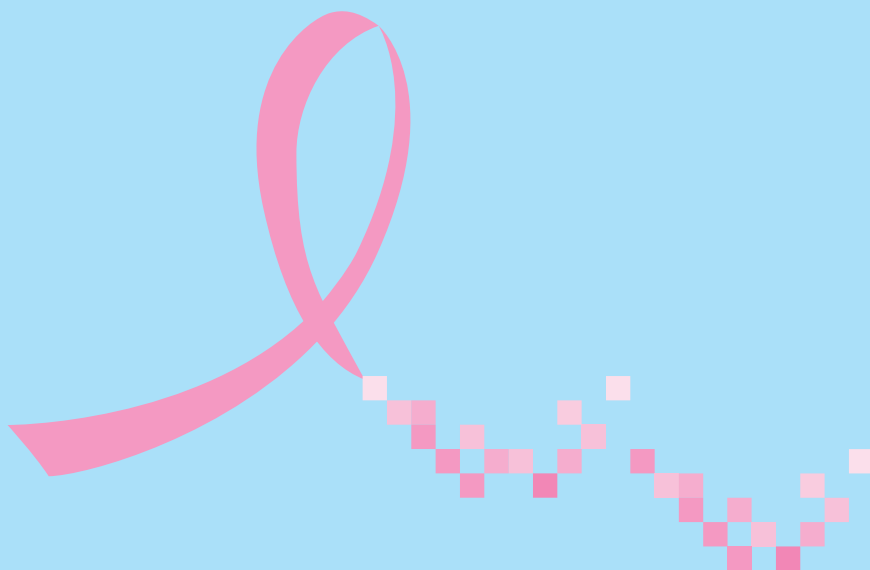
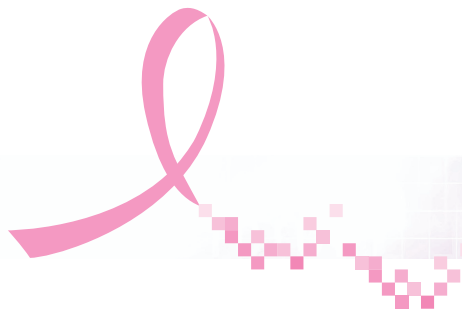




第二章 香港乳癌病況、治療趨勢 及臨床結果



第二章 香港乳癌病況、治療趨勢及臨床結果

I. 簡介

2.1 本章審視所收集到的25,618宗乳癌病例的臨床表現、癌症特性及治療方法。目的是透過分析乳癌的

臨床管理和辨別本地的疾病及治療趨勢，從而發展和提高對香港乳癌患者的治療水平。

章節重點

本章描述了25,618宗於2006年至2026年期間確診的乳癌病例的乳癌病況和治療趨勢，並審視了22,768名完成至少一次追蹤訪問的患者的臨床結果。

臨床表現

- ▶ 無意中自我發現是最初發現乳癌的主要方式。
- ▶ 由患者無意中發現的癌症只有8.1%屬於原位乳癌，而經由乳房X光造影檢查發現的原位乳癌則有40.3%。
- ▶ 與自我發現的個案相比，經由乳房X光造影檢查發現的個案有較多第0至I期癌症。
- ▶ 在無意中自我發現乳癌的患者中，大部分在症狀（主要為無痛腫塊）出現後三個月內首次求醫。
- ▶ 相比在症狀出現後一個月內求醫的患者（2.1%），超過12個月才求醫的患者（10.1%）較多確診第IV期癌症。
- ▶ 最常見的確診期數是第II期（34.8%），其次是第I期（31.8%）和第III至IV期（15.4%）。另外，有13.5%的患者確診為第0期乳癌。

癌症特徵

- ▶ 入侵性乳癌的腫瘤平均大小為2.1厘米，當中59.4%沒有腋下淋巴結呈陽性。最常見的入侵性

乳癌類型屬於入侵性乳腺管癌（沒指定類別）。絕大部分患者曾經接受雌激素受體或黃體酮受體狀況的測試，其中約80%的患者的測試結果呈陽性。此外，21.5%的患者屬於c-erbB2/HER2呈陽性。

- ▶ 原位乳癌的腫瘤平均大小是1.9厘米。乳腺管癌為最常見的原位乳癌類型。在位乳癌患者中，約70%曾接受雌激素受體或黃體酮受體狀況測試，當中大部分測試結果呈陽性。另外，23.8%的患者屬於HER2呈陽性。

治療方法

- ▶ 受訪患者中，19.1%只在私營醫療機構接受治療，46.3%只在公營醫療機構接受治療，而34.5%曾在公營及私營醫療機構接受治療。
- ▶ 治療方法數目隨癌症期數上升而增加。
- ▶ 手術治療
 - 在入侵性乳癌患者中，接近所有（98.8%）接受了手術治療。約三分之二的患者接受乳房切除手術，35.8%接受乳房保留手術。接近全部（98.1%）入侵性乳癌患者接受了淋巴結手術，當中有33.5%僅進行了腋下淋巴切除手術，而16.3%在接受前哨淋巴結切片檢查後進行了腋下淋巴切除手術。

- 在原位乳癌患者中，接近所有（99.7%）接受了手術治療。約半數的患者接受了乳房保留手術，45.3%接受了乳房切除手術。此外，64.4%的患者接受了淋巴結手術，當中89.0%僅接受前哨淋巴結切片檢查。
- 接受乳房切除手術的患者比率與年齡成正比，而接受乳房切除及重建手術的比率則與年齡成反比。
- 臨床淋巴結狀況呈陰性的患者（64.4%）較多僅需要接受前哨淋巴結切片檢查。另一方面，臨床淋巴結狀況呈陽性的患者（68.4%）則較多直接進行腋下淋巴切除手術。

► 放射治療

- 不論癌症期數，大部分接受了乳房保留手術的患者會隨後接受放射治療。
- 患者進行了乳房切除手術後再接受放射治療的比率隨著癌症期數上升而顯著增加，由3.9%第0期患者增加至95.1%第III期患者。

► 化學治療

- 三分之二入侵性乳癌患者接受了化療。
- 前置化療的使用比率隨著癌症期數由第I至III期上升而增加，根治性化療的整體使用率亦有所增加。

► 內分泌治療

- 受訪群組中，87.3%荷爾蒙受體呈陽性患者接受了內分泌治療。
- 在入侵性乳癌患者中，95.5%接受了內分泌治療。而原位乳癌患者中，則只有17.4%接受了內分泌治療。

► 標靶治療

- 在HER2呈陽性的入侵性乳癌患者中，69.9%接受了抗HER2標靶治療。
- 第I期乳癌患者較少使用抗HER2標靶治療，而第II期或以上的乳癌患者使用抗HER2標靶治療的比率隨著癌症期數上升而增加。

患者現況

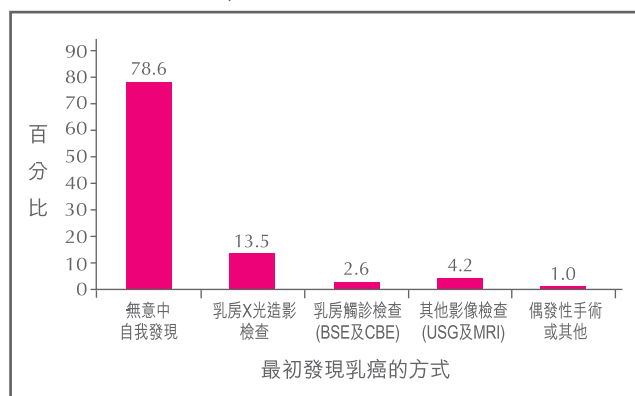
- 共有22,768名患者完成了至少一次追蹤訪問，提供存活狀況的跟進數據。平均跟進年期為6.3年，中位數則為5.3年。
- 受訪群組中，2.3%患者出現僅局部區域性復發，2.9%出現僅遠端復發，另有2.0%出現局部區域性及遠端復發。
- 最常見的局部區域性復發位置是乳房（38.2%）及腋下淋巴結（32.8%）。另一方面，四個最常受遠端復發影響的器官是骨骼（59.6%）、肺部（46.6%）、肝臟（39.0%）和腦部（15.5%）。
- 受訪群組中，1,780名患者死於乳癌。



II. 臨床表現

2.2 受訪群組中，無意中自我發現是最初發現乳癌的主要方式（78.6%）（圖2.1）。相對而言，小部分患者是透過不同乳房健康管理方式發現癌症，包括臨床乳房檢查、乳房超聲波及乳房X光造影檢查。相比起西方國家，受訪群組中經由乳房X光造影檢查發現的個案較少。以美國為例，一項研究發現有43%的乳癌個案是經由乳房X光造影檢查發現。⁴³

圖2.1：受訪群組最初發現乳癌的方式
（總計=24,430）



BSE：自我乳房檢查；CBE：臨床乳房檢查；
USG：乳房超聲波；MRI：磁力共振掃描

2.3 按患者接受醫療服務的種類來分析，相比使用私營醫療服務的患者（64.3%），使用公營醫療服務（82.2%）或混合使用公營及私營醫療服務（80.7%）的患者較多經由自己無意中發現乳癌。另一方面，相比使用公營醫療服務（12.4%）或混合使用公營及私營醫療服務（11.2%）的患者，使用私營醫療服務的患者則有較多經由乳房X光造影檢查發現患上乳癌（21.7%）（表2.1）。

2.4 研究發現，乳房X光造影檢查能有效檢測早期乳癌，此時患者或醫療人員還未察覺到任何跡象或症狀。⁴⁴在受訪患者群組當中，由患者無意中發現的癌症只有8.1%屬於原位乳癌，而經由乳房X光造影檢查發現的則有40.3%（表2.2）。較高的原位癌檢出率亦可從表2.3所列數據中得到支持。數據顯示，乳房X光造影檢查發現較多初期（第0至I期）癌症個案（84.4%）。

2.5 在不同確診年份組別中，無意中自我發現仍是最初發現乳癌的最常見方式，而經由影像檢查發現的比率近年有所增加（表2.4）。

表2.1：按醫療服務使用者種類分析最初發現乳癌的方式（總計=24,430）

	醫療服務使用者種類，%		
	公營 (數目=11,348)	私營 (數目=4,105)	混合公營及私營 (數目=8,977)
無意中自我發現	82.2	64.3	80.7
乳房X光造影檢查	12.4	21.7	11.2
乳房觸診檢查 (BSE及CBE)	2.4	2.8	2.8
其他影像檢查 (USG及MRI)	2.0	9.8	4.5
偶發性手術或其他	1.0	1.5	0.9

BSE：自我乳房檢查；CBE：臨床乳房檢查；USG：乳房超聲波；MRI：磁力共振掃描

表2.2：按癌症類別分析最初發現乳癌的方式（總計=24,271）

	癌症類別，%	
	入侵性乳癌	原位乳癌
無意中自我發現（數目=19,105）	91.9	8.1
乳房X光造影檢查（數目=3,271）	59.7	40.3
乳房觸診檢查（BSE及CBE）（數目=619）	84.7	15.3
其他影像檢查（USG及MRI）（數目=1,024）	73.0	27.0
偶發性手術或其他（數目=252）	78.2	21.8

BSE：自我乳房檢查；CBE：臨床乳房檢查；USG：乳房超聲波；MRI：磁力共振掃描

表2.3：按癌症期數分析最初發現乳癌的方式（總計=23,373）

	癌症期數，%					
	0期	I期	IIA期	IIB期	III期	IV期
無意中自我發現（數目=18,293）	8.5	30.0	27.1	14.8	16.5	3.1
乳房X光造影檢查（數目=3,227）	40.9	43.5	9.9	3.0	2.2	0.6
乳房觸診檢查（BSE及CBE）（數目=608）	15.6	40.1	23.4	9.7	8.7	2.5
其他影像檢查（USG及MRI）（數目=1,004）	27.5	52.2	12.9	3.2	3.1	1.1
偶發性手術或其他（數目=241）	22.8	42.3	18.3	5.4	7.5	3.7

BSE：自我乳房檢查；CBE：臨床乳房檢查；USG：乳房超聲波；MRI：磁力共振掃描

表2.4：按確診年份組別分析最初發現乳癌的方式（總計=24,430）

	確診年份組別，%			
	2006-2010 （數目=6,540）	2011-2015 （數目=8,727）	2016-2019 （數目=5,333）	2020-2026 （數目=3,830）
無意中自我發現	84.1	82.1	77.5	62.8
乳房X光造影檢查	9.7	11.5	14.5	23.2
乳房觸診檢查（BSE及CBE）	3.2	2.5	2.5	1.8
其他影像檢查（USG及MRI）	2.5	3.2	4.5	9.3
偶發性手術或其他	0.5	0.7	1.0	2.9

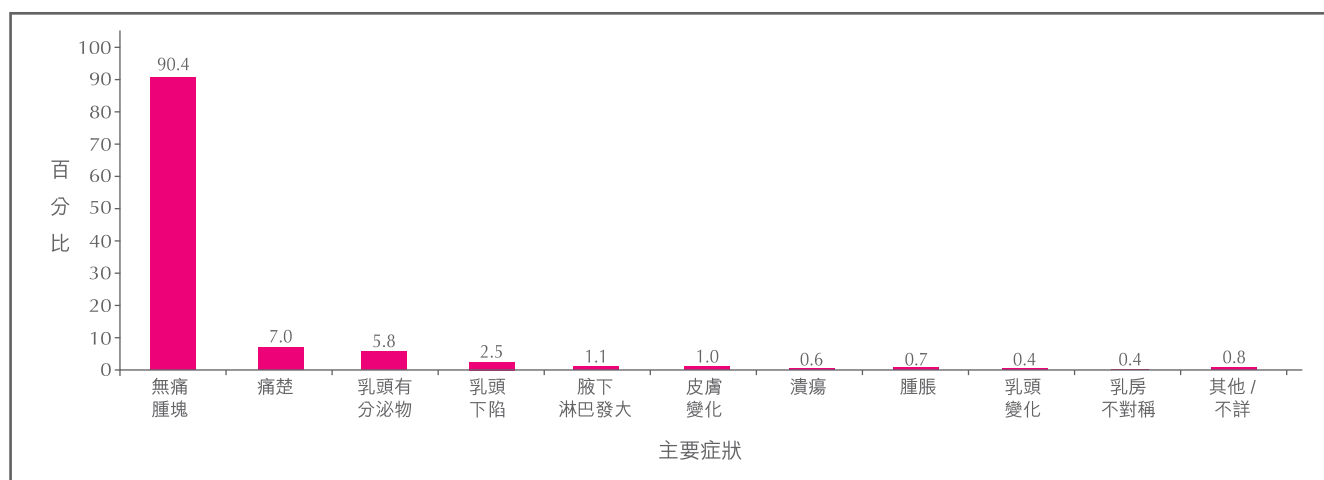
BSE：自我乳房檢查；CBE：臨床乳房檢查；USG：乳房超聲波；MRI：磁力共振掃描



2.6 在無意中自我發現乳癌的患者中，90.4%發現乳房中出現無痛腫塊，亦有8.7%表示乳頭出現變化（例如乳頭有分泌物、乳頭下陷、紅腫、出現

鱗片狀或乳頭變厚）。只有7.0%的患者在確診時表示感到乳房痛楚，顯示痛楚通常不是乳癌的症狀（圖2.2）。

圖2.2：患者自我發現乳癌的主要症狀（總計=19,210）



A. 患者延誤求醫

2.7 患者延誤求醫（自症狀出現至首次求醫的時間）越長，出現局部區域性或遠端擴散的可能性越大，更可導致較差的預後情況。⁴⁵在無意中自我發現乳癌的患者中，三分之一在症狀出現後一個月內首次求醫，大概30%則在三個月後才首次求醫（圖2.3）。

2.8 在自我發現乳癌的患者中，私營醫療服務使用者（40.2%）較多於症狀出現後一個月內首次求醫，比率高於公營醫療服務使用者（23.8%）（表2.5）。

2.9 延遲求醫超過12個月的患者確診第IV期疾病的比率明顯高於延遲少於1個月的患者（10.1%比2.1%）（表2.6）。

圖2.3：自我發現乳癌的患者由症狀出現至首次求醫相隔的時間（總計=6,884）

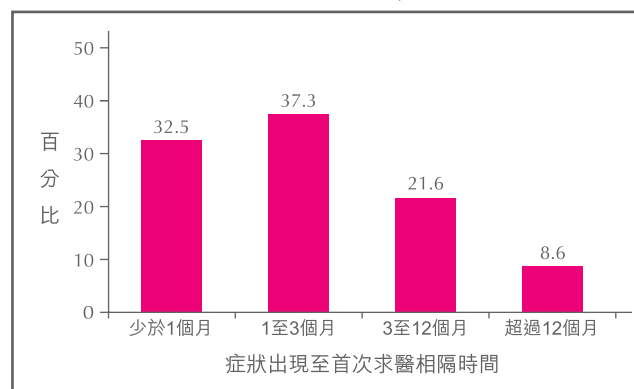


表2.5：按醫療服務使用者種類分析自我發現乳癌的患者由症狀出現至首次求醫相隔的時間（總計=6,884）

	醫療服務使用者種類，%		
	公營 (數目=2,929)	私營 (數目=1,435)	混合公營及私營 (數目=2,520)
少於1個月	23.8	40.2	38.2
1至3個月	38.1	35.1	37.5
3至12個月	26.9	18.2	17.5
超過12個月	11.2	6.5	6.9

