

## 認識乳癌

乳癌中心 杜世興主任

2007年5月14日更新

### 台灣乳癌現況

根據衛生署九十五年最新公佈資料顯示，乳癌已位居女性癌症發生率第一位（子宮頸癌為第五位），1999年台灣女性乳癌新生個案為4405例，至2003年乳癌新生個案已上昇至5325例，且有逐年增加傾向；此外零~I期早期乳癌發現率遠低於美國，顯示台灣婦女應重視乳癌的篩檢，才能有效早期發現、早期治療。乳房功能主要扮演著泌乳哺育嬰兒及女性第二性徵的表現，其基本構造為乳管 - 小葉 - 腺泡。

### 何謂乳癌？

乳癌是因為乳房乳腺管細胞或是乳小葉細胞產生不正常分裂、繁殖而形成之惡性腫瘤。乳癌除了局部侵犯乳房組織外，更可能轉移到遠處組織，如：肺、骨骼、肝臟、腦等器官，而危害生命安全。

### 乳癌病理

乳房組織主要由乳小葉（負責乳汁分泌）、乳管（乳汁輸送

管道，連接於乳小葉及乳頭間）及脂肪組織、血管、淋巴管所構成；大部份乳癌源自乳管（約佔 80%），小部份來自乳小葉（約佔 10%），極少數乳房惡性腫瘤源自淋巴、血管、脂肪組織。

乳癌從組織學上可區分為原位性乳癌及侵犯性乳癌。原位乳癌大多來自乳管，稱為原位性乳管癌，少部份來自乳小葉稱為原位性乳小葉癌；同樣的侵犯性乳癌也大都來自乳管稱為侵犯性乳管癌；少部份來自乳小葉而稱為侵犯性乳小葉乳癌。原位乳管癌在病理學主要分為乳突狀（papillary），微小乳突狀（micropapillary），篩狀（cribriform），實心型（solid）及粉刺型（comedo）等種類。其中以粉刺型較有演變成侵犯癌傾向，也較易為多發病灶及產生腋下淋巴腺轉移；而且較會在乳房 X 光下以鈣化點呈現。

在國外新發現的乳癌病例中，原位乳癌佔 30% 以上，台灣原位乳癌病例也逐漸增加中。原位乳癌在分期上屬於零期乳癌，其預後極佳。唯臨床上國內一般乳癌發現時期，已屬侵犯癌程度為多，為了早期發現乳癌，乳癌的篩檢工作應廣泛推廣。

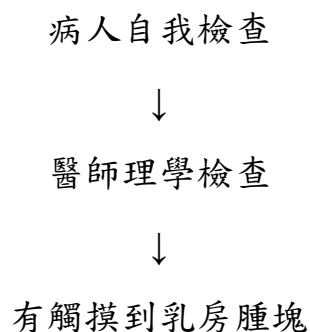
## 乳 癌 診 斷

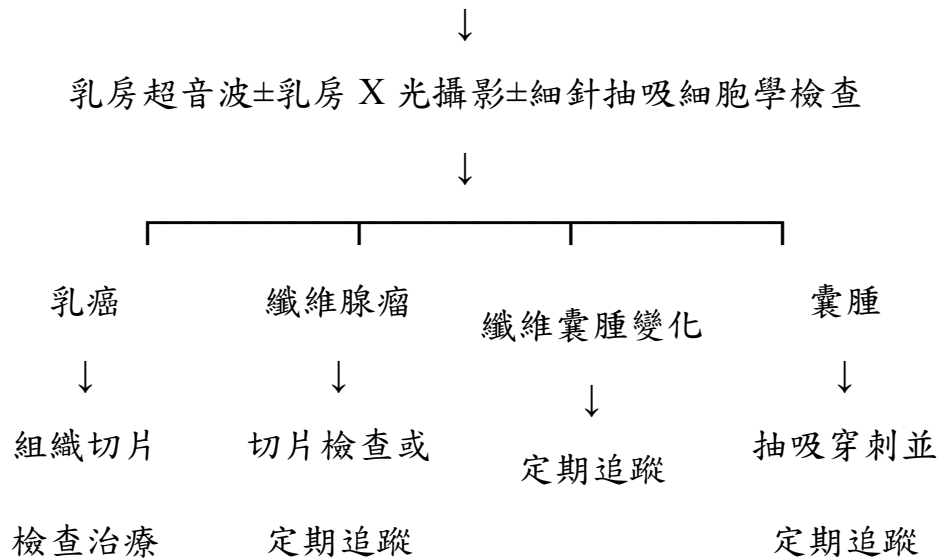
可從病史、觸診、乳房超音波、乳房 X 光攝影、甚至乳房核磁共振影像學檢查等輔助診斷，但上述檢驗僅供參考，確立

