香港乳癌資料庫
Hong Kong Breast Cancer Registry
An initiative of HK Breast Cancer Foundation
由香港乳癌基金會策動

香港乳癌資料庫
第十八號報告

2026年出版

© 香港乳癌基金會，由香港乳癌基金會有限公司營運　　2026年9月

歡迎引用本報告內容作教育、研究及倡議用途，惟請註明完整的資料來源，並通知版權持有人，以便本會紀錄報告被引用的情況。如需在其他出版引用、繙譯或改寫本報告內容，必須事先得本會同意。
電郵：hkbcr@hkbcf.org

節錄本報告內容時，建議列明來源：《香港乳癌資料庫第十八號報告》，香港乳癌基金會2026年出版。

如中、英文版本內容有不相符之處，應以英文版為準。

www.hkbcf.org/zh/our_research/main/32/

支持我們的理念，請捐款至「香港乳癌基金會有限公司」滙豐銀行戶口：094-793650-838

香港乳癌資料庫
第十八號報告

2026年出版

目錄

前言 4

關於香港乳癌基金會 5

關於香港乳癌資料庫 6

香港乳癌資料庫工作概覽 7

香港乳癌資料庫督導委員會 9

關於香港乳癌資料庫第十八號報告受訪群組 11

報告總結 12

第1章　預防和及早發現乳癌 15

I. 簡介 16

II. 人口統計特徵 17

III. 風險因素及健康背景 19

IV. 乳房健康管理行為 26

第2章　香港乳癌病況、治療趨勢及臨床結果 33

I. 簡介 34

II. 臨床表現 36

III. 癌症特徵 39

IV. 組織學及生物學特徵 46

V. 治療方法 50

VI. 患者現況 69

第3章　乳癌及其診治對患者身心的影響 75

I. 簡介 76

II. 治療後的身體不適 77

III. 確診及治療後的心理影響及調節 79

附錄 **83**

附錄I 詞彙 84
附錄II 美國癌症聯合委員會（AJCC）第8版的乳癌分期 87
附錄III 圖表索引 92
附錄IV 參考資料 97
附錄V 乳癌研究中心發表的刊物及研究結果展示 101
附錄VI 第一至十七號報告摘要 105
附錄VII 參與香港乳癌資料庫 122
附錄VIII 鳴謝 123

前言

為響應2006年國際抗癌聯盟（UICC）在世界癌症大會上宣告，關於在全球建立癌症資料庫的倡議，香港乳癌基金會於翌年創立香港乳癌資料庫（HKBCR）。隨著本地乳癌病例的全面數據持續累積，我們得以進行各項深入研究，從而提供本地實證，以支持乳癌防治的決策工作。過去幾年，多篇研究論文已發表於本地及國際醫學期刊。今年五月發表於《英國醫學期刊公共衛生》（BMJ Public Health）的一項關於推行乳房X光造影（MMG）篩查的成本極小化分析，是本地首個同類型研究。另外，就HKBCR獲得有關乳癌防控的預防及早期偵測策略的研究結果，已獲接納於今年的世界癌症大會上以海報形式發表。

憑藉更多長期追蹤數據，我們再次且更深入地探討MMG篩查的臨床效益，範圍涵蓋患者特徵、臨床病理特徵，以至治療使用情況和存活結果。我們將篩查發現組（即主要透過MMG篩查檢測出癌症的無症狀患者）與症狀發現組（即因出現症狀而發現癌症的患者）進行了對比，以找出兩者之間的差異。研究發現，本地數據證實了MMG篩查已確立的臨床效益。研究結果的詳情載於隨附的主題論文（香港乳癌資料庫第十七期簡報）。

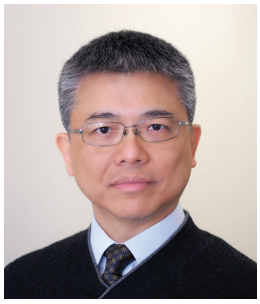
本會豐碩的成果有賴多方面的支持，包括香港乳癌資料庫督導委員會的無私奉獻和遠見卓識、研究團隊的不懈努力、善長的慷慨襄助，以及至關重要的香港乳癌患者和康復者的信任。多得香港乳癌患者和康復者的參與，並交付他們的病歷資料作綜合分析，使將來的同路人能受益於這些研究結果。我們向每一位致以衷心的感謝。

一直以來，資料庫透過發表年度報告和簡報將本地乳癌數據的分析結果分享予醫生、患者、政策制定者和公眾在內的廣大受眾，並提供見解和證據，以倡導和設計更有效的乳癌防控計劃。為此，我們會繼續探討資料庫所收集的數據，以呈現更多重要資訊，進而為尋求改善乳房健康和癌症治理的有效措施進行研究，冀望以此造福社群。

在此，我們再次真誠感謝各位對本會工作的支持及貢獻。



張淑儀醫生
香港乳癌資料庫督導委員會聯席主席
香港乳癌基金會創會人



邱振中醫生
香港乳癌資料庫督導委員會聯席主席
香港乳癌基金會管治委員會副主席

關於香港乳癌基金會

香港乳癌基金會於2005年3月8日成立，是本港首間專注乳健教育及檢查、患者支援、研究及倡議的非牟利慈善組織，致力減低乳癌在本地的威脅，該基金會由香港乳癌基金會有限公司營運。

使命

- 提高公眾對乳癌的認識及推廣乳房健康的重要性
- 支援乳癌患者踏上康復之路
- 倡議改善本港乳健及乳癌防控和醫護方案

工作

- 透過轄下的兩間**乳健中心**：提供乳健教育、罹患乳癌的風險評估和乳房檢查及診斷服務，包括乳房X光造影檢查、超聲波檢查、抽針活組織檢查和醫生諮詢服務等
- 透過轄下的兩間**乳癌支援中心**：為乳癌患者和其家人提供全面的乳癌治理，包括同路人情緒支援、專業輔導、護理支援如淋巴水腫護理服務、藥物資助和其他支援服務
- 透過轄下的**乳癌研究中心**：屬下的**香港乳癌資料庫**收集及監察本地乳癌個案數據，定期發表分析和研究結果；乳癌研究中心亦進行其他乳癌研究，以推動有關改進香港乳癌醫護及制訂更適切的醫療政策的倡議和發展

關於香港乳癌資料庫

香港乳癌資料庫由香港乳癌基金會於2007年創立，迄今已發展為本港最全面及最有代表性的乳癌資料庫及監察系統。

香港乳癌資料庫旨在收集全港乳癌個案的數據，包括患者統計資料、罹患乳癌的高危因素、臨床病徵、治療方法、成效及對患者的身心影響等。這些數據的分析及研究結果將有助患者、醫護人員及公共衛生政策制定者進一步了解本港乳癌的實況及掌握最新資訊。同時，亦為我們在改善乳癌防控、檢測及治療方面提供寶貴的參考。

香港乳癌資料庫由醫生、法律界、管理專業、公共衛生專業人士及乳癌患者代表組成的委員會督導。

香港乳癌資料庫每年都會出版***香港乳癌資料庫報告***及***香港乳癌資料庫簡報***。

詳情請瀏覽以下網址：https://www.hkbcf.org/zh/our_research/main/424/

香港乳癌資料庫是國際腫瘤登記協會的成員。

使命

- 為專業醫護人員、政策制定者、香港乳癌基金會和公眾提供重要數據、分析和洞見，為乳癌防控提出有效的倡議和方案
- 為本地公共政策和醫療服務帶來革新，推動本地乳健護理
- 為其他癌症資料庫充當範例，以引導香港的癌症防控計劃

香港乳癌資料庫工作概覽

香港乳癌概況

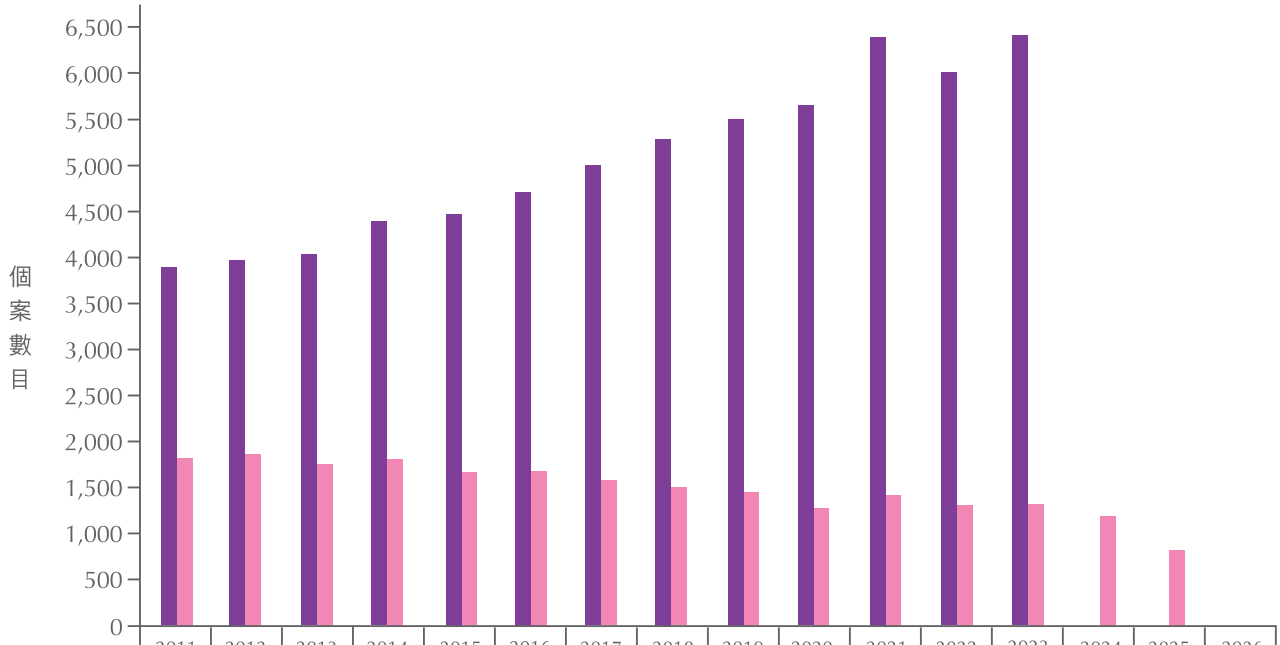
乳癌是香港婦女最常見的癌症。在1994年，本港有1,266名婦女確診患有入侵性乳癌。在2023年，入侵性乳癌個案增加至5,585宗，佔該年新增女性癌症個案的28.9%。統計顯示，香港婦女罹患入侵性乳癌的一生累積風險比率有所增加，由2008年每21人中有1人，上升至2023年每13人中有1人。[1]

乳癌是本港婦女第三位致命的癌症。在2023年，本港有834名婦女因乳癌而死亡。[1]

約33,000人登記加入香港乳癌資料庫

由2008年開始至2026年2月期間，已經有33,020位乳癌患者登記加入香港乳癌資料庫，為我們提供數據以作分析及研究之用。圖I展示了過去15年參加者的確診年份分佈。

圖I：過去15年香港乳癌資料庫參加者的確診年份分佈



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
HKCaR	3903	3985	4041	4398	4475	4707	5009	5287	5498	5662	6400	6017	6416	0	0	0
HKBCR	1831	1868	1762	1824	1674	1683	1586	1511	1449	1287	1418	1322	1335	1189	825	10
HKBCR / HKCaR, %	46.9	46.9	43.6	41.5	37.4	35.8	31.7	28.6	26.4	22.7	22.2	22.0	20.8	N/A	N/A	N/A

HKCaR列所呈現的數據為醫管局香港癌症資料統計中心收錄的乳癌個案數目；其中，「0」代表該處未有公布有關數據。

HKBCR列所呈現的數據為登記加入香港乳癌基金會香港乳癌資料庫的人數；只包含首次確診個案。

參與醫院和診所

香港乳癌資料庫旨在最大程度涵蓋本港的乳癌個案。其發展有賴乳癌患者和康復者的積極參與，以及專業醫護人員的支持。目前，香港乳癌資料庫共有66個研究合作單位，涵蓋本港多間公立及私營醫院和診所，包括：

公立醫院

- 廣華醫院
- 北區醫院
- 聖母醫院
- 東區尤德夫人那打素醫院*
- 博愛醫院
- 威爾斯親王醫院
- 瑪嘉烈醫院*
- 伊利沙伯醫院
- 瑪麗醫院*
- 律敦治醫院
- 將軍澳醫院
- 屯門醫院
- 基督教聯合醫院
- 仁濟醫院

私營醫療機構

- 香港中文大學醫院*
- 香港港安醫院*
- 香港浸信會醫院*
- 香港養和醫院*
- 聖保祿醫院
- 荃灣港安醫院
- 仁安醫院

及

- 38間私家診所

* 多於一個合作單位

數據收集

香港乳癌資料庫的研究人員在取得參加者的書面同意後，會透過標準化問卷向參加者收集資料，包括人口統計、生活模式、健康背景、乳房健康管理行為、治療後身體不適的狀況，以及接受診斷和治療後的心理影響，以及生活方式的調整。此外，研究人員亦會擷取參加者的個人病歷紀錄，包括癌症特徵和治療方式等資料。參加者會接受每年一次的追蹤，以評估長期預後。其復發或腫瘤轉移的相關資料，包括乳癌復發的日期及受復發所累及的身體部位，亦會被記錄。

香港乳癌資料庫督導委員會

聯席主席

張淑儀醫生
MBBS (HK), FRCS (Glasg), FRACS, FACS, FHKAM (Surgery), FCSHK, Specialist in General Surgery (Private), Founder, Hong Kong Breast Cancer Foundation

邱振中醫生
MBBS (HK), MRCP (UK), FRCR, FRCP (Edin), FHKCR, FHKAM (Radiology), Specialist in Clinical Oncology (Private), Vice Chairman, Management Committee, Hong Kong Breast Cancer Foundation

成員

陳英凝教授
MBBS (HK), BSc (Johns Hopkins), SM PIH (Harvard), MD (CUHK), DSc (CUHK), DFM (HKCFP), FFPH, FHKAM (Community Medicine), FHKCCM, Professor, The Jockey Club School of Public Health and Primary Care, Kuok Group Professor of Global Public Health and Humanitarian Medicine, Faculty of Medicine, The Chinese University of Hong Kong, Honorary Advisor, Hong Kong Breast Cancer Foundation

陳健慧醫生
MBBS (Adelaide), FRCPath, FRCPA, FHKCPath, FHKAM (Pathology), Specialist in Pathology (Private)

陳穎懷醫生
MBBS (HK), MRCS (Ed), FRACS, FCSHK, FHKAM (Surgery), Specialist in General Surgery (Hospital Authority)

陳可恩醫生
MBBS (HK), FHKAM (Surgery), FCSHK, FRCSEd (Gen), Specialist in General Surgery (Private), Management Committee Member, Hong Kong Breast Cancer Foundation

鄭志堅醫生
MBBS (HK), FRCR, FHKCR, FHKAM (Radiology), Specialist in Clinical Oncology (Private)

張寬耀醫生
MBChB (CUHK), FRCR, FHKCR, FHKAM (Radiology), Specialist in Clinical Oncology (Private)

趙穎欣醫生
BSc (Canada), MSc (Canada), MBBS (HK), MRCP (UK), FHKAM (Medicine), FHKCP (Med Onc), PDipID (HK), Specialist in Medical Oncology (Private), Advisory Council Member, Hong Kong Breast Cancer Foundation

蔡浩強醫生
MBBS (HK), FRCR (UK), DMRT (Lond), FHKCR, FHKAM (Radiology), Specialist in Clinical Oncology (Private), Honorary Advisor, Hong Kong Breast Cancer Foundation

馮惠媛醫生
MBBS (HK), FRCSEd (Gen), FHKAM (Surgery), FCSHK, Specialist in General Surgery (Hospital Authority)

許瀚雯教授
MBBS (Sydney), PhD (UNSW), FRACP, FHKCP, FHKAM (Medicine), Specialist in Medical Oncology, Director of Centre of Cancer Medicine, HKUMed, The University of Hong Kong, Chi-Li Pao Foundation Professor in Cancer Medicine, The University of Hong Kong, Clinical Professor, The University of Hong Kong, Adjunct Professor, The University of Sydney

高拔陞醫生, SBS, JP
MBBS (HK), MRCP (UK), FHKCP, FHKAM (Med), FRCP (Edin), FRCP (Glasg), FRACMA, FHKCCM, FHKAM (CM), Specialist in Geriatric Medicine

關永康醫生
MBBS (HK), FRCR, FHKCR, FHKAM (Radiology), Specialist in Clinical Oncology (Private), Honorary Advisor, Hong Kong Breast Cancer Foundation

郭子熹醫生
MBChB (CUHK), FRCR, FHKCR, FHKAM (Radiology),
Specialist in Clinical Oncology (Hospital Authority),
Management Committee Member,
Hong Kong Breast Cancer Foundation

劉曉欣醫生
MBChB (CUHK), MS in Oncoplastic Breast Surgery (UEA),
FRCSEd (Gen), FCSHK, FHKAM (Surgery),
Specialist in General Surgery (Private)

羅振基醫生
MBBS (HK), DRMT, FRCR, FHKCR, FHKAM (Radiology),
Specialist in Clinical Oncology (Private)

梁念堅博士
PhD, LLD (honoris causa), BA,
Vice Chairman and Executive Director, NetDragon
Websoft Holdings Limited,
Chairman, Cherrypicks, Mynd.ai Inc.

