

乳癌的介紹與治療

黃仁聖（基隆長庚醫院 血液腫瘤科主任）

本文部份內容已於 News98電台7月12日晚上播出

曾嶽元：歡迎大家收聽，我們今天邀請的來賓是基隆長庚醫院血液腫瘤科主任黃仁聖醫師，討論的主題是「乳癌（breast cancer）的介紹與治療」。黃主任可否請您介紹一下乳癌有多常見。

黃仁聖：曾主任您好，各位聽眾大家好。根據統計，乳癌是「全國女性癌症好發率」的第一位，每年大約有8900個新增病例，代表平均每天大約有24個人罹患乳癌。不過乳癌的死亡率，卻僅佔「全國女性十大主要癌症死因」的第四順位，每年大約有1700人死於乳癌。病患經診斷為乳癌是所有癌症當中數量最多的，但是經過治療之後，死亡率則降低至第四位，這個數據代表乳癌的治療是相當有成效的。

曾：是否可以請黃主任介紹一下，乳癌的分期跟腫瘤大小有什麼關聯？

黃：乳癌期數的判定，考慮的因素有三種：第一，腫瘤大小及其相關狀況，簡稱T；第二，淋巴結（lymph node）是否有轉移以及轉移的數目及位置，簡稱N；第三，是否有遠處器官轉移，又稱M，經由

上述三者的綜合判斷，來決定乳癌的分期。基本上腫瘤小於二公分且沒有淋巴結轉移，則屬於第一期；腫瘤介於二至五公分，或腫瘤小於二公分且有淋巴結轉移，皆屬於第二期；若腫瘤超過五公分且有淋巴結轉移，則屬第三期；而第四期則是癌細胞已轉移至其他器官了。

曾：一般乳癌的治療主要是針對乳房裡面的腫瘤，開刀切除就好嗎？

黃：乳癌的治療以手術切除為主。但除了很早期的乳癌（T1a）外，不能單靠局部性治療（local treatment），而須有全身性治療（systemic treatment）的觀念。以下有幾個治療經驗可以證實乳癌是屬於「全身性治療」的疾病：第一，即使早期發現早期開刀，乳癌復發率以及轉移率與其他癌症相比仍偏高；第二，在罹患乳癌病人的血液中，容易發現循環性的癌症細胞；第三，為乳癌患者執行全身性治療後，無論是癌症復發率、癌症轉移率或存活率都會顯著改善。所以只要腫瘤超過一公分大小，我們都會給予全身性的「輔助性治療（adjuvant therapy）」；如果是惡性度高的腫瘤，只要超過0.5公分，除了開刀外也會給予輔助性治療。

通訊作者：黃仁聖 醫師

電話：886-2-2432-9292 ext 2360

傳真：886-2-2431-5273

地址：204 基隆市基金一路208巷200號

電子郵件：liting@adm.cgmh.org.tw

曾：所以說，雖然乳癌是長在乳房裡面，但是發現乳癌時，很有可能癌細胞已經經由血液到處流竄了，所以要當作是全身性的疾病來治療，請問是這個意思嗎？

黃：是的，以過去的病例和文獻，乳癌治療團隊都已經有這個共識了。

曾：我做個簡單的整理。如果腫瘤超過一公分以上就要積極治療。雖然一公分好像不是很大，但經過科學家計算，直徑一公分的腫瘤裡面大約有十億個癌細胞；所以直徑0.3公分的腫瘤，大概有一百萬個癌細胞。因此，雖然腫瘤看起來直徑很小，摸起來也不是很大，但裡頭的癌細胞數目已經很多了。這麼多癌細胞一定會有些擴散到血液中，因此剛剛黃主任也有提到，當乳癌腫瘤超過一公分以上就一定要積極治療。接著是否可以請黃主任介紹一下乳癌的手術？

黃：乳癌手術主要分成幾種；第一是「單純乳房切除手術（mastectomy）」，僅切除全部的乳房組織；第二為「改良式根除性乳房手術（modified radical mastectomy）」，這是傳統的手術方式，會切除全部乳房並清除腋下所有淋巴結，主要缺點是為了淋巴結的全切除，較易導致手臂水腫、麻木等副作用，嚴重時甚至手臂運動也會受到影響，再來會因為手術後，身型變化大，有的人會搭配乳房重建手術（breast reconstruction）；第三就是目前比較流行的「乳房保留手術（breast conserving surgery）」，此種手術方式，會為維持乳房的外觀，進行部份乳房組織切除並清除淋巴結，在術後會搭配「放射線治療（radiotherapy）」，以降低復發的情形發生。