表2.6：自我發現乳癌的患者由症狀出現至首次求醫相隔的時間與癌症期數的關係（總計=6,003）

	症狀出現至首次求醫相隔的時間，%			
	少於1個月 (數目=1,969)	1至3個月 (數目=2,268)	3至12個月 (數目=1,271)	超過12個月 (數目=495)
I期	35.4	31.7	27.1	25.5
IIA期	32.8	31.4	28.7	24.6
IIB期	15.9	16.7	18.3	14.3
III期	13.7	17.1	20.7	25.5
IV期	2.1	3.1	5.1	10.1

III. 癌症特徵

2.10 乳癌可發生在單或雙側乳房。大多數病例（89.6%）為單側乳癌，而小部分（5.5%）在首次確診時為同時性雙側乳癌（表2.7）。

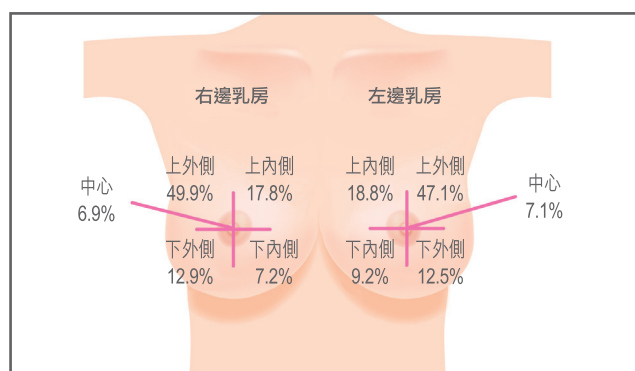
表2.7：確診受訪群組的乳癌病例側性（總計=25,618）

	患者人數	病例數目	確診非同時性雙側乳癌 相隔的時間中位數
單側乳癌	22,962	22,962	—
雙側乳癌（同時性）	704	1,408	—
雙側乳癌（非同時性）	758	1,248	7.3年
首次確診於2006至2026年期間	490	980	5.4年
首次確診於2006年之前	268	268	11.5年



2.11 圖2.4顯示乳癌出現的位置。約半數乳癌腫瘤出現在左或右邊乳房的上外側，分別為47.1%和49.9%。

圖2.4：乳癌的位置圖（總計=25,618）



備註：乳癌位置的數據包括多中心性癌症

A. 乳癌診斷測試

2.12 乳癌診斷測試有兩種：影像檢查和活組織切片檢查。影像檢查包括診斷性乳房X光造影、乳房超聲波和磁力共振掃描。乳房X光造影是診斷乳癌的主要程序，乳房超聲波則用於分辨腫塊（可能是癌症）與充滿液體的囊腫（通常並非癌症）。磁力共振掃描通常用於已經確診乳癌的婦女，以檢查其癌症的嚴重程度。

2.13 受訪群組中，86.5%的患者曾使用乳房X光造影來診斷癌症，82.6%曾使用乳房超聲波，而曾使用磁力共振掃描則只有12.0%（表2.8）。影像檢查的結果採用「乳房影像報告暨資料分析系統」（BIRADS）來分類。檢查屬於BIRADS 4或5級的婦女會被懷疑患上癌症，醫護人員會建議她們做進一步的外科檢查，例如活組織切片檢查。

表2.8：乳房影像檢查的敏感度及診斷結果（總計=25,618）

	乳房X光造影	乳房超聲波	磁力共振掃描
患者使用率	86.5%	82.6%	12.0%
整體敏感度*	85.4%	92.3%	97.3%
BIRADS類別，數目 (%)			
確診 / 惡性 (BIRADS 5)	7,332 (33.1)	7,744 (36.6)	2,412 (78.5)
懷疑不正常 (BIRADS 4)	11,594 (52.3)	11,789 (55.7)	576 (18.8)
可能良性 (BIRADS 3)	1,006 (4.5)	981 (4.6)	42 (1.4)
良性 (BIRADS 2)	927 (4.2)	325 (1.5)	18 (0.6)
正常 (BIRADS 1)	1,144 (5.2)	303 (1.4)	20 (0.7)
不完整 (BIRADS 0)	165 (0.7)	13 (0.1)	3 (0.1)

BIRADS：乳房影像報告暨資料分析系統

* 敏感度：結果為陽性的個案數目（診斷類別屬BIRADS 4-5）除以接受檢查的個案總數

2.14 在乳房X光造影檢查被斷定為BIRADS 4或5級的患者當中，66.9%顯示有陰影，49.7%則出現微鈣化現象（表2.9）。乳房密度會影響乳房X光造影的敏感度。中等緻密型乳房可能會掩蔽細小的硬塊，而極端緻密型乳房則會降低乳房X光造影的

敏感度。受訪群組中，70.7%的患者有中等緻密型乳房，8.2%則有極端緻密型乳房（圖2.5）。乳房密度會隨婦女的年齡上升而下降。擁有極端緻密型乳房的患者比率由20至29歲的20.3%下降到70歲或以上的2.5%（表2.10）。

表2.9：經由乳房X光造影確診的患者的檢查結果（總計=18,926）

	數目	%
陰影	12,659	66.9
微鈣化點	9,398	49.7
乳腺結構異常	2,746	14.5
不對稱密度	1,498	7.9
其他	1,051	5.6

備註：乳房X光造影檢查可能發現多於一種異常情況，因此總百分比可能超過100。

圖2.5：經由乳房X光造影確診的患者的乳房密度（總計=13,134）

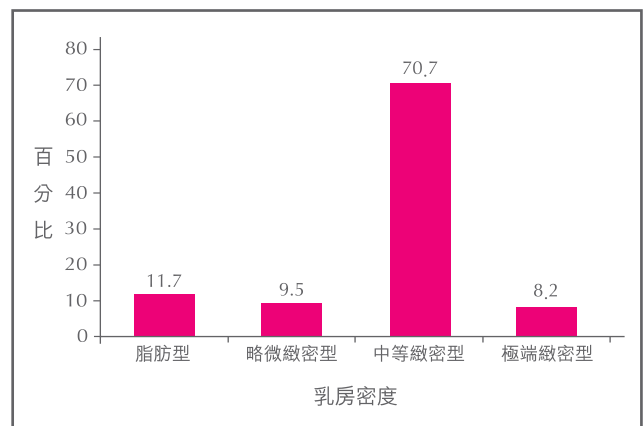


表2.10：按年齡組別分析經由乳房X光造影確診的患者的乳房密度（總計=12,801）

	年齡組別，%					
	<30 (數目=64)	30-39 (數目=932)	40-49 (數目=3,699)	50-59 (數目=4,331)	60-69 (數目=2,726)	≥70 (數目=1,049)
脂肪型	4.7	4.3	6.8	11.6	15.8	26.0
略微緻密型	4.7	4.7	6.1	9.4	13.4	16.9
中等緻密型	70.3	73.9	75.2	72.2	66.7	54.6
極端緻密型	20.3	17.1	11.9	6.8	4.1	2.5



2.15 為診斷乳癌所進行的活組織切片檢查（即抽取乳房細胞或組織樣本作化驗之用）包括幼針穿刺活組織抽取檢查、粗針活組織切片檢查及切除式切片檢查。手術前進行切片檢查是標準醫療程序，以確定乳房病變是否屬惡性。幼針穿刺活組織抽取檢查和粗針活組織切片檢查是入侵性較低的取樣方法，故較常使用，可是，有時候是需要採用移除較多乳房組織的切除式切片檢查。受訪群組中，87.5%的患者曾接受幼針穿刺活組織抽取檢

查和/或粗針活組織切片檢查。其中18.8%的患者僅接受幼針穿刺活組織抽取檢查，59.2%僅接受粗針活組織切片檢查，22.0%則曾接受兩種檢查。此外，8.9%的患者曾接受切除式切片檢查。切除式切片檢查的整體敏感度達100%，是三項活組織檢查中最高，其次是粗針活組織切片檢查（99.2%）及幼針穿刺活組織抽取檢查（89.3%）（表2.11）。

表2.11：乳癌活組織檢查的敏感度及診斷結果（總計=25,618）

	幼針穿刺活組織 抽取檢查	粗針活組織 切片檢查	切除式 切片檢查
患者使用率	35.8%	71.1%	8.9%
整體敏感度*	89.3%	99.2%	100.0%
等級，數目（%）			
確診 / 惡性（等級V）	5,863 （64.0）	17,446 （95.8）	2,285 （100.0）
懷疑不正常（等級IV）	1,314 （14.3）	280 （1.5）	—
可能良性（等級III）	1,004 （11.0）	334 （1.8）	—
良性（等級II）	321 （3.5）	101 （0.6）	—
正常（等級I）	511 （5.6）	41 （0.2）	—
不完整（等級0）	147 （1.6）	5 （<0.1）	—

* 敏感度：結果為陽性的個案數目（診斷等級屬III-V）除以接受檢查的個案總數

B. 檢定乳癌期數的方法

2.16 癌症期數檢定是在確診乳癌後，進行手術前找出癌症嚴重程度的程序。臨床淋巴結呈陽性或患有局部晚期乳癌患者接受癌症期數檢定是必不可少的。僅接受胸部X光掃描的患者會歸納為沒有足夠的檢定來判斷癌症期數，因此沒有計算在本部分內。

2.17 48.2%患有入侵性乳癌的患者沒有接受癌症期數檢定為治療程序之一。在曾接受期數檢定為治療程序之一的患者中，正電子掃描是最常用的方法（表2.12）。

2.18 根據美國國家綜合癌症網絡發佈的指引，其組織不建議初期乳癌患者（包括第I期、第II期或可動手術的第III期乳癌）使用正電子掃描來斷定癌症的擴散程度，⁴⁶這是因為正電子掃描對於明顯在癌症初期的患者，在進行淋巴結分期的敏感度和

特異度較低，且其遠端擴散的檢測率亦較低。不過，在曾接受期數檢定的患者中，卻有31.1%的第I期和50.3%的第IIA期患者接受正電子掃描來斷定她們的癌症期數（圖2.6）。

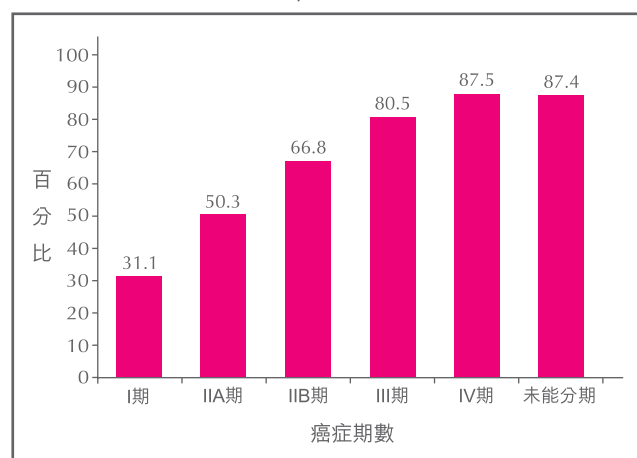
表2.12：入侵性乳癌患者檢定乳癌期數的方法（總計=10,787）

	數目	%
正電子掃描	6,230	57.8
胸部X光及腹部超聲波掃描	3,631	33.7
電腦掃描（任何身體部位）*	729	6.8
骨骼掃描	244	2.3
磁力共振掃描（全身）	72	0.7
其他（如：骨骼X光）	564	5.2
資料不詳	395	3.7

*身體部位包括胸部、腹部、盆骨、腦部或全身

備註：患者可能使用多於一種檢定乳癌期數的方法，因此總百分比可能超過100。

圖2.6：按癌症期數分析患者使用正電子掃描的比率（總計=10,787）



2.19 美國癌症聯合委員會（AJCC）的乳癌分期手冊為評估乳癌患者的疾病嚴重程度之黃金標準，其第八版⁴⁷引入了兩種不同的分期系統：解剖分期及預後分期。解剖分期使用解剖腫瘤的資料，包括腫瘤大小（T）、區域性淋巴結狀況（N）及遠端轉移（M）的資料來斷定癌症期數。預後分期除了使用解剖腫瘤的資料（即TNM分期）外，還會考慮其他因素，包括腫瘤級別、生物標記表現[第二型人類上皮生長素受體（human epidermal growth factor receptor 2，HER2）、雌激素受體和黃體酮受體]及基因測試來斷定癌症期數。



2.20 儘管自2018年起，預後期數已被建議用於患者護理，並用作美國所有乳癌病例的報告標準，本報告仍採用解剖分期。這是因為本報告的受訪群組中大部分患者於2006年至2017年間確診，而其治療方案是以當時通行的解剖期數為基礎。然而，第七版與第八版之間的TNM解剖分期差異極小，其中最顯著的改變是將小葉原位癌 (LCIS) 從分期系統中移除。

2.21 受訪群組中，最為常見的確診期數是第II期 (34.8%)，其次是第I期 (31.8%) 及第III至IV期 (15.4%)，而被診斷為原位乳癌 (第0期) 則有 13.5% (圖2.7)。在不同的確診年份組別中，癌症期數分佈大致相若 (圖2.8)。

圖2.7：確診時的癌症期數 (總計=25,618)

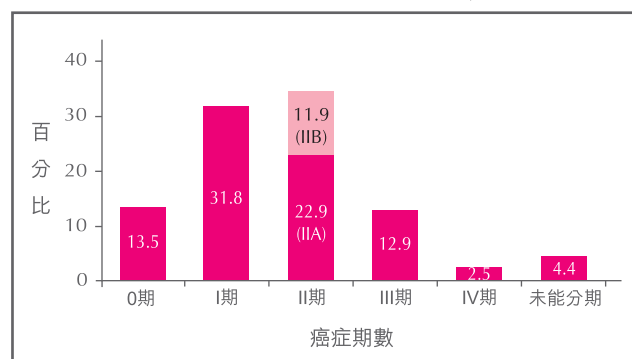
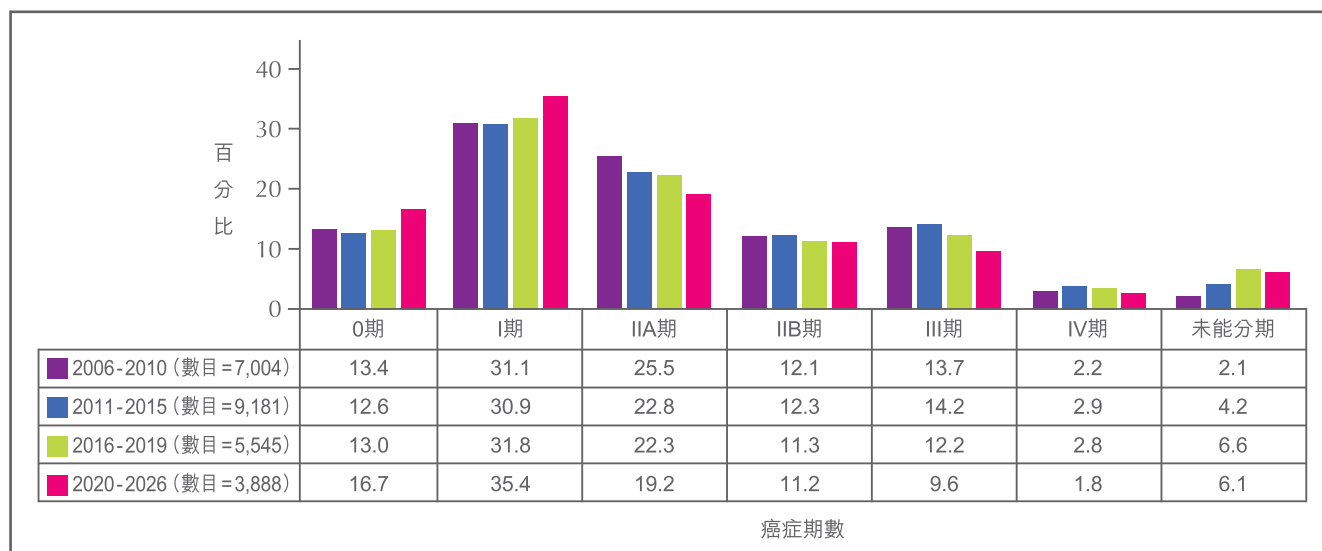


圖2.8：確診年份組別的癌症期數分佈 (總計=25,618)