診斷必須仰賴病理切片檢查結果方為依據，當然細針穿刺細胞也是檢驗方法之一，準確度高，惟須小心偽陽性（即非乳癌，報告診斷為乳癌）及偽陰性（即事實為乳癌，細胞檢驗結果為正常）之發生，可惜臨床上若細胞學穿刺報告結果顯示乳癌，卻無法區分出是罹患原位乳癌或侵犯乳癌；此時有賴進一步利用粗針核心切片術（core biopsy）或切片手術（excisional biopsy）加以在術前區分。

若在乳房 X 光攝影發現懷疑的微小鈣化點，此鈣化點可能呈現單一小簇狀、不規則形、或多發廣泛分佈；醫生會在乳房 X 光影像下利用針刺定位住懷疑的鈣化點，後經手術切片取出針刺定位處附近組織，再送病理化驗而得知是否為乳癌。此即所謂“針刺定位切片術（needle localization biopsy）”。有時亦可使用立體定位針刺切片（stereotactic needle biopsy），在立體定位切片儀器的引導下，將鈣化點及附近組織取出以化驗良性或惡性。

對於可觸摸到的乳房腫塊，其診斷流程如下：





## 乳癌症狀

乳癌症狀表現可能為

1. 乳癌上任何無痛硬塊或腫瘤。
2. 乳房變形
  1. 突然性兩邊乳房大小不一樣
  2. 兩邊乳頭高低不一樣
  3. 突發性的乳頭下陷
  4. 乳房上有凹陷現象
3. 乳頭有血或其他不正常的分泌物
4. 乳房上有不收口的傷口
5. 腋下有無痛硬塊或腫瘤
6. 乳房皮膚有潰瘍或橘皮狀變化

當然另外零期乳癌(即原位癌)可能無任何臨床上症狀，但卻以

異樣微小鈣化點為表現，在接受乳房 X 光攝影施行乳癌篩檢時意外早期發現。

## 乳癌確定診斷後的檢查

檢查項目依病人期別、病理切片結果及臨床上轉移的懷疑度而異；常規檢查包括胸部 X 光（懷疑是否有肺部轉移）、血液檢查（若貧血則懷疑有骨髓受侵犯）。骨骼掃描（bone scan）則當病人臨床上懷疑因轉移導致骨骼疼痛或血液檢查有異常（如：貧血或鹼性磷酸<sup>?</sup>上升）或非早期乳癌患者才檢查。電腦斷層檢查：當症狀或期別上懷疑有遠處轉移顧慮時而施行，對大部份早期乳癌（0、I、II 期）並不需要電腦斷層檢查。腹部超音波則當有懷疑肝臟轉移（如：GOT、GPT、Bilirubin、Alk-p、的上升）或卵巢轉移而檢查。核磁共振造影檢查：特別對腦部、脊髓或某些特定骨骼轉移之慮而施行。血中 CEA、CA153 的上升則懷疑有遠處轉移之慮。上述檢驗有助於醫師做治療的決定，但並非每一個病人均須接受一致性的檢查項目。

## 乳癌的分期

分期常採依腫瘤大小，淋巴腺轉移程度及是否遠處轉移（即 TNM 分類系統）分 0、I、II、III、IV 期；一般依據（American Joint Committee of Cancer）系統：