李沛基醫生
MBBS (HK), MRCP (UK), FRCP (Glasg), FRCR, FHKCR,
FHKAM (Radiology), FRACR,
Specialist in Clinical Oncology (Private),
Management Committee Member,
Hong Kong Breast Cancer Foundation

凌若熙醫生
MBBS (HK), FCSHK, FRCSEd (Gen), FHKAM (Surgery),
Specialist in General Surgery (Hospital Authority)

吳廷英醫生
MBBS (HK), FRCR (UK), FHKCR, FHKAM (Radiology),
Specialist in Clinical Oncology (Hospital Authority)

宋崧醫生
MBChB (CUHK), FRCR, FHKCR, FHKAM (Radiology),
MSc in Palliative Medicine (Cardiff), MPH (HK),
Specialist in Clinical Oncology (Hospital Authority)

曾詠恆醫生
MBBS (HK), MRCP (UK), FRCP (Lond), FRCP (Edin),
FHKCP, FHKAM (Medicine),
Specialist in Medical Oncology (Private),
Founding Convenor, Hong Kong Breast Oncology Group

謝文杰教授
MBBS (HK), FRCPC, FCAP, DAB (AP), FRCPath, MIAC,
Professor, Department of Anatomical and Cellular
Pathology, The Chinese University of Hong Kong

蔡錦輝教授
BSc, PhD,
Associate Professor, Stanley Ho Big Data Decision
Analytics Research Centre, The Jockey Club School of
Public Health and Primary Care, Faculty of Medicine,
The Chinese University of Hong Kong

蔡綺琪醫生
MBChB, FRCSEd (Gen), FCSHK, FHKAM (Surgery),
MSc in Medical Genetics (CUHK),
Specialist in General Surgery (Hospital Authority)

黃亭亭醫生
MBBS (HK), FRCS (Edin), FCSHK, FHKAM (Surgery),
Specialist in General Surgery (Private)

游子覺醫生
MBBS (HK), MD (HK), MSc in Palliative Medicine (Cardiff),
FRCR, FHKCR (HK), FHKAM (Radiology),
Specialist in Clinical Oncology (Private)

楊明明教授
MBBS (Lond), AKC (Lond), MRCP (UK), FHKCP (HK),
FHKAM (HK), FRCP (Lond), FRCP (Edin),
Professor, Department of Clinical Oncology,
The Chinese University of Hong Kong

徐仲鍥教授
BSc, MSc (Manit), PhD (Pitt),
Emeritus Professor, The Jockey Club School of Public
Health and Primary Care, Faculty of Medicine,
The Chinese University of Hong Kong

關於香港乳癌資料庫第十八號報告受訪群組

本報告書納入了29,336名於2006年或以後確診，且有提供患者特徵、臨床表現、腫瘤特徵和/或治療方式資料的乳癌患者。本報告書內不同章節所用作分析的患者/病例數目列於表I。所有數據均納入單一群體進行整體分析。缺失數據被歸類為獨立的「資料不詳」類別，但在相關圖表中被排除或省略。

本報告書內所有結論和觀察都只是取自香港乳癌資料庫（HKBCR）參與者的數據，屬於全體香港乳癌患者的一部分。於2006至2023年期間確診的香港乳癌資料庫參與患者，大約佔醫管局香港癌症資料統計中心（HKCaR）所匯報的同一期間的所有乳癌病例的30%。多年來，隨著香港更多醫院及診所的參與，令資料庫的數據來源更加多元化。自從香港乳癌資料庫的年度報告書出版以來，覆蓋的公立醫院患者越來越多，從第二號報告書的41.7%增加至本報告書的70.5%，接近使用公立醫療服務的乳癌患者估計比例（75%）。

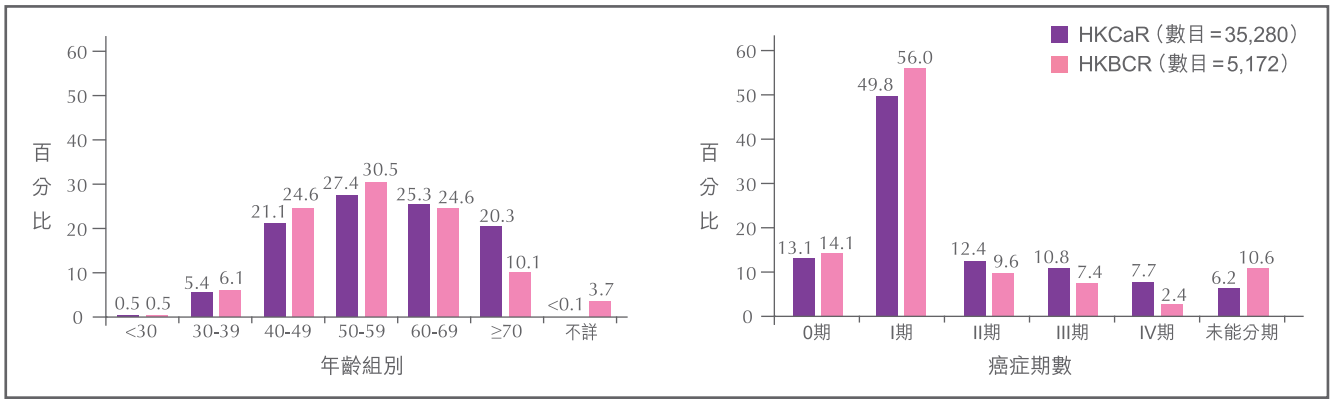
為展示本數據具代表性，本報告分析了近年乳癌病例的確診年齡與癌症期數分佈，並與香港癌症資料統計中心的官方數據進行對比分析。圖II顯示了兩組的年齡和癌症期數分佈均相若。

表I：本報告書內不同章節的主要分析單位數目

	涵蓋資料	主要分析單位	數目
第1章	患者特徵	患者	28,806
第2章第II-V部分	臨床表現、腫瘤特徵和治療方式	病例	25,618
第2章第VI部分	患者現況	患者	22,768
第3章第II部分	治療後的身體不適	病例	22,787
第3章第III部分	確診及治療後的心理影響和生活方式的調整	患者	21,727

備註：單一患者若患有同時性或非同時性乳癌，而這些病例於2006年或之後確診，便可能會計入多個病例。

圖II：2018至2023年間患者年齡與癌症期數分佈之並排對比分析



備註：香港乳癌資料庫（HKBCR）的數據分佈基於本報告所分析的個案。香港癌症資料統計中心（HKCaR）於2018至2023年的數據中應用了預後分期，因此香港乳癌資料庫數據亦已進行相應的一致化處理，以便作並排對比分析。

報告總結

截至2026年2月底，共有33,020名乳癌患者登記於香港乳癌資料庫。本報告分析了2006至2026年間確診患者的數據，以增進我們對本地乳癌情況的了解。此外，為進一步探討乳房X光造影（MMG）篩查的臨床效益，我們比較了篩查發現組（主要經MMG檢出乳癌的無症狀患者）與症狀發現組（因出現乳房相關症狀而檢出乳癌的患者）在患者特徵、臨床病理特徵、治療模式及存活結果方面的差異。研究結果詳載於主題論文（香港乳癌資料庫第十七期簡報）。

香港乳癌現況

患者特徵

- 在受分析的28,806名患者中，約六成的患者年齡介乎40至59歲，患者的年齡中位數為53.4歲。
- 約六成的患者有三項或以上常見的高危因素，只有2.3%的患者並沒有任何常見的高危因素。常見的四大乳癌高危因素為缺乏運動、從未餵哺母乳、屬於超重/肥胖及高度精神壓力。由於這些均為可改變的因素，婦女應採取基本的預防措施，保持健康的生活方式，以幫助降低她們患乳癌的風險。
- 40歲或以上的患者中，63.3%從未接受乳房X光造影檢查，而定期接受乳房X光造影檢查的比率不足四分之一。這些數據反映出患者的乳房健康管理行為欠佳，須盡更大努力提高婦女定期檢查乳房的意識。

乳癌病況

- 無意中自我發現是最初發現乳癌的主要方式。
- 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，且入侵性腫瘤較小，反映乳房檢查有助於更早期發現乳癌。
- 最常見的確診期數是第II期（34.8%），其次是第I期（31.8%）、第III期（12.9%）及第IV期（2.5%）。另外，有13.5%的患者確診為第0期乳癌。

治療方法

- 受訪患者中，19.1%的患者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，顯示晚期乳癌需要較高強度的治療。
- 接近所有患者都接受了手術治療。患者接受乳房切除手術的比率隨年齡上升而增加。
- 臨床淋巴結狀況呈陰性的患者較多僅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則較多僅進行腋下淋巴切除手術。
- 接受了乳房保留手術的乳癌患者在不同癌症期數會隨後接受放射治療的比率相若。另一方面，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。
- 整體而言，化療的使用比率隨着癌症期數由第I至III期上升而增加，且其在術前治療的應用亦有所上升。按不同確診年份組別分析，化療的整體使用比率呈下降趨勢，尤其是在早期乳癌患者以及荷爾蒙受體（HR）陽性HER2陰性患者中更為明顯。
- 在HR呈陽性的入侵性乳癌患者中，95.5%接受了內分泌治療，而原位乳癌患者中，接受內分泌治療的比率只有17.4%。不同確診年份組別的內分泌治療使用率維持於大約85%。

- 在HER2呈陽性的患者中，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。在不同確診年份組別中，抗HER2標靶治療的使用比率顯著增加。

患者現況

- 共有22,768名患者自登記後完成了至少一次追蹤訪問，跟進年期中位數為5.3年。當中，1,780名患者死於乳癌。
- 受訪群組中，2.3%出現僅局部區域性復發，2.9%出現僅遠端復發，和2.0%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%），其次是肺部（46.6%）、肝臟（39.0%）和腦部（15.5%）。
- 患者群組的估計十年整體存活率為81.1%。

乳癌對身體及心理的影響

- 大部分患者在接受手術、放射治療、內分泌治療和標靶治療後皆沒有或很少感到不適，但約半數曾接受化學治療的患者因為化療的副作用而感到身體嚴重不適。
- 患者對人生觀和自我形象的正面轉變隨著年齡增長而下降。
- 從不擔心復發的患者比率隨著年齡增長而上升，經常擔心復發的患者比率隨著年齡增長而減少。

探討篩查發現及症狀發現乳癌差異的主題論文（香港乳癌資料庫第十七期簡報）可在網上查閱：https://www.hkbcf.org/zh/our_research/main/424/



第一章
預防和及早發現乳癌

第一章　預防和及早發現乳癌

I. 簡介

1.1 過去的研究發現乳癌風險與健康背景和生活習慣息息相關。香港乳癌資料庫招募了28,806名於2006年至2026年期間確診的乳癌患者，收集受訪者的人口統計特徵、社會經濟狀況、生活方式及健康背景資料，以分析這些因素在本地乳癌患者中的分佈。本報告亦會探討患者病發前的乳房健康管理行為。這些數據分析為分辨出本港乳癌的風險因素建立重要的基礎。

章節重點

本章分析了28,806名於2006年至2026年期間確診並被香港乳癌資料庫招募的乳癌患者的患者特徵。

- 約六成的患者年齡介乎40至59歲，患者的年齡中位數為53.4歲。
- 約四分之三患者有中學或以上的教育程度。

高危因素

- 常見的十大乳癌高危因素及患者擁有該高危因素的比率為：

	%
缺乏運動（每周少於三小時）	75.2
從未餵哺母乳	66.0
過重/肥胖	40.9
高度精神壓力（多於一半時間）	37.1
從未生育/35歲後首次生育	30.0
有乳癌家族史	16.5
提早初經（<12歲）	14.7
膳食含豐富肉類或乳類製品	13.4
有飲酒習慣	6.2
曾使用荷爾蒙補充療法	3.4

- 在符合80%回覆門檻的受訪患者群組中，62.8%的患者有三項或以上常見的高危因素，而34.8%則有一至兩項高危因素，只有2.3%患者並沒有任何常見的高危因素。

乳房健康管理行為

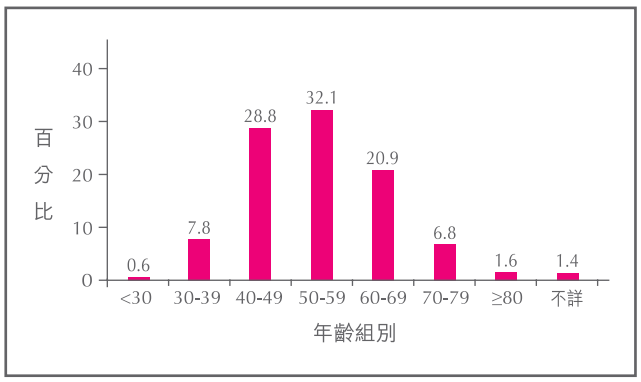
- 40歲或以上的患者中，63.3%在確診前從未接受乳房X光造影檢查，而約20%有定期接受乳房X光造影檢查。
- 教育程度較低的患者定期接受乳房X光造影檢查的比率較低。
- 每月家庭收入較低的患者定期接受乳房X光造影檢查的比率較低。

II. 人口統計特徵

A. 確診年齡

1.2 受訪群組的確診年齡在18至103歲之間，約六成患者年齡介乎40至59歲（圖1.1）。確診年齡中位數為53.4歲。不同年齡的患者在病發前有不同的乳房健康管理行為（第IV部分）。

圖1.1：確診年齡的分佈（總人數=28,806）

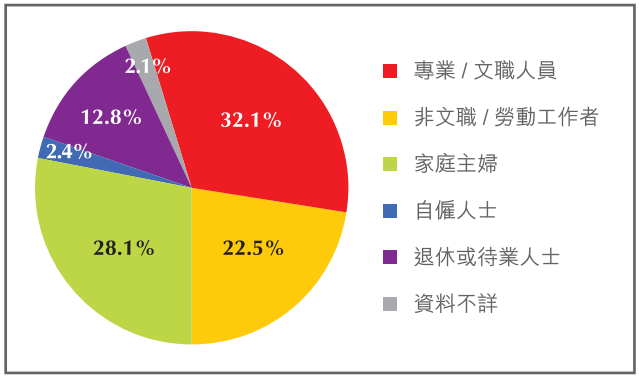


B. 職業

1.3 雖然國際文獻上仍沒有證據顯示患者的職業與乳癌有關，[2]但過去的研究發現夜更工作與乳癌風險增加有關，[3]論據是夜更工作會使人在晚上暴露於人造光源中，再加上與睡眠型態偏好的交互作用，令個人的晝夜節律產生紊亂。[3,4]

1.4 本地研究指出香港女性每周工作時數中位數是42.0小時，[5]與香港乳癌基金會的研究結果相若。本報告書發現57.0%的患者在確診時仍然有工作（圖1.2），其工作時數中位數是每周45.0小時。當中，8.5%的在職患者需要夜更工作，其值班日數中位數為每年54.0天。

圖1.2：受訪群組的職業（總人數=28,806）



C. 教育程度和每月家庭收入

1.5 西方及香港研究一致表示，即使居住在同一城市，教育程度較低或家庭收入較少的婦女對於預防乳癌的意識較貧乏，同時她們的乳房檢查習慣也較差。[6-9]

1.6 本報告中，73.6%的受訪患者有中學或以上的教育程度，而其餘只有小學或以下的教育程度（圖1.3）。相比教育程度較高的患者，教育程度較低的患者較少會定期接受乳房檢查（第IV部分）。

1.7 約四成患者每月家庭收入為港幣30,000元或以上，而接近兩成患者每月家庭收入少於港幣10,000元（圖1.4）。相比每月家庭收入較高的患者，每月家庭收入較低的患者較少會定期接受乳房檢查（第IV部分）。

圖1.3：受訪群組的教育程度（總人數=28,806）

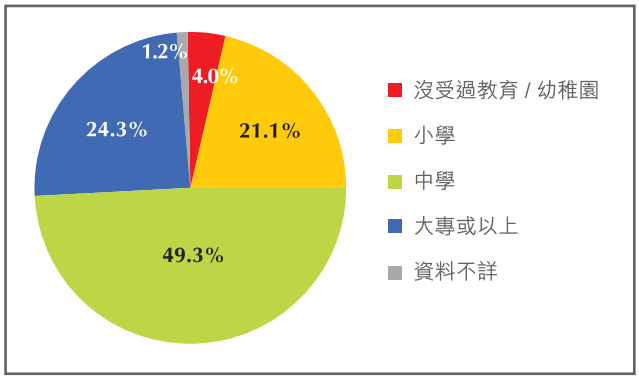
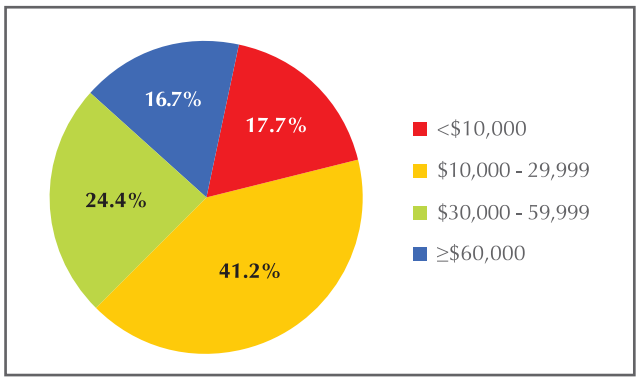


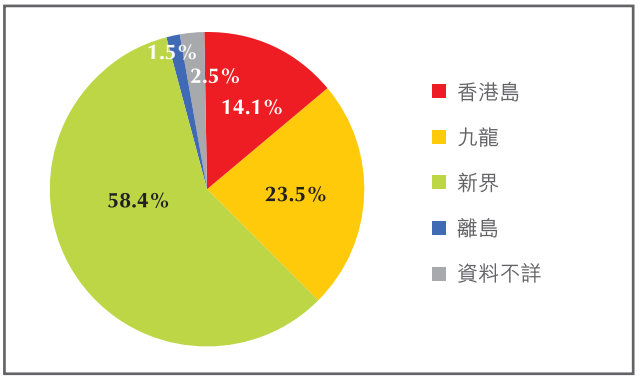
圖1.4：受訪群組的每月家庭收入（港幣）（總人數=16,629）



D. 居住地區

1.8 在受訪群組中，58.4%的患者在確診時居住在新界，23.5%居住在九龍，而居住在香港島的比率為14.1%（圖1.5）。與居住在香港島的患者相比，居住新界或九龍的患者較少會定期接受乳房檢查（第IV部分）。

圖1.5：受訪群組的居住地區分佈（總人數=28,806）



E. 胸圍尺碼及罩杯尺碼

1.9 普遍認為胸部尺碼較大的婦女會有較高乳癌風險。可是，此直接關係缺乏支持性證據。[10,11]乳房大小通常主要取決於脂肪組織的含量，而乳癌則是發生在乳房纖維腺體組織（fibroglandular tissue）的疾病。有研究顯示，罩杯尺碼可解釋乳房密度的差異，[12]而乳房密度和乳癌風險是相關的。[13,14]另一研究發現，乳房密度最高的女性，其罹患乳癌的風險是乳房密度最低的女性的兩倍以上。[15]因此，罩杯大小與乳癌風險只存在間接關係。

1.10 在受訪群組中，29.6%患者的胸圍尺碼為34吋（圖1.6）。至於罩杯尺碼，約四分之三患者為B罩杯或以下，只有小部分是D罩杯或以上（圖1.7）。

圖1.6：受訪群組的胸圍尺碼（總人數=23,020）

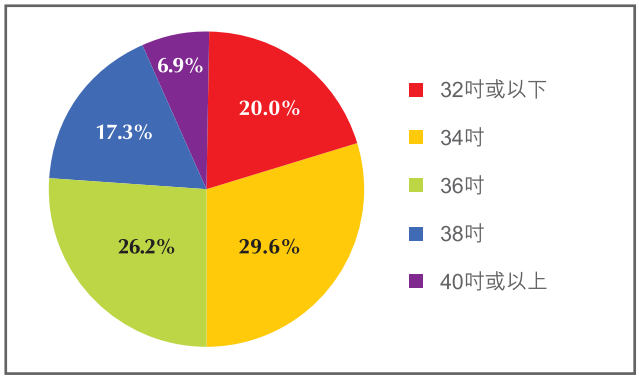
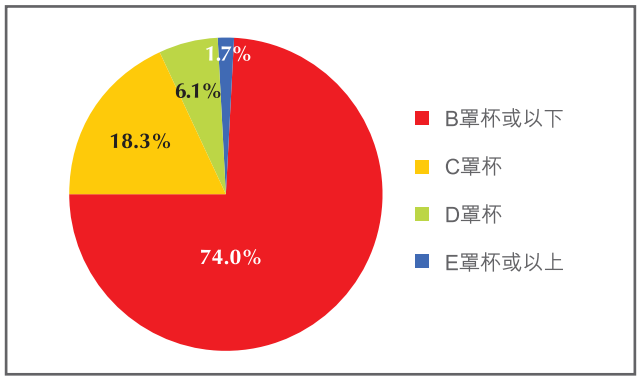