曾：乳房保留手術和改良式根除性乳房手術的差異在哪裡呢？

黃：乳房保留手術施行的時機：第一，傾向於年輕女性；第二，腫瘤小於三公分；第三，腫瘤的位置不靠近乳暈；第四，病人未曾接受過放射線治療。因為保留性手術必須搭配做放射線治療，若以前已接受過放射線治療，新的放射性治療會對身體造成輻射過量的副作用；第五，未懷孕。在執行保留性手術後，必須與醫生密切配合，方能有效控制癌細胞。若病人本身年紀大，不在意乳房外觀，只想將腫瘤徹底去除，且不願再做放射線治療，此時就可以做改良式根除性的乳房切除手術。

曾：在乳癌手術中可能會切除腋下淋巴結，不過這麼做帶來的副作用很大，有更細膩的方法嗎？

黃：目前可以透過前哨淋巴結（sentinel lymph node）檢查，來確認腫瘤細胞是否有侵犯到淋巴結，用以決定是否要做淋巴結的廓清手術，或是只做前哨淋巴結切除術（sentinel lymph node dissection）。我先說明一下何謂「前哨淋巴結」，當乳癌細胞轉移到腋下淋巴結時，第一個經過特定區域的淋巴結，我們就稱為前哨淋巴結，可為一顆或是二至三顆淋巴結所組成。檢查的方式是在腫瘤上方，注入同位素或顯影劑，藉由染色就可以確認前哨淋巴結的位置，可以明顯確知應摘除的淋巴結數量。如果癌細胞未擴及前哨淋巴結，我們就不用再做淋巴結的廓清手術。而執行前哨淋巴結切除術的適當時機，必須為早期乳癌、腫瘤小於三公分、或是檢查腋下淋巴結時發現未腫大且摸不到，就可先做前哨淋巴結的摘取，若病理科醫師認為沒有轉移，則可不再做其他淋巴結摘除手術。若是在觸診時，淋巴結腫大且可以觸摸得到，就不需再做前哨淋巴結檢查，因癌細胞已經明顯擴及淋巴結，此時除了選擇手術切除外，也可考慮先施行手術前輔助性的化學治療後，再施行手術。

曾：所謂的前哨淋巴結檢查，就是從乳房注入藍色顯影劑或同位素，注入後會隨著血液中的淋巴管流到腋下淋巴結，模仿癌細胞跑到腋下淋巴結的路線，有染到藍色顯影劑或是同位素的就是前哨淋巴結，這些就是最有可能為癌細胞的第一個落腳之處。若前哨淋巴結未受癌細胞侵犯，則不需花工夫將腋下淋巴結通通切除掉，以免造成後遺症，是這個意思嗎？

黃：是。

曾：剛剛有提到放射線治療，請問什麼時機要做放射線治療？會針對什麼位置執行治療呢？

黃：放射線治療分成兩種，第一為輔助性放射線治療，適用於乳房保留手術術後、腫瘤超過六公分或是受侵犯的淋巴結超過三顆以上。執行乳房保留手術的患者，會針對乳房位置執行放射線治療，如果癌細胞侵犯多顆的淋巴結時，則會針對鎖骨的位置執行放射線治療。第二種是緩解性放射線治療，適用於癌細胞轉移至骨頭或大腦時，為減緩骨頭疼痛，脊椎壓迫或降低腦壓等症狀。

曾：所以一旦發現乳癌，我們就要積極治療。請問除了手術和放射線治療之外，還有哪些治療方式呢？

黃：乳癌的治療一般是開刀加上輔助性治療，而輔助性治療包括荷爾蒙治療（hormonal therapy）、化學治療（chemotherapy）以及放射線治療。輔助性化學治療可分為術前及術後兩種，若腫瘤太大或受癌細胞侵犯的淋巴結很多，可先執行手術前輔助性化學治療，讓腫瘤變小、受癌細胞侵犯的淋巴結減少，最重要的是可以先降低血液中已轉移的癌細胞。當血液循環中的癌細胞被去除，且腫瘤縮小、淋巴結減少，癌細胞控制得當時，對於年輕女性即可執行乳房保留手