0 期:原位乳癌，含乳管原位癌及乳小葉原位癌。

I 期:腫瘤小於或等於 2 公分，無淋巴腺轉移。

II 期: II A:腫瘤小於 2 公分，淋巴腺有轉移；或腫瘤介於 2-5 公分，無淋巴腺轉移。

II B:腫瘤 2-5 公分，淋巴腺有轉移；或腫瘤大於 5 公分且淋巴腺無轉移。

III 期: III A:(1)腫瘤大於 5 公分，淋巴腺有轉移。

(2)腫瘤小於 5 公分但腋下淋巴腺彼此連黏，或腋淋巴周圍組織發生連黏。

(3)腫瘤小於 5 公分，發生 4~9 顆淋巴腺轉移。

III B:癌塊侵犯胸壁或胸壁皮膚受乳癌侵潤。

III C:不論腫瘤大小，但發生多於 10 顆以上淋巴腺轉移，或同側腋下及內乳淋巴結(internal mammary node) 轉移或鎖骨上淋巴腺轉移。

IV 期:任何腫瘤大小，但有發生遠處轉移(如:肺、肝、骨骼、腦部等)。

## 乳癌的治療

A)手術治療

B)放射線治療

C)化學治療

## D) 荷爾蒙治療

手術治療方式主要有：

### 1. 改良型乳房根除術 (Modified Radical Mastectomy; MRM)

是侵犯性乳癌目前常使用之術式，手術範圍包括切除全部乳房、乳頭併施行腋下淋巴腺清除術；此術式對身體外型上及身心上有較大影響，改善方法可於手術同時或術後擇期施行乳房整形重建手術。與乳房保留手術比較時，此種改良型根除術其局部復發率比較低而且術後需輔助性放射線治療機會比保留手術來得低。但施行改良型乳房根除術後，有時會產生患側上肢淋巴水腫，肩關節活動受限等情形。

### 2. 乳房保留手術 (Breast Conserving Therapy ; BCT)

近二十幾年來，歐美先進國家對於早期乳癌的外科治療方式漸漸由傳統犧牲乳房的改良型根除術而傾向為『乳房保留手術』。手術時切除部分乳房組織及施行腋下淋巴腺清除術，但保留了乳頭及大部分乳房外形，因此對病患形象及心理衝擊較改良型乳房根除術來得小。通常保留手術術後須輔以放射線治療以降低局部復發率及增加長期存活率；適用於第 I、II 期乳癌患者。

並非每一位早期乳癌患者皆適合施行「乳房保留手術」

若(1)在顯微鏡下發現所切下組織邊緣存有癌細胞(2)多發處癌性病灶或乳房 X 光攝影顯現廣泛多處鈣化點(3)手術後無法接受放射線治療者(例如孕婦)都絕對不適合採用此法。另外如腫瘤正好長在乳頭或乳暈下者或乳房太大抑或太小及癌腫瘤太大(如大於 5 公分腫瘤)或廣泛乳管內癌者也不宜接受乳房保留手術。在國外新的研究報告約有 50%~80%的早期乳癌病例適合乳房保留手術。

然而保留乳房來治療乳癌的方法並非完美無缺，例如與傳統乳房切除術比較，前者有稍多的局部復發率，另有部分患者因接受放射線治療而發生暫時性乳房水腫，也有極少數(約 1~2%)產生嚴重乳房纖維化，臂神經叢病變或肺炎。

