



香港乳癌基金會呼籲婦女關注乳癌。



「外科醫生和臨牀腫瘤科醫生和我商量治療方案，由於我的腫瘤體積不算小，很可能要切除整個乳房，兼且我腋下淋巴都有事，正常

中確認了她除了左乳房外，左腋下淋巴都有癌細胞。患癌已是事實，下一步，是如何治療。

其後在進一步的正電子掃描下確認了她除了左乳房外，左腋下淋巴都有癌細胞。患癌已是事實，下一步，是如何治療。

四

十歲的郭女士，不煙不酒，生活健康正常，未婚的她經常到各國旅遊。月前她在例行身體檢查時，醫生檢查到其乳房有硬塊，經超聲波掃描、乳房X光造影及抽組織檢查後，發現乳房有惡性腫瘤，兼且腋下淋巴亦有癌細胞，情況不樂觀。

◀ 乳癌是香港女士最常見癌病之一。

乳癌治療新發展 術前化療效果佳

乳癌是香港發病率最高的女性癌症，每十七名女性確診中，便有一人有機會在一生中患上乳癌，每天約有九名女性保持健康！面對這種威脅，女士要做的，是定期檢查及保持健康生活，減低乳癌風險。不幸患上乳癌的，近年亦有不少治療新發展，幫助患者渡過難關！

撰文：陳旭英 設計：伍健超

▼ 邱振中醫生說，目前有很多治療乳癌新方案，增加療效及減低復發率。



情況下要切走所有淋巴確保安全，但切除全部淋巴之後會有手腫後遺症。醫生建議我先接受術前化療，希望可以縮小腫瘤，降低要切除的幅度，同時希望殺死淋巴的癌細胞，如果成功，我就有機會毋須切除所有淋巴及保留乳房，減少後遺症……」郭女士說。

積極面對，配合最新的治療方法，是目前最有效對抗癌症之法。不少乳癌患者，在治療後都得到相當好的成效。

年輕患者 大幅增加

養和醫院臨牀腫瘤科專科醫生邱振中說，乳癌患者愈來愈多，根據香港癌症資料統計中心資料，二〇〇四至二〇一三年期間，乳癌新症由每年二千二百餘宗增加至三千五百餘宗。

「當中最要留意的，是年輕患者增幅大，四十五至六十四歲群組，由每年一千一百餘人上升至每年二千〇五十餘人，主要原因為這十年間，這群組的發病率增加了百分之三十，加上戰後嬰兒潮出生的人士開始步入中年。相對六十五歲以上患者

四種常見乳癌類別

乳癌大致可分為乳腺癌或腺體癌兩類，專科醫生診斷時重點在分辨入侵性或非入侵性，前者癌細胞較兇猛，有較大機會擴散，治療亦較困難；後者很多時病人在照乳房X光造影時發現的原位癌，屬早期而未有入侵性，只要做切除手術或電療後就痊癒，復發率低，很多時毋須化療及藥物治療。

除了上述兩類簡單分類法外，現時乳癌分類發展較多元化，不再是在顯微鏡下觀察分辨是甚麼癌細胞那麼簡單，而是利用基因及分子標示等，檢視基因圖譜、當中有沒有荷爾蒙受體、是否HER2型等，以作分類。

在各種乳癌類別中，其中兩類稱為「管腔A型」及「管腔B型」。前者佔總患者人數百分之四十，通常荷爾蒙標示很高，對荷爾蒙治療反應良好。這類患者預後亦較好。

管腔B型佔總患者人數百分之二十，荷爾蒙指標雖然亦高，但比前者略低，KI67標示值非常高，顯示生長快速，其治療效果不及A型，很多時要進行化療。

第三類是HER2型，用HER2標靶藥能有效對付，佔總患者人數百分之十至十五。

第四類即上述三種標示都屬陰性，簡稱「三陰性乳癌」。這類病人因為不能使用荷爾蒙藥物及標靶藥，治療相對比較困難。

所以特別提醒年長女性，同樣要留意乳癌病徵，如有懷疑應及早求醫。而家人及家庭醫生接見年長女性病人時，亦應提醒

病人在確診乳癌，並進行分類、檢測基因後，專科醫生會進行針對性治療，運用針對性治療，幫助乳癌病人提升日後生活質素，及降低復發率。近年手術及藥物治療都有新發展。

較輕度的療程。」邱醫生說。

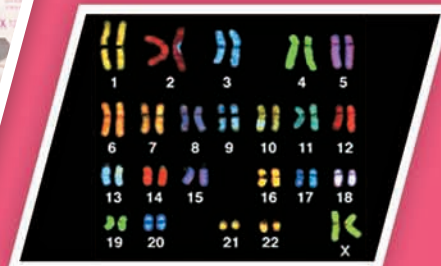
她們留意。

幫助提升生活質素

年長乳癌患者數字都有實質增長。香港乳癌基金會在資料庫中的一萬三千名患者中，有八百六十一名是七十歲以上，很多發現有問題後一年以上才求診。因為確診時已是晚期，故治療效果一般。「老年患者與年輕患者就算同一期數，很多因為身體有其他慢性疾病，或家人不想患者承受太多副作用，只能接受較輕度的療程。」邱醫生說。