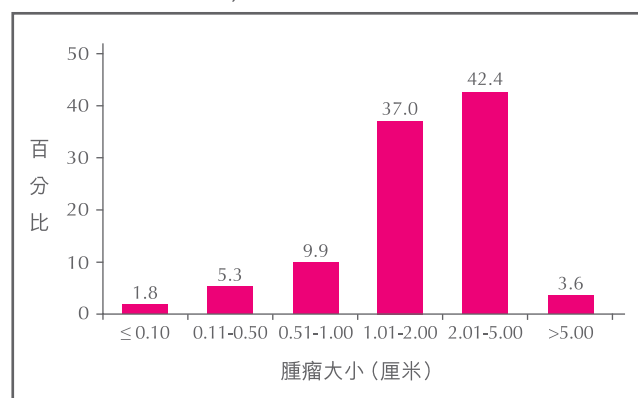


2.22 綜合25,618宗乳癌病例，其中25,082宗提供了病理學數據可用於隨後的癌症特徵分析。共有21,616名病人患有入侵性癌症，3,450名病人患有原位乳癌。另外16宗病例屬於隱匿性原發乳癌。

C. 入侵性乳癌的特徵

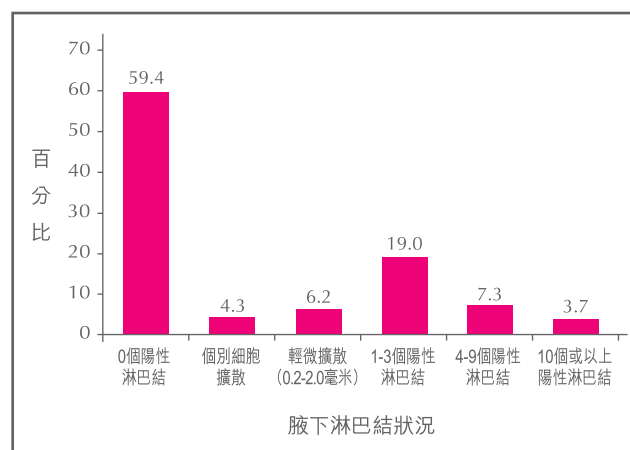
2.23 入侵性乳癌的腫瘤平均大小為2.1厘米（標準差： ± 1.4 厘米）。17.0%患者的腫瘤大小屬於1厘米或以下，而屬於1.01至2.00厘米及2.01至5.00厘米的則分別有37.0%及42.4%（圖2.9）。只有小部分（3.6%）患者的腫瘤超過5厘米。另外，經乳房X光造影檢查發現的腫瘤遠遠小於無意中自我發現的腫瘤（平均大小： 1.3 ± 1.0 厘米比 2.3 ± 1.4 厘米； $p < 0.001$ ）。

圖2.9：入侵性乳癌的腫瘤大小（厘米）分佈
（總計=21,616）



2.24 淋巴結有否受癌細胞侵犯是斷定乳癌期數的其中一個因素。受影響的淋巴結數量越多，癌症期數就越高。在入侵性乳癌患者當中，59.4%沒有腋下淋巴結呈陽性，4.3%患者的淋巴結有個別細胞擴散（轉移範圍 ≤ 0.2 毫米或由少於200個癌細胞組成的腫瘤細胞團），6.2%有輕微擴散（轉移範圍 > 0.2 毫米及 ≤ 2 毫米），而30.0%則有至少一個腋下淋巴結呈陽性（轉移範圍大於2毫米）（圖2.10）。

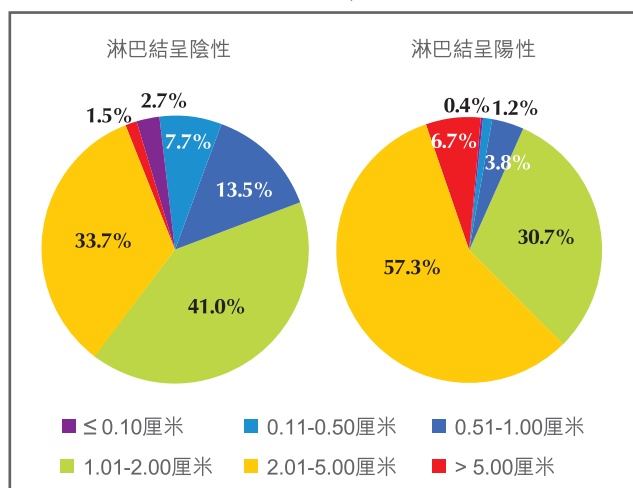
圖2.10：入侵性乳癌患者的腋下淋巴結狀況
（總計=18,733）





2.25 淋巴結呈陽性的入侵性乳癌患者當中，57.3%有介乎2.01至5.00厘米的腫瘤，小部分（6.7%）有超過5厘米的腫瘤。相對淋巴結呈陽性的入侵性乳癌患者（36.1%），較多淋巴結呈陰性的患者（64.9%）有2厘米或以下的腫瘤（圖2.11）。

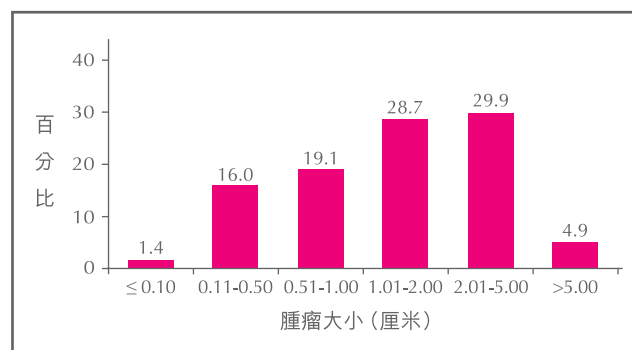
圖2.11：按淋巴結狀況分析入侵性乳癌的腫瘤大小（厘米）（總計=17,816）



D. 原位乳癌特徵

2.26 原位乳癌的腫瘤平均大小是1.9厘米（標準差：±1.6厘米）。36.5%患者的腫瘤大小屬於1厘米或以下，而4.9%患者的腫瘤超過5厘米（圖2.12）。在曾接受乳房X光造影檢查的原位乳癌患者裡，64.0%的患者檢查後發現微鈣化點。

圖2.12：原位乳癌的腫瘤大小（厘米）分佈（總計=2,822）



IV. 組織學及生物學特徵

2.27 乳癌是一種異質性腫瘤，包含多種病理學亞型，並在顯微鏡下有著不同的外觀。乳癌的組織學數據為患者的預後情況提供了有價值的參考資料。配合其他數據，包括腫瘤大小、級別、淋巴結狀況、荷爾蒙受體（HR）狀況和HER2致癌基因狀況，相互補充有助預測復發的可能性及對治療的反應。

A. 入侵性乳癌

2.28 從入侵性乳癌的組織學特性、級別、多灶性及多中心性分析，87.8%屬於入侵性乳腺管癌（沒指定類別）（表2.13）。此外，30.8%入侵性乳癌腫瘤屬於第3級別（表2.14）。

表2.13：入侵性乳癌的組織學類別
(總計=21,616)

	數目	%
入侵性乳腺管癌（沒指定類別）	18,986	87.8
乳小葉癌	834	3.9
黏液性癌（膠態）	731	3.4
乳突狀癌	213	1.0
管狀癌	147	0.7
微小乳突狀癌	107	0.5
乳腺管及乳小葉混合型	94	0.4
化生癌	86	0.4
大汗腺癌	47	0.2
腺樣囊性癌	22	0.1
篩狀癌	11	0.1
炎性癌	10	<0.1
管狀小葉癌	7	<0.1
分泌型癌	4	<0.1
鱗狀細胞癌	3	<0.1
乳頭柏哲氏病	3	<0.1
腺泡細胞癌	1	<0.1
邊緣型/惡性葉狀瘤	92	0.4
肉瘤	3	<0.1
其他	133	0.6
資料不詳	82	0.4

表2.14：入侵性乳癌的級別、腫瘤的多灶性及多中心性（總計=21,616）

	數目	%
級別		
第1級	3,709	17.2
第2級	8,576	39.7
第3級	6,656	30.8
資料不詳	2,675	12.4
淋巴管入侵	5,278	24.4
腫瘤多灶性	2,202	10.2
病灶數目		
2	1,215	55.2
3-4	391	17.8
5或以上	210	9.5
資料不詳	386	17.5
腫瘤多中心性	543	2.5
涉及乳房範圍		
2	475	87.5
3	26	4.8
4	14	2.6
資料不詳	28	5.2

2.29 入侵性乳癌患者當中，接近全部（97.9%）曾經接受雌激素受體或黃體酮受體狀況的測試。其中80.2%患者的測試結果呈陽性。在免疫組織化學染色法（IHC）中評定為3分屬於c-erbB2/HER2呈陽性，0或1分則為陰性。而IHC 2分的患者會再接受原位雜合技術（ISH）測試，如ISH結果呈陽性也屬於HER2呈陽性。根據2018年的指引，⁴⁸大多數以前被介定為不確定的病例（即

HER2拷貝量低或HER2：CEP17比例低），現在亦被介定為呈陰性。在入侵性乳癌的患者群組中，21.5%的患者屬於c-erbB2/HER2呈陽性。此外，對於HER2 IHC評分為1或2，且ISH檢測結果為不確定或陰性的病例，此亞群目前已被歸類為HER2低表達（low HER2）。入侵性乳癌的生物學特性詳見表2.15。



表2.15：入侵性乳癌的生物學特性（總計=21,616）

	數目	%
雌激素受體 [97.9%患者接受測試]		
呈陽性	16,697	78.9
呈陰性	4,470	21.1
黃體酮受體 [97.7%患者接受測試]		
呈陽性	14,101	66.8
呈陰性	7,015	33.2
c-erbB2 / HER2 [97.0%患者接受測試]		
呈陽性 (IHC 3分)	3,960	18.9
不確定 (IHC 2分) ISH結果呈陽性	552	2.6
不確定 (IHC 2分) ISH結果不確定*	175	0.8
不確定 (IHC 2分) ISH結果呈陰性*	3,709	17.7
不確定 (IHC 2分) 沒有接受ISH測試	2,064	9.8
呈陰性 (IHC 1分) *	5,026	24.0
呈陰性 (IHC 0分)	4,557	21.7
呈陰性 (IHC分數不詳)	916	4.4
Ki-67指數 [60.9%患者接受測試]		
< 14%	4,786	36.3
≥ 14%	8,383	63.7

HER2：第二型人類上皮生長素受體；IHC：免疫組織化學染色法；ISH：原位雜合技術
備註：列表中的星號 (*) 代表HER2低表達。

2.30 乳癌為異質性疾病，透過免疫組織化學染色法去測試在表2.15所列明的生物標記，可將乳癌分為幾個生物學亞型。⁴⁹ 癌細胞中的HER2基因過度表現與某些類型的乳癌有關。綜合檢視這些生物標記而非個別衡量，可以進一步評估患者預

後和預測的資料。生物學亞型的定義及按癌症期數分析腫瘤生物學亞型的資料詳見表2.16。整體而言，67.4%的入侵性腫瘤為HR陽性HER2陰性，12.8%為HR陽性HER2陽性，8.7%為HR陰性HER2陽性，以及11.1%為三陰性。

表2.16：按癌症期數分析入侵性腫瘤的生物學亞型（總計=20,194）

	癌症期數，%				
	I期 (數目=7,857)	IIA期 (數目=5,695)	IIB期 (數目=2,949)	III期 (數目=3,159)	IV期 (數目=534)
管腔A型	30.6	18.3	15.0	11.3	8.2
管腔B型 (HER2呈陰性)	20.4	24.6	26.8	24.9	25.8
管腔A/B型 (HER2呈陰性)	22.8	22.6	25.4	24.0	22.7
管腔B型 (HER2呈陽性)	10.0	12.7	12.8	16.8	21.5
HER2呈陽性 (HR呈陰性)	7.3	8.4	7.8	12.0	13.1
三陰性	8.9	13.4	12.2	11.0	8.6

HR：荷爾蒙受體 (ER和PR)

管腔A型：ER及/或PR+，HER2-，及低Ki-67指數 (<14%)

管腔B型 (HER2呈陰性)：ER及/或PR+，HER2-，及高Ki-67指數 (≥14%)

管腔A/B型 (HER2呈陰性)：ER及/或PR+，HER2-，及Ki-67指數不詳

管腔B型 (HER2呈陽性)：ER及/或PR+，HER2+，及任何Ki-67指數

HER2呈陽性 (HR呈陰性)：ER及PR-，HER2+，及任何Ki-67指數

三陰性：ER及PR-，HER2-，及任何Ki-67指數

備註：這些定義適用於本報告書後續任何包含生物學亞型數據的圖表。

2.31 以往患有HR呈陽性乳癌的患者通常會接受化學治療，可是當中絕大多數初期乳癌患者非但不能從輔助性化療中獲益，還受到其短期及長期的副作用所困擾。因此，近年治療初期乳癌的方案有所改變。醫生會考慮患者能否在化學治療中獲得確實的益處而不是假定的益處。基因檢測（包括安可待乳癌腫瘤基因檢測、MammaPrint、EndoPredict和PAM50）透過多基因表現分析將患者進行風險分類，從而協助評估患者是否需要進行化療。⁵⁰曾接受安可待乳癌腫瘤基因檢測的患者當中，80.8%的復發指數在25分或以下，屬於低或中復發風險。

B. 原位乳癌

2.32 乳腺管癌為最常見的原位乳癌類型（94.6%）。表2.17顯示受訪群組中原位乳癌的組織學特性、級別、多灶性和多中心性。

2.33 在乳房原位乳癌患者中，多於三分之二（68.1%）曾接受雌激素受體或黃體酮受體狀況測試，當中大部分（82.5%）測試結果呈陽性。另外，23.8%患者屬於HER2呈陽性。表2.18列出受訪群組中原位乳癌的生物學特性。



表2.17：原位乳癌的組織學類別、級別、腫瘤的多灶性及多中心性（總計=3,450）

	數目	%
組織學類別		
乳腺管癌	3,262	94.6
混合癌	57	1.7
乳突狀癌	45	1.3
包裹性乳頭狀癌	19	0.6
囊內乳頭狀癌	15	0.4
大汗腺癌	9	0.3
神經內分泌腫瘤	4	0.1
篩狀癌	1	<0.1
微小乳突狀癌	1	<0.1
其他	26	0.8
資料不詳	11	0.3
壞疽	1,195	34.6
核級別		
低	911	26.4
中	1,186	34.4
高	1,159	33.6
資料不詳	194	5.6
腫瘤多灶性	417	12.1
病灶數目		
2	198	47.5
3	35	8.4
4或以上	22	5.3
資料不詳	162	38.8
腫瘤多中心性	64	1.9
涉及乳房範圍		
2	55	85.9
3	3	4.7
資料不詳	6	9.4

表2.18：原位乳癌的生物學特性（總計=3,450）

	數目	%
雌激素受體 [68.1%患者接受測試]		
呈陽性	1,917	81.6
呈陰性	432	18.4
黃體酮受體 [66.8%患者接受測試]		
呈陽性	1,683	73.0
呈陰性	621	27.0
c-erbB2/HER2 [62.2%患者接受測試]		
呈陽性 (IHC 3分)	509	23.7
不確定 (IHC 2分) ISH結果呈陽性	2	0.1
不確定 (IHC 2分) ISH結果不確定	1	<0.1
不確定 (IHC 2分) ISH結果呈陰性	24	1.1
不確定 (IHC 2分) 沒有接受ISH測試	680	31.7
呈陰性 (IHC 1分)	520	24.2
呈陰性 (IHC 0分)	370	17.2
呈陰性 (IHC分數不詳)	41	1.9
Ki-67指數 [46.0%患者接受測試]		
< 14%	1,012	63.7
≥ 14%	576	36.3

HER2：第二型人類上皮生長素受體；

IHC：免疫組織化學染色法；ISH：原位雜合技術

V. 治療方法

2.34 綜合使用多種療法能夠有效治療乳癌。患有入侵性乳癌的患者通常會接受綜合治療，包括手術治療、放射治療、化學治療、內分泌治療、標靶治療，和免疫治療。然而，患有原位乳癌的患者只需採用破壞性較低的治療方案，包括手術治療、放射治療，和內分泌治療。原位乳癌患者普遍不需要接受化學治療、標靶治療和免疫治療。這些非手術治療方法會根據確診時的癌症期數，而採用輔助性（手術後進行）、前置性（手術前進行）或舒緩性（已有遠端擴散）的治療。在本節中，未能分期之患者已被排除於分析之外。受訪患者中，19.1%僅在私營醫療機構接受治療，46.3%僅在公營醫療機構接受治療，34.5%曾在公營及私營醫療機構接受治療。