### 3. 單純性全乳房切除術(Simple mastectomy)

適用於原位乳癌的手術，切除範圍包括整個乳房但不包含腋下淋巴腺清除術。

### 4. 部分乳房組織切除術(Partial mastectomy)

可用於小而非粉刺型(non-comedo type)的乳管原位癌。腫瘤較大且高惡性核分化的粉刺型原位癌若採用此術式，一般宜輔加放射線治療。

### 5. 皮膚保留乳房切除手術(Skin sparing mastectomy)

適用於治療早期乳癌，手術祇切除乳癌腫瘤上面皮



膚，不僅將乳腺組織完全切除同時保留了絕大部分乳房原來皮膚；在術中同時施行乳房重建手術，使妳恢復美麗的乳房外型、又不會增加局部復發率。

## 術後常見併發症與處理

### (A)血清腫

因淋巴液積滯於皮瓣下或腋下，形成一柔軟、移動性軟瘤，可於門診將淋巴液抽吸出即可，部份病患需多次反覆抽吸，極嚴重者則需重置引流管。

### (B)上肢淋巴水腫

施行改良型乳房根除術後長期追蹤約有 15-20% 病患呈現患側上肢淋巴水腫，會有輕微腫或疼痛不適感，導因於淋巴清除術後淋巴循環受影響，或局部腋下淋巴腺復發，偶而是導因於上肢靜脈血栓，一旦發生後不容易恢復，但復健治療或彈性繃帶的使用會有助益。預防再惡化應注意患肢避免過度負重，避免受傷；抽血時避免從患側肢體抽取

- 發生上肢淋巴水腫的危險因素

- 1)腋淋巴腺全廓清除
- 2)腋淋巴腺全廓清除併放射線治療
- 3)術後傷口感染、癒合不良

4)患肢上臂發生蜂窩組織炎

5)身材肥胖

6)局部腫瘤復發

• 如何預防淋巴水腫

1)抬高患肢，避免患肢下垂，加強手部肌肉的收縮運動

2)保護皮膚避免受傷

a.塗抹乳液避免皮膚乾燥、龜裂

b.剪指甲勿太接近甲床

c.穿長袖避免蚊蟲叮咬

d.當施行上肢容易受割傷的工作(如整修枝刺花草

時)應穿戴手套

e.避免在患側手臂抽血、打針

3)減少腋淋巴液產生

a.避免提重物(<10磅)

b.避免深層按摩、熱敷或高溫曝曬

c.避免手臂過度疲勞

d.避免體重增加

4)避免阻礙淋巴回流

a.避免在患側手臂量血壓

b.勿穿戴袖子過緊的衣服和手套

### c. 勿戴太緊的手飾

#### (C) 肩關節活動障礙

預防方法可於術後做正常有助肩關節活動的動作，如有明顯活動障礙則需作復健改善。

#### (D) 傷口感染、皮下瘀血、皮瓣壞死

偶有傷口縫合處局部皮瓣壞死、皮下瘀血、傷口感染等。局部皮膚壞死通常換藥清創即可改善，皮下瘀血會自行吸收，很少需要再次手術止血。

## 腋下淋巴腺的清除手術

原位乳癌一般不需作腋下淋巴腺清除術，侵犯乳癌不論接受乳房保留手術，或改良型乳房根除手術均需進行腋下淋巴腺手術以決定期數，作為預後及術後治療方式的選擇；若腋下淋巴腺有轉移則會增加遠處轉移的可能，雖然腋淋巴腺的清除並不會增加長期存活率，但可降低腋下局部的復發。傳統的腋淋巴腺清除至少含腋窩第 I 區、第 II 區的淋巴腺廓清。

## 乳癌腋下前哨淋巴腺 (Sentinel Node) 切片術

腋下淋巴腺清除是傳統手術治療乳癌的重要步驟，因為淋巴腺的清除可得知淋巴腺轉移的程度，進而提供正確期數判別及

術後後續治療的指標。然而無可避免的是因為淋巴腺的徹底清除，可能導致的後遺症包括肩關節僵硬、疼痛、患側上肢淋巴水腫及術後淋巴液在皮下的滯留...等。所以現在醫學界希望篩選出那些族群需要施行腋下淋巴腺清除；若屬不必要清除族群，則免掉腋下淋巴清除術，當可減少手術併發症的產生。

前哨淋巴腺即謂乳癌腫塊經由淋巴管轉移的第一個轉移的淋巴腺，如果利用檢查方法察覺出腋下前哨淋巴腺有轉移，則接著施行腋下淋巴腺的全清除術，否則不必行淋巴清除術，當可避免因淋巴腺過度清除所造成的後遺症。早期乳癌患者由於不一定會有淋巴腺轉移，所以極適合先施行前哨淋巴腺切除術。