術，以保留乳房的美觀。而術後化學治療多用於停經前婦女或停經後婦女，但荷爾蒙接受體陰性者；而只要有淋巴結轉移者，大都建議須作術後輔助性治療，而所有荷爾蒙接受體陽性者，都須作輔助性荷爾蒙治療。

曾：關於乳癌的化學治療，在看門診時醫師可能太忙無法解釋得很清楚，現在很多人會用小紅莓（doxorubicin）、紫杉醇（paclitaxel）等做治療，您是否可以在此做個介紹？

黃：小紅莓是一種可以抑制DNA鏈結合的化學治療。小紅莓對於年輕女性來說是輔助化療的第一線，缺點是會掉髮、骨髓抑制較強烈或是嘔吐等副作用。依健保規定，如果癌細胞沒有侵犯淋巴結的化學治療方式為：施行六次以小紅莓為主的多種化學治療；若癌細胞已侵犯到淋巴結之治療方式為：可施行四次小紅莓為主的多種化療及四次紫杉醇治療。因為小紅莓副作用較大，所以不會同時執行放射線治療。而紫杉醇是抑制癌細胞有絲分裂，副作用沒有像小紅莓那麼劇烈，在四次治療中，可配合輔助性放射線治療，而其副作用會引起神經病變或水腫。

曾：最後，請黃主任幫我們簡單說明一下什麼是乳癌的標靶治療（targeted therapy）？

黃：化學治療無法辨認正常及癌症細胞，所以在消滅癌細胞的同時，也會攻擊正常細胞，而標靶治療只會針對特定的癌症細胞進行攻擊及抑制。而標靶藥物的治療時機，主要是跟第二型人類表皮生長因子受體（human epidermal growth factor receptor 2; HER2）陽性有關係，約有四分之一的乳癌病人是屬於這個族群，這群病人對只做輔助性化學治療或荷爾蒙治

療後仍容易復發，所以建議加上輔助性標靶藥物治療，而一般用於乳癌的標靶治療藥物主要是賀癌平（trastuzumab）（針劑）和泰嘉錠（lapatinib）（口服）兩種藥物，二者跟化療或荷爾蒙併用，皆可減少復發或增加治療效果，對於上皮生長因子第二型接受體陽性且有淋巴結轉移者，健保已有給付一年的賀癌平輔助性標靶治療。

聽眾：主持人好、黃醫師好！請問乳癌可以預防嗎？乳癌若無法預防，需要多久做一次乳房篩檢比較好呢？

黃：說到乳癌的預防，必須先提到哪些是乳癌的高危險份子。通常是本身曾罹患乳癌，就會比一般人多出四倍的機率再次罹患乳癌。或者是您的母親、姐妹中有乳癌的病史，罹患乳癌的機率也比較高。其他的高危險份子，如：曾罹患卵巢癌（ovarian cancer）、子宮內膜癌（endometrial carcinoma；endometrial cancer）、有服用口服避孕藥的習慣、未懷孕、未曾哺乳、停經後補充荷爾蒙超過五年以上，這也是高危險群份子。針對高危險族群，目前健保提供年齡介於45歲至69歲的民眾，每兩年可以做一次乳房攝影的檢查，若本身是乳癌的患者，則每年可以做一次乳房攝影的檢查。若是比較年輕的高危險族群，可以每年做一次乳房的超音波檢查；當乳房的超音波發現有硬塊，可以改為每半年追蹤一次。在這些高危險族群中，最重要的預防工作就是飲食控制，要少油少脂，因為油和脂肪與荷爾蒙生成有關，且要維持良好的運動習慣，每週至少運動四小時，運動可以減少荷爾蒙生成，而體內過多的荷爾蒙都會增加乳癌發生的機會。高危險群份子需懂得飲食和運動控制，以及乳癌自我檢查，並定期到醫院追蹤，這就是最好的預防之道。