圖1.7：受訪群組的罩杯尺碼（總人數=20,064）



III. 風險因素及健康背景

A. 吸煙

1.11 國際癌症研究機構已經把吸煙歸類為「很可能導致乳癌的成因」。[3]根據香港衞生署發表的《2023年健康行為調查報告》，現時香港有4.8%的婦女有吸煙的習慣。[16]儘管吸食一手或二手煙與乳癌的因果關係仍有待確立，[17]但本會一項研究發現曾經或仍有吸煙的人士與較高乳癌風險具有相關性。[18]

1.12 受訪群組中，4.9%的患者在確診前曾有吸煙習慣。當中在確診時仍有吸煙的比率為44.4%。戒煙少於一年或仍有吸煙習慣的患者中，在確診前十二個月內患者平均每周吸食3.7包煙。

B. 飲酒

1.13 國際癌症研究機構已經將飲用酒精飲品列為第一組別的乳癌致癌物，並適用於所有年齡組別人士。[3]攝入酒精份量越多，患乳癌的風險越高。每天攝入每10克純酒精（即一標準杯，大約相當於一罐330毫升啤酒、一杯100毫升餐酒或一杯30毫升高濃度酒精飲品）會為未收經及收經後的婦女分別增加5%及9%患上乳癌的風險。[19]根據香港衞生署發表的《2023年健康行為調查報告》，本港有18.4%的婦女在過去十二個月內曾飲用酒精飲品。[16]

1.14 受訪群組中，6.2%的患者曾有喝酒的習慣（即是於十二個月內飲用5杯或以上酒精飲品）。當中41.1%的患者在確診時仍有飲酒習慣。

C. 飲食與運動習慣及精神壓力水平

1.15 縱然過去有不少有關飲食對乳癌風險影響的研究，迄今大部分研究結果都各自表述，未能定論。不過，有研究顯示運動能幫助收經後婦女預防患上乳癌，[19]香港乳癌基金會的研究亦發現運動和患乳癌風險有負相關性，每星期運動三小時或以上，有助降低收經後婦女以及育齡女性患上乳癌的風險。[18]

1.16 受訪群組中，71.5%的患者攝取均衡的膳食，13.4%的患者攝取含豐富肉類/乳類製品的膳食（圖1.8）。約四分之一的患者確診前每周運動三小時或以上，而約五分之二的患者在確診前一年內從不運動（圖1.9）。

1.17 現存的研究尚未確定精神壓力為乳癌的一項風險因素，需要作進一步研究。不過，香港乳癌基金會的研究顯示，當心理壓力是以包含所有壓力因素的整體層面來測量時，婦女感覺到高度心理壓力會增加患上乳癌的風險。[18]在本報告中，37.1%的患者表示在確診前一年內曾承受高度壓力（圖1.10）。

圖1.8：確診前的飲食習慣（總人數=28,806）

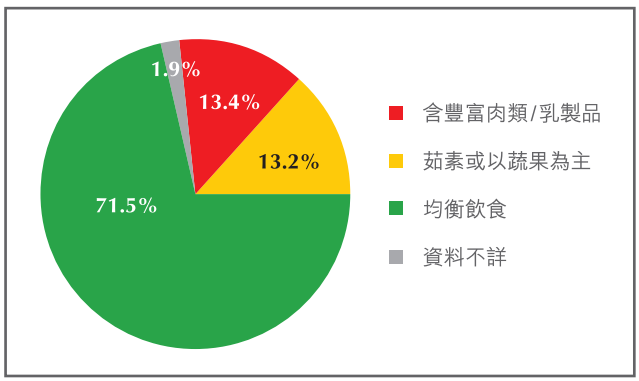


圖1.9：確診前的運動習慣（總人數=28,806）

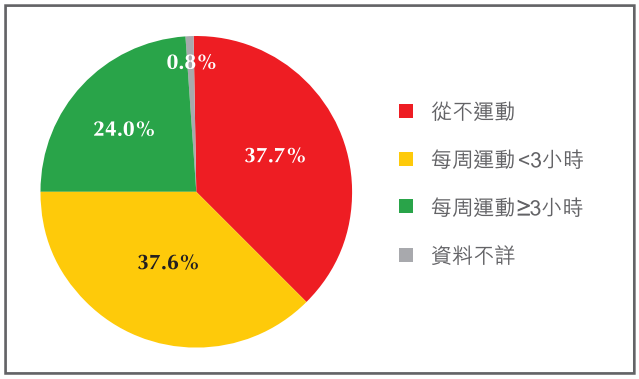
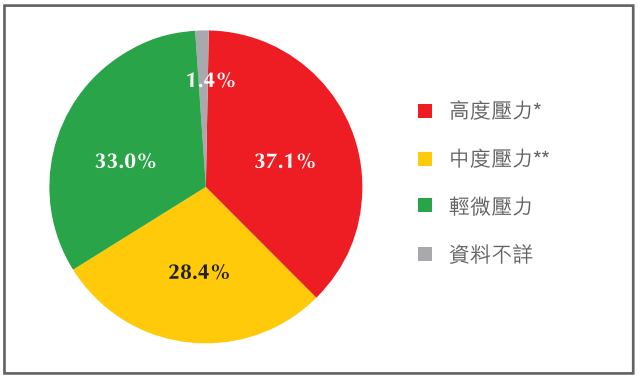


圖1.10：確診前的精神壓力水平（總人數=28,806）



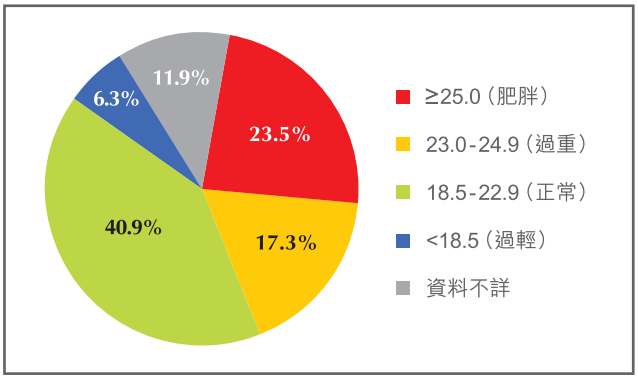
* 高度壓力：多於50%時間
** 中度壓力：25%至50%時間

D. 身高、體重及體重指數

1.18 體重指數（BMI）是根據個人身高和體重來評估人體脂肪量的探索式方法，計算方法是把體重（公斤）除以身高（米）的平方。亞洲女性的過重和肥胖標準分別設定為BMI 23.0至24.9和25.0或以上。肥胖被視為乳癌風險因素之一。[18,20]一項本地調查結果顯示，香港有19.7%和26.4%的15至84歲女性分別屬於過重和肥胖。[21]

1.19 本報告中，受訪群組的平均身高為158.0厘米，而平均體重則為57.8公斤。約有五分之二患者屬於過重或肥胖（圖1.11）。

圖1.11：確診前的體重指數（總人數=28,806）



E. 乳癌家族史

1.20 研究發現，有直系親屬罹患乳癌的婦女，比沒有直系親屬患乳癌的婦女有較高的乳癌風險。如果有較多直系親屬罹患乳癌，或這些親屬在五十歲前患上乳癌，有關婦女罹患乳癌的風險則更高。[22,23]在受訪群組中，16.5%的患者有乳癌家族史（表1.1）。

表1.1：確診前的乳癌家族史（總人數=28,806）

	人數	%
沒有	23,759	82.5
有，直系親屬	3,384	11.7
有，僅非直系親屬	1,323	4.6
有，但資料不詳	57	0.2
乳癌家族史資料不詳	283	1.0

F. 個人非乳房腫瘤病歷

1.21 國際研究及以香港華裔女性為目標的研究估算5%至10%的乳癌患者是透過遺傳罹患乳癌。[24,25]曾經罹患與生殖細胞系突變相關的癌症（包括霍傑金淋巴瘤、黑色素瘤、肺腺癌、腸癌、子宮癌、慢性淋巴細胞性白血病，或兒童時期的任何癌症）的婦女患上乳癌的風險會較高。[26-31]另一方面，宮頸鱗狀細胞癌的康復者患上乳癌的風險則較低。[30,31]本報告中，2.2%的患者在確診乳癌前曾罹患其他種類的惡性腫瘤（表1.2），以大腸/直腸癌最為常見（表1.3）。

表1.2：確診前的個人非乳房腫瘤病歷（總人數=28,806）

	人數	%
沒有	23,506	81.6
良性腫瘤	4,175	14.5
惡性腫瘤	642	2.2
腫瘤性質不詳	96	0.3
腫瘤病歷不詳	387	1.3

表1.3：患者曾患非乳房惡性腫瘤的身體部位（總人數=642）

	人數	%
大腸/直腸	100	15.6
子宮	89	13.9
甲狀腺	85	13.2
肺部	40	6.2
子宮頸	39	6.1
卵巢	36	5.6
鼻咽	24	3.7
淋巴系統	19	3.0
其他*	119	18.5
資料不詳	120	18.7

* 其他包括肝臟、皮膚、膀胱等

備註：惡性腫瘤可能於多個身體部位出現，因此總百分比可能高於100。

G. 良性乳房疾病病歷

1.22 研究發現若婦女曾患有某些種類的良性乳房疾病，其患上乳癌的風險會有所增加。[32]良性乳房疾病分為三類：非增生性病變、無非典型增生性病變和非典型增生病變。非增生性病變的例子有纖維乳腺瘤或其他囊變性纖維瘤，一般而言不會增加患上乳癌的風險。[32]另一方面，無非典型增生性病變（例如乳頭狀瘤和乳頭狀瘤病），以及非典型增生病變[如非典型乳腺管增生（ADH）和葉狀增生，葉狀增生包括非典型乳小葉增生（ALH）及乳小葉原位癌（LCIS）]，都與乳癌風險增加有關。[32]

1.23 14.0%的患者曾患有良性乳房疾病（表1.4），當中以不會增加患上乳癌的風險的纖維乳腺瘤最為常見（45.9%）。另外，在確診乳癌前，二十一名受訪患者曾患上非典型乳腺管增生和四名患者曾患有乳小葉原位癌（表1.4）。

表1.4：確診前的良性乳房疾病病歷
（總人數=28,806）

	人數	%
有良性乳房疾病病歷	**4,046**	**14.0**
良性乳房疾病的種類		
纖維乳腺瘤	1,856	45.9
囊變性纖維瘤	602	14.9
微鈣化點	87	2.2
炎症反應	113	2.8
乳頭狀瘤	62	1.5
乳頭狀瘤病	12	0.3
乳腺增生	359	8.9
脂肪瘤	35	0.9
非典型乳腺管增生	21	0.5
乳小葉原位癌	4	0.1
其他（如其他良性腫瘤）	736	18.2
資料不詳	266	6.6

備註：患者可能有多於一種良性乳房疾病，因此總百分比可能高於100。

H. 提早初經，延遲收經和生育紀錄

1.24 研究顯示婦女的生理現象，例如提早初經（12歲前）、延遲收經（55歲後）、從未生育和第一胎晚育（35歲後）都會增加她們一生中受雌激素影響的時間及程度，從而增加罹患乳癌的風險。相反，延遲初經、提早收經、有生育經驗和較早生育第一胎都會減低乳癌的風險。[19]

1.25 患者初經的平均年齡為13.1歲，而14.7%的患者有提早初經的情況（表1.5）。56.3%的患者在確診時已經收經，而小部分患者有延遲收經的情況，患者的平均收經年齡為50.1歲。此外，確診癌症時從未生育的患者為25.1%，只有5.0%的患者在35歲後生育第一胎（表1.5）。在曾經生育的受訪患者中，約70%曾生育兩個或以上子女（表1.6），而患者平均生育第一胎的年齡為27.3歲。

1.26 婦女餵哺母乳被視為一項可以預防患上乳癌的因素，並適用於所有年齡組別的婦女。[18,19]在受訪群組中，約三分之一患者曾餵哺母乳（表1.5），平均哺乳時間為14.5個月。

表1.5：確診前初經、收經及生育紀錄

	人數	%
初經（總人數 = 28,806）		
提早初經（<12歲）	4,224	14.7
正常初經（≥12歲）	22,294	77.4
初經年齡不詳	2,288	7.9
收經（總人數 = 16,213）		
延遲收經（>55歲）	982	6.1
正常收經（≤55歲）	12,860	79.3
收經年齡不詳	2,371	14.6
生育紀錄（總人數 = 28,806）		
從未生育	7,227	25.1
35歲或之前首次生育	19,212	66.7
35歲後首次生育	1,426	5.0
首次生育年齡不詳	620	2.2
生育紀錄不詳	321	1.1
餵哺母乳（總人數 = 28,806）		
有	9,384	32.6
沒有（曾生育）	11,756	40.8
沒有（不曾生育）	7,195	25.0
沒有（生育紀錄不詳）	47	0.2
資料不詳	424	1.5

表1.6：受訪群組的生育次數（總人數=21,258）

	人數	%
1次	6,437	30.3
2次	9,640	45.3
3次	3,327	15.7
4次	1,096	5.2
5次或以上	621	2.9
資料不詳	137	0.6

I. 使用荷爾蒙避孕劑

1.27 荷爾蒙避孕劑含有人工合成的性荷爾蒙，使用的形式可以是口服藥片、注射、植入和透皮貼劑。雖然國際癌症研究機構把目前或近期使用混合雌激素和黃體酮的口服避孕劑列為乳癌成因之一，但是有研究指出婦女停止服用口服避孕劑五至十年或十年以上後，患上乳癌的風險會回復至與非使用者相若的水平。[3,33,34] 然而乳癌風險與注射或植入避孕劑之間的關係，卻有不一致的研究結果。[35-39] 有關荷爾蒙避孕劑與乳癌關係的研究結果不一致，故此需要進一步探索兩者的關係才可作結論。

1.28 未曾使用荷爾蒙避孕劑的患者佔70.6%（表1.7）。曾使用荷爾蒙避孕劑的患者中，81.3%在確診癌症時已經停止使用。在知道停藥時間的使用者當中，11.7%在確診前的五年內停藥。

表1.7：確診前使用荷爾蒙避孕劑的情況（總人數=28,806）

	人數	%
從未服用	20,330	70.6
服用了少於5年	3,963	13.8
服用了5至10年	2,035	7.1
服用了超過10年	831	2.9
服用年期不詳	1,204	4.2
使用與否不詳	443	1.5

J. 使用荷爾蒙補充療法

1.29 荷爾蒙補充療法使用含有人工合成性荷爾蒙的藥物，以紓緩婦女收經後出現的不適。國際癌症研究機構把目前用於紓緩婦女收經後不適的雌激素黃體酮混合劑列為乳癌成因之一。[3]受訪的已收經患者中，2.2%服用了荷爾蒙補充療法五年或以上（表1.8）。

表1.8：確診前使用荷爾蒙補充療法的情況
（總人數=16,213）

	人數	%
從未服用	15,022	92.7
服用了少於5年	514	3.2
服用了5至10年	286	1.8
服用了超過10年	72	0.4
服用年期不詳	94	0.6
使用與否不詳	225	1.4

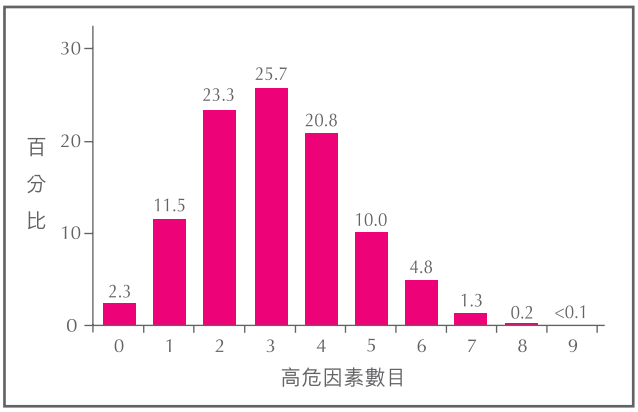
K. 罹患乳癌的十大高危因素

1.30 綜合所有提及過的高危因素，大部分患者缺乏運動，其次是從未餵哺母乳以及屬於超重或肥胖（表1.9）。多項高危因素疊加會讓罹患乳癌的風險成倍增加，而自覺精神壓力水平高便可能令婦女患上乳癌的風險獨立地增加超過兩倍。[18]在符合80%回覆門檻的患者群組中，62.8%的患者有三項或以上的高危因素，而34.8%則有一至兩項高危因素，只有2.3%患者並沒有任何常見的高危因素（圖1.12）。

表1.9：受訪群組罹患乳癌的十大高危因素
（總人數=28,806）

	人數	%
缺乏運動（每周少於3小時）	21,675	75.2
從未餵哺母乳	18,998	66.0
過重/肥胖	11,770	40.9
高度精神壓力（多於一半時間）	10,692	37.1
從未生育/35歲後首次生育	8,653	30.0
有乳癌家族史	4,764	16.5
提早初經（<12歲）	4,224	14.7
膳食含豐富肉類或乳類製品	3,853	13.4
有飲酒習慣	1,776	6.2
曾使用荷爾蒙補充療法	966	3.4

圖1.12：患者確診前所擁有的高危因素數目分佈
（總人數=28,357）



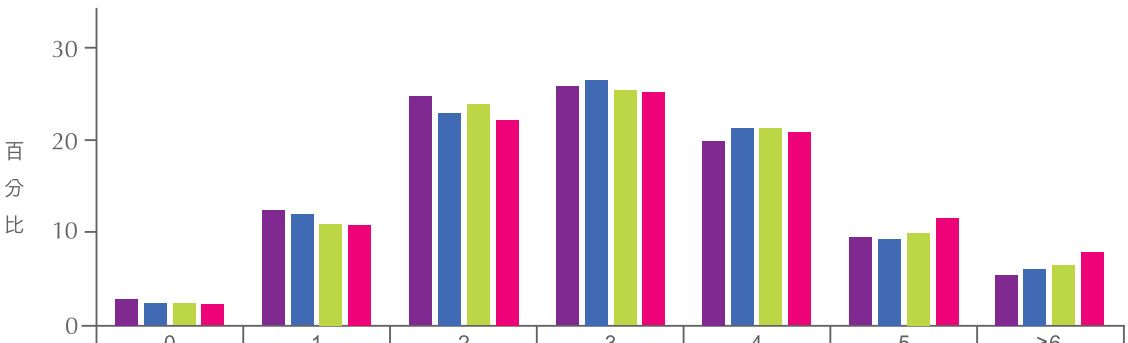
備註：該分佈只包含回覆了10個風險因素項目中至少80%的患者。對於缺失1-2個回覆的患者，其數目按比例調整至10個項目。