2.35 患者的綜合治療模式詳列於表2.19。一般而言，治療方法的使用數目與癌症期數成正比。受訪群組中，大部分（90.4%）第0期乳癌患者接受了不

多於兩種療法，相反，78.9%第IIA期、92.2%第IIB期和96.4%第III期的乳癌患者接受了三種或以上療法。

表2.19：按癌症期數分析治療方法的使用數目（總計=24,480）

	癌症期數，%					
	0期 (數目=3,468)	I期 (數目=8,156)	IIA期 (數目=5,860)	IIB期 (數目=3,036)	III期 (數目=3,310)	IV期 (數目=650)
0	0.1	0.0	0.0	0.1	<0.1	0.8
1	38.5	6.2	2.6	1.4	0.9	6.6
2	51.8	31.8	18.4	6.4	2.7	13.2
3	8.2	43.6	37.1	26.7	16.7	28.3
4	1.3	15.0	35.5	54.6	63.7	37.1
5	0.1	3.4	6.3	10.9	16.0	14.0

A. 手術治療

2.36 手術可說是治療入侵性和原位乳癌的關鍵「元素」。隨著近年乳癌治療的發展趨向成熟，乳癌手術的創傷性逐漸降低。現時可供選擇的局部性治療包括乳房保留手術或乳房切除手術。接受乳房保留手術後再接受放射治療的患者，在存活率上與只接受乳房切除手術的患者相近。另外，接受乳房切除手術的婦女可以考慮同時或延後進行乳房重建手術。

2.37 淋巴結手術通常與乳房手術一起進行以確定疾病的擴散程度。淋巴結手術包括前哨淋巴結切片檢查及腋下淋巴切除手術。臨床淋巴結狀況呈陰性的患者可先進行前哨淋巴結切片檢查，以斷定淋巴結是否受到癌細胞影響，再按需要接受腋下淋巴切除手術。這是為了預防因切除大量腋下淋巴結而引發淋巴水腫。

2.38 受訪群組中，54.7%的患者在私營醫療機構接受手術，45.3%則在公營醫療機構接受手術。

2.39 在入侵性乳癌患者中，接近全部（98.8%）接受了手術治療。62.8%入侵性乳癌患者接受乳房切除手術，35.8%接受乳房保留手術。在接受乳房切除手術的患者中，12.7%即時或稍後接受了乳房重建手術，而最普遍的乳房重建手術是腹直肌皮瓣（TRAM瓣）（71.3%）（表2.20）。接近所有（98.1%）入侵性乳癌患者接受了淋巴結手術。當中有33.5%僅進行了腋下淋巴切除手術，而16.3%進行了前哨淋巴結切片檢查後再接受腋下淋巴切除手術。



2.40 在原位乳癌患者中，接近所有（99.7%）接受了手術治療（表2.20）。略多於半數（54.2%）患者接受了乳房保留手術，45.3%接受了乳房切除

手術。另外，約三分之一（35.6%）的患者沒有接受淋巴結手術。在接受了淋巴結手術的患者中，89.0%僅接受前哨淋巴結切片檢查。

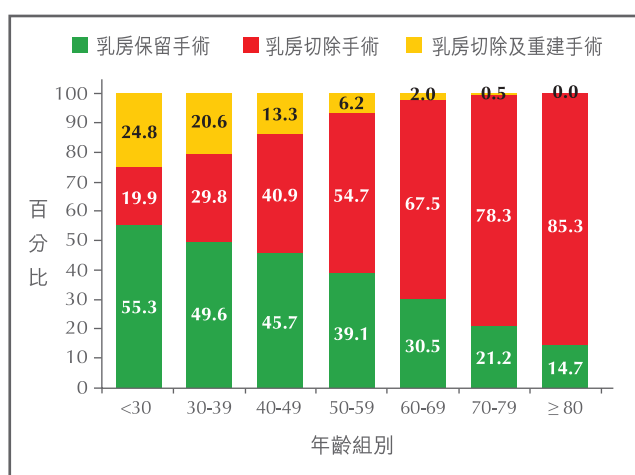
表2.20：入侵性或原位乳癌的手術治療情況

	癌症類別，%	
	入侵性乳癌	原位乳癌
手術類型（總計 = 24,480）	（數目 = 21,012）	（數目 = 3,468）
沒有接受手術	1.1	0.3
乳房保留手術	35.8	54.2
乳房切除手術	62.8	45.3
僅接受淋巴結手術	0.1	<0.1
手術類型不詳	0.1	0.2
有否接受手術不詳	0.1	0.0
乳房切除手術的種類（總計 = 14,765）	（數目 = 13,194）	（數目 = 1,571）
全乳切除手術	92.8	85.6
保留皮膚切除手術	4.1	9.0
保留乳量切除手術	0.1	0.3
保留乳頭切除手術	2.8	5.0
資料不詳	0.2	0.1
乳房重建手術的種類（總計 = 2,014）*	（數目 = 1,678）	（數目 = 336）
腹直肌皮瓣（TRAM瓣）	71.3	62.2
植入物	15.2	28.3
背闊肌皮瓣（LD瓣）	7.6	5.4
LD瓣及植入物	4.1	3.0
資料不詳	1.8	1.2
淋巴結手術的種類（總計 = 22,842）	（數目 = 20,609）	（數目 = 2,233）
僅前哨淋巴結切片檢查	49.6	89.0
前哨淋巴結切片檢查後再接受腋下淋巴切除手術	16.3	2.1
僅腋下淋巴切除手術	33.5	8.2
資料不詳	0.7	0.6

* 僅包括接受乳房切除手術後再進行乳房重建的患者

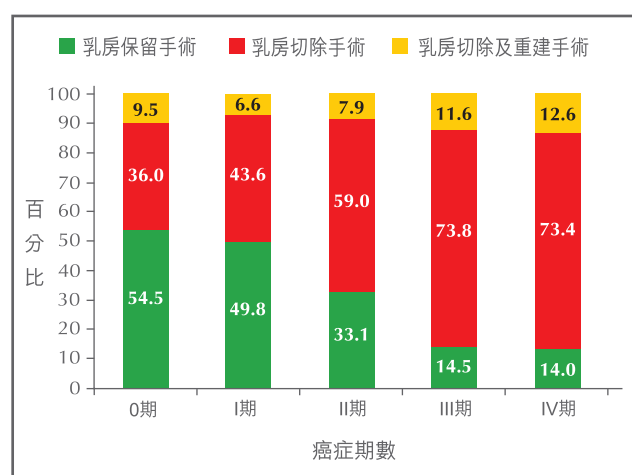
2.41 接受乳房切除手術的患者比率與年齡成正比，而接受乳房切除及重建手術的患者比率則與年齡成反比（圖2.13）。

圖2.13：按年齡組別分析手術類型（總計=23,507）



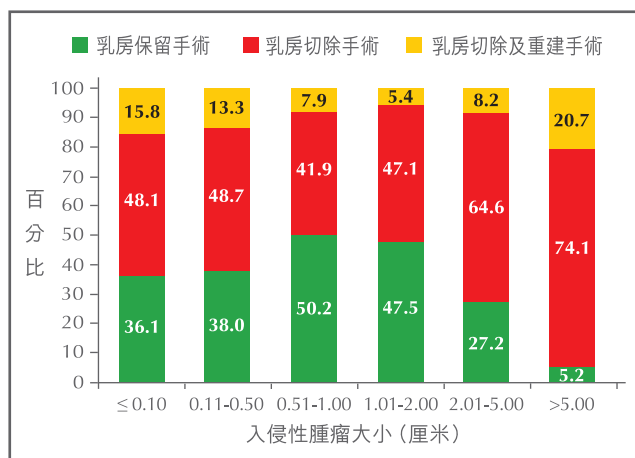
2.43 接受乳房保留手術的患者比率與癌症期數成反比，而進行乳房切除及重建手術的患者比率與癌症期數並沒有顯示任何明顯關係（圖2.15）。

圖2.15：按癌症期數分析手術類型（總計=24,167）



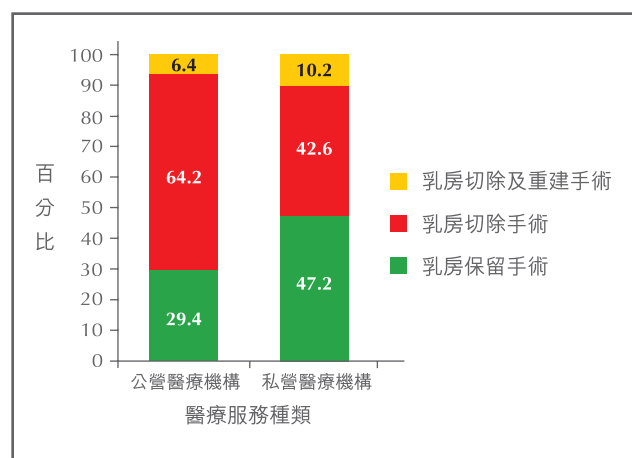
2.42 在腫瘤大於0.5厘米的患者中，接受乳房保留手術的患者比率與腫瘤大小成反比（圖2.14）。

圖2.14：按入侵性腫瘤大小（厘米）分析手術類型（總計=19,033）



2.44 相比在公營醫療機構接受手術的患者（29.4%），在私營醫療機構接受手術的患者（47.2%）較多接受乳房保留手術（圖2.16）。

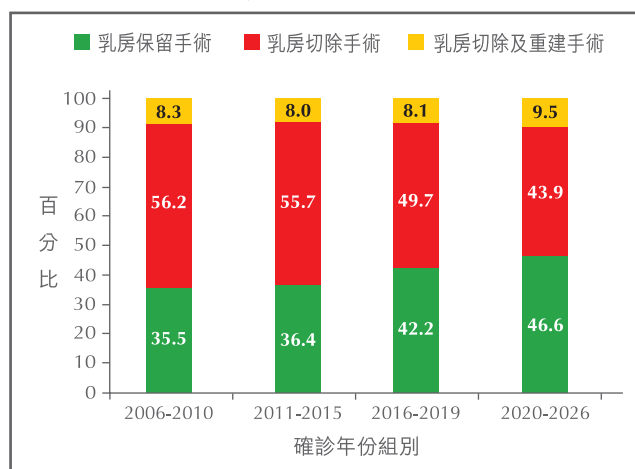
圖2.16：按患者接受治療的醫療服務種類分析手術類型（總計=23,368）





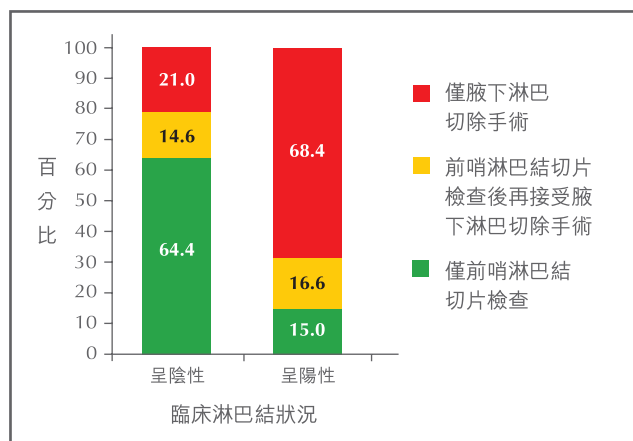
2.45 按不同確診年份組別分析，乳房保留手術的使用比率由2006-2010年的35.5%上升至2020-2026年的46.6%；相對地，乳房切除手術的使用比率則由56.2%下降至43.9%。另一方面，接受乳房切除及重建手術的患者比率相對穩定，約維持在8%（圖2.17）。

圖2.17：按確診年份組別分析乳房手術的種類（總計=24,167）



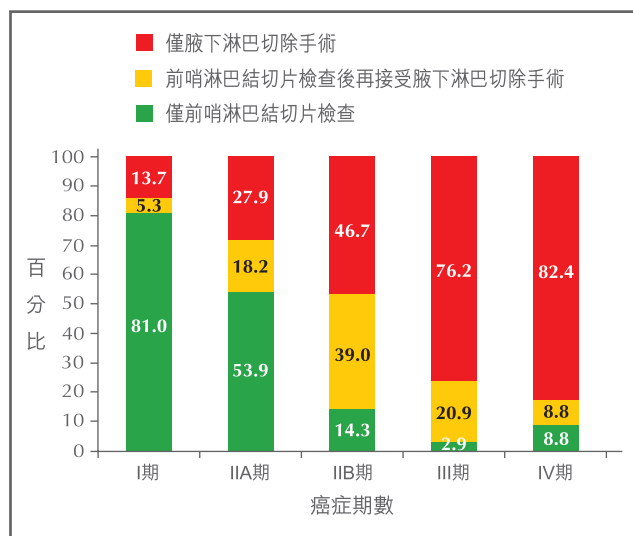
2.46 相比臨床淋巴結狀況呈陽性的患者（15.0%），臨床淋巴結狀況呈陰性的患者（64.4%）較多僅需要接受前哨淋巴結切片檢查。另一方面，相對臨床淋巴結狀況呈陰性的患者（21.0%）而言，臨床淋巴結狀況呈陽性的患者（68.4%）則較多直接進行腋下淋巴切除手術，而沒有先接受前哨淋巴結切片檢查。圖2.18顯示受訪群組中臨床淋巴結狀況呈陽性或陰性的患者接受淋巴結手術的種類。

圖2.18：按臨床淋巴結狀況分析淋巴結手術的種類（總計=22,689）



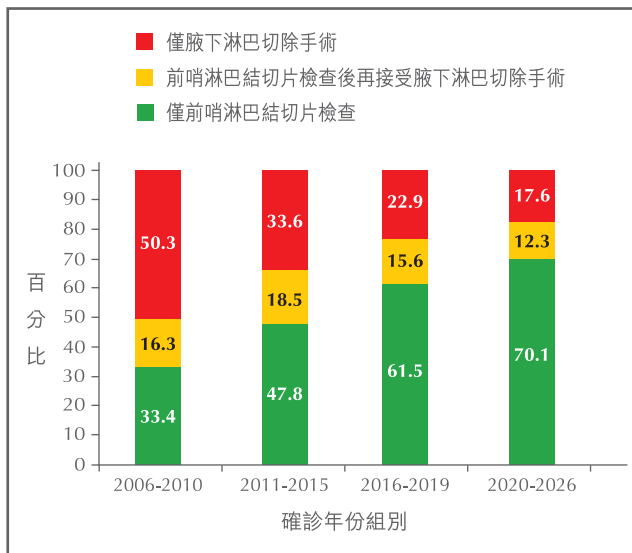
2.47 僅接受腋下淋巴切除手術的患者比率與癌症期數成正比。在受訪群組中，接受前哨淋巴結切片檢查後再接受腋下淋巴切除手術的患者從第I期到第II期有所增加；但從第III期到第IV期則有所減少。這個趨勢可能是因為大多數第III或IV期患者選擇接受腋下淋巴切除手術作為她們首個淋巴結手術（圖2.19）。

圖2.19：按癌症期數分析針對入侵性乳癌的淋巴結手術種類（總計=20,474）



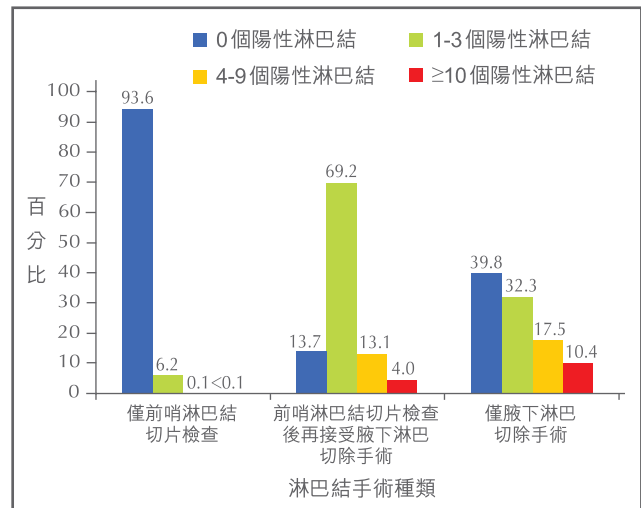
2.48 按不同確診年份組別分析，僅前哨淋巴結切片檢查的使用比率按年顯著上升，由2006-2010年的33.4%增至2020-2026年的70.1%。相反，僅接受腋下淋巴切除手術的比率則由50.3%下降至17.6%（圖2.20）。

圖2.20：按確診年份組別分析淋巴結手術種類（總計=20,474）



2.49 入侵性乳癌患者中，93.6%僅接受前哨淋巴結切片檢查的患者沒有淋巴結呈陽性，而39.8%僅接受腋下淋巴切除手術的患者和13.7%接受前哨淋巴結切片檢查後再接受腋下淋巴切除手術的患者沒有淋巴結呈陽性（圖2.21）。

