是切除全部乳房，二是保留乳房外觀。乳房保留手術又可分兩部份：一是保留乳房，二是保留腋下淋巴系統。

只要手術可以把腫瘤完全切除，幾乎所有病人都適合保留乳房。有時，外科醫師不建議乳房保留，並不表示切除不乾淨，而是因為手術後，乳房外觀不夠完整。因此，原發腫瘤太大或多發性，須要切除太多組織，就比較不適合乳房保留手術。

對於多發性腫瘤，臨床的檢查如細針切片、或乳房核磁共振至為重要。我曾經有一位30歲的病人，因左乳外

側腫瘤確定為癌症而來院治療；但檢查後發現，內側也有一公分的腫瘤。如果此腫塊也確定為癌症，乳房保留手術幾乎不可能。對年輕女性而言，乳房保留與否，牽涉自我形像與將來交友的機會。經由細針切片與乳房核磁共振檢查以後，我們確認癌症只有一個，其他腫塊為良性，因此，可以安全的保留乳房。



相對於乳房整個切除，乳房部分切除造成的外觀不完美，不一定是完全不能接受的情況。

有時候，相對於乳房整個切除，乳房外觀不完美，不一定是完全不能接受的情況。有些病人擔心保留乳房會有較高的復發率。但醫學研究顯示，經過20年的追蹤，乳房保留與整個乳房切除的療效幾乎一樣。最近美國及荷蘭的全國性統計資料顯示，保留乳房的病人甚至有更好的生存機會。我們的乳癌資料庫也顯示同樣的結果。



保留腋下淋巴系統的目地，在避免淋巴結完全清除後手臂麻木及上肢水腫的副作用。合適對象為腋下淋巴結沒有轉移的病人；這個可以有手術前的超音波來決定。一般說來，原發腫瘤越大，腋下淋巴轉移的機會就越高，因此就愈不合適保留腋下淋巴系統。

腋下淋巴結沒有轉移，可以用手術前的超音波來決定。



## 保留乳房，誰容易復發？

乳房部分切除與乳房整個切除，容易復發的因素幾乎一樣。也就是說，乳房保留容易復發的病人，作整個乳房切除也常是易復發的病人。復發的常見危險因素為年輕（小於40歲）、明顯淋巴管侵犯，原位癌太多、及手術切除邊緣不乾淨。年輕病人容易復發是因為病理上常見淋巴管侵犯及原位癌太多。而這兩種因素又是切除不乾淨的主要原因。因為癌細胞長在淋巴管，或乳管內(原位癌)，外科醫師無法從外觀察覺，須要靠病理的顯微鏡檢查。

確定切除邊緣乾淨的方法，是耗時耗力的工作，須要醫療團隊緊密合作。首先外科醫師要把手術切除的檢體，標上前後左右及上下的記號，並塗上不同顏色的染料，以使病理醫師在做顯微鏡檢時知道有問題的方位，以回報外科醫師作進一步手術切除。除此之外，切除的檢體也會送放射診斷科醫師作檢體乳房攝影，以確保乳房攝影所見的鈣化點皆已完全切除。

萬一還有少許切除不乾淨，最新的研究顯示，放射治療的局部加強治療，可以克服切除不乾淨的問題。不過，我認為再進手術室，是比較安全的作法。

乳房保留與乳房完全切除手術，容易復發的因素幾乎一樣。也就是說，容易復發的病人，不管選擇乳房保留或全切，可能都要接受手術後的放射治療。



## 前哨淋巴結切除術是什麼？

最近十年來，外科最大進步是用前哨淋巴切除取代腋下淋巴清除。原理是癌症的淋巴轉移常有前哨站，切除最前哨的淋巴結，如果沒有發現癌細胞，就可以假定其它淋巴結沒有轉移，因此不須進一步清除腋下淋巴結。

偵測前哨淋巴結的方法，是在手術前於腫塊周圍，注射藍色染劑與放射性同位素，上述物質會隨淋巴管回流至淋巴結。因此，染成藍色或是同位素聚集的淋巴結就是前哨淋巴結。外科醫師手術時利用放射性同位素探測器，目視及觸診，就能將這些前哨淋巴結取出。

在有經驗的醫師及團隊作業下，找到前哨淋巴結並順利切除的機會是97-98%。病



理檢驗偽陰性在5-10%之間，也就是說，病理檢查認為前哨淋巴結沒問題，但進一步作淋巴清除，發現有癌細胞的機會是5-10%。因此，找到前哨淋巴結最好的方法是合併放射性同位素、藍色染劑及手術中外科醫師的觸診。長期追蹤顯示，前哨