1.31 按確診年份組別分析發現，缺乏運動、從未母乳喂哺及過重 / 肥胖皆為最常見的三項高危因素（表1.10）。此外，各確診年份組別中具有三項或以上高危因素的患者比例高度相若（圖1.13）。

表1.10：按確診年份組別分析罹患乳癌的十大高危因素（總人數=28,806）

	確診年份組別，%			
	2006-2010（人數=6,676）	2011-2015（人數=8,899）	2016-2019（人數=6,095）	2020-2026（人數=7,136）
缺乏運動（每周少於3小時）	76.5	78.6	76.3	69.0
從未餵哺母乳	64.7	66.9	66.4	65.6
過重/肥胖	37.4	39.2	41.0	46.0
高度精神壓力（多於一半時間）	37.1	37.4	36.4	37.5
沒有生育/35歲後首次生育	24.0	28.3	30.9	37.1
有乳癌家族史	14.2	14.7	17.0	20.7
提早初經（<12歲）	13.6	14.3	14.5	16.3
膳食含豐富肉類或乳類製品	14.2	14.3	12.8	11.9
有飲酒習慣	4.8	4.9	6.8	8.5
曾使用荷爾蒙補充療法	4.4	3.5	2.9	2.7

圖1.13：不同確診年份組別之高危因素數目分佈（總人數=28,357）



	0	1	2	3	4	5	≥6
2006-2010（人數=6,458）	2.7	12.3	24.7	25.7	19.9	9.4	5.4
2011-2015（人數=8,804）	2.2	11.9	22.9	26.5	21.2	9.3	6.0
2016-2019（人數=6,030）	2.3	10.9	23.9	25.3	21.2	10.0	6.4
2020-2026（人數=7,065）	2.1	10.7	22.1	25.1	20.8	11.5	7.8

高危因素數目

備註：該分佈只包含回覆了10個風險因素項目中至少80%的患者。對於缺失1-2個回覆的患者，其數目按比例調整至10個項目。

IV. 乳房健康管理行為

A. 乳房健康管理方法

1.32 乳房健康管理是一種主動性的策略，旨在婦女尚未出現任何乳癌跡象或徵狀前定期檢查乳房，以達至早期發現乳癌。及早發現可以減低乳癌的死亡率。常見的乳房健康管理方法包括自我乳房檢查、臨床乳房檢查、乳房超聲波檢查及乳房X光造影檢查。乳房X光造影檢查利用低能量X光檢查女性乳房，被視為目前乳癌篩檢的黃金標準；然而，結合自我乳房檢查、臨床乳房檢查及乳房超聲波檢查，亦有助於提升個人及臨床上的乳房意識。婦女可自己進行自我乳房檢查，檢查乳房是否有硬塊，觀察乳房大小和形狀上的變化，或任何出現在乳房和腋下的變化。臨床乳房檢查需要由醫生或護士等專業醫護人員進行，透過雙手觸檢來檢查有沒有硬塊或其他變化。與前述兩種方式不同，乳房超聲波檢查則是使用高頻率的超聲波來偵測乳房腫塊，通常作為乳房X光造影的輔助工具。

1.33 香港乳癌基金會建議40歲或以上婦女每月自我檢查乳房，以提高乳房健康的自覺性，並接受定期的臨床乳房檢查和乳房X光造影檢查。對於乳房密度較高的婦女，除了乳房X光造影檢查外，也可能需要接受乳房超聲波檢查。由於香港現時並沒有全民乳房篩檢計劃，本報告書所報告的都是婦女在確診癌症前的自發性乳房健康管理行為。雖然自2020年7月起香港政府以風險為本建議平均風險婦女進行乳房X光造影檢查，[40]並分別於2021年9月及2025年6月展開乳癌篩查先導計劃第一和第二階段，為較高風險的婦女提供乳癌篩查服務，[41,42]但這些服務應進一步擴展至更廣泛的人群，以提升癌症防治成效。

B. 乳房健康管理行為與年齡

1.34 受訪群組的乳房健康管理行為及年齡組別的關係可見於表1.11。在受訪群組的各個年齡組別中，有定期進行自我乳房檢查、乳房超聲波檢查及乳房X光造影檢查的比率分別不足四分之一（表1.11）。約四成60歲以下患者有定期接受臨床乳房檢查，不過，該比例在60至69歲及70歲或以上患者中都有所下降（表1.11）。除了40歲以下的患者外，從未接受自我乳房檢查、臨床乳房檢查和乳房超聲波檢查的比率與年齡成正比。此外，在40歲或以上患者當中，63.3%在確診前從沒接受過乳房X光造影檢查。

表1.11：按年齡組別分析乳房健康管理行為

	年齡組別（歲），%				
	<40	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**≥70**
自我乳房檢查（總人數=28,398）	**（人數=2,426）**	**（人數=8,299）**	**（人數=9,235）**	**（人數=6,023）**	**（人數=2,415）**
從不	38.0	34.7	36.1	41.0	56.3
不定期	42.4	42.3	41.2	39.4	29.7
每月	18.7	21.8	21.1	18.3	12.0
資料不詳	0.9	1.2	1.6	1.3	1.9
臨床乳房檢查（總人數=28,398）	**（人數=2,426）**	**（人數=8,299）**	**（人數=9,235）**	**（人數=6,023）**	**（人數=2,415）**
從不	52.8	42.4	43.9	52.9	72.5
不定期	14.6	16.0	16.8	18.0	13.0
定期*	31.7	40.4	37.8	27.3	12.3
資料不詳	0.9	1.2	1.5	1.8	2.2
乳房超聲波檢查#（總人數=25,972）		**（人數=8,299）**	**（人數=9,235）**	**（人數=6,023）**	**（人數=2,415）**
從不	——	62.8	62.7	66.9	79.8
不定期	——	12.9	14.0	14.6	10.1
定期*	——	22.2	21.2	16.1	7.7
資料不詳	——	2.1	2.2	2.4	2.4
乳房X光造影檢查#（總人數=25,972）		**（人數=8,299）**	**（人數=9,235）**	**（人數=6,023）**	**（人數=2,415）**
從不	——	65.6	59.1	60.8	77.1
不定期	——	12.6	14.8	16.8	12.0
定期*	——	20.3	24.4	20.8	8.7
資料不詳	——	1.4	1.6	1.7	2.2

*「定期」的定義為每隔1至3年檢查一次

只包括40歲或以上患者

C. 乳房健康管理行為與教育程度

1.35 乳房健康管理行為與教育程度的關係可見於表1.12，結果發現患者教育程度愈低，愈少有乳房健康管理行為。受訪群組中，沒受過教育或幼稚園教育程度的患者有85.5%從未進行過乳房X光造影檢查，相比大專或以上的患者只有46.5%。至於自我乳房檢查、臨床乳房檢查及乳房超聲波檢查也有同樣的情況。沒受過教育或幼稚園教育程度的患者，從不接受上述檢查分別為65.4%，75.7%和87.5%，相比大專或以上的患者則分別有26.9%，32.5%和46.3%。

表1.12：按教育程度分析乳房健康管理行為

	教育程度，%			
	沒受過教育 / 幼稚園	**小學**	**中學**	**大專或以上**
自我乳房檢查（總人數=28,460）	**（人數=1,143）**	**（人數=6,092）**	**（人數=14,215）**	**（人數=7,010）**
從不	65.4	48.4	38.0	26.9
不定期	23.1	32.9	39.1	51.8
每月	10.8	17.6	21.4	19.6
資料不詳	0.6	1.0	1.4	1.7
臨床乳房檢查（總人數=28,460）	**（人數=1,143）**	**（人數=6,092）**	**（人數=14,215）**	**（人數=7,010）**
從不	75.7	62.2	48.2	32.5
不定期	11.1	13.8	16.0	20.3
定期*	12.4	23.0	34.2	45.6
資料不詳	0.8	0.9	1.6	1.6
乳房超聲波檢查 #（總人數=25,655）	**（人數=1,106）**	**（人數=5,962）**	**（人數=12,981）**	**（人數=5,606）**
從不	87.5	77.4	66.2	46.3
不定期	5.7	9.9	13.3	19.1
定期*	6.0	11.1	18.3	31.9
資料不詳	0.8	1.6	2.2	2.7
乳房X光造影檢查 #（總人數=25,655）	**（人數=1,106）**	**（人數=5,962）**	**（人數=12,981）**	**（人數=5,606）**
從不	85.5	73.8	63.9	46.5
不定期	7.4	11.7	14.1	19.1
定期*	6.4	13.5	20.2	32.8
資料不詳	0.6	1.1	1.8	1.6

*「定期」的定義為每隔1至3年檢查一次

只包括40歲或以上患者

D. 乳房健康管理行為與每月家庭收入

1.36 乳房健康管理行為與每月家庭收入的關係可見於表1.13，結果發現患者每月家庭收入愈低，愈少有乳房健康管理行為。在受訪群組中，每月家庭收入為少於港幣10,000元的患者，有70.7%從未進行過乳房X光造影檢查，相比每月家庭收入為港幣60,000元或以上的患者只有37.3%。至於自我乳房檢查、臨床乳房檢查和乳房超聲波檢查也有同樣的情況。每月家庭收入少於港幣10,000元的患者，從不進行上述檢查分別有42.0%，58.9%和74.2%，相比每月家庭收入為港幣60,000元或以上的患者則分別有21.7%，22.1%和38.2%。

表1.13：按每月家庭收入（港幣）分析乳房健康管理行為

	每月家庭收入（港幣），%			
	<10,000	**10,000-29,999**	**30,000-59,999**	**≥60,000**
自我乳房檢查（總人數=16,629）	**（人數=2,942）**	**（人數=6,854）**	**（人數=4,051）**	**（人數=2,782）**
從不	42.0	36.1	29.6	21.7
不定期	40.8	42.9	49.4	56.6
每月	15.9	19.9	19.8	20.1
資料不詳	1.3	1.2	1.2	1.5
臨床乳房檢查（總人數=16,629）	**（人數=2,942）**	**（人數=6,854）**	**（人數=4,051）**	**（人數=2,782）**
從不	58.9	45.9	34.3	22.1
不定期	15.8	16.2	18.7	21.0
定期*	23.8	36.8	45.9	55.0
資料不詳	1.4	1.1	1.1	1.9
乳房超聲波檢查 #（總人數=14,599）	**（人數=2,753）**	**（人數=6,089）**	**（人數=3,357）**	**（人數=2,400）**
從不	74.2	66.6	53.2	38.2
不定期	11.7	13.3	16.9	21.2
定期*	12.2	18.0	28.1	37.5
資料不詳	1.8	2.0	1.7	3.1
乳房X光造影檢查 #（總人數=14,599）	**（人數=2,753）**	**（人數=6,089）**	**（人數=3,357）**	**（人數=2,400）**
從不	70.7	64.2	52.5	37.3
不定期	12.6	14.4	17.5	20.7
定期*	15.2	19.9	28.8	40.3
資料不詳	1.5	1.5	1.2	1.7

*「定期」的定義為每隔1至3年檢查一次

只包括40歲或以上患者

E. 乳房健康管理行為與居住地區

1.37 乳房健康管理行為也根據患者的居住地區作分析，結果載列於表1.14。就每項乳房健康管理方法而言，相比居住在香港島的患者，居住在九龍或新界的患者較多從未進行相關行為。此外，相比居住在九龍（18.5%）或新界（19.0%）的患者，居住在香港島的患者（31.2%）較多有定期接受乳房X光造影檢查。

表1.14：按居住地區分析乳房健康管理行為

	居住地區，%		
	香港島	**九龍**	**新界**
自我乳房檢查（總人數=27,674）	**（人數=4,072）**	**（人數=6,767）**	**（人數=16,835）**
從不	30.5	42.1	39.1
不定期	47.3	38.9	39.3
每月	19.5	17.4	20.7
資料不詳	2.7	1.6	0.9
臨床乳房檢查（總人數=27,674）	**（人數=4,072）**	**（人數=6,767）**	**（人數=16,835）**
從不	34.1	53.8	50.1
不定期	18.4	15.8	16.0
定期*	44.6	28.8	32.9
資料不詳	3.0	1.6	1.0
乳房超聲波檢查 #（總人數=25,020）	**（人數=3,637）**	**（人數=6,132）**	**（人數=15,251）**
從不	50.5	68.2	68.2
不定期	17.1	12.9	12.7
定期*	27.7	16.7	17.7
資料不詳	4.7	2.2	1.4
乳房X光造影檢查 #（總人數=25,020）	**（人數=3,637）**	**（人數=6,132）**	**（人數=15,251）**
從不	47.9	66.3	66.2
不定期	17.9	13.5	13.8
定期*	31.2	18.5	19.0
資料不詳	3.1	1.7	1.1

*「定期」的定義為每隔1至3年檢查一次

只包括40歲或以上患者

F. 乳房健康管理行為與確診年份組別

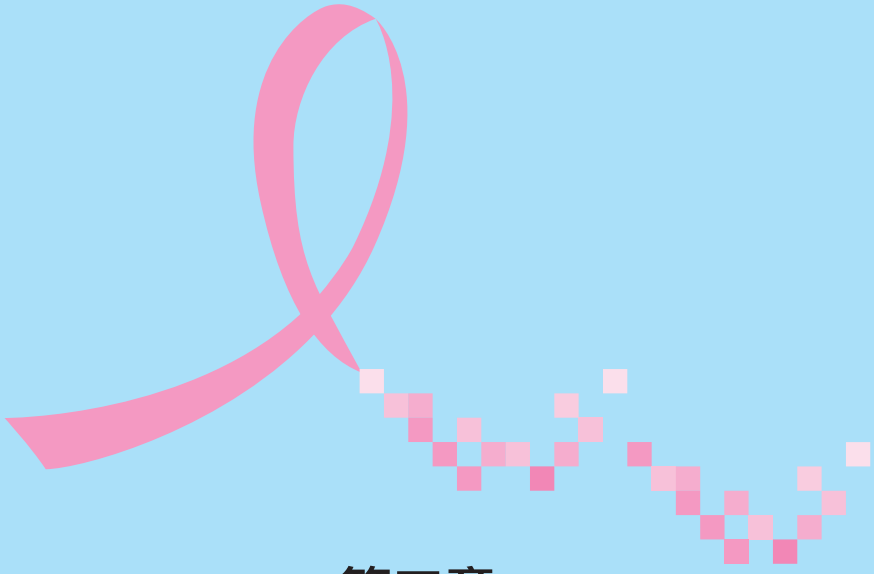
1.38 當根據確診年份組別再作分析時，接受定期乳房X光造影檢查的患者比率隨時間推移均維持在約20%左右（表1.15）。其他乳房健康管理方法的比率亦大致相若，其中每月進行自我乳房檢查的患者約佔20%，定期接受臨床乳房檢查的患者約佔30%，而定期接受乳房超聲波檢查的患者則約佔20%。

表1.15：按確診年份組別分析乳房健康管理行為

	確診年份組別，%			
	2006-2010	**2011-2015**	**2016-2019**	**2020-2026**
自我乳房檢查（總人數=28,806）	**（人數=6,676）**	**（人數=8,899）**	**（人數=6,095）**	**（人數=7,136）**
從不	40.6	39.6	37.7	36.3
不定期	35.5	40.4	40.0	44.9
每月	21.9	19.2	21.0	17.0
資料不詳	2.0	0.8	1.3	1.8
臨床乳房檢查（總人數=28,806）	**（人數=6,676）**	**（人數=8,899）**	**（人數=6,095）**	**（人數=7,136）**
從不	46.9	50.2	49.9	46.4
不定期	12.3	15.0	18.6	20.0
定期*	38.9	33.7	30.3	31.7
資料不詳	1.9	1.0	1.2	1.9
乳房超聲波檢查 #（總人數=25,972）	**（人數=5,879）**	**（人數=8,024）**	**（人數=5,531）**	**（人數=6,538）**
從不	70.5	71.5	63.0	54.9
不定期	9.4	10.4	15.5	19.0
定期*	15.8	16.9	19.9	24.0
資料不詳	4.3	1.2	1.5	2.1
乳房X光造影檢查 #（總人數=25,972）	**（人數=5,879）**	**（人數=8,024）**	**（人數=5,531）**	**（人數=6,538）**
從不	67.7	68.1	61.5	54.8
不定期	10.3	11.8	16.4	19.2
定期*	19.8	18.9	20.8	24.0
資料不詳	2.1	1.1	1.3	2.0

*「定期」的定義為每隔1至3年檢查一次

只包括40歲或以上患者



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。在原位乳癌患者中，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着癌症期數由第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。

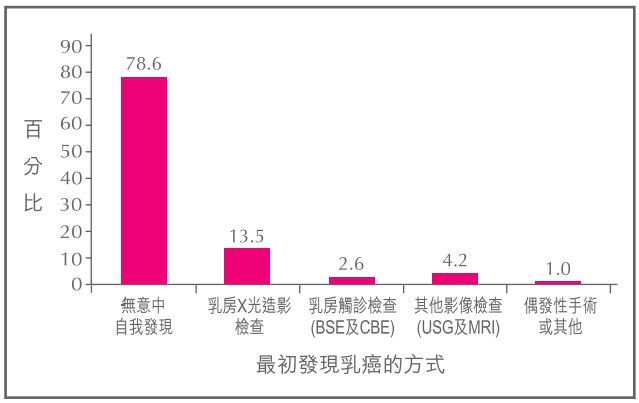
► 最常見的局部區域性復發位置是乳房（38.2%）及腋下淋巴結（32.8%）。另一方面，四個最常受遠端復發影響的器官是骨骼（59.6%）、肺部（46.6%）、肝臟（39.0%）和腦部（15.5%）。