圖 2.21：按淋巴結手術種類分析陽性淋巴結數目（總計=20,366）



B. 放射治療

2.50 放射治療（或稱電療）是治療乳癌的其中一種方法，透過游離輻射破壞癌細胞的脫氧核糖核酸結構，促使癌細胞死亡及導致癌細胞無法進行細胞分裂。放射治療可以在兩種情況下進行：(i) 局部區域性放射治療，以療愈為目的照射乳房或胸壁，如有需要治療位置或會延至區域性淋巴結；(ii) 紓緩性放射治療（例如骨骼）用於減輕由癌細胞轉移而引起的症狀，包括疼痛、腫瘤壓迫引致的不適、氣道阻塞、出血和流出分泌物。

i. 局部區域性放射治療

2.51 乳房保留手術後接受電療是乳房保留療法的一部分，目的是希望達到與乳房切除手術一樣的預後效果。這個做法適用於所有入侵性乳癌和大部分原位乳癌患者。如果遇到腫瘤體積較大並有多個淋巴結遭癌細胞入侵，或者於淋巴核中發現癌細胞的情況，接受了乳房切除手術的患者都需要接受電療。



2.52 受訪群組中，64.0%的患者曾接受放射治療作為治療的一部分，當中接近全部（99.8%）屬於術後輔助性治療。大部分（82.7%）患者在公營醫療機構接受放射治療，其餘患者則在私營醫療機構接受放射治療。

2.53 圖2.22及圖2.23分別顯示接受了乳房保留手術或乳房切除手術的患者在不同癌症期數接受放射治療的比率。大部分（超過95%）接受了乳房保留手術的入侵性乳癌患者會隨後接受放射治療（圖2.22）。另一方面，入侵性乳癌患者進行了乳房切除手術後再接受放射治療的比率隨著癌症期數上升而顯著增加（圖2.23）。

2.54 在接受了乳房保留手術的原位乳癌患者中，92.5%會隨後接受放射治療（圖2.22）。然而，接受了乳房切除手術的原位乳癌患者只有3.9%會接受放射治療（圖2.23）。

圖2.22：按癌症期數分析接受了乳房保留手術的患者接受放射治療的比率（總計=9,340）

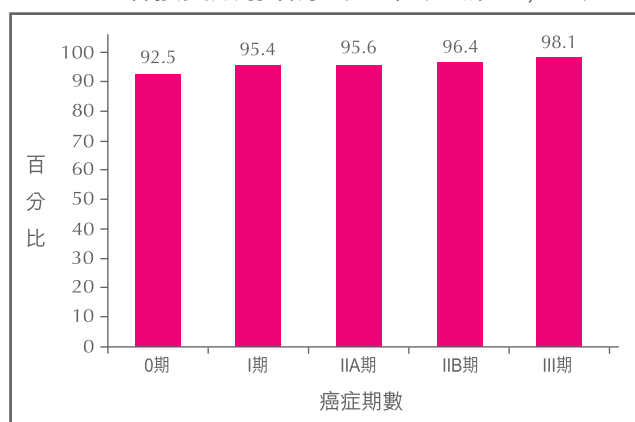
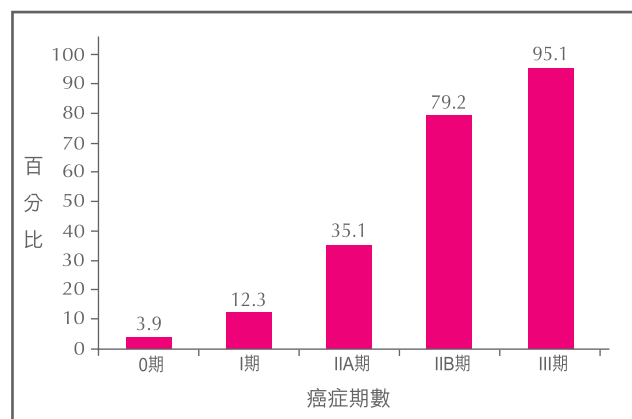


圖2.23：按癌症期數分析接受了乳房切除手術的患者接受放射治療的比率（總計=14,384）



2.55 按不同確診年份組別分析，接受乳房保留手術的患者使用放射治療的比率均維持在較高水平（約95%）（圖2.24）。對於接受乳房切除手術的患者而言，放射治療的使用比率在確診年份間基本上保持穩定（圖2.25）。

圖2.24：按確診年份組別分析接受了乳房保留手術的患者接受放射治療的比率（總計=9,340）

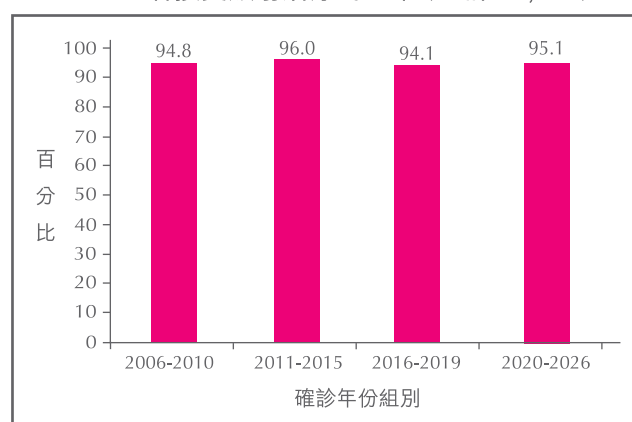
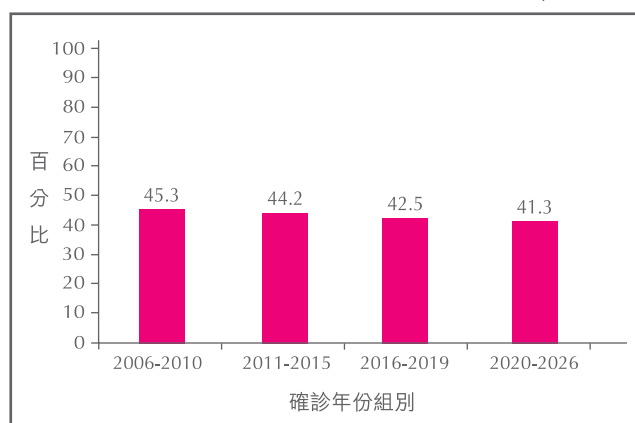


圖2.25：按確診年份組別分析接受了乳房切除手術的患者接受放射治療的比率（總計=14,384）



2.56 放射治療會針對局部位置發出游離輻射，例如乳房和胸壁，包括或不包括區域性淋巴結。表2.21顯示按患者所接受的手術類型分析其輔助性電療的位置。

表2.21：輔助性局部區域性放射治療對區域性淋巴結的覆蓋程度（總計=9,017）

	數目	%
乳房保留手術（數目=4,993）		
乳房	4,266	85.4
乳房及區域性淋巴結	727	14.6
乳房切除手術（數目=4,024）		
胸壁	985	24.5
胸壁及區域性淋巴結	3,039	75.5

ii. 舒緩性放射治療

2.57 舒緩性放射治療用於減輕由癌細胞轉移而引起的症狀，包括疼痛、腫瘤壓迫引致的不適、氣道阻塞、出血和流出分泌物。在擴散性乳癌患者中，64.2%的患者在身體不同的位置接受了舒緩性放射治療。

C. 化學治療

2.58 化學治療（或稱化療）是通過採用一種或多種細胞毒性藥物來消滅或抑制體內癌細胞增長的全身性治療。藥物以干預乳癌細胞生長和分裂的方式，將其破壞。原位乳癌患者普遍不用接受化療。化療藥物可分為三代。⁵¹任何化療方案的實際療程數目通常會因應患者個人因素如骨髓儲備和副作用的嚴重程度而改變。

2.59 入侵性乳癌患者當中，64.3%接受了化療。其中83.0%患者接受輔助性化療，13.0%接受前置化療，以及4.0%接受舒緩性化療。另外，大部分（82.6%）患者在公營醫療機構接受化療，其餘則在私營醫療機構接受化療。

2.60 受訪群組中，患者接受根治性化療的比率與癌症期數（第I至III期）成正比。大部分（83.7%）第IV期患者接受了舒緩性化療（圖2.26）。不論任何癌症期數，70歲或以上患者接受化療的比率遠低於70歲以下的患者。表2.22顯示患者在相同年齡組別和癌症期數接受化療的比率。

圖2.26：按癌症期數分析化療的使用比率（總計=20,960）

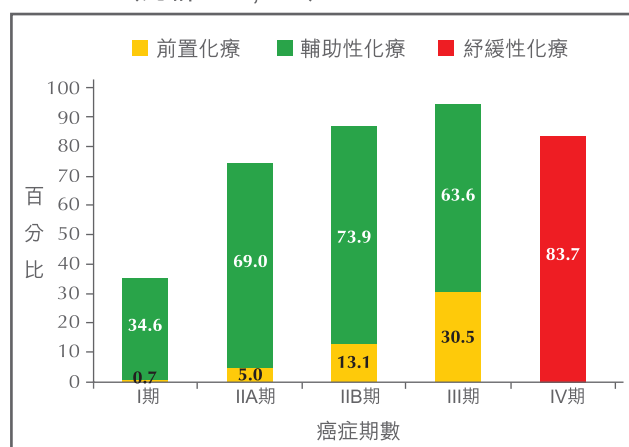




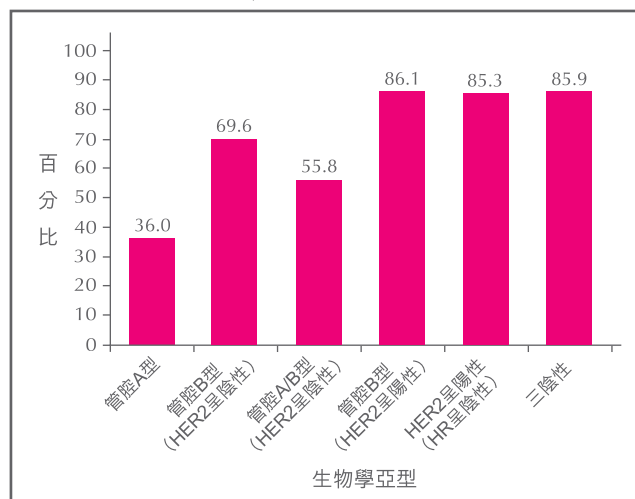
表2.22：按確診時的年齡及癌症期數分析化療的使用比率（總計=20,368）

癌症期數，數目（佔相同年齡組別及癌症期數患者的百分比，%）					
	I期	IIA期	IIB期	III期	IV期
<30	25 (58.1)	28 (90.3)	19 (100.0)	19 (100.0)	4 (100.0)
30-39	317 (54.2)	431 (88.9)	237 (97.9)	255 (99.2)	41 (82.0)
40-49	1,014 (41.5)	1,363 (85.4)	831 (94.9)	969 (99.1)	180 (91.4)
50-59	971 (38.0)	1,527 (82.6)	910 (92.5)	1,057 (97.9)	191 (86.0)
60-69	421 (25.9)	791 (64.8)	528 (85.0)	610 (94.4)	86 (83.5)
≥70	44 (6.7)	69 (13.7)	50 (23.6)	95 (44.6)	23 (46.9)

2.61 生物學亞型對於化療的使用亦具有臨床意義。略多於三分之一的管腔A型患者接受化療，而三陰性乳癌患者則約有85%接受化療（圖2.27）。

2.62 患者接受化療的比率由2006至2010年的71.3%下降至2020至2026年的51.4%（圖2.28）。進一步按癌症期數及按生物學亞型分析後，化療的使用比率在早期乳癌患者（表2.23）以及HR陽性HER2陰性的患者（表2.24）中亦觀察到下降趨勢。

圖2.27：按生物學亞型分析化療的使用比率（總計=20,194）



備註：生物學亞型的定義見表2.16。

圖2.28：按確診年份組別分析化療的使用比率（總計=20,960）

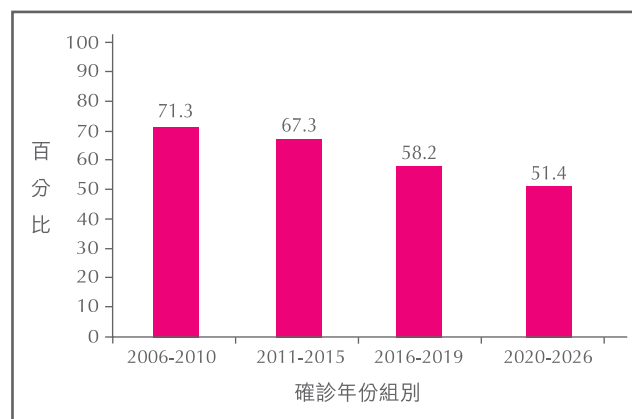


表2.23：按癌症期數及確診年份組別分析化療的使用比率（總計=20,960）

	確診年份組別，數目（佔相同癌症期數及確診年份組別患者的百分比，%）			
	2006-2010	2011-2015	2016-2019	2020-2026
I期	933 (42.9)	1,054 (37.1)	523 (29.6)	371 (27.0)
IIA期	1,473 (82.8)	1,619 (77.5)	802 (65.0)	430 (57.5)
IIB期	775 (91.5)	1,006 (89.3)	519 (83.6)	335 (77.4)
III期	903 (94.6)	1,210 (93.9)	620 (93.2)	352 (94.9)
IV期	131 (85.1)	239 (88.5)	121 (77.6)	53 (75.7)

表2.24：按生物學亞型及確診年份組別分析化療的使用比率（總計=20,194）

	確診年份組別，數目（佔相同生物學亞型及確診年份組別患者的百分比，%）			
	2006-2010	2011-2015	2016-2019	2020-2026
管腔A型	604 (52.6)	517 (39.4)	238 (25.3)	188 (20.9)
管腔B型（HER2呈陰性）	753 (82.8)	1,130 (76.1)	849 (63.3)	546 (56.0)
管腔A/B型（HER2呈陰性）	955 (61.2)	1,144 (55.9)	381 (49.4)	145 (44.1)
管腔B型（HER2呈陽性）	731 (81.9)	792 (87.5)	412 (89.8)	238 (88.1)
HER2呈陽性（HR呈陰性）	436 (84.2)	614 (87.3)	267 (85.0)	160 (80.8)
三陰性	582 (88.9)	737 (85.0)	339 (83.5)	249 (85.6)

備註：生物學亞型的定義見表2.16。

i. 前置化療

2.63 在13,469名曾接受化療的患者中，13.0%接受了前置化療。前置化療的使用比率隨着癌症期數上升而增加（圖2.26）。在接受化學治療的患者中，前置化療的使用率亦隨癌症期數及確診年份組別