偵測前哨淋巴腺是否轉移之方法為術前在癌腫塊周圍注射藍色染劑或含有放射性同位素的物質，上述物質會隨淋巴管帶至前哨淋巴腺；醫師目視染成藍色的淋巴腺或利用能定位含放射性同位素的特殊探頭而將腋下前哨淋巴腺取出，將此前哨淋巴腺送病理化驗，若證實有受癌細胞轉移，則進一步施行腋下淋巴腺清除，否則不需施行傳統腋下淋巴腺清除術。

取出的前哨淋巴腺須送病理化驗，檢查可採冰凍化驗或石蠟固定的普通檢驗；唯需注意術中冰凍化驗有時會有陰性的報告（即實際淋巴腺已轉移，但冰凍化驗結果無轉移）。冰凍化驗若能證實前哨淋巴腺轉移則手術中馬上施行傳統的腋下淋

巴腺清除術；若冰凍化驗為陰性則縫合傷口，俟後將取得的前哨淋巴腺再送一般石蠟固定染色的病理檢驗并可加檢驗 cytokeratin（一種免疫化學組織染色），爾後若病理報告有發現陽性前哨淋巴腺再擇期施行傳統腋下全淋巴腺清除術。

## 乳小葉原位癌的治療 (LCIS)

1. 當切片手術確定診斷後，一般建議先採用觀察並每 6~12 個月小心定期臨床的追蹤（包括觸診、乳房超音波、乳房攝影的檢查）
2. 對高危險族群（如帶有乳癌遺傳基因 BRCA1 或 BRCA2；或家族中有多位乳癌患者）也有人採取預防性雙側乳房切除併整形重建。
3. 也可使用 Tamoxifen 五年來降低乳癌發生率。Tamoxifen 能有效降低發展成侵犯性乳癌及預防對側乳癌的形成，但使用 Tamoxifen 需注意子宮內膜增生，增加子宮內膜癌機會，建議每年做婦科方面的檢查，尤其有異常陰道出血時，更要特別提早就醫。

## 乳管原位癌的治療 (DCIS)

乳管原位癌治療不外乎

1. 祇切除腫瘤。

2. 腫瘤切除加上術後放射線治療
3. 單純性乳房切除（Simple Mastectomy）。

即祇切除乳房但沒有施行腋下淋巴腺清除。治療方式的選擇是：

1. 依手術切除時癌腫塊與切割邊緣安全距離遠近。
2. 腫瘤大小。
3. 病理組織惡性度
4. 病人年齡等四種因素作考量

例如小於 1.5 公分腫瘤，癌灶處與手術切割線邊緣距離大於 1 公分以上，加上病理組織為低惡性度的核分化且無粉刺型腫瘤組織壞死（Comedo necrosis），且年齡大於 60 歲則治療上祇要施行腫瘤切除即可，術後不需輔加放射線治療。但對於較大腫塊（譬如腫塊大於 4 公分），加上手術切線邊緣太接近癌病灶，而且病理化驗屬高惡性度的核分化及年齡低於 40 歲則建議施行乳房全切除。至於介於上述兩者條件之間者則可考慮施行腫塊切除加上放射線治療。乳房原位癌術後，不需接受化學治療，乳房切除治療幾可痊癒。至於祇施行腫瘤切除及女性荷爾蒙感受體陽性者，術後可考慮給予 5 年 Tamoxifen 治療。