▼ 香港每十七名女性便有一人有機會患上乳癌。



▲ 帶有家族性乳癌遺傳基因的婦女，患乳癌機會大增！



「先說手術，最近十年治療

方案發展都是盡量保留乳房，現在診斷技術先進並於術前檢查清楚，故治療方案亦因而有轉變。昔日只做乳房X光造影，現在很多時會為病人照磁力共振、正電子掃描，務求在術前更清楚掌握腫瘤分布；加上外科手術技術更趨成熟，例如局部切除乳房，並且透過整形手術維持良好的外觀。手術期間可以透過檢查前哨淋巴及冷凍切片來判斷是否要做徹底性的淋巴切除，或是可保留淋巴，避免患者日後上肢水腫，帶來不適及影響生活。如患者需要進行全乳切除，可以選擇同時進行乳房重建手術，或日後再做乳房重建手術，令乳房外觀較佳。」邱醫生說。

在藥物治療方面，現在加入術前化療，為病人達到更佳效果才進行手術。邱醫生指在以下情況會做術前化療：「如病人希望保留乳房，但腫瘤相對較大，技術上或不可行，就可在手術前進行化療，先將腫瘤縮小，手術時切除範圍可降低，亦可令術後乳房外觀較佳；另一原因是病人腋下淋巴有早期的擴散，在此情況下外科醫生需要將腋下淋巴連同

術後電療，可以減低復發率。



腫瘤一同清除，如在手術前進行化療，消除腋下淋巴的癌細胞，到正式手術時醫生便毋須切除淋巴，減少病人日後手腫之副作用。」

藥物改良 選擇增加

亦有一些腫瘤如HER2型，術後必定要進行化療，不如術前先做，一來容易觀察腫瘤對化療的反應，二來可以視乎效果而調節化療方案。

「病人在術前先接受化療，

▼術前進行正電子掃描，可掌握乳癌是否有擴散。



▲現時有不同化療藥及標靶藥物供選擇。

腫瘤縮小程度理想，在手術切除時切得清，術後毋須再做化療。又或有些病人在術前化療時發現腫瘤縮小程度欠理想，到手術後再進行化療時便可以選用其他藥物，以求有較佳效果。」

此外亦可用上雙標靶治療，例如HER2型乳癌病人現時可以用上兩種標靶藥，以達到縮小腫瘤效果才進行手術。亦有病人可能因身體狀況不許可，不能立即進行手術，都可以先接受化療控制病情。

乳癌病人術後同樣因應病情或需要接受電療，高風險的病人

而術後亦有較多個案用上雙標靶治療，以達到更佳控制病情效果。「HER2型乳癌標靶藥除了常用的Herceptin外，近年亦有新的標靶藥物選擇，兩者作用機制略有不同，無論術前化療或已擴散的，用兩種藥物比用單一種藥為佳。」

化療加雙標靶藥

「最近歐洲及英國研究發現個別病人電療，可由五、六星期縮短至三至四星期，而每次的劑量稍為調高一些，成效相若。但一些較複雜個案如要電頸部或淋巴的，就不一定適宜縮短療程，醫生會按病人實質情況作出建議。」邱醫生說。

會建議在接受化療後再接受電療。

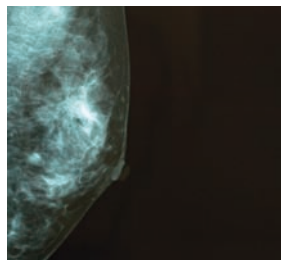
▶ 醫生或會安排患者進行磁力共振掃描，了解癌細胞分布。



· 跨專科乳癌會診 ·

治療乳癌的過程中，牽涉不同專科，為了向病人提供最適切的治疗方案，跨專科乳癌專家小組每周都會舉行臨牀會議，就每一個個案商討及分析，建議最佳的治疗方案。包括是否需要術前化療，手術的細節及乳房重整，以至手術之後需要進行的化療、電療或荷爾蒙治療。

參與的有乳腺外科專家，臨牀腫瘤科專家，病理學專家等等。這一跨專業合作模式，已在歐美大部分地方的醫療系統中實行，並已經證實能為病人提供最佳的治療方案。



▶ 進行乳房X光造影，可檢視乳房是否有鈣化點，可及早發現乳癌。

▶ 各科專家會研究每個個案病情，商討最適合治療方案。



部分患者在化療加雙標靶治療後，腫瘤縮小，在電腦掃描中看不到腫瘤，但不代表乳房沒有殘餘癌細胞，故手術仍然要進行，確保安全。「研究發現如果術前雙標靶化療能將腫瘤消滅，病人在術後的復發率會明顯降低。」邱說。

高風險人士例如有家族乳癌遺傳基因，可以考慮預防性乳房切除手術，亦可選擇服用預防藥物及接受較頻密檢查。

郭女士發覺左邊乳房有惡性腫瘤並有腋下淋巴擴散，醫生建議她接受術前化療加上標靶藥。她接受了化療後腫瘤大幅縮小，影像掃描中發現腋下淋巴腫瘤已消失。她現時已完成術前化療及接受了手術，前哨淋巴檢查亦確認腋下淋巴沒有癌，故醫生為她進行局部乳房切除；由於她在術前已完成化療，現只等候安排電療，之後要服荷爾蒙藥。

「醫生說，如果在二十年前，我要做大手術，將乳房及所有淋巴切除，之後有機會手腫，又要接受化療及電療。我現在已經完成大部分療程，現時只等電療完成後，我便康復在望了！」郭女士說。閱