而增加（圖2.29）。在2020至2026年的確診年份組別中，HER2陽性及三陰性乳癌患者的前置化療使用率均出現顯著上升（圖2.30）。



圖2.29：各確診年份組別按癌症期數分析前置化療的使用比率（總計=13,469）

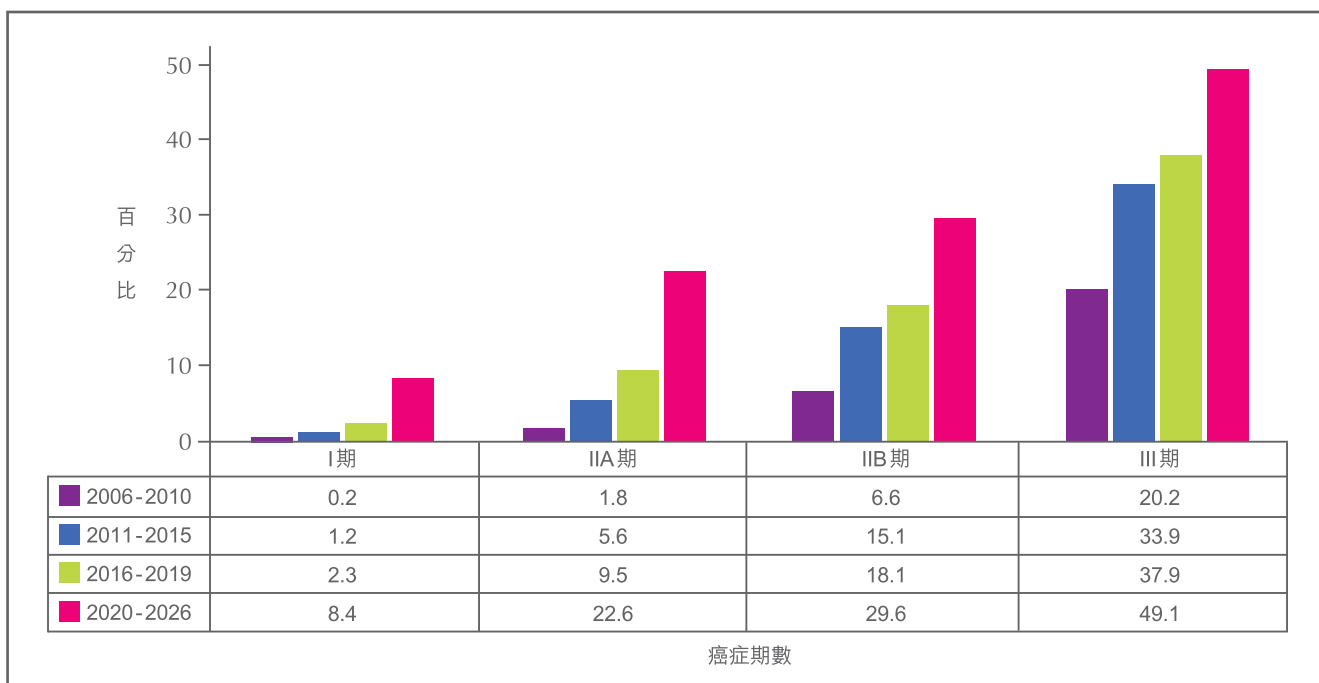
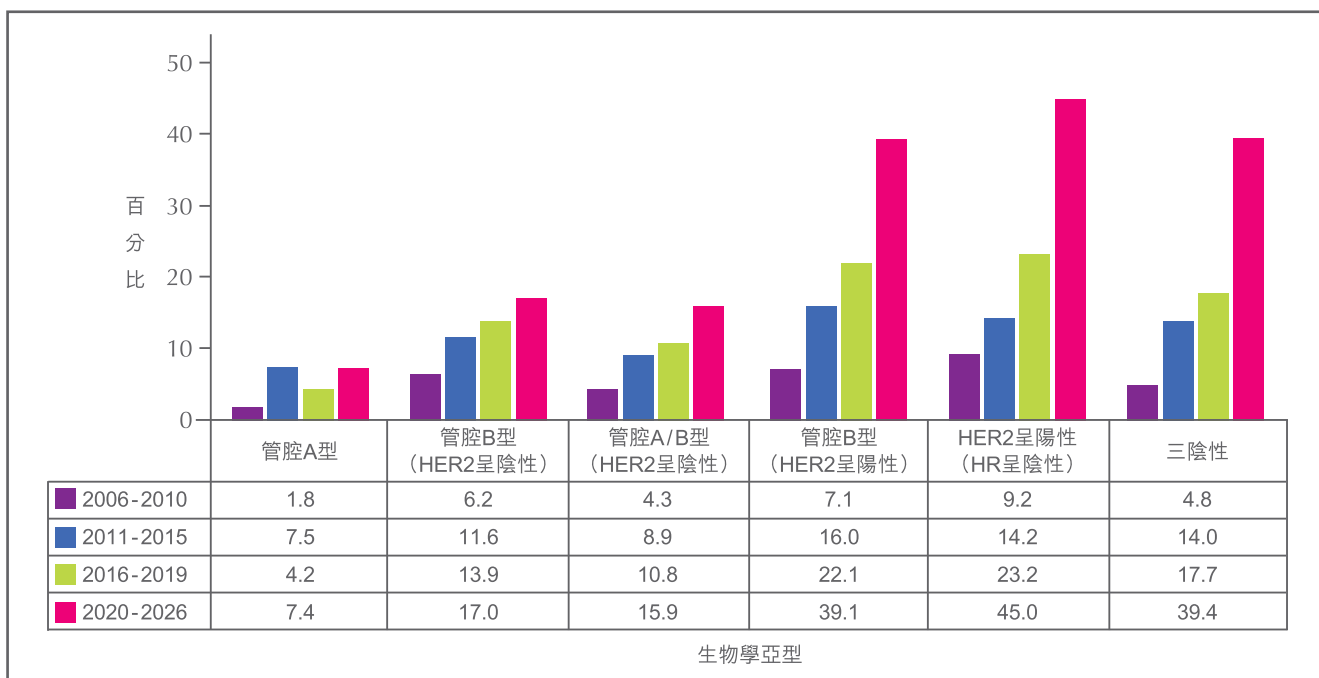


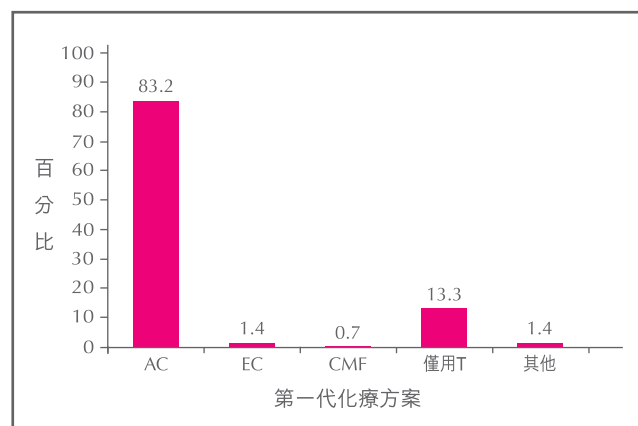
圖2.30：各確診年份組別按生物學亞型分析前置化療的使用比率（總計=13,007）



備註：生物學亞型的定義見表2.16。

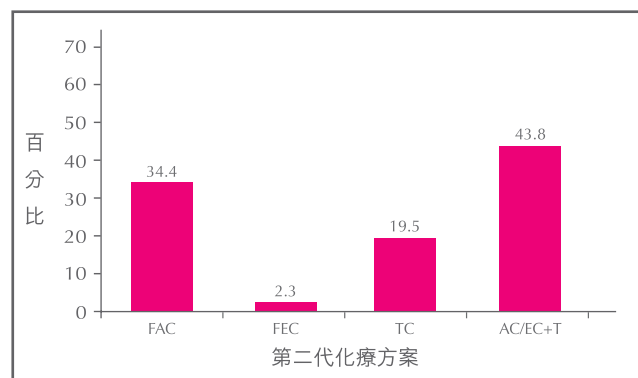
2.64 圖2.31、圖2.32及圖2.33顯示了受訪群組中三代化療方案在前置化療的使用比率。針對HER2的化療方案的使用比率可見於圖2.34。圖2.35顯示受訪群組中不同乳癌生物學亞型患者所採用的化療方案。

圖2.31：第一代（非HER2）化療方案在前置化療的使用比率（總計=143）



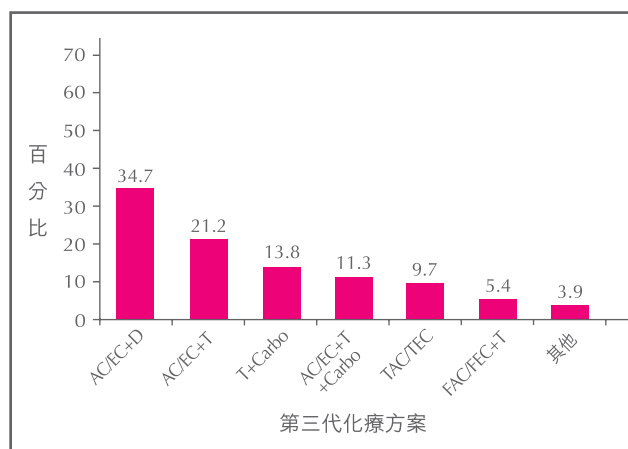
A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamide; E: Epirubicin;
M: Methotrexate; F: 5FU; T: Taxane

圖2.32：第二代（非HER2）化療方案在前置化療的使用比率（總計=128）



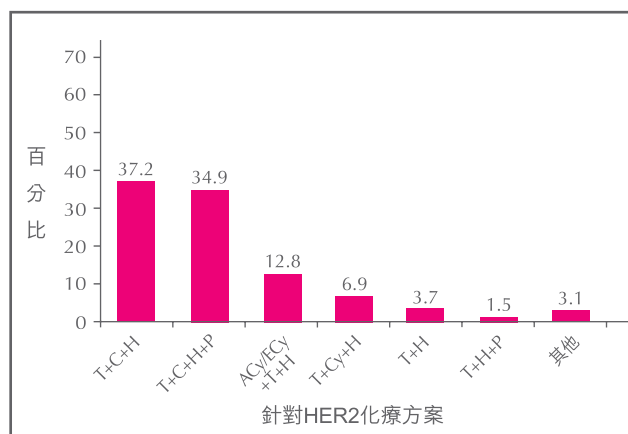
F: 5FU; A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamide; E: Epirubicin;
T: Taxane

圖2.33：第三代（非HER2）化療方案在前置化療的使用比率（總計=698）



A: Doxorubicin; E: Epirubicin; C: Cyclophosphamide;
D: Docetaxel; T: Taxane; Carbo: Carboplatin; F: 5FU

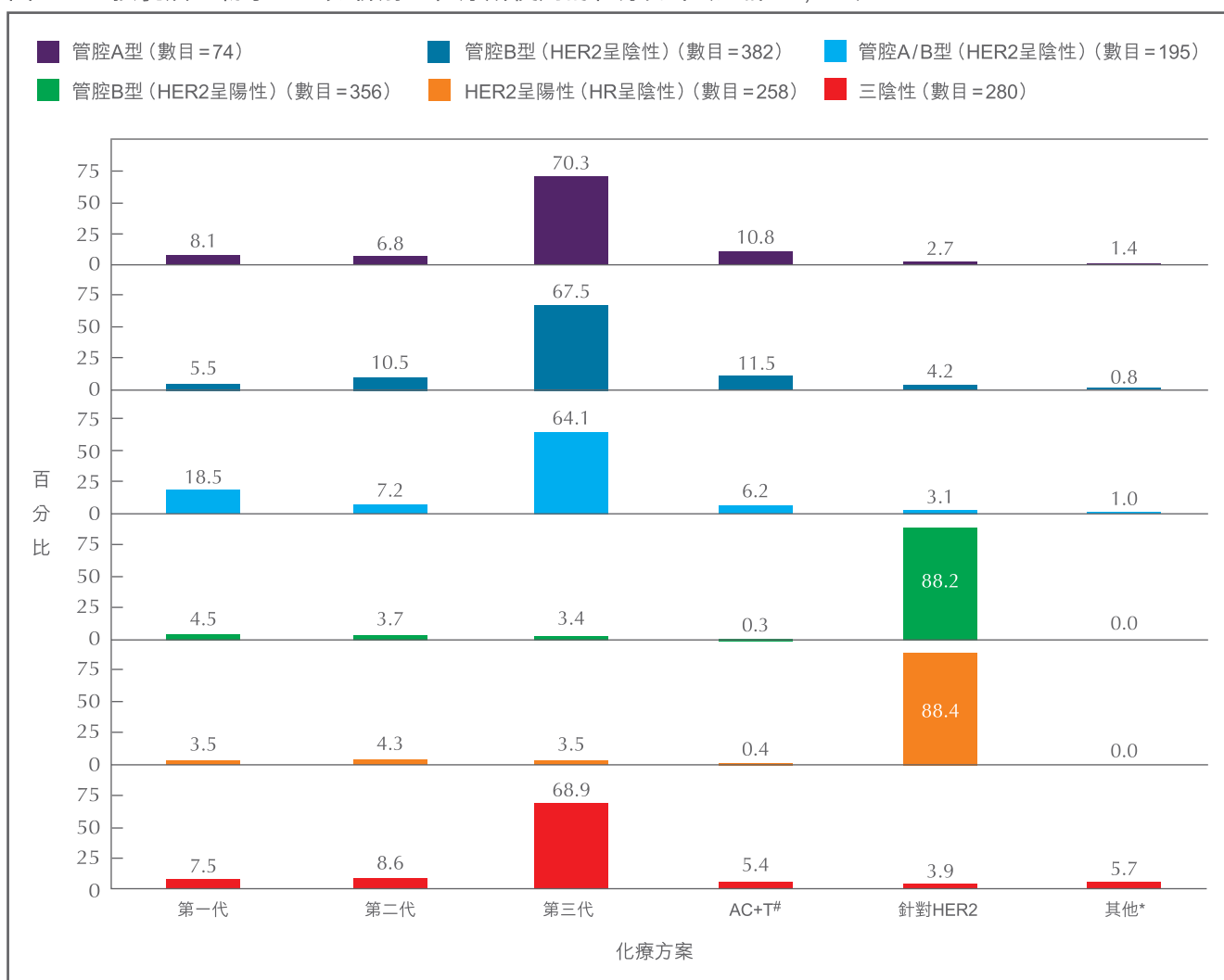
圖2.34：針對HER2的化療方案在前置化療的使用比率（總計=619）



T: Taxane; C: Carboplatin; H: Trastuzumab; P: Pertuzumab;
A: Doxorubicin; E: Epirubicin; Cy: Cyclophosphamide



圖2.35：按乳癌生物學亞型分析前置化療所使用的化療方案（總計=1,545）



AC+T：因完成療程的時間不確定而無法斷定為第二或第三代化療方案

* 其他包括任何使用了Capecitabine、Gemcitabine或Vinorelbine的非HER2化療方案

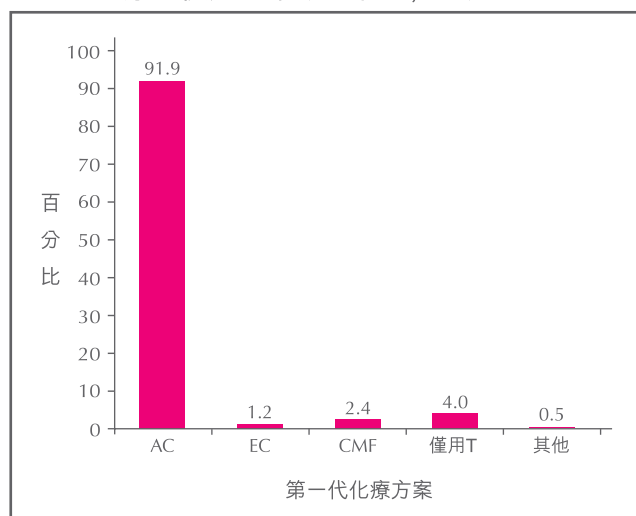
備註：生物學亞型的定義見表2.16。

ii. 輔助性化療

2.65 在13,469名曾接受化療的患者中，83.0%接受了輔助性（第I至III期）化療。圖2.36、圖2.37及圖2.38顯示了受訪群組中三代化療方案在輔助性化療的使用比率。針對HER2的化療方案在輔助性

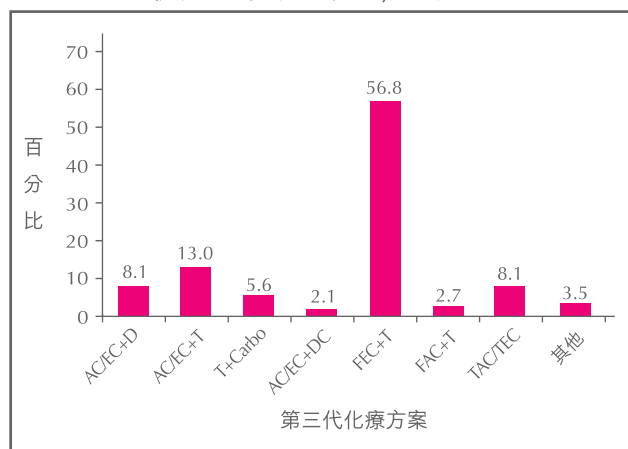
化療的使用比率可見於圖2.39。圖2.40及圖2.41分別顯示不同乳癌生物學亞型和癌症期數患者所採用的化療方案。

圖2.36：第一代（非HER2）化療方案在輔助性化療的使用比率（總計=1,489）



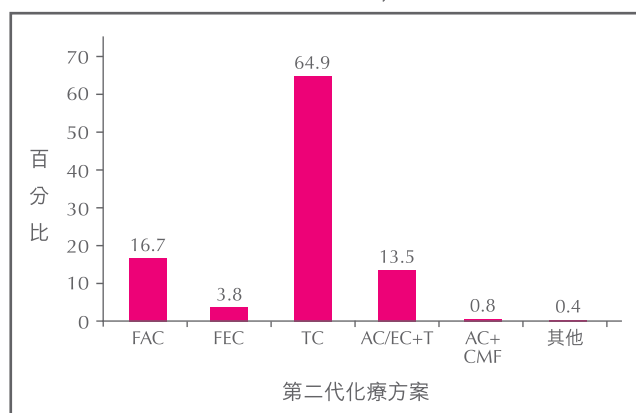
A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamide; E: Epirubicin;
M: Methotrexate; F: 5FU; T: Taxane

圖2.38：第三代（非HER2）化療方案在輔助性化療的使用比率（總計=2,840）



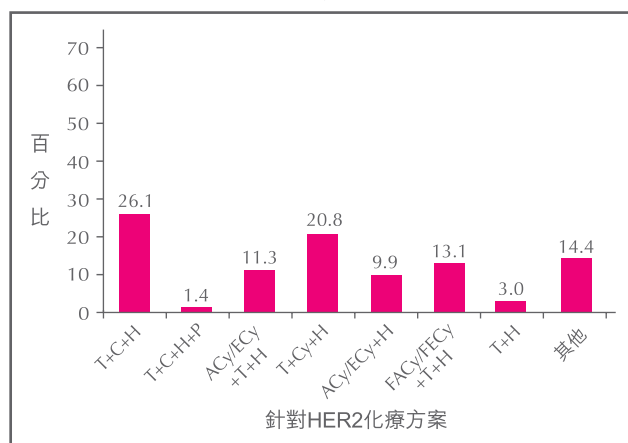
A: Doxorubicin; E: Epirubicin; C: Cyclophosphamide;
D: Docetaxel; T: Taxane; Carbo: Carboplatin; F: 5FU