找到前哨淋巴結最好的方法是合併放射性同位素、藍色染劑及手術中外科醫師的觸診。

淋巴結切除術與腋下淋巴全部清除術，局部復發機會相似，皆為1%。

前哨淋巴結切除術的好處是復元快，手術後沒有內側手臂麻木現象；長期則沒有手臂水腫的問題。但是，外科醫師有一個學習曲線，且背後須要有放射，核醫，病理與統計等多科專家的支持，因此病人必須慎重選擇成熟且合作密切的醫療團隊。

此外，約有5-10%的病人須要第二次手術，因為第一次手術時，病理醫師手術中的檢查認為沒有前哨淋巴結轉移，但手術後的標本作更詳盡的檢查後，卻發現有顯微侵犯的問題，須要進一步的腋下淋巴清除。但最新的研究顯示，並不是有淋巴顯微侵犯就一定要進行第二次手術，必須外科醫師，放射腫瘤科醫師及病人共同決定。

根據和信治癌中心的資料，整個腋下淋巴清除以後，發生手臂淋巴水腫的機會是5-10%，而前哨淋巴切除以後，發生手臂淋巴水腫的機會則小於1%。因此，前哨淋巴切除術是病人最好的選項。



#### 4 聰明病人指南

## 第四章 放射治療

放射治療在乳癌的治療有兩種主要功能，一是保留乳房，二是減少乳房全部切除後局部復發的機會。

乳房保留手術後，拒絕放射治療，復發機會大於40-50%

## 保留乳房的病人，一定要放射治療嗎？

原則上，所有接受乳房保留手術的病人都要放射治療。

只有少數例外，如七十歲以上的第一期且雌激素接受體（Estrogen receptor）陽性的病人，或有其他更嚴重病情的人。

乳房組織是由乳腺管，乳葉及脂肪組成；癌細胞源起於乳腺管及乳葉組織，雖然癌細胞常會形成腫塊，但上述組織並沒有明顯的界限，可以阻止癌細胞擴張。常見的狀態是癌細胞沿著乳腺管或淋巴管漫延。有學者把切下來的乳房，用顯微鏡仔細檢查，發現浸潤的距離可以達主腫瘤外的4公分以上。因此保留乳房治療的原理，就是用手術把主要腫瘤切除；再用放射治療殺死肉眼看不見，可能延著乳腺管或淋巴管漫延的殘餘癌細胞。

放射線是一種光能，它利用能量殺死癌細胞。經過長期的研究，乳房保留手術再加上放射治療，10年乳房復發機會小於10%。但如拒絕放射治療，10年復發機會則約40%-50%以上。

## 乳房全部切除，就不用放射治療嗎？

有些人有錯誤想法，以為乳房全部切除，就不會局部復發。事實上，影響局部復發的最重要因子是腋下淋巴結轉移數目。數目越多，局部復發機會就越高。其它危險因子還有，腫瘤大小，年紀、淋巴管侵犯，及雌激素接受體狀態 (ER status)。

因此，有些病人即使接受了乳房全切除手術，還是須要放射治療。大部份的腫瘤專家都同意，原發腫瘤大於五公分，或腋下淋巴結轉移大於等於四顆的病人，須要手術後的放射治療。

乳房全切除後，腋下淋巴結轉移小於四顆的病人要不要放射治療？在腋下淋巴結轉移小於四顆的狀況下，復發的危險因子包括腋下淋巴結1-3顆感染，年輕（小於40歲）、淋巴管明顯侵犯，及雌激素接受體陰性。我過去的研究，發明了一種簡單好記的四分位危險預測法；有一項危險因素就得一分，五年復發機率約是7.5%。有兩項危險因素得二分，復發機率則提高為15%。