曾：剛剛黃主任有提到乳癌的高危險份子，說得非常清楚。我來簡單做個整理，基本上可以去思考什麼因素會讓我們得到乳癌？簡單來說，可以從二個層面來看，第一個是來自於基因。基因是來自於上一代，可以來自於母親這方，或者是來自於父親那方，因此，不是只有阿姨得乳癌，自己才會增加得乳癌的機率，就連姑姑那邊如果得到乳癌，也會增加得乳癌的機率。因為乳癌的基因不是性聯遺傳，而是體染色體遺傳。家族中只要有乳癌的基因，不論是雙親哪一邊家族的基因，都有可能將乳癌的基因傳給下一代。若家族都沒有這個問題，就不必擔心基因的問題，或者是遺傳性的問題。再來就是後天的因素，主要是來自於雌性素（estrogen），也就是女性荷爾蒙。女性荷爾蒙愈高、愈持久，對於乳癌的刺激就愈大，就愈容易造成乳癌。因此若女性初經期來得很早，停經來得很晚，那麼乳腺細胞一輩子中就有很長的歲月泡在女性荷爾蒙中，那麼得到乳癌的機率就會比別人高。而女性生小孩後會泌乳，此時女性荷爾蒙會停止分泌，因此若生產頻率高（小孩生愈多），那麼得乳癌的機率就愈小。反過來看，例如修女或尼姑，一輩子都不生孩子，得乳癌的機率就會相對提高。荷爾蒙的分泌並不是我們可以控制的，不過可以從油脂方面來影響。一般來說比較胖的女生，女性荷爾蒙會比較高，若從乳癌的預防觀點來看，就會比較不好，但是我們也不是為了乳癌來減肥，而是因為減肥其實有許多的好處。另外一個因素是很多人都很好奇的，抽菸喝酒會不會有影響？到目前為止，發現喝酒的確會讓女性荷爾蒙稍微提高一些。國外有針對每週喝很多酒以及少喝酒的護士小姐做研究，確實發現酒喝比較多的護士小姐得乳癌的機率比不喝酒的護士小姐要來的高一點。整體來說，女性荷爾蒙和基因遺傳是影響乳癌的重要因素。

聽眾：二位醫師您們好！我想請教三個問題，第一個問題是乳房攝影可以用核磁共振顯影（magnetic resonance imaging; MRI）來取代嗎？第二個問題是關於荷爾蒙的藥物治療必須吃多久？最後的問題是荷爾蒙的治療會不會造成婦女的骨質疏鬆或另外產生什麼副作用？

黃：乳房攝影是比較便宜，核磁共振顯影費用比較昂貴。而乳房攝影和核磁共振各有所長，乳房攝影可以用於一般的篩檢，但是核磁共振顯影相較於乳房攝影的優點，在於乳癌病人有20%至30%為多發性的病灶，而多發性的病灶利用核磁共振顯影會比乳房攝影更精準的分辨清楚。另外就是如果曾有乳癌並已開過刀的病人，之前傷口的組織已經結痂了，對於結痂的組織和乳癌復發的組織，如果利用核磁共振顯影能夠更清楚的分辨。再來是核磁共振顯影可以檢測到對側性的乳癌，通常有5%至17%的病人，對側同時有乳癌，有時候不容易檢查出來，所以核磁共振的好處就在這裡。不過之所以沒有被推廣的原因是因為核磁共振實在太貴了，不可能利用核磁共振顯影來作為乳房的篩檢。乳房攝影的好處是可以找到顯微性的鈣化點，若顯微性鈣化點呈現密集非常不規則性，就須再進一步的檢查。另一個乳房攝影的好處是，乳房攝影可以看出乳房的緻密度，如果乳房組織緻密度高的人，罹患乳癌機率會比較高。建議年輕的女性可做乳房超音波檢查，一方面檢測乳癌，另一方面可以做乳房囊腫的追蹤。

在荷爾蒙的治療方面，大部份第一線用藥為泰莫西芬（tamoxifen），需持續治療五年。根據統計，針對停經前的婦女使用泰莫西芬錠的治療效果，可以減少45%的復發率，增加32%的五年存活率；若針對停經後婦女，則可減少約55%的復發率，增加32%的存活率。如果是針對停經前的荷爾蒙治療也有另一種