► 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

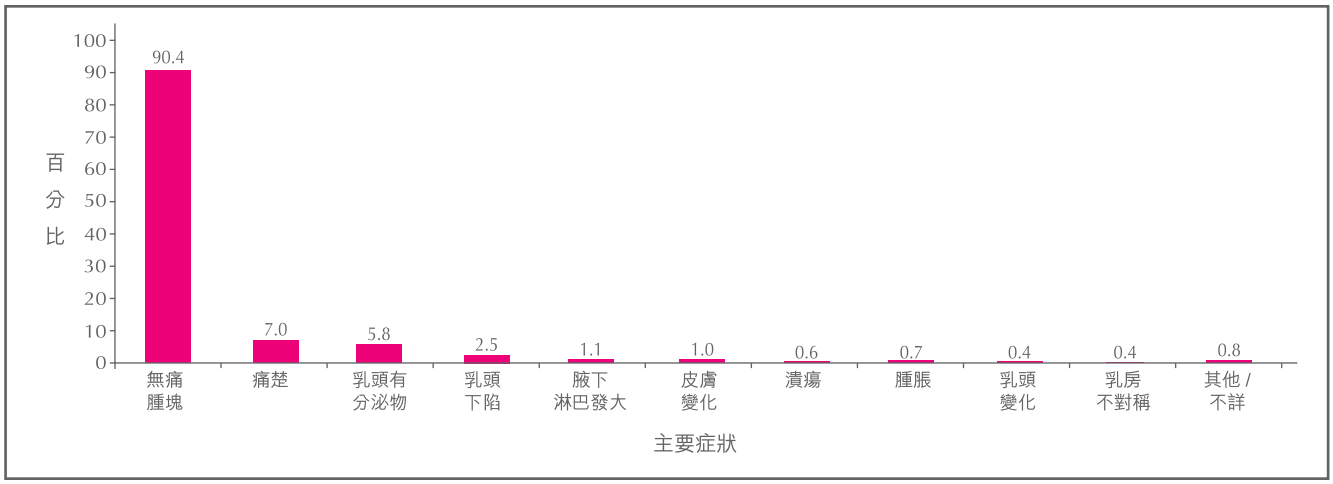
表2.4：按確診年份組別分析最初發現乳癌的方式（總計=24,430）

	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）

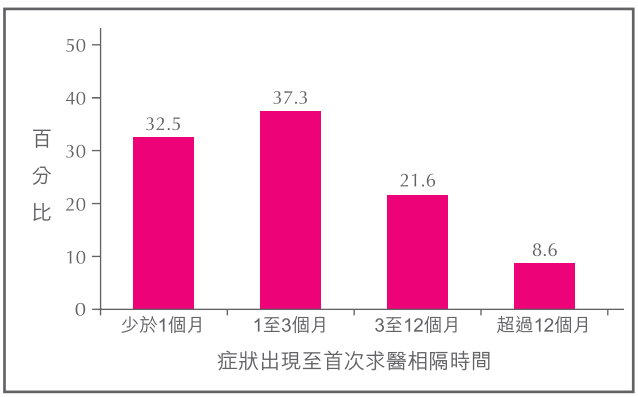


表2.5：按醫療服務使用者種類分析自我發現乳癌的患者由症狀出現至首次求醫相隔的時間（總計=6,884）

	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

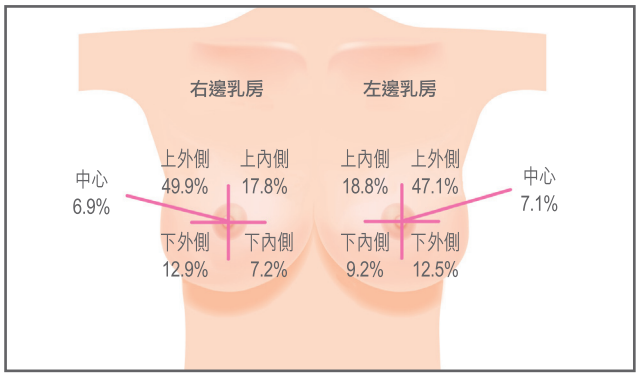
2.10 乳癌可發生在單或雙側乳房。大多數病例（89.6%）為單側乳癌，而小部分（5.5%）在首次確診時為同時性雙側乳癌（表2.7）。

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）

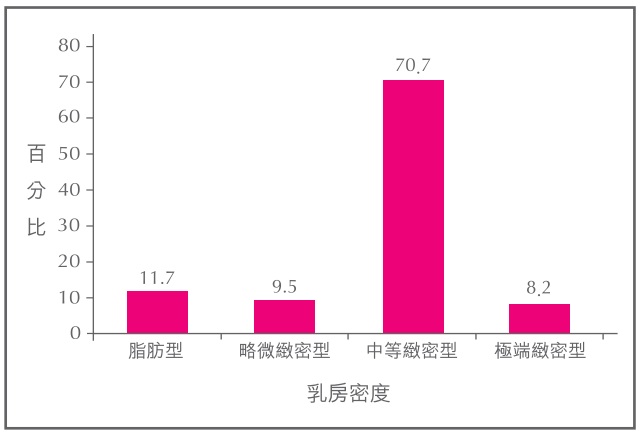


表2.10：按年齡組別分析經由乳房X光造影確診的患者的乳房密度（總計=12,801）

	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）。

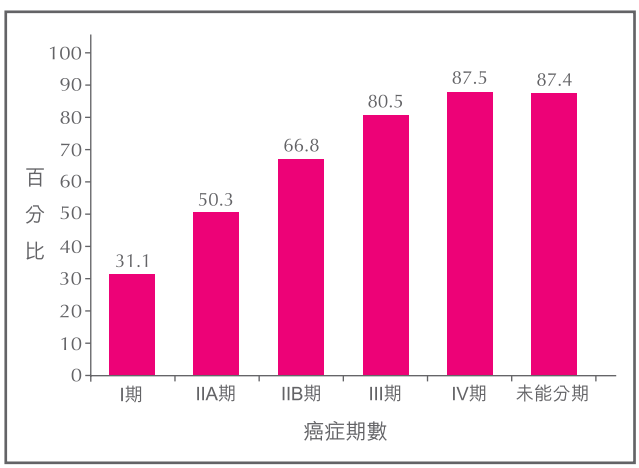
2.18 根據美國國家綜合癌症網絡發佈的指引，其組織不建議初期乳癌患者（包括第I期、第II期或可動手術的第III期乳癌）使用正電子掃描來斷定癌症的擴散程度，[46]這是因為正電子掃描對於明顯在癌症初期的患者，在進行淋巴結分期的敏感度和特異度較低，且其遠端擴散的檢測率亦較低。不過，在曾接受期數檢定的患者中，卻有31.1%的第I期和50.3%的第IIA期患者接受正電子掃描來斷定她們的癌症期數（圖2.6）。

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）

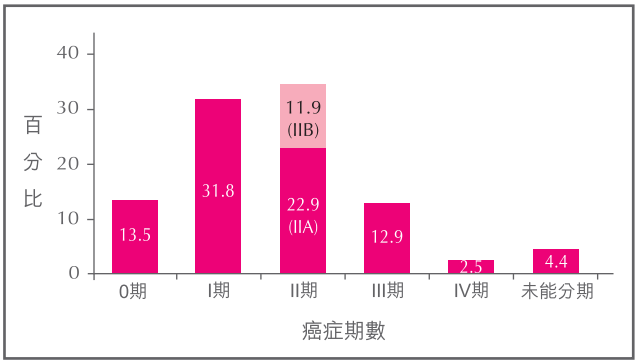
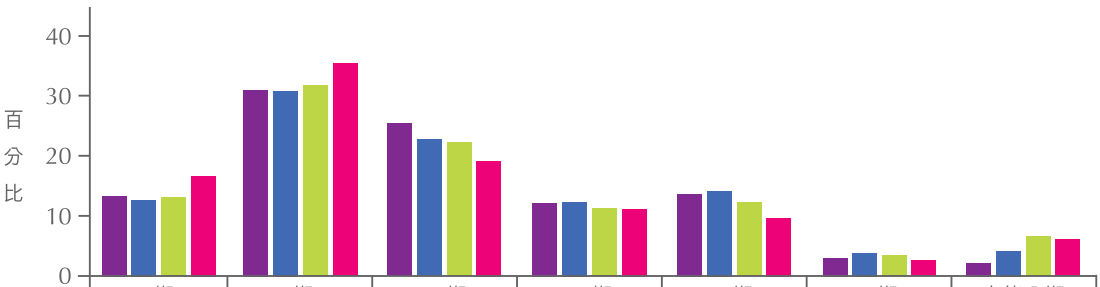


圖2.8：確診年份組別的癌症期數分佈（總計=25,618）



	0期	I期	IIA期	IIB期	III期	IV期	未能分期
2006-2010（數目=7,004）	13.4	31.1	25.5	12.1	13.7	2.2	2.1
2011-2015（數目=9,181）	12.6	30.9	22.8	12.3	14.2	2.9	4.2
2016-2019（數目=5,545）	13.0	31.8	22.3	11.3	12.2	2.8	6.6
2020-2026（數目=3,888）	16.7	35.4	19.2	11.2	9.6	1.8	6.1

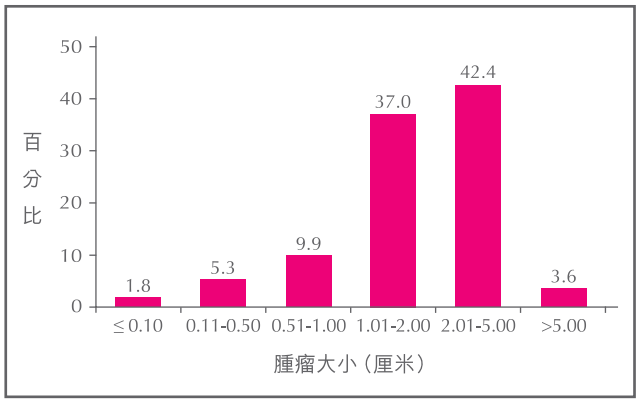
癌症期數

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

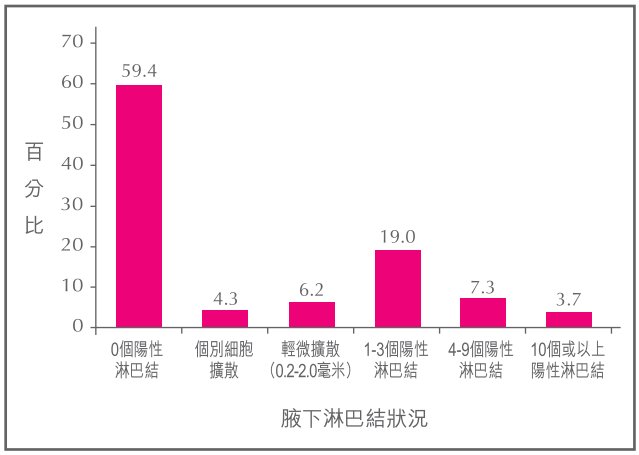
2.23 入侵性乳癌的腫瘤平均大小為2.1厘米（標準差：±1.4厘米）。17.0%患者的腫瘤大小屬於1厘米或以下，而屬於1.01至2.00厘米及2.01至5.00厘米的則分別有37.0%及42.4%（圖2.9）。只有小部分（3.6%）患者的腫瘤超過5厘米。另外，經乳房X光造影檢查發現的腫瘤遠遠小於無意中自我發現的腫瘤（平均大小：1.3±1.0厘米比2.3±1.4厘米；p<0.001）。

圖2.9：入侵性乳癌的腫瘤大小（厘米）分佈（總計=21,616）



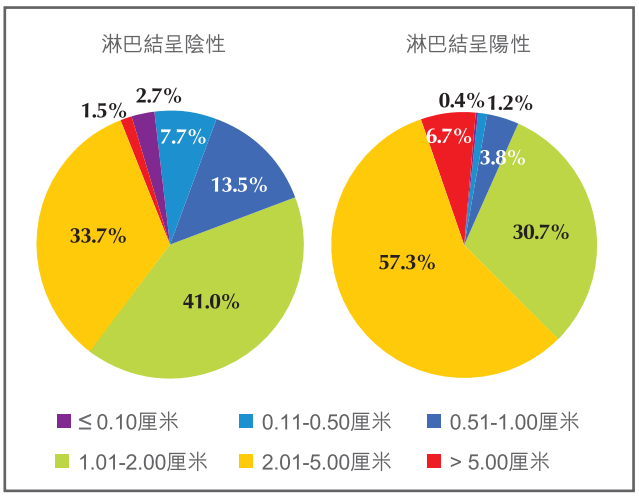
2.24 淋巴結有否受癌細胞侵犯是斷定乳癌期數的其中一個因素。受影響的淋巴結數量越多，癌症期數就越高。在入侵性乳癌患者當中，59.4%沒有腋下淋巴結呈陽性，4.3%患者的淋巴結有個別細胞擴散（轉移範圍≤0.2毫米或由少於200個癌細胞組成的腫瘤細胞團），6.2%有輕微擴散（轉移範圍>0.2毫米及≤2毫米），而30.0%則有至少一個腋下淋巴結呈陽性（轉移範圍大於2毫米）（圖2.10）。

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）。

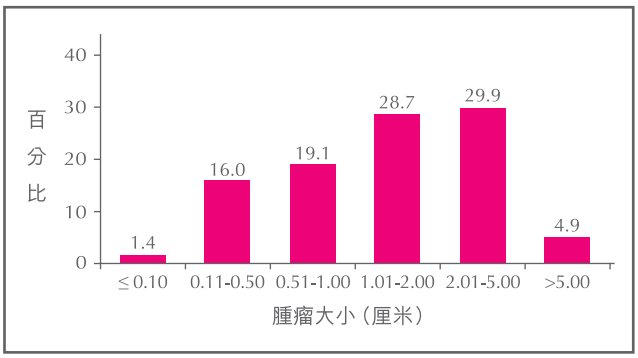
圖2.11：按淋巴結狀況分析入侵性乳癌的腫瘤大小（厘米）（總計=17,816）



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）或紓緩性（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。

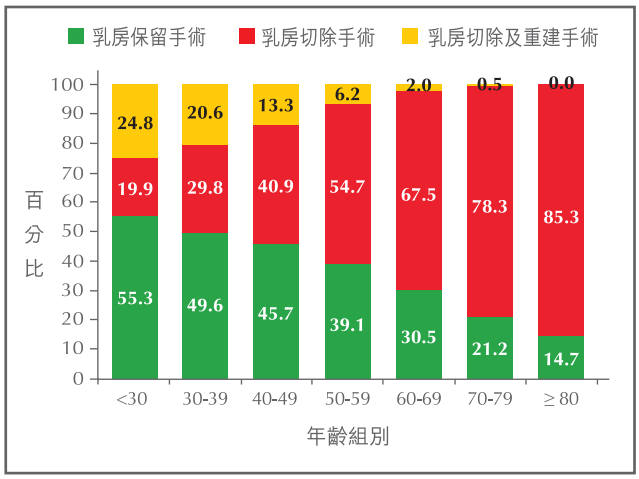
表2.20：入侵性或原位乳癌的手術治療情況

	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
保留乳暈切除手術	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

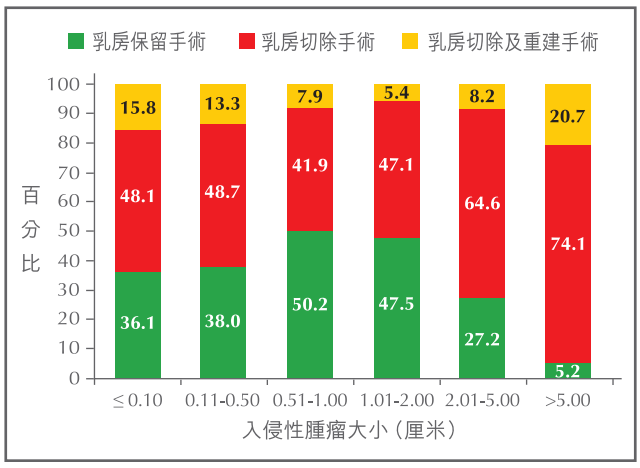
2.41 接受乳房切除手術的患者比率與年齡成正比，而接受乳房切除及重建手術的患者比率則與年齡成反比（圖2.13）。

圖2.13：按年齡組別分析手術類型（總計=23,507）



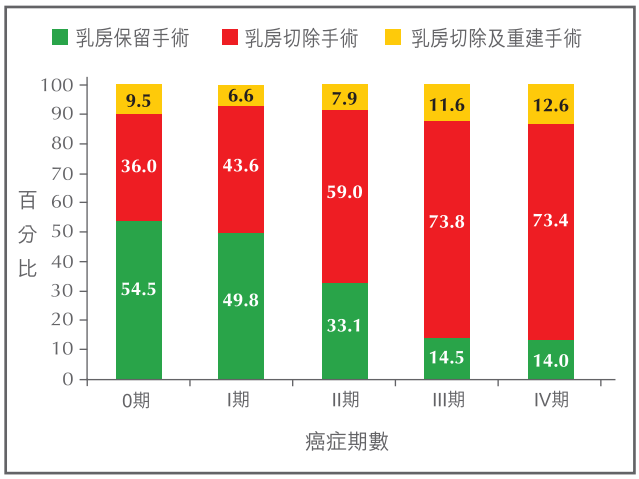
2.42 在腫瘤大於0.5厘米的患者中，接受乳房保留手術的患者比率與腫瘤大小成反比（圖2.14）。

圖2.14：按入侵性腫瘤大小（厘米）分析手術類型（總計=19,033）



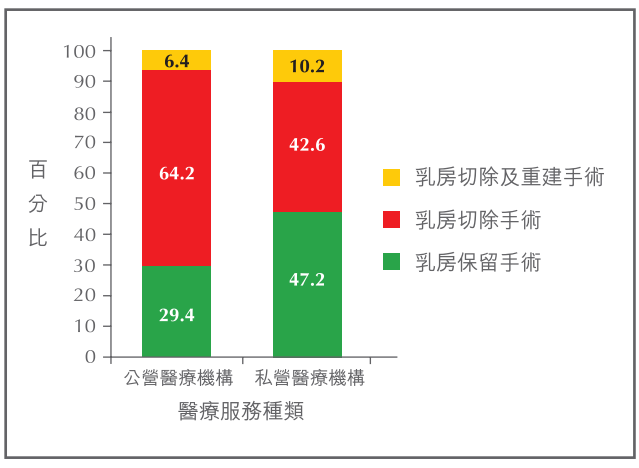
2.43 接受乳房保留手術的患者比率與癌症期數成反比，而進行乳房切除及重建手術的患者比率與癌症期數並沒有顯示任何明顯關係（圖2.15）。

圖2.15：按癌症期數分析手術類型（總計=24,167）



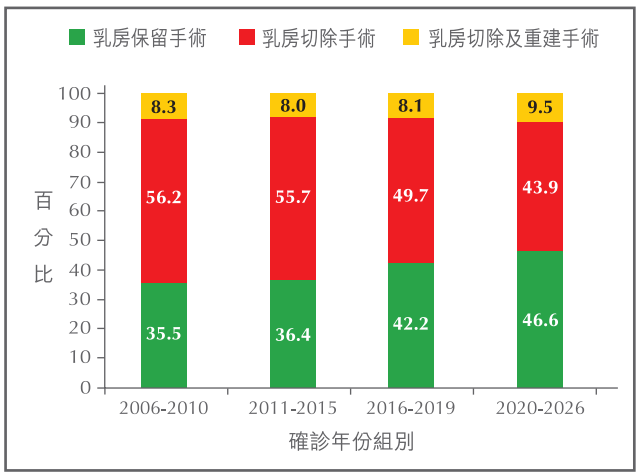
2.44 相比在公營醫療機構接受手術的患者（29.4%），在私營醫療機構接受手術的患者（47.2%）較多接受乳房保留手術（圖2.16）。