圖2.37：第二代（非HER2）化療方案在輔助性化療的使用比率（總計=2,683）



F: 5FU; A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamide; E: Epirubicin;
T: Taxane; M: Methotrexate

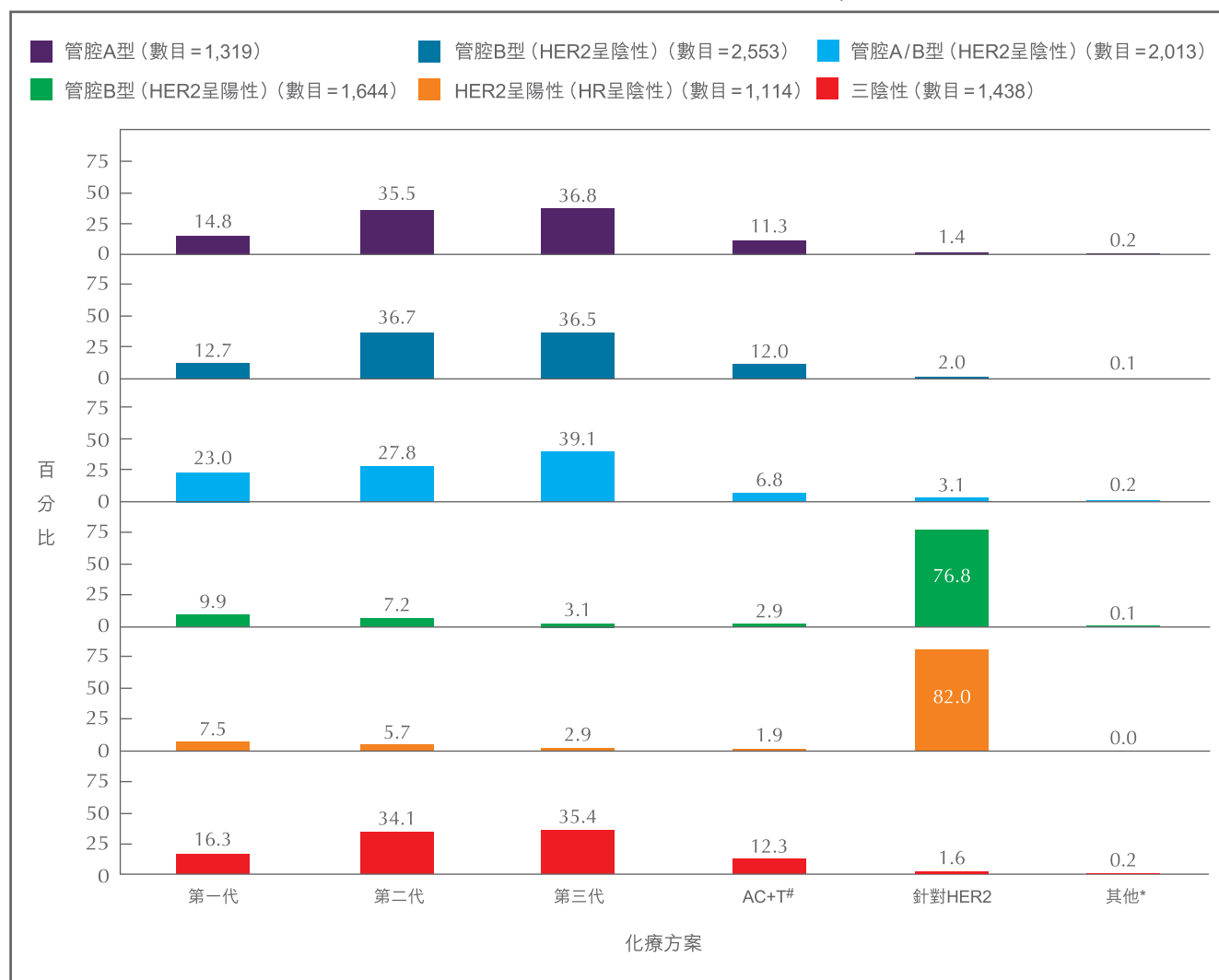
圖2.39：針對HER2的化療方案在輔助性化療的使用比率（總計=2,371）



T: Taxane; C: Carboplatin; H: Trastuzumab; P: Pertuzumab;
A: Doxorubicin; E: Epirubicin; Cy: Cyclophosphamide; F: 5FU



圖2.40：按乳癌生物學亞型分析輔助性化療所使用的化療方案（總計=10,081）

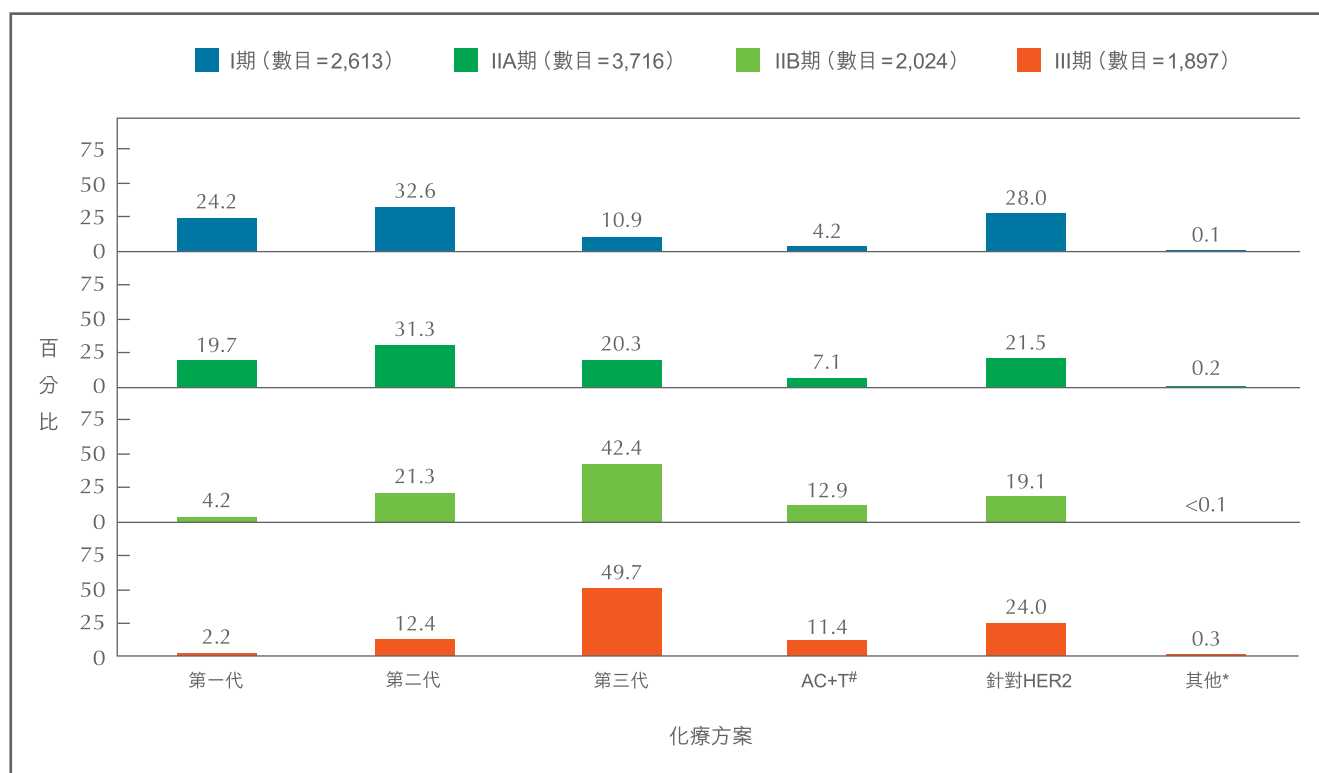


[#] AC+T：因完成療程的時間不確定而無法斷定為第二或第三代化療方案

* 其他包括任何使用了Capecitabine、Gemcitabine或Vinorelbine的非HER2化療方案

備註：生物學亞型的定義見表2.16。

圖2.41：按癌症期數分析輔助性化療所使用的化療方案（總計=10,250）



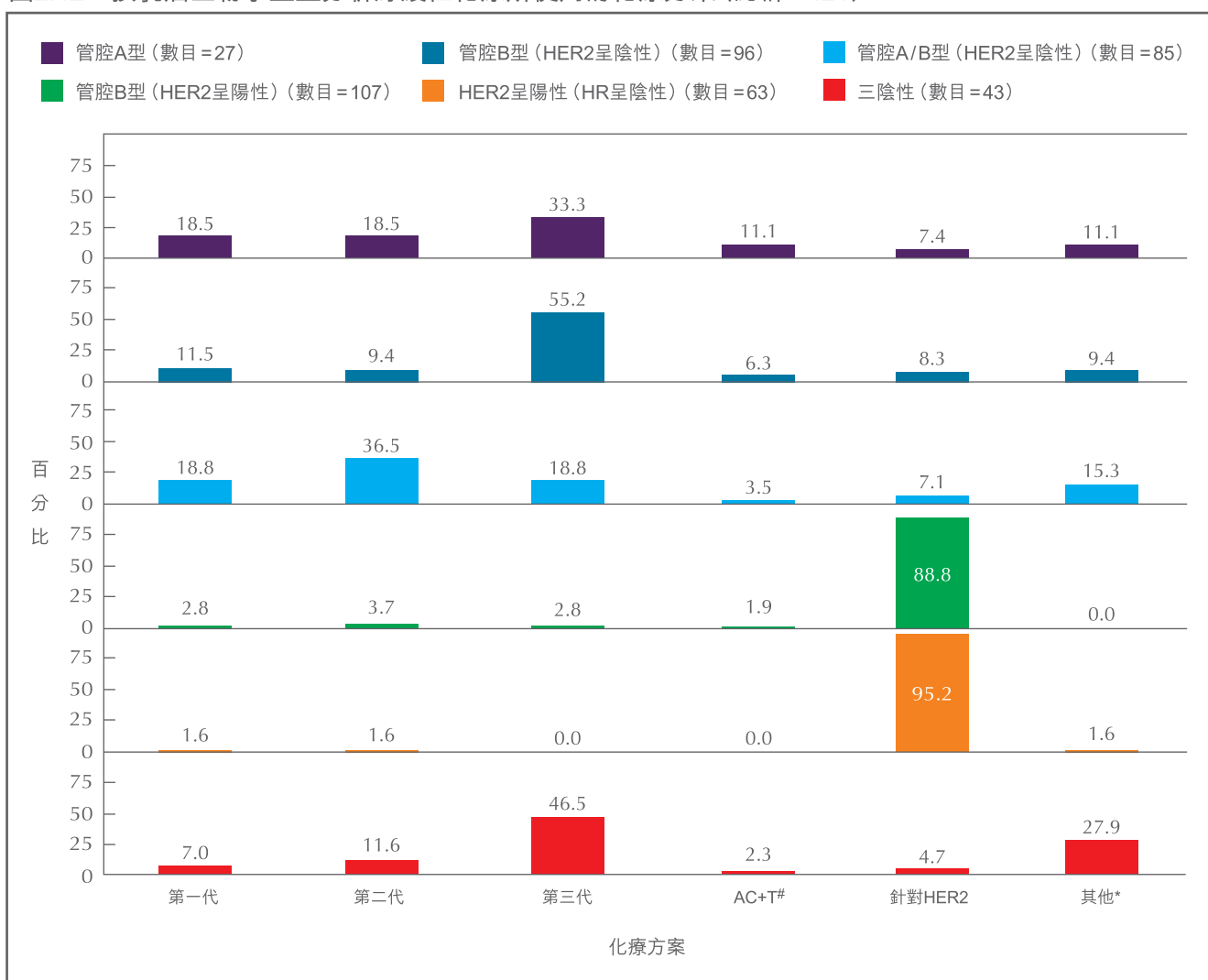
AC+T：因完成療程的時間不確定而無法斷定為第二或第三代化療方案

* 其他包括任何使用了Capecitabine、Gemcitabine或Vinorelbine的非HER2化療方案

iii. 紓緩性化療

2.66 在13,469名曾接受化療的患者中，4.0%接受了紓緩性（第IV期）化療。圖2.42顯示不同乳癌生物學亞型患者所採用的化療方案。

圖2.42：按乳癌生物學亞型分析舒緩性化療所使用的化療方案（總計=421）



AC+T：因完成療程的時間不確定而無法斷定為第二或第三代化療方案

* 其他包括任何使用了Capecitabine、Gemcitabine或Vinorelbine的非HER2化療方案

備註：生物學亞型的定義見表2.16。

D. 內分泌治療

2.67 內分泌治療在醫治和預防各個癌症期數的HR呈陽性乳癌中擔當著重要角色。乳癌源起自不正常的乳房細胞，這些細胞通常對荷爾蒙敏感，例如雌激素和黃體酮。內分泌治療藥物透過對荷爾蒙路徑的不同作用機制，來抑制腫瘤細胞的生長。

2.68 受訪群組中，87.3%HR呈陽性的患者接受了內分泌治療，當中大部分（97.4%）屬於輔助性治療，前置治療（0.9%）及舒緩性治療（1.7%）只佔少數。另外，大部分（86.4%）患者在公營醫療機構接受內分泌治療，其餘則在私營醫療機構接受治療。

2.69 在入侵性乳癌患者中，95.5%接受了內分泌治療。而原位乳癌患者中，則只有17.4%接受了內分泌治療（圖2.43）。內分泌治療的使用率於各確診年份組別間維持在約85%的水平（圖2.44）。

2.70 兩類藥物經常被使用：抗雌激素和芳香環轉化酶抑制劑。抗雌激素藥物針對性地干擾乳癌細胞上的雌激素受體，從而延緩乳癌腫瘤生長。最常見的抗雌激素藥物是三苯氧胺，適用於收經前後的婦女。芳香環轉化酶抑制劑有助減低身體中雌激素的水平。芳香環轉化酶抑制劑，包括anastrozole、letrozole及exemestane則只適用於已停經婦女使用。圖2.45顯示受訪群組中不同年齡組別使用三苯氧胺和芳香環轉化酶抑制劑的情況。

圖2.43：按癌症期數分析內分泌治療的使用比率（總計=18,323）

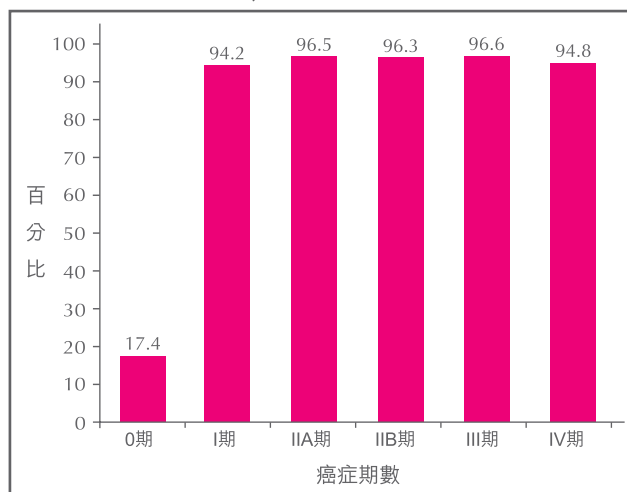


圖2.44：按確診年份組別分析內分泌治療的使用比率（總計=18,323）

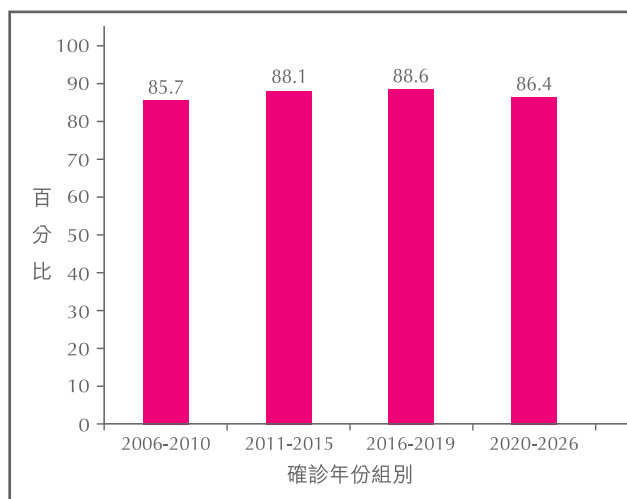
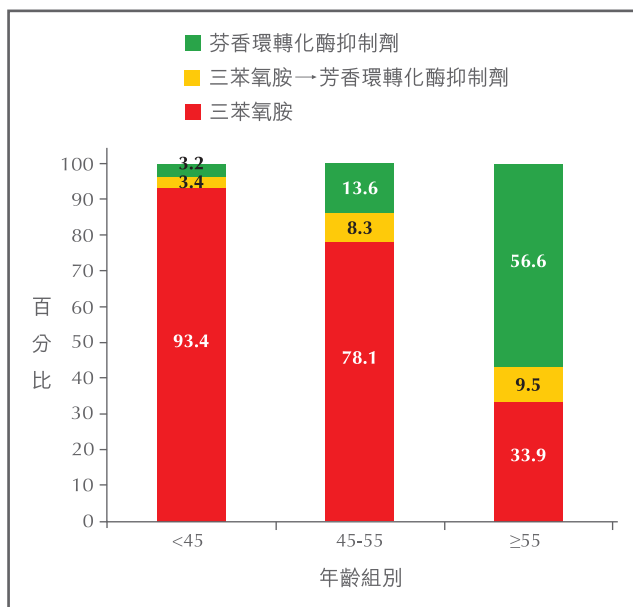