選擇，即是使用性腺激素類似物的釋放素針劑，每個月施打一次，療程為二至五年。而停經後婦女的另一個荷爾蒙治療選擇是芳香環轉化酶抑制劑，這個藥物最近極受重視，因為它是近三十年來治療效果優於泰莫西芬錠的荷爾蒙治療藥物。依健保給付規定，當停經後的乳癌患者淋巴結已受癌細胞侵犯，則可選擇芳香環轉化酶抑制劑（aromatase inhibitor）來做荷爾蒙治療。若是癌細胞未侵至淋巴結的停經後患者，則以泰莫西芬錠執行荷爾蒙治療。而芳香環轉化酶抑制劑的副作用，會造成骨質疏鬆或者是肌肉酸痛、骨頭疼痛，所以必須補充鈣片或維他命D；而泰莫西芬錠的副作用包括靜脈栓塞、臉部潮紅，最擔心的是子宮或陰道出血、子宮內膜癌的發生、子宮內膜增厚等，所以乳癌病患治療後，每年也須至婦產科追蹤檢查。

聽眾：主持人您好，黃醫師您好！我有三個問題想詢問黃醫師。第一個問題是黃醫師是基隆地區的名醫，黃醫師的門診常常爆滿，掛號十分不易，想請問黃醫師是否考慮增加診次？第二個問題是男性會不會得乳癌？需不需要定期做檢查？第三個問題是基隆地區有沒有正子檢查？對乳癌是否有幫助？

黃：原則上醫院不會拒絕病人，您到現場掛號就一定可以掛得到號。至於正子檢查的部份，在基隆長庚醫院的癌症中心就有正子攝影（positron emission tomography; PET）。正子攝影是目前最精準的乳癌的檢查技術，可以辨別出葡萄糖的代謝狀況，而癌症細胞的葡萄糖代謝反應會比較明顯。當您有一公分左右的顯微轉移的時候，若以其他如骨頭掃描、電腦斷層攝影或者是核磁共振等檢查方式，有可能無法辨別出有異常狀況，但正子攝影則可以明顯辨識出。所以當我們幫病人治療，覺得已經完全緩解了，療程是不是

該停了？這時候就可以考慮做正子攝影，可以提供我們更多的資訊，來評估看看是否有轉移或復發。

而男性也會得乳癌，但機率不大，基本上小於5%。有時會分不清楚是男性乳癌還是男性女乳化。門診常常會碰到國、高中生在發育時，摸到兩邊乳房狀況不一樣，雖然乳房有硬塊，但此時是乳腺發育期，所以多為良性。不過要如何區別是良性和惡性呢？如果摸到硬塊且有慢慢變大的趨勢就必須儘快就醫。男性乳癌和女性乳癌一樣，通常都跟荷爾蒙有關係。其注意事項和預防方式都與女性相同，但要特別注意，男性女乳化和男性乳癌必須做區別診斷。

聽眾：我做超音波檢查發現副乳淋巴結下面有水泡，這是代表什麼呢？

曾：先解釋一下，淋巴水泡為一個淋巴結裡頭的囊腫（cyst），而囊腫的定義就是良性。接下來請專家來為我們解答。

黃：通常淋巴結裡面不會有水泡，除非淋巴結裡頭有細胞壞死或發炎。大部份是副乳囊腫，但這種囊腫多為良性的，可以自我檢查，當有變大或變硬時，才需要進一步檢查。原則是半年再次追蹤，若沒問題則一、兩年定期做檢查就可以了。

聽眾：原本醫師說三個禮拜做一次化療，但因大醫院病床比較難排，因此延後到第四或第五個禮拜做治療，這樣是否會有什麼影響呢？

黃：您可以跟醫師討論一下，是否一定要住院做化療，可否改為門診化療。如果您無法忍受化療的副作用而一定要住院，基本上療程往後延的時間儘可能不超過一星期。若原本化療頻率為三週做一次，而延一週沒有問題，但延到兩週就會使得治療不完整。萬一

超過兩週該如何繼續治療？基本上會參考之前化療後副作用反應如何，可否增加劑量，或者是重新調整化學治療處方。因此原則上不建議療程延後超過兩個禮拜以上。

曾：今天節目進行到這裡，謝謝黃主任接受我們的訪問，我們下次再會！



生物醫學
BIOMEDICINE JOURNAL