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）



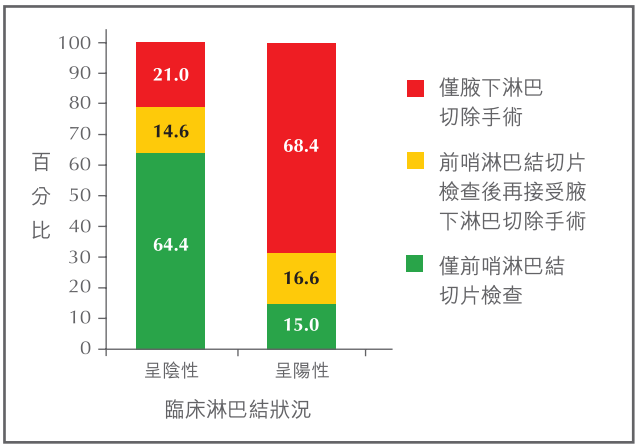
2.45 按不同確診年份組別分析，乳房保留手術的使用比率由2006-2010年的35.5%上升至2020-2026年的46.6%；相對地，乳房切除手術的使用比率則由56.2%下降至43.9%。另一方面，接受乳房切除及重建手術的患者比率相對穩定，約維持在8%（圖2.17）。

圖2.17：按確診年份組別分析乳房手術的種類（總計=24,167）



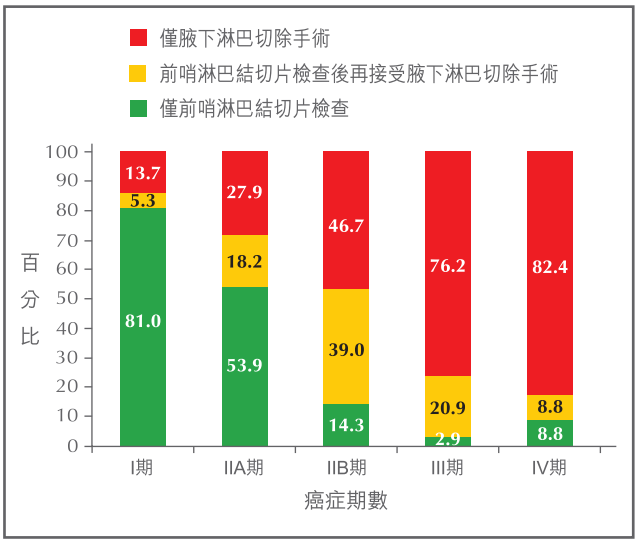
2.46 相比臨床淋巴結狀況呈陽性的患者（15.0%），臨床淋巴結狀況呈陰性的患者（64.4%）較多僅需要接受前哨淋巴結切片檢查。另一方面，相對臨床淋巴結狀況呈陰性的患者（21.0%）而言，臨床淋巴結狀況呈陽性的患者（68.4%）則較多直接進行腋下淋巴切除手術，而沒有先接受前哨淋巴結切片檢查。圖2.18顯示受訪群組中臨床淋巴結狀況呈陽性或陰性的患者接受淋巴結手術的種類。

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）



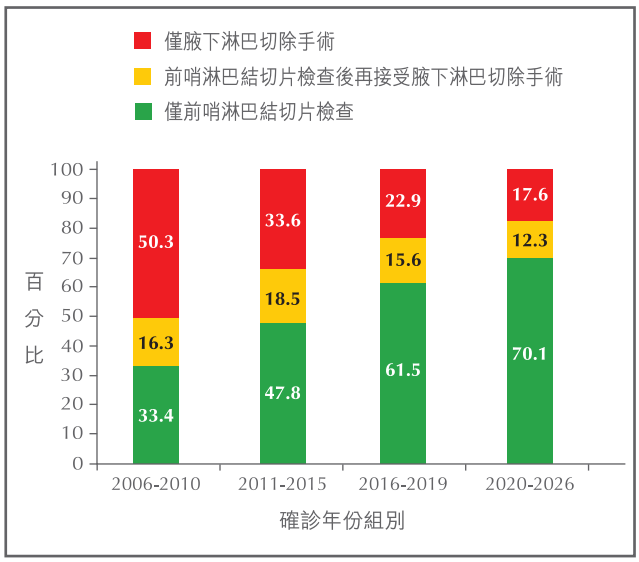
2.47 僅接受腋下淋巴切除手術的患者比率與癌症期數成正比。在受訪群組中，接受前哨淋巴結切片檢查後再接受腋下淋巴切除手術的患者從第I期到第II期有所增加；但從第III期到第IV期則有所減少。這個趨勢可能是因為大多數第III或IV期患者選擇接受腋下淋巴切除手術作為她們首個淋巴結手術（圖2.19）。

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）



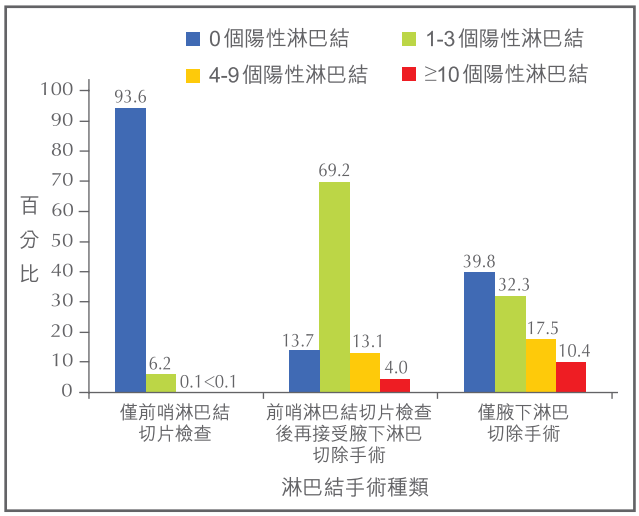
2.48 按不同確診年份組別分析，僅前哨淋巴結切片檢查的使用比率按年顯著上升，由2006-2010年的33.4%增至2020-2026年的70.1%。相反，僅接受腋下淋巴切除手術的比率則由50.3%下降至17.6%（圖2.20）。

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醣核酸結構，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，以療癒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）

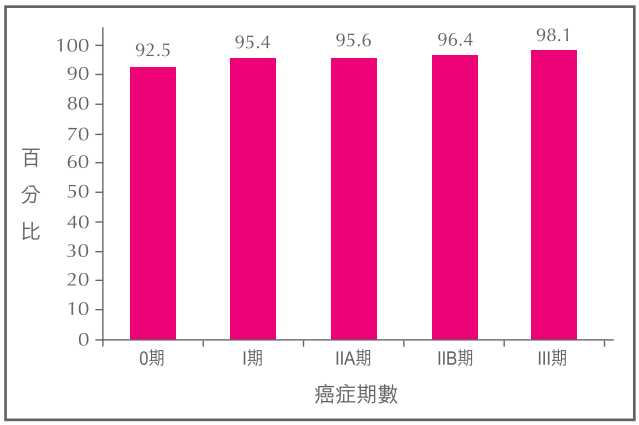
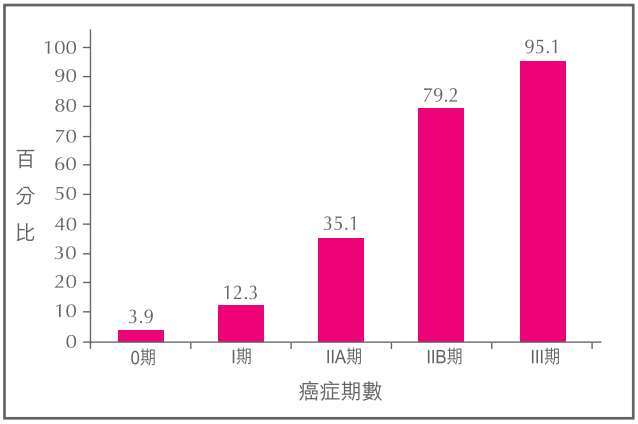


圖2.23：按癌症期數分析接受了乳房切除手術的患者接受放射治療的比率（總計=14,384）



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）

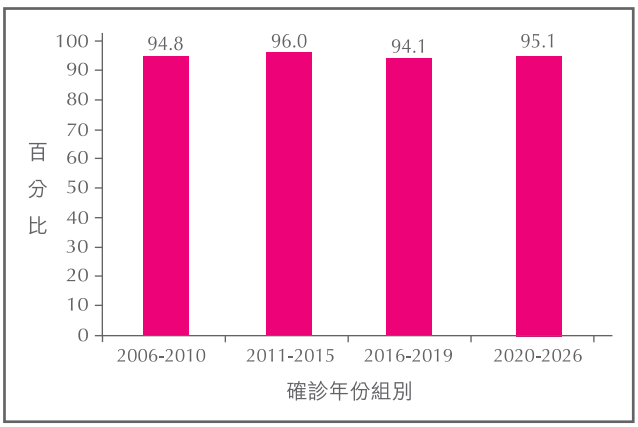
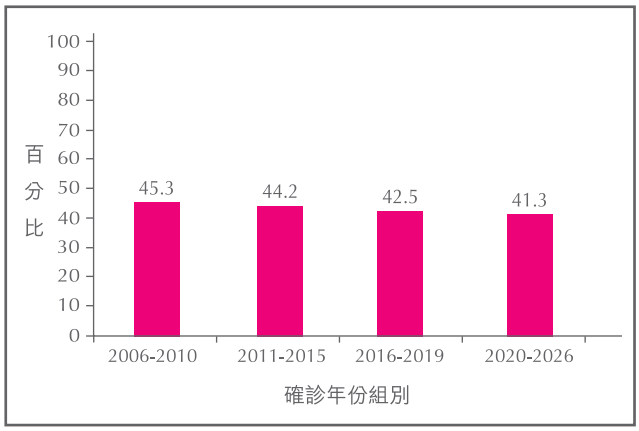


圖2.25：按確診年份組別分析接受了乳房切除手術的患者接受放射治療的比率（總計=14,384）



2.56 放射治療會針對局部位置發出游離幅射，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. 紓緩性放射治療

2.57 紓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紓緩性放射治療。

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%接受紓緩性化療。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期患者接受了紓緩性化療（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）

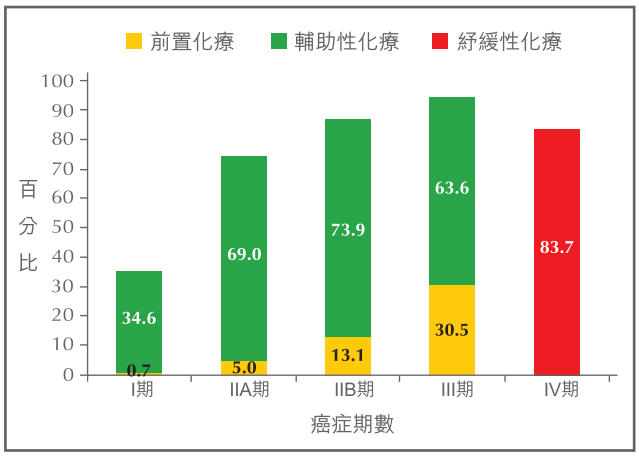


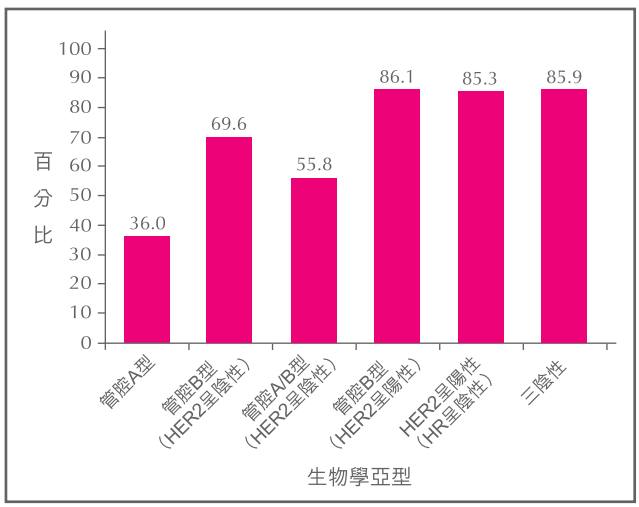
表2.22：按確診時的年齡及癌症期數分析化療的使用比率（總計=20,368）

	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）

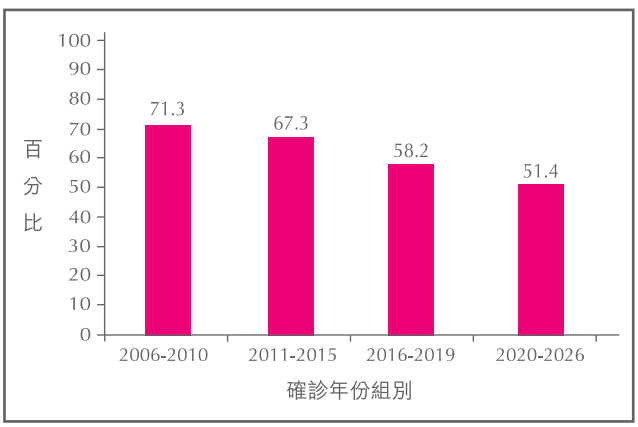


表2.23：按癌症期數及確診年份組別分析化療的使用比率（總計=20,960）

	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）

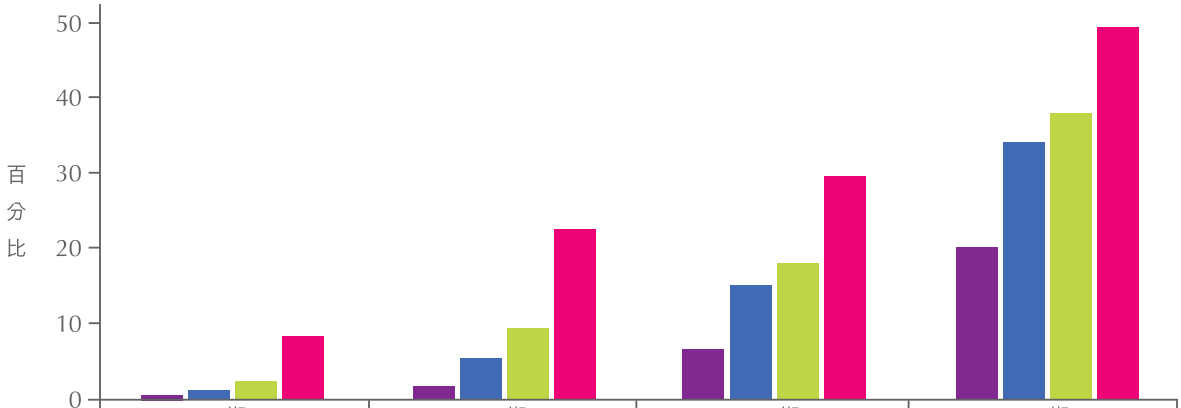
	確診年份組別，數目（佔相同生物學亞型及確診年份組別患者的百分比，%）			
	2006-2010	2011-2015	2016-2019	2020-2026
管腔A型	604 （52.6）	517 （39.4）	238 （25.3）	188 （20.9）
管腔B型（HER2呈陰性）	753 （82.8）	1,130 （76.1）	849 （63.3）	546 （56.0）
管腔A/B型（HER2呈陰性）	955 （61.2）	1,144 （55.9）	381 （49.4）	145 （44.1）
管腔B型（HER2呈陽性）	731 （81.9）	792 （87.5）	412 （89.8）	238 （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）。

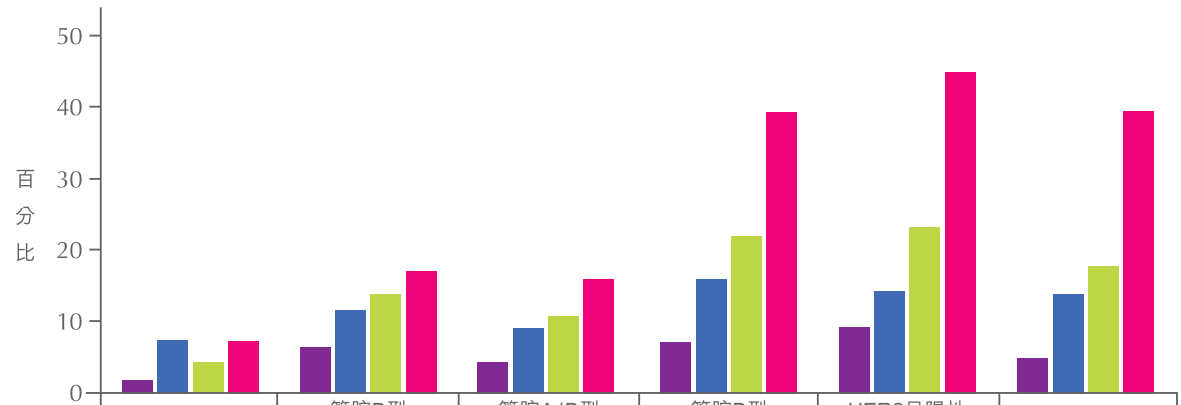
圖2.29：各確診年份組別按癌症期數分析前置化療的使用比率（總計=13,469）



	I期	IIA期	IIB期	III期
2006-2010	0.2	1.8	6.6	20.2
2011-2015	1.2	5.6	15.1	33.9
2016-2019	2.3	9.5	18.1	37.9
2020-2026	8.4	22.6	29.6	49.1

癌症期數

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）



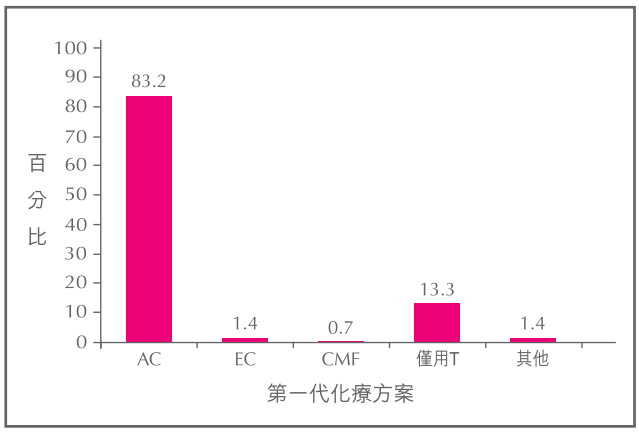
	管腔A型	管腔B型（HER2呈陰性）	管腔A/B型（HER2呈陰性）	管腔B型（HER2呈陽性）	HER2呈陽性（HR呈陰性）	三陰性
2006-2010	1.8	6.2	4.3	7.1	9.2	4.8
2011-2015	7.5	11.6	8.9	16.0	14.2	14.0
2016-2019	4.2	13.9	10.8	22.1	23.2	17.7
2020-2026	7.4	17.0	15.9	39.1	45.0	39.4