依此類推，得分越高，復發機率越高，越須要手術後的放射治療。因此，復發風險大於15%，我會建議病人做放射治療，可以把局部復發風險降到5%以下。

### 乳房全切除後，腋下淋巴結轉移小於四顆的病人，有下列兩項危險因

- A. 腋下淋巴結1-3顆感染
- B. 年輕（小於40歲）
- C. 淋巴管明顯侵犯
- D. 雌激素接受體陰性

核對答案

對於腋下淋巴結轉移四顆或以上的病人，已經有足夠資料證明，腋下淋巴結轉移四顆或以上的病人，放射治療不僅可以減少局部復發，也可以同時減少遠處轉移的機



會。根據統計，每減少四位病人局部復發，就可以減少一位病人遠處轉移。

一般估計，腋下淋巴結轉移四顆或以上的病人，局部復發的機會是25-30%以上。放射治療非常有效，可以把復發率降到10%以下。

最新基因研究顯示，我們可以使用病人的腫瘤組織，分析其基因表現的生物特性，用於界

定病人復發的風險。用這個方法，可以找到低風險病人，避免過度治療，也可以找到高風險病人，給予手術後的放射治療。

放射治療務必確定心臟不在放射治療的範圍。

## 放射治療的注意事項

放射治療的時機，一般都在化學治療後。

只有少數狀況例外，如手術邊緣陽性，或腋下淋巴結轉移非常嚴重才會考慮提早放射治療。

因此，病人接受放射治療時，一般皆已完成化學治療。現代的化學治療常含有 Adriamycin (俗稱小紅莓)或標靶治療的 Herceptin (學名trastuzumab)。這兩類藥物的副作用主要為心臟毒性；合併使用時，發生嚴重心臟衰竭的機會約1-3%。如果加上放射治療照射心臟，則會雪上加霜。幸運的是，現代放射治療可以精確避開心臟。所以在治療前，務必確定心臟不在放射治療的範圍。現代的放射治療也會計算肺部受放射治療的影響。一般說來，治療側的肺部，如只治療乳房，範圍應該控制在10%以下；如治療乳房及附近淋

巴結，肺部照射應該控制在20%以下，才不致造成放射線肺炎。

現在已經有很多的技術可以避免放射治療照射到心臟組織。例如要病人治療時深呼吸，或者在病人治療時，做一個讓病人斜躺的固定床，讓病人心臟離開胸壁，治療時心臟就會遠離照射範圍。





5 聰明病人指南

## 第五章化學治療

輔助性化學治療的目的再預防遠處轉移

除了原位癌、第一期上（腫瘤小於0.5公分）及第一期中（腫瘤0.6-1公分且分化良好），大部份的乳癌病人皆要接受化學治療。

影響遠處轉移，最重要因素是 (1) 淋巴結轉移，(2) 年輕病人（小於40歲）、(3) 腫瘤分化惡性度，(4) 腫瘤大於2公分，及 (5) 動情素接受體陰性等 (estrogen receptor, ER negative)。

## 影響遠處轉移的因素

遠處轉移一般很少有機會長期存活，因此手術後預防轉移是治療上很重要的策略。

影響遠處轉移，最重要因素是淋巴結轉移，如果腋下淋巴結轉移，除非身體不許可，幾乎確定須要化學治療。其它影響轉移的危險因素還有年輕（小於40歲）、腫瘤分化惡性度，腫瘤大於2公分，及動情素接受體(estrogen receptor, ER)陰性等。對於沒有腋下淋巴結轉移的病人，考慮要不要化學治療時的因素，就須考慮上述四種因素。

腫瘤的基因分析，至少可以把乳癌分為三大類；一是HR陽性（荷爾蒙接受體陽性，也就是ER或PR陽性），二是HER2陽性（可以是HR陽性或HR陰性），第三類是三陰性乳癌。這三種癌症，臨床表現及治療上，有很大的不同。HR陽性的乳癌，一般生長速度較慢，病程較長。其生長受女性荷爾蒙的刺激，因此治療上須使用荷爾蒙阻斷劑，如Tamoxifen（泰莫西芬，學名三苯氧胺）或芳香環轉化酶抑制劑（Aromatase inhibitor）。但HR為弱陽性，臨床表現則較像HR陰性的乳癌。或是腫瘤分化不好的病人，生長速度較快，化學治療可能是必要選項。

腫瘤的基因分析，可以把乳癌分為三大類；一是HR陽性（荷爾蒙接受體陽性），二是HER2陽性（可以是HR陽性或HR陰性），第三類是三陰性乳癌。

HER2陽性（人類表皮細胞接受體陽性）的乳癌病人，一般認為惡性度較高，化學治療需要用上 Adriamycin（俗稱小紅莓）或Taxol（太平洋紫杉）/Taxotere（歐洲紫杉醇）。標靶藥物目前有，Herceptin（學名trastuzumab），Perjeta（學名pertuzumab）或Tykerb（學名Lapatinib），KADCYLA（學名T-DM1）可以使用。

三陰性乳癌，一般認為惡性度較高，需要使用化學治療。十年後還存活的比率，第一期病人與其他乳癌亞型並沒有太多的分別。



第一期乳癌亞型  
十年無復發率：  
和信治癌中心醫  
院2016年文獻發  
表資料 (JCRP  
2016)

乳癌亞型	病人數	五年無復發率	十年無復發率
HR陽性, HER2陰性, 非高惡性	707	96.8	90.9
HR陽性, HER2陰性, 高惡性	114	87.8	81.7
HER2陽性	272	92.9%	92.9%
三陰性	171	93.0%	91.1%