## 局部嚴重晚期乳癌的治療

臨床上可看到乳癌腫塊大於五公分且淋巴腺感染或腫瘤侵犯到胸壁皮膚、胸壁肌肉；腋下有粘結在一起塊狀般的感染淋巴結，但臨床上卻還沒發生遠處轉移。局部嚴重晚期乳癌 (Locally Advanced Breast Cancer；含 III A、III B 乳癌) 宜先施行化學治療 3-4 劑，待腫瘤反應縮小，同時也可能看到腋下淋巴腺縮小後再施行手術切除，術後再輔以化學治療及放射線治療，但假使化學治療 2-3 劑無法使腫瘤縮小則應考慮更改化學藥物或改成術前先放射線治療使腫瘤縮小。III 期乳癌患者若經由上述治療療程，其長期無病存活率及整體總存活率會比先開刀再輔以化學或放射線治療者佳。此外 III 期乳癌患者經由術前先前施行化學治療 (Induction Chemotherapy) 有可能從：(1) 太嚴重以致無法手術切除變成可手術切除；(2) 傷口需施行植皮覆蓋變成無需植皮而直接傷口縫合；(3) 原為必需全乳房切除變成乳房保留手術；(4) 藉由術前化學藥劑的反應而得知術後輔助化學治療用藥的評估與選擇。

## 乳房切除後的重建

乳房全切除後施行乳房重建可幫助恢復女性身體形象及自尊、自信心；重建可於施行切除後馬上重建或擇期再重建亦可。乳房切除後的重建方法分兩大類：

### (一)義乳植入

優點為：(1)手術簡單，手術時間短。

缺點為：(1)無法接受電療。(2)較不自然。

### (二)自體組織移植

優點為：(1)可接受電療。(2)重建後之乳房較自然。

缺點為：手術時間較長。

目前最常使用的組織皮瓣為腹直肌皮瓣(TRAM)或最新改良之新穎腹部皮瓣(DIEP)，用其重建之乳房較自然且較無合併症；若切除的乳房不大在切除後重建可採用闊背肌皮瓣。

## 乳癌的放射線治療

所謂放射線治療乃是利用 X 射線、伽瑪射線、粒子射線等殺死癌細胞的療法。對零期乳癌(如乳管原位癌)病灶腫瘤切除後輔以放射線治療可減少局部復發率。對侵犯性乳癌，在術後輔以放射線治療可減少乳房局部復發及增加存活率。一般在乳癌手術後下列情況時，可考慮加作放射線治療：

- 1.腫瘤大於 5 公分。
- 2.淋巴腺有 4 顆或以上的感染。
- 3.手術切緣太接近癌腫瘤病灶。
- 4.侵犯性乳癌接受『乳房保留手術』後。



5. 某些原位乳管癌僅接受腫瘤切除(如粉刺型原位乳管癌)
6. 緩解轉移病灶引起的疼痛。

放射線療程一般為 6~8 週時間完成。

## 化學治療

即利用化學藥物，經由注射或口服進入血液循環進而可阻礙乳癌細胞分裂，而達到殺死癌細胞的治療法。一般常使用多種藥物合併治療，如 CMF(Cyclophosphamide, Methotrexate, 5-Fu), CAF(Cyclophosphamide, Adriamycin, 5-Fu), CEF(Cyclophosphamide, Epirubicin, 5-Fu)。最近對高復發危險的乳癌、局部嚴重性乳癌或遠處轉移性乳癌也常加上使用紫杉醇類，如 Paclitaxel(Taxol), Docetaxel(Taxotere)。化學治療一般建議使用於女性荷爾蒙感受體陰性、內分泌治療無效、或肺、肝臟等重要臟器發生轉移時；使用何種化學治療藥物通常需參考病人年齡、停經與否、腫瘤大小、女性荷爾蒙感受體陽性或陰性、淋巴腺轉移程度、腫瘤惡性度而決定。如停經前年齡，若腫瘤大於 1 公分或淋巴腺有轉移，術後需輔以化學治療；停經後年齡，若雌激素受體陰性而腫瘤大於 2 公分、淋巴腺轉移，術後需輔以化學治療。通常女性荷爾蒙感受體陰性的腫瘤對化學治療療效比女性荷爾蒙感受體陽性者佳。若是病理