生物學亞型

備註：生物學亞型的定義見表2.16。

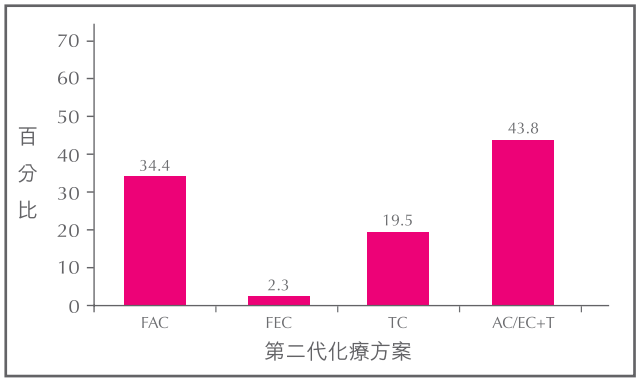
2.64 圖2.31、圖2.32及圖2.33顯示了受訪群組中三代化療方案在前置化療的使用比率。針對HER2的化療方案的使用比率可見於圖2.34。圖2.35顯示受訪群組中不同乳癌生物學亞型患者所採用的化療方案。

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）



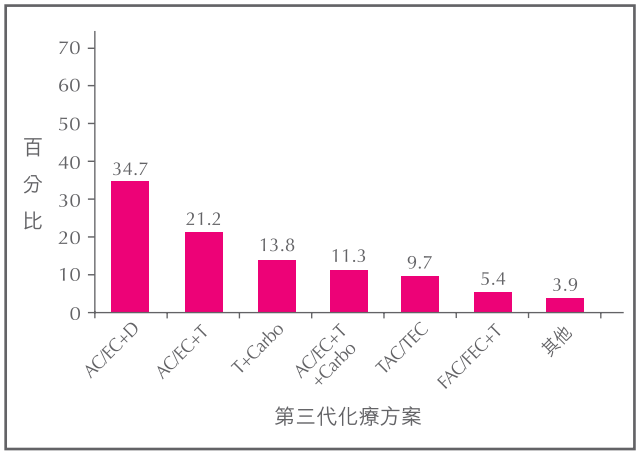
A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamide; E: Epirubicin; M: Methotrexate; F: 5FU; T: Taxane

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）



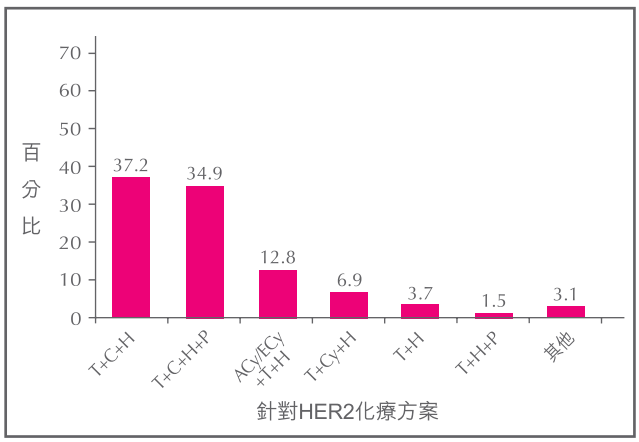
F: 5FU; A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamide; E: Epirubicin; T: Taxane

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）



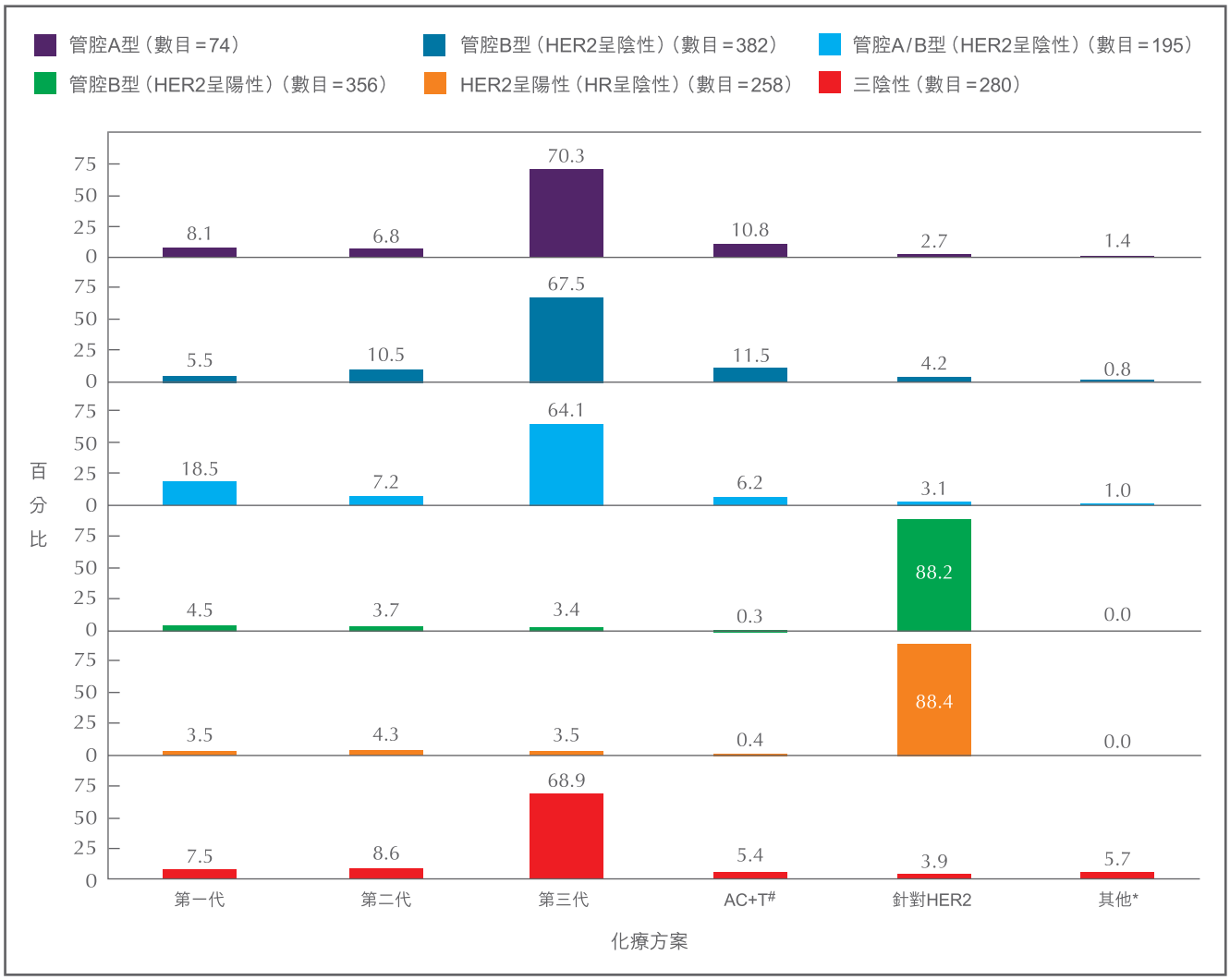
A: Doxorubicin; E: Epirubicin; C: Cyclophosphamide; D: Docetaxel; T: Taxane; Carbo: Carboplatin; F: 5FU

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

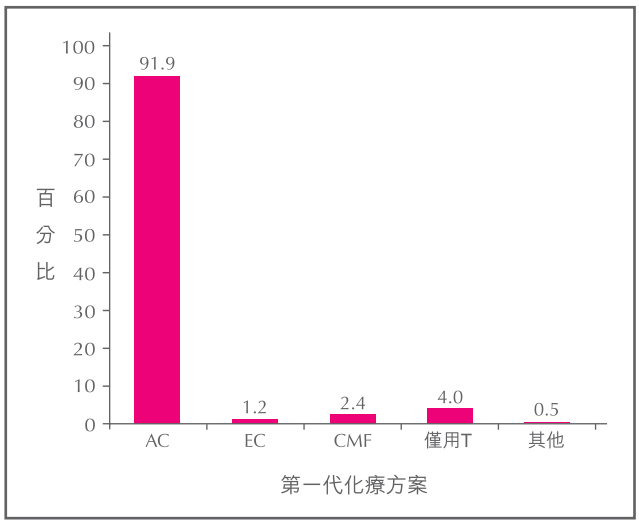
* 其他包括任何使用了Capecitabine、Gemcitabine或Vinorelbine的非HER2化療方案

備註：生物學亞型的定義見表2.16。

ii. 輔助性化療

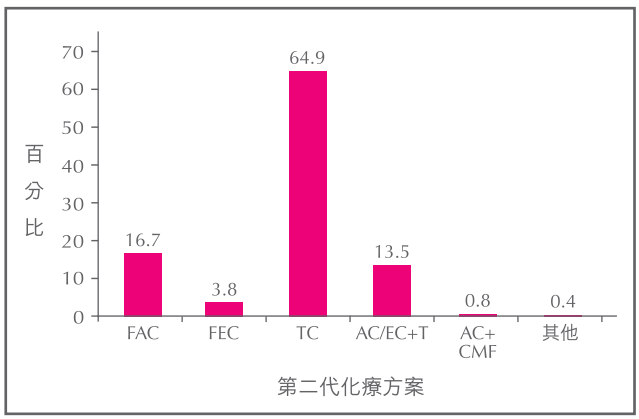
2.65 在13,469名曾接受化療的患者中，83.0%接受了輔助性（第I至III期）化療。圖2.36、圖2.37及圖2.38顯示了受訪群組中三代化療方案在輔助性化療的使用比率。針對HER2的化療方案在輔助性化療的使用比率可見於圖2.39。圖2.40及圖2.41分別顯示不同乳癌生物學亞型和癌症期數患者所採用的化療方案。

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）



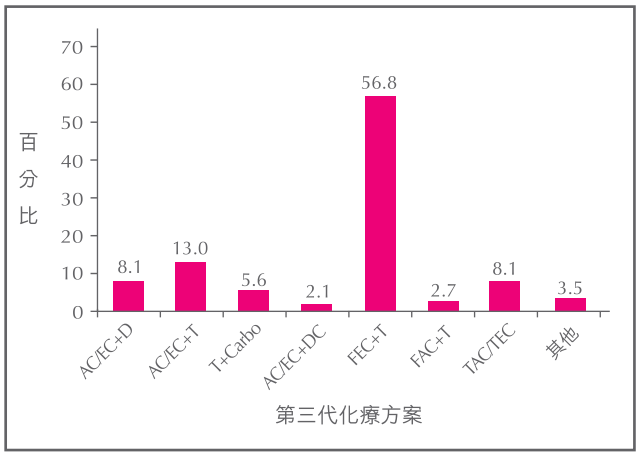
A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamide; E: Epirubicin; M: Methotrexate; F: 5FU; T: Taxane

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



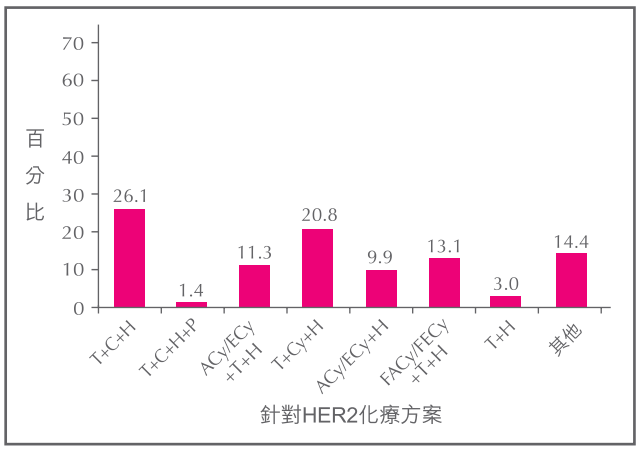
F: 5FU; A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamide; E: Epirubicin; T: Taxane; M: Methotrexate

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



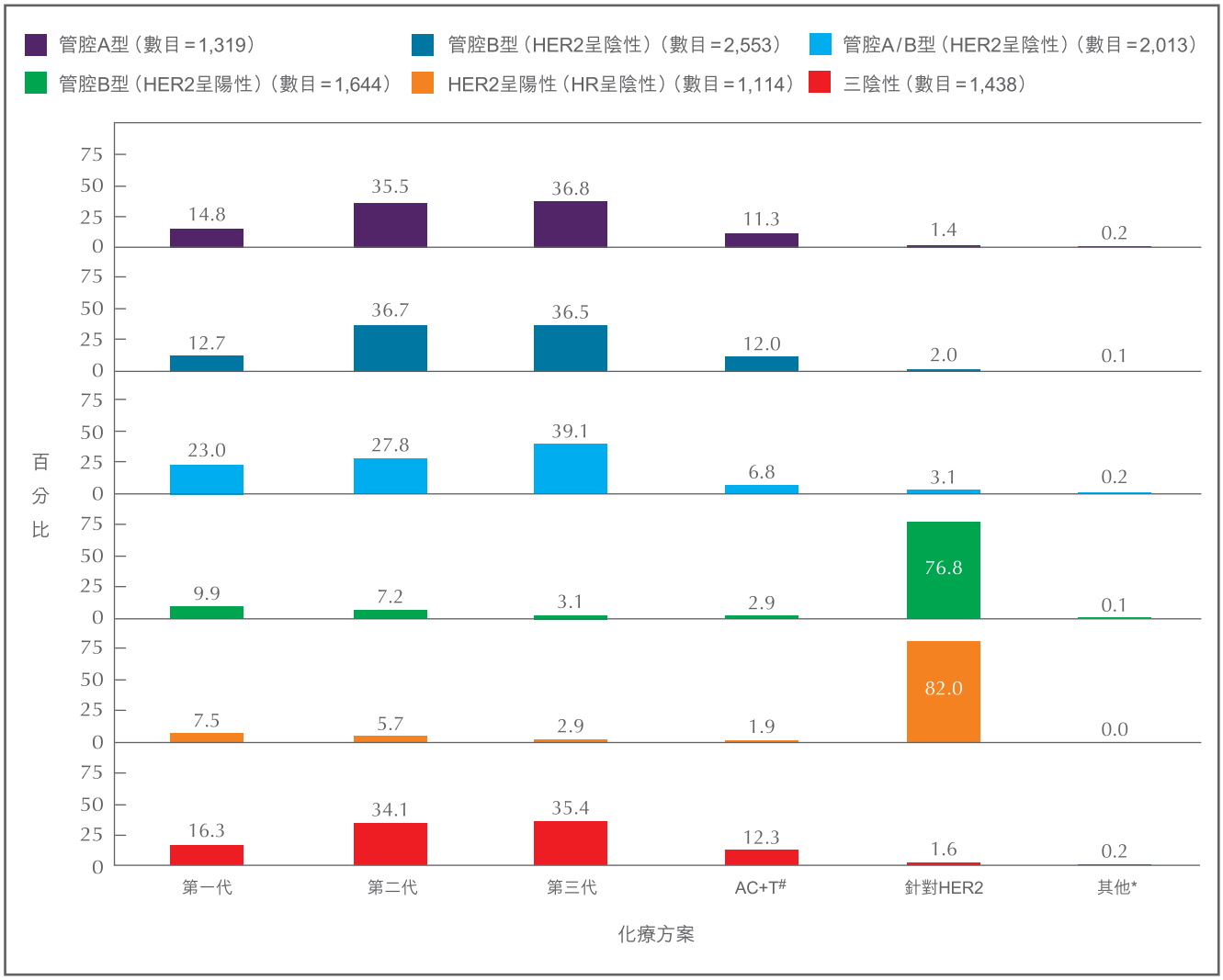
A: Doxorubicin; E: Epirubicin; C: Cyclophosphamide; D: Docetaxel; T: Taxane; Carbo: Carboplatin; F: 5FU