## 6 聰明病人指南

# 第一期乳癌

原發腫瘤小於2公分且腋下淋巴結沒有轉移稱為第一期

原發腫瘤小於2公分且腋下淋巴結沒有轉移稱為第一期。十年存活率（十年後還存活的比率）為90%（和信治癌中心2010年年報）。文獻記載，第一期乳癌手術後不作化學治療，十年存活率約為70-80%；也就是說約有70-80%的病人不須要化學治療也可以存活十年以上。因此，很多的醫師及學者想找出這群病人，以減少化學治療的副作用。

簡易分類法，分HR陽性及陰性兩種乳癌。HR陽性的病人，手術後使用荷爾蒙阻斷劑，如Tamoxifen，可以把復發機會減少一半，即使不作化學治療，十年存活率就已經到達85-90%以上。至於HR陰性的病人，除非原發腫瘤小於1公分；否則一般都須要化學治療。

然而，還有很多灰色狀態，比如HR弱陽性，細胞惡性度高，或年紀較輕的病人。這些因素會影響復發機率的估算。對病人而言，最好知道醫師對風險的估算。每一位醫師估算的風險可能不同，而每一位病人對風險的承擔也不一樣。唯有知道可能復發的風險，才能作出審慎的決定。

近年來，乳癌的研究發現了控制人體上皮生長的基因(HER2 gene)，這個基因控制了細胞的生長、分裂、及修復。它控制及指揮的蛋白質就叫人體上皮生長因子接受體-2 (HER2)。HER2的過度表現(over-expression)，約佔所有乳癌病人的五分之一，其動情素接受體(ER)也常常是陰性。因此，HER2基因的過度表現與腫瘤的復發有關。現在有好幾種標靶治療藥

物，如 Herceptin (學名trastuzumab) 專門針對這種HER2過度表現的腫瘤。

第一期病人要不要使用Herceptin，有點見人見智，原則上，如果化學治療，就可提高病人生存率到90%以上（我們的資料是93%, page 35），我傾向不建議使用；因為併用Adriamycin及Herceptin可能帶來1-3%心臟衰竭的風險。如果不選用Adriamycin，紫杉醇併用Herceptin也可以得到不錯的結果。這個時候，治療費用是主要的考量。





我們已經發展出一套基因檢測方法，可以分辨高復發風險，及低復發風險病人。利用腫瘤組織，檢驗其18個基因的信息RNA表現量，可以了解腫瘤的生物特性，幫助病人選擇適當治療。







## 7 聰明病人指南

# 第二期乳癌

乳癌第二期是指原發腫瘤介於2到5公分，或腋下淋巴結一到三顆轉移的病人。根據和信治癌中心醫院，2,100人的追蹤資料，五年存活率為91%，十年存活率（十年後還存活的比率）為81%。



## 8 聰明病人指南

# 附錄 作個聰明病人

## 癌症病人的診斷及治療表

當你被診斷為癌症病人後，在渡過了恐慌的懼怕之後，你的主治醫師會給你一些如何治療癌症的建議，以下的表格會幫忙你收集及整理各種診斷與治療方式的資訊，並讓你做好治療前的準備

注意事項	資訊紀錄
1. 主治醫師的資料及專長（可在醫院網站尋找）	
2. 其他共同參與治療的醫師之資料及專長	
3. 診斷：腫瘤的種類及位置	
4. 臨床診斷	
(1) 期別	
(2) 血液檢查結果	
(3) 影像檢查結果	
5. 病理診斷	
(1) 期別	
(2) 組織切片檢查結果	
6. 癌症的治療方式	
(1) 外科手術	
手術的範圍及方法	
住院天數	
副作用（短/長期）	
預期結果（治癒率）	
(2) 放射治療	
治療的身體部位	
治療的總劑量	
治療的天數	
副作用	
預期結果	
(3) 化學治療	
使用的藥劑名稱	
治療的天數	
需要住院嗎？	
副作用	
預期結果	
(4) 合併治療	
不同治療法的先後順序	
(5) 臨床試驗	
如各種新藥劑及新儀器的使用	
7. 治療方式的綜合結論	
8. 最後決定採用的治療方式	

# 人類表皮細胞接受體 (HER2)

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat.

---

## 詞彙表相關字詞

將相關字詞拖到此處

---

索引

尋找字詞

# 乳癌 BREAST CANCER

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat.

---

## 詞彙表相關字詞

將相關字詞拖到此處

# 病理

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor  
ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exerc  
lamco laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat.

---

## 詞彙表相關字詞

將相關字詞拖到此處

# 細針切片

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor  
ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exerc  
lamco laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat.

---

## 詞彙表相關字詞

將相關字詞拖到此處

# 雌激素接受體 (ESTROGEN RECEPTOR)

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat.

---

## 詞彙表相關字詞

將相關字詞拖到此處