呈現 HER-2/neu3+ 則腫瘤不僅對荷爾蒙、化學治療療效差而且也比較會復發及發生遠處轉移。臨床上對 HER-2/neu 過度呈現『即 HER-2/neu3+』的腫瘤可結合化學藥物加上 Herceptin 以增加療效；但 Herceptin 這種藥物會有心臟毒性副作用，因此 Herceptin 應避免與 Anthracycline(如小紅莓)化學藥物同時合併使用，以防止因心臟毒性而致心臟血流搏出量減少、心肌缺血。對於乳癌發生遠處轉移時的治療也可輔用 liposomal doxorubicine (微脂體小紅莓)、Vinorelbine、Gemcitabine、Cisplatin 或加口服 Capecitabine(Xeloda；截瘤達)。

化學治療常見副作用如：疲勞、噁心、嘔吐、下痢、落髮、口腔黏膜炎、肌肉骨關節疼痛、指甲黑色素沉著、造血功能降低、藥物過敏等。化學治療前後使用止吐劑及副腎皮質素，可有效降低噁心、藥物過敏等副作用。預防化學治療導致體內白血球量嚴重降低時，可在皮下注射顆粒性白血球刺激素(G-CSF； filgrastim)，能有效的恢復白血球量以避免感染甚至敗血症的威脅。

## 荷爾蒙治療

由卵巢、腎上腺或脂肪、肝臟、肌肉、骨骼產生的雌激素(Estrogen)會誘使乳癌生長。荷爾蒙療法即設法降低體內合成

雌激素的量或藉由阻斷雌激素與乳癌細胞的結合作用而達療效。

三十幾年來一直廣為使用的抗雌激素荷爾蒙用藥如太莫西芬(Tamoxifen)，它能影響雌激素與乳癌細胞結合的作用，乳癌手術後使用 Tamoxifen 能有效降低癌症的復發，減少對側乳房發生乳癌，降低乳癌死亡率；此外 Tamoxifen 也可作為乳癌發生轉移時的治療，但先決條件為乳癌組織應呈現雌激素受體陽性 ER(+)或黃體素受體陽性 PR(+)，假如雌激素受體陰性 ER(-)及黃體素受體陰性 PR(-)則利用抗荷爾蒙治療乳癌其效果乏善可陳。從取出的乳癌組織中可經病理檢驗出乳癌細胞是否含有雌激素受體或黃體素受體，臨床上即利用分析病理檢驗報告中所呈現的荷爾蒙受體狀態來決定手術後是否輔予荷爾蒙療法。

Tamoxifen 一般建議使用時間為 5 年，它是停經後婦女雌激素受體陽性 ER(+)或黃體素受體陽性 PR(+)的第一線荷爾蒙用藥，也可使用於停經前乳癌組織呈現 ER(+)或 PR(+)的婦女身上。使用 Tamoxifen 副作用包括發熱，潮紅，有時會有肝機能異常現象，須特別注意的可能副作用為增加子宮內膜癌機會及深部靜脈血栓致肺栓塞顧慮，於使用 Tamoxifen 期間若發生異常陰道出血則應小心子宮內膜增生；在使用 Tamoxifen 時對身

體益處為能降低血脂肪、增加骨質密度、及降低心臟血管疾病。

停經前婦女雌激素來源主要經由卵巢產生，因此可經由使用注射類黃體激素釋放素(LHRH Agonist；如 Goserelin(Zoladex)或 Leuprolide)，藉由抑制腦下垂體分泌促性腺激素來阻斷卵巢產生雌激素，以抑制乳癌復發或轉移；使用注射類黃體激素釋放素其降低體內雌激素的效果與手術切除卵巢相似，因而臨床上用於停經前婦女且荷爾蒙受體陽性的乳癌發生轉移時的治療。生育年齡乳癌患者術後若接受化學治療，有高達近 80% 比率會因化學藥物毒性副作用而導致卵巢功能破壞、造成停經、喪失生育能力。在兼顧保有生育能力又得以有效抑制乳癌考量下，使用注射類黃體激素釋放素(如 Zoladex)加上 Tamoxifen 治療，不僅能得到類似化學治療效果而且大多數患者在停止此種荷爾蒙治療方式後，又欣然恢復生育能力。