圖2.45：按年齡組別分析內分泌治療使用的藥物種類（總計=14,587）



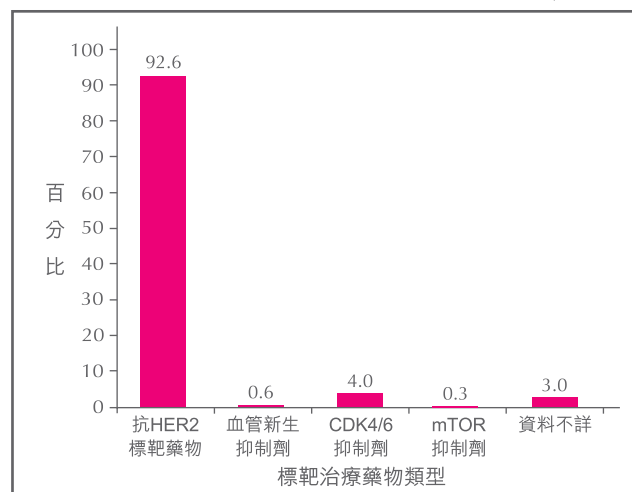
E. 標靶治療

2.71 標靶治療是利用藥物選擇性地阻截細胞傳遞腫瘤增生所需的特定分子，以抑制癌細胞的異常生長或促進癌細胞凋亡。舉例來說，抗HER2標靶治療用於治療HER2呈陽性的入侵性乳癌患者。

2.72 在受訪的乳癌患者中，14.6%接受了標靶治療，當中主要是抗HER2標靶藥物（92.6%），抗HR標靶藥物CDK 4/6抑制劑只有4.0%（圖2.46）。在HER2呈陽性的入侵性乳癌患者中，69.9%接受了抗HER2標靶治療。當中76.6%屬於輔助性治療，18.0%屬於前置治療，5.3%屬於舒緩性治療。另外，大部分（83.6%）患者在公營醫療機構接受抗HER2標靶治療，其餘在私營醫療機構接受治療。

2.73 受訪群組中，第I期乳癌患者較少使用抗HER2標靶治療，而第II期或以上的乳癌患者使用抗HER2標靶治療的比率隨著癌症期數上升而增加（圖2.47）。在HER2呈陽性患者中，抗HER2標靶治療的使用率由2006至2010年的45.0%顯著上升至2020至2026年的85.1%（圖2.48）。

圖2.46：標靶治療使用的藥物類型（總計=3,569）



HER2：第二型人類上皮生長素受體；

CDK：細胞週期蛋白依賴性激酶；

mTOR：哺乳動物雷帕黴素靶蛋白

備註：患者可能使用多於一種標靶治療的藥物，因此總百分比可能超過100。

圖2.47：按癌症期數分析HER2呈陽性患者接受抗HER2標靶治療的比率（總計=4,262）

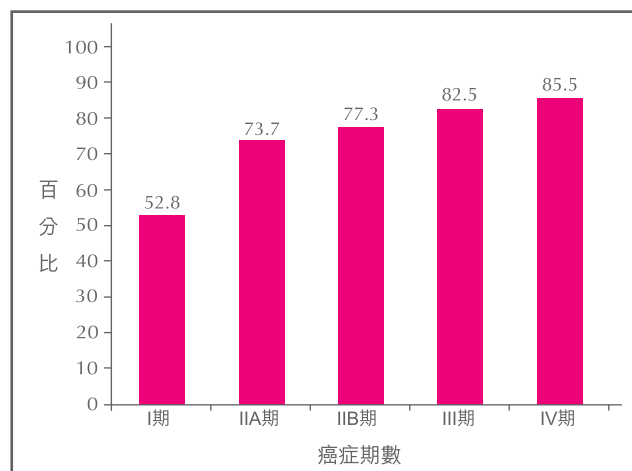
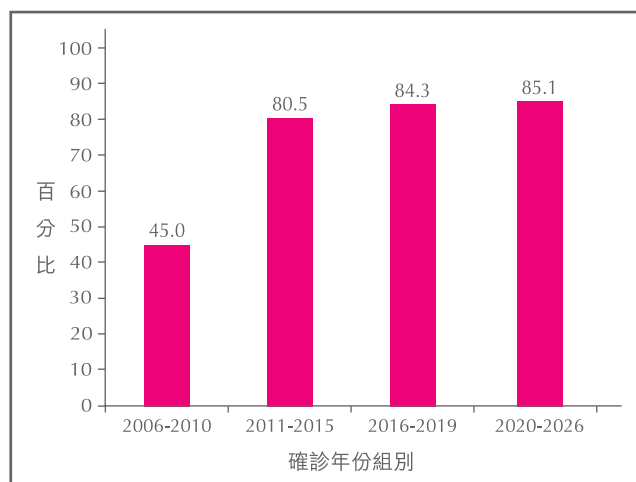


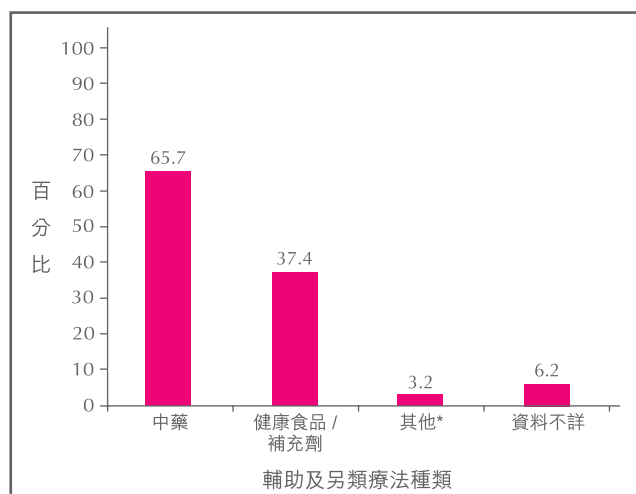
圖2.48：按確診年份組別分析HER2呈陽性患者接受抗HER2標靶治療的比率（總計=4,262）



F. 輔助及另類療法

2.74 除了上述的各種乳癌標準療法外，患者也可能選擇接受不同種類的輔助及另類療法，例如傳統的中醫中藥、健康食品 and 補充劑等等。受訪群組中，共有7,700名（31.5%）患者接受了輔助及另類療法，當中三分之二患者採用傳統的中醫中藥治療（圖2.49）。

圖2.49：輔助及另類療法的種類（總計=7,700）



* 其他包括太極、氣功、自然療法、針灸及艾灸、按摩和瑜伽

備註：患者可能使用多於一種輔助及另類療法，因此總百分比可能超過100。

VI. 患者現況

2.75 患者完成療程後，香港乳癌資料庫每年都會跟進她們的狀況，以了解治療的效能。截至2026年6月，共有22,768名患者完成了至少一次追蹤訪問，當中52.2%患者的跟進年期達五年或以上（表2.25）。平均跟進年期及中位數分別為6.3年及5.3年。在仍存活的患者中，21.3%在過去兩年內曾經提供跟進數據。

2.76 曾提供跟進數據的患者中，2.3%出現僅局部區域性復發，2.9%出現僅遠端復發，和2.0%同時或先後出現局部區域性及遠端復發。復發時間的平均值及中位數詳列於表2.26。

表2.25：追蹤訪問的結果（總計=22,768）

	數目	%
跟進時間		
<1年	2,353	10.3
1-2年	2,558	11.2
2-5年	5,931	26.0
5-10年	6,224	27.3
≥10年	5,658	24.9
資料不詳	44	0.2
平均跟進時間 (95% CI)	6.3年 (6.27-6.39)	
跟進時間中位數 (95% CI)	5.3年 (5.20-5.40)	
死亡率		
死於乳癌的人數	1,780	7.8
死於其他原因的人數	1,123	4.9
死亡原因不詳的人數	161	0.7

CI：信賴區間



表2.26：患者出現復發的模式（總計=21,995）

	數目	%
僅局部區域性復發		
患者人數	503	2.3
平均復發時間 (95% CI)	5.2年 (4.83-5.55)	
復發時間中位數 (95% CI)	4.2年 (3.70-4.50)	
僅遠端復發		
患者人數	641	2.9
平均復發時間 (95% CI)	4.5年 (4.29-4.78)	
復發時間中位數 (95% CI)	3.8年 (3.40-4.10)	
局部區域性及遠端復發		
患者人數	432	2.0
平均復發時間 (95% CI)	4.0年 (3.75-4.34)	
復發時間中位數 (95% CI)	3.3年 (3.00-3.70)	

CI：信賴區間

備註：第IV期乳癌患者或沒有接受手術治療的患者均已被排除在外。

2.77 受訪群組中，入侵性乳癌患者出現僅局部區域性復發的比率與確診時的癌症期數無關。然而，出現僅遠端復發的比率從第I期的1.2%上升至第III期的8.4%，而出現局部區域性及遠端復發的比率從第I期的0.8%上升至第III期的5.0%（表2.27）。

2.78 表2.28顯示按手術類型和確診時的癌症期數分析入侵性乳癌患者出現局部區域性復發的情況。接受乳房保留手術後沒有進行放射治療的患者出現局部區域性復發的比率，較那些接受乳房保留手術後再進行放射治療的患者為高。類似的情況，能在接受乳房切除手術的患者中觀察得到。另外，接受乳房切除手術後沒有進行放射治療的患者出現局部區域性復發的比率隨著癌症期數上升而增加（表2.28）。兩個最常見的局部區域性復發位置是乳房（38.2%）及腋下淋巴結（32.8%）（表2.29）。

表2.27：按癌症期數分析入侵性乳癌患者的復發情況（總計=18,413）

	癌症期數，%			
	I期 (數目=7,136)	IIA期 (數目=5,364)	IIB期 (數目=2,829)	III期 (數目=3,084)
僅局部區域性復發	2.1	2.2	1.1	1.9
僅遠端復發	1.2	2.5	4.3	8.4
局部區域性及遠端復發	0.8	1.8	2.8	5.0
沒有出現復發	95.8	93.5	91.8	84.7

表2.28：按手術類型及確診時的癌症期數分析局部區域性復發的情況

	癌症期數，數目（佔相同手術類型及癌症期數患者的百分比，%）				
	I期	IIA期	IIB期	III期	整體
乳房保留手術後	94/3,474	76/1,910	23/674	27/434	220/6,492
再接受放射治療	(2.7)	(4.0)	(3.4)	(6.2)	(3.4)
乳房保留手術後	10/139	10/83	2/22	1/7	23/251
沒有接受放射治療	(7.2)	(12.0)	(9.1)	(14.3)	(9.2)
乳房切除手術後	15/432	21/1,180	57/1,693	162/2,513	255/5,818
再接受放射治療	(3.5)	(1.8)	(3.4)	(6.4)	(4.4)
乳房切除手術後	93/3,085	107/2,186	26/435	21/119	247/5,825
沒有接受放射治療	(3.0)	(4.9)	(6.0)	(17.6)	(4.2)

表2.29：患者出現局部區域性復發的位置
(總計=935)

	數目	%
乳房	357	38.2
腋下淋巴結	307	32.8
胸壁	263	28.1
鎖骨上窩	162	17.3
內部乳腺	71	7.6
鎖骨下窩	8	0.9
其他	12	1.3
資料不詳	27	2.9

備註：局部區域性復發可能同時在多個位置出現，因此總百分比可能超過100。

2.79 受訪群組中，1,073名患者曾出現遠端復發。當中，四個最常受復發所累及的遠端器官是骨骼（59.6%），其次是肺部（46.6%）、肝臟（39.0%）和腦部（15.5%）（表2.30）。表2.31顯示四個最常受影響的遠端器官的復發時間中位數及不同乳癌生物學亞型患者在該器官出現遠端復發的情況。

表2.30：受遠端復發所累及的位置（總計=1,073）

	數目	%
骨骼	639	59.6
肺部	500	46.6
肝臟	419	39.0
腦部	166	15.5
胸腔內淋巴結	223	20.8
頸淋巴結	92	8.6
胸腔	73	6.8
遠端淋巴結	49	4.6
對側淋巴結	45	4.2
腎上腺	37	3.4
腹膜	28	2.6
胰腺	6	0.6
卵巢	5	0.5
脾臟	5	0.5
子宮	4	0.4
甲狀腺	3	0.3
其他	51	4.8
資料不詳	31	2.9

備註：遠端復發可能同時在多個位置出現，因此總百分比可能超過100。



表2.31：按最常受復發所累及的遠端器官分析遠端復發時間和乳癌生物學亞型的分佈

	骨骼 (數目=639)	肺部 (數目=500)	肝臟 (數目=419)	腦部 (數目=166)
遠端復發時間中位數	4.1年	4.3年	4.1年	4.0年
生物學亞型，%				
管腔A型	12.4	8.0	9.3	6.0
管腔B型 (HER2呈陰性)	25.5	22.2	25.8	18.7
管腔A/B型 (HER2呈陰性)	28.0	27.6	30.8	19.9
管腔B型 (HER2呈陽性)	14.1	14.2	13.6	18.1
HER2呈陽性 (HR呈陰性)	5.6	7.4	7.4	14.5
三陰性	8.6	13.8	7.9	18.1
資料不詳	5.8	6.8	5.3	4.8

備註：生物學亞型的定義見表2.16。

2.80 受訪群組中，1,780名患者死於乳癌，其中半數 (50.2%) 初次確診時已為第III或IV期癌症。

癌症期數越高，存活時間中位數則越短。這些患者的生物學亞型資料詳見於表2.32。

表2.32：乳癌死亡個案的特性 (總計=1,780)

	初次確診時的癌症期數						
	0 期	I 期	IIA 期	IIB 期	III 期	IV期	未能分期
死亡人數 (佔死亡個案%)	18 (1.0)	183 (10.3)	286 (16.1)	253 (14.2)	585 (32.9)	308 (17.3)	147 (8.3)
存活時間中位數 (年)	9.3	6.6	6.1	6.1	5.2	4.0	3.8
從確診遠端復發至死亡相距時間中位數 (年)	1.8	2.7	1.5	1.8	1.7	4.0	1.8
生物學亞型，數目							
管腔A型	3	9	22	24	49	18	7
管腔B型 (HER2呈陰性)	0	58	74	67	127	57	30
管腔A/B型 (HER2呈陰性)	3	48	79	71	148	66	27
管腔B型 (HER2呈陽性)	2	25	30	28	93	50	15
HER2呈陽性 (HR呈陰性)	3	15	21	8	50	25	5
三陰性	0	24	53	41	84	23	16
資料不詳	7	4	7	14	34	69	47

備註：生物學亞型的定義見表2.16。

2.81 本報告亦評估了患者的整體存活期 (overall survival)，其定義為自確診癌症至因任何原因死亡之間的時間間隔。估計10年整體存活率為81.1% (圖2.50)。按癌症期數分析，

第0、I、II、III及IV期患者的估計10年整體存活率分別為94.6%、90.3%、83.9%、64.7%及28.4% (圖2.51)。

圖2.50：患者群組的10年整體存活期
(總計=22,768)

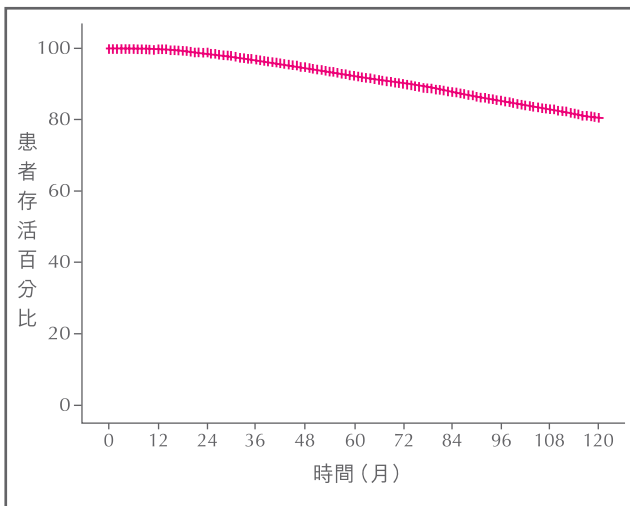


圖2.51：不同癌症期數的10年整體存活期
(總計=21,782)