停經後婦女由於卵巢機能退化，雌激素來源變成主要源自周邊組織如脂肪、肝臟、肌肉、骨骼裡的男性荷爾蒙經由芳香環轉化酶(Aromatase)轉成女性荷爾蒙；芳香環轉化酶是停經後婦女體內產生雌激素的必要酵素，因此可利用阻斷芳香環轉化酶來降低雌激素的產生。目前芳香環轉化酶抑制劑(Aromatase inhibitor)市面常使用包括 Letrozole(Femara)、Anastrozole(Arimidex)、Exemestane(Aromasin)。多數大型臨床

研究已證實此類芳香環轉化酶抑制劑用於停經後雌激素受體陽性 ER(+)者，在治療乳癌效果上優於 Tamoxifen;不僅比 Tamoxifen 更能減少局部復發、增加無病存活期而且不會有增加子宮內膜癌機會及深部靜脈血栓的副作用；雖然芳香環轉化酶抑制劑對於雌激素受體陽性 ER(+)者治療效果頗佳，但其使用對象必須在停經後使用才有療效，主要副作用為骨質疏鬆及骨骼肌肉疼痛等。

## 乳癌復發的治療

乳癌復發可能為局部復發(復發於乳房、腋窩或附近組織)或遠處復發(即末期乳癌)，若第一次手術為乳房保留手術加上放射線治療者，發生局部復發宜施行全乳房切除接著可考慮予化學治療或荷爾蒙治療；若第一次已接受過全乳房切除，一但局部復發，原則上儘量切除復發病灶，但不可冒太大手術風險及併發症，接著予放射線治療，繼之可建議予化學治療或荷爾蒙治療。

若復發於身體遠處，應予化學治療或荷爾蒙治療。假如發生骨骼轉移治療時，可加上 Clodronate(Bonefos)、Pamidronate(Aredia)或 Zoledronic acid(Zometa)來改善骨骼疼痛。至於選擇荷爾蒙治療抑或化學治療，則視轉移至何種器

官、女性荷爾蒙受體陽性否、停經與否、年齡及是否呈現 Her-2/neu 而決定。

原則上單純骨骼轉移，祇要雌激素受體陽性 ER(+)則採用荷爾蒙治療，停經前者用 Tamoxifen ± 類黃體激素釋放素(LHRH Agonist)；停經後者用 Tamoxifen 或芳香環轉化酶抑制劑(Aromatase inhibitor)。若發生肝、肺轉移，荷爾蒙治療一般效果差，此時應選擇化學治療，若呈現 Her-2neu/3+則可加上 Herceptin 的使用。

## 乳癌術後追蹤

1. 術後二年內，每三個月門診複診(原位癌則每半年一次複診)
2. 術後二~五年每半年門診追蹤一次
3. 超過五年每年一至二次門診
4. 檢查項目：
  - 觸診等理學檢查：注意局部復發、腋下淋巴腺及鎖骨上、頸部淋巴腺是否有轉移現象。
  - 檢驗肝功能 (GOT、GPT、ALK-P)：以篩檢肝臟轉移。
  - 血液細胞 (CBC)：嚴重貧血需注意骨骼轉移導致

骨髓造血機能障礙。

- 抽血檢驗腫瘤指數（CEA、CA153）：以察覺局部復發或遠處轉移。
- 胸部 X-光檢查：注意肺部是否有異常影像，產生肺部轉移現象。
- 骨骼掃描：如病患抱怨定點性骨骼疼痛，同時鹼性磷酸<sup>?</sup>(Alk-P)上昇則須懷疑骨骼轉移。
- 乳房超音波、肝臟超音波
- 乳房 X 光攝影

當然對 I .II 期乳癌門診複診主要注意局部觸診發現及基本例行檢驗，其他影像學檢查(如電腦斷層、核磁共振、正子造影檢查)則視病情需要而定；III 期乳癌由於是高危險、高復發及高轉移可能，故須輔以影像學及抽血生化檢驗。

2008.03 初訂  
B0000000100.2008.初訂