圖2.39：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）

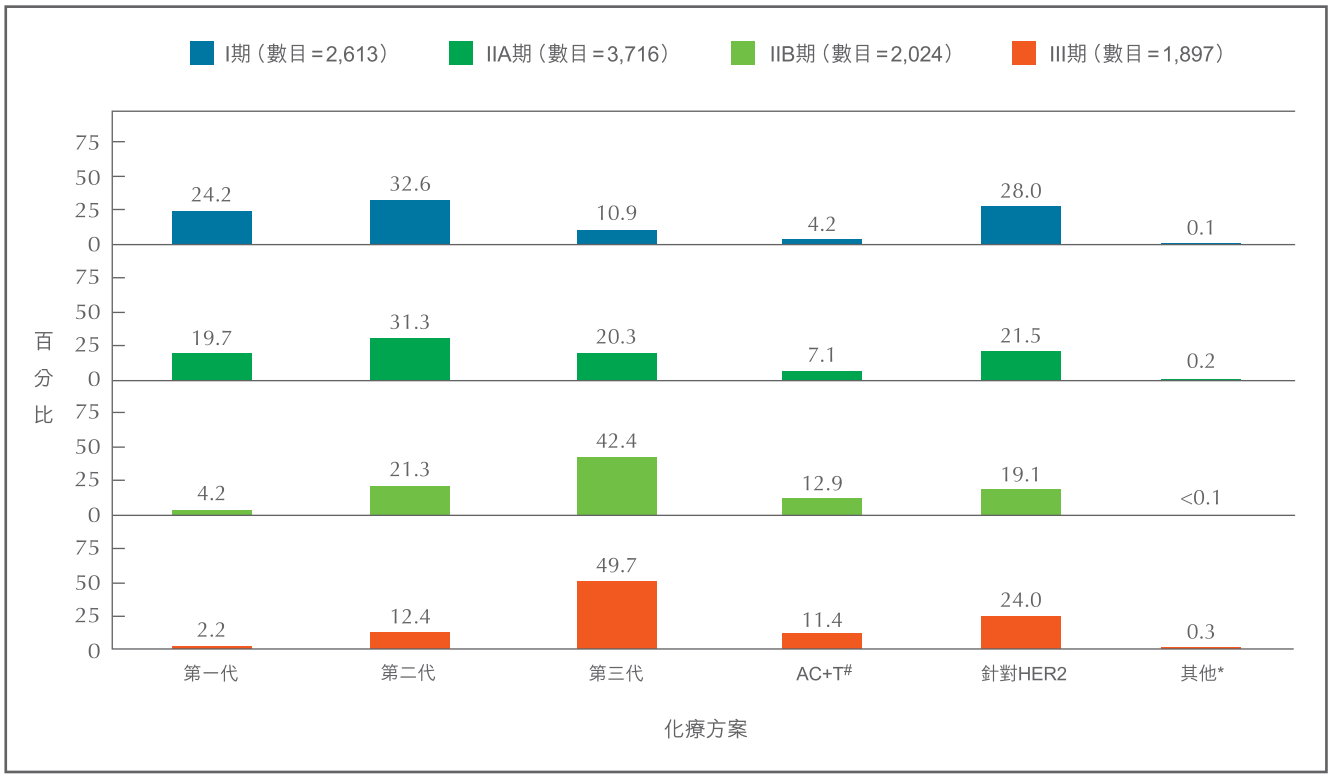


AC+T：因完成療程的時間不確定而無法斷定為第二或第三代化療方案

* 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）



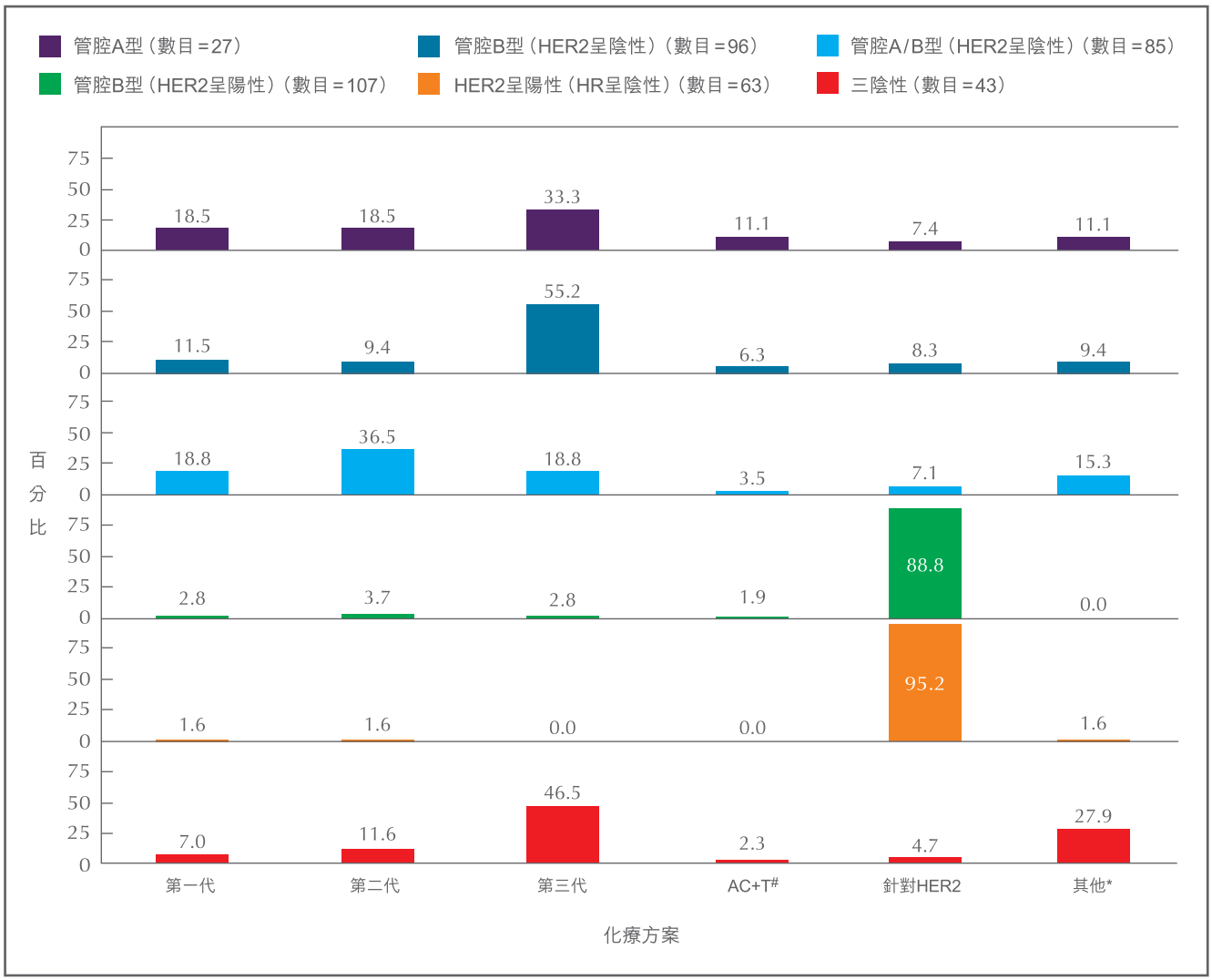
AC+T：因完成療程的時間不確定而無法斷定為第二或第三代化療方案

* 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紓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%）及紓緩性治療（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）

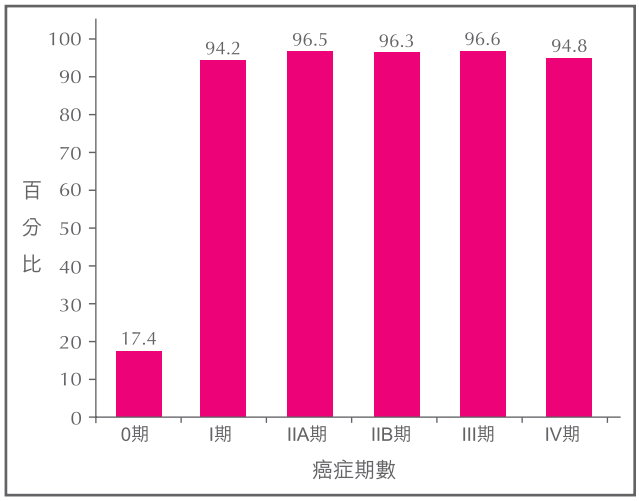


圖2.44：按確診年份組別分析內分泌治療的使用比率（總計=18,323）

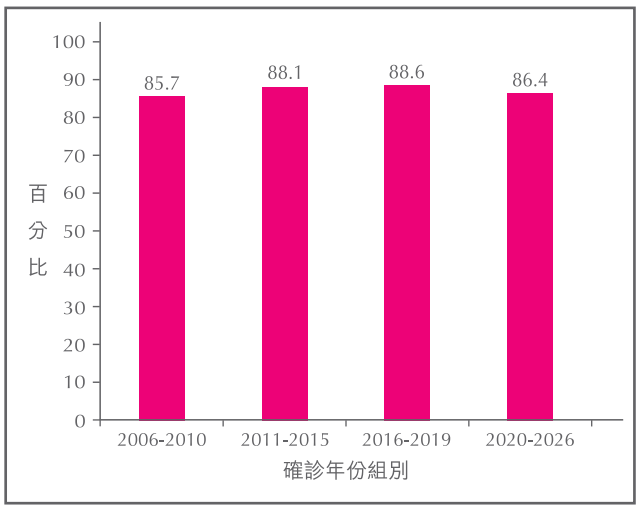
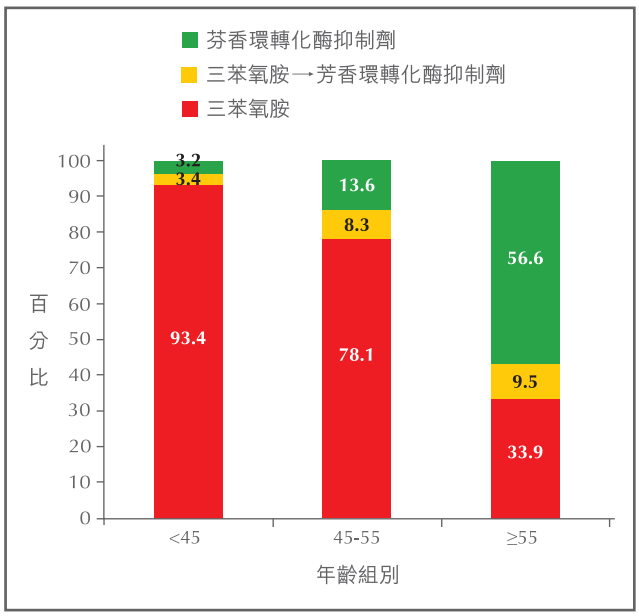


圖2.45：按年齡組別分析內分泌治療使用的藥物種類（總計=14,587）



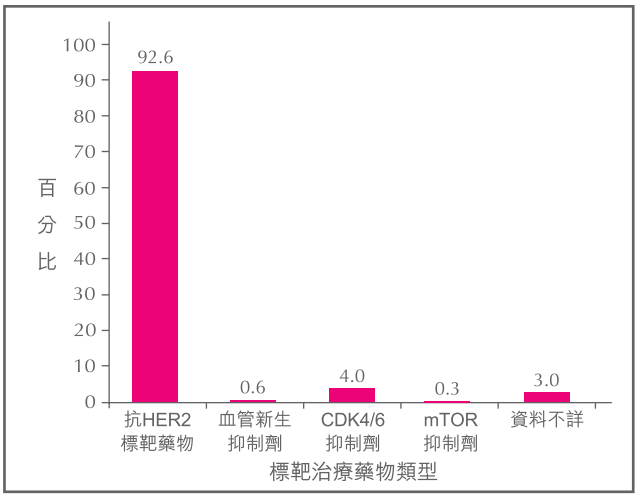
E. 標靶治療

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%屬於紓緩性治療。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）

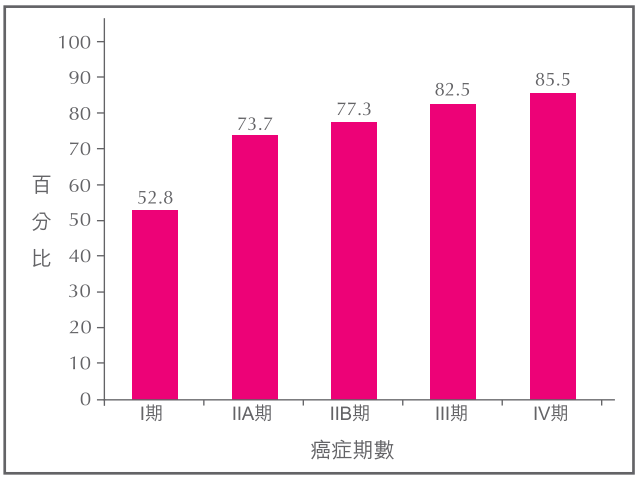
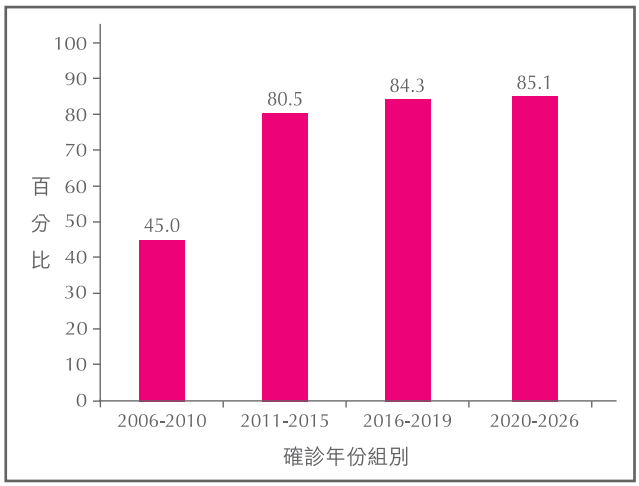


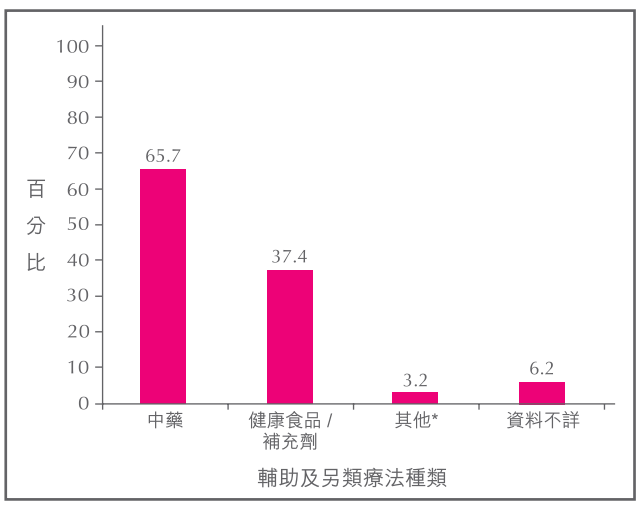
圖2.48：按確診年份組別分析HER2呈陽性患者接受抗HER2標靶治療的比率（總計=4,262）



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、健康食品和補充劑等等。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
乳房保留手術後再接受放射治療	94/3,474（2.7）	76/1,910（4.0）	23/674（3.4）	27/434（6.2）	220/6,492（3.4）
乳房保留手術後沒有接受放射治療	10/139（7.2）	10/83（12.0）	2/22（9.1）	1/7（14.3）	23/251（9.2）
乳房切除手術後再接受放射治療	15/432（3.5）	21/1,180（1.8）	57/1,693（3.4）	162/2,513（6.4）	255/5,818（4.4）
乳房切除手術後沒有接受放射治療	93/3,085（3.0）	107/2,186（4.9）	26/435（6.0）	21/119（17.6）	247/5,825（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）

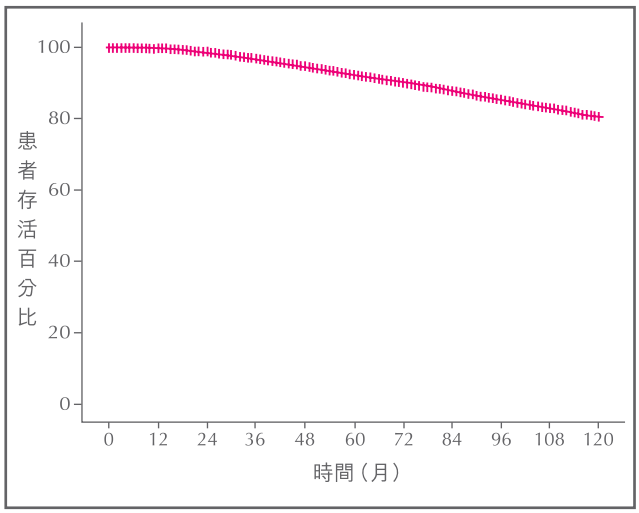
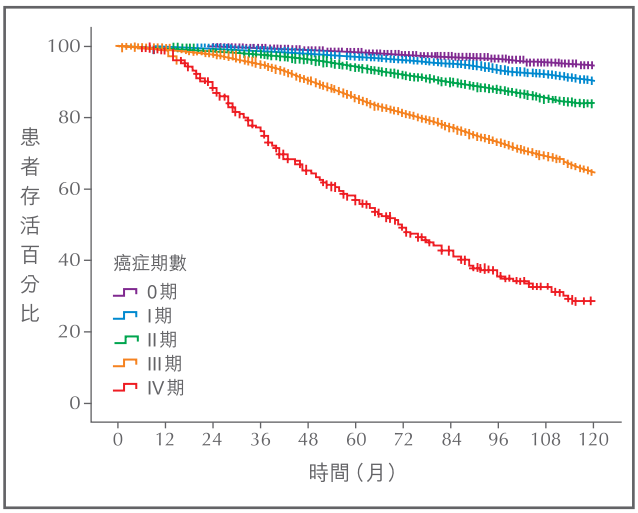


圖2.51：不同癌症期數的10年整體存活期（總計=21,782）





第三章
乳癌及其診治對患者身心的影響

第三章　乳癌及其診治對患者身心的影響

I. 簡介

3.1　確診乳癌可以對婦女造成極大的震撼，在治療及康復期間，婦女經常因為身體、心理和社交上的改變而情緒波動。本章分析了21,727名受訪的乳癌患者因為乳癌及其治療而對身體及心理造成的影響。

章節重點

本章闡述了21,727名於2006年至2026年期間確診的乳癌患者治療後的身體不適和乳癌造成的心理影響。

治療後的身體不適

- 大部分患者在接受手術、放射治療、內分泌治療和標靶治療後皆沒有或很少感到不適。
- 約半數曾接受化學治療的患者因為化療的副作用而感到身體嚴重不適。

乳癌造成的心理影響

- 在得悉確診乳癌時，49.4%的患者平靜接受或以正面的態度對抗乳癌，但22.7%的患者會拒絕接受確診乳癌。
- 患者對人生觀和自我形象的正面轉變隨著年齡增長而下降。
- 受訪群組中，79.7%表示確診乳癌後生活模式起了變化，最常見的是飲食習慣的改變。
- 從不擔心復發的患者比率隨著年齡增長而上升，而經常擔心復發的患者比率隨著年齡增長而減少。

II. 治療後的身體不適

A. 手術後的身體不適

3.2 整體而言，70.7%的患者在手術後沒有或很少感到不適，9.1%感到嚴重不適（圖3.1）。以手術類型分析，身體感到嚴重不適的比率以接受過乳房切除及重建手術的患者為最高（13.4%）（圖3.2）。

圖3.1：手術後身體不適的程度（總計=21,307）

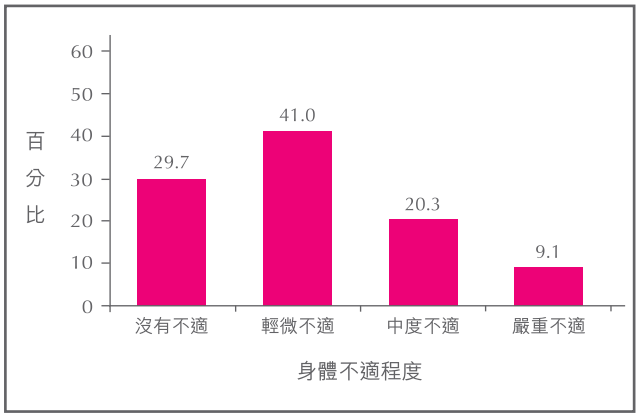
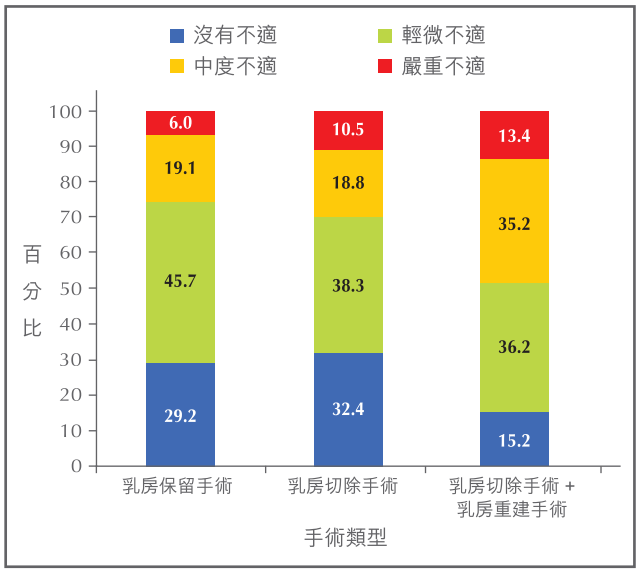


圖3.2：按手術類型分析身體不適的程度（總計=21,254）



B. 放射治療後的身體不適

3.3 曾接受放射治療的患者當中，69.0%表示沒有或很少感到身體不適（圖3.3）。相對接受乳房放射治療的患者，無論患者曾否進行區域性淋巴結放射治療，有較多曾接受胸壁放射治療的患者表示身體嚴重不適（圖3.4）。

圖3.3：放射治療後身體不適的程度
（總計=11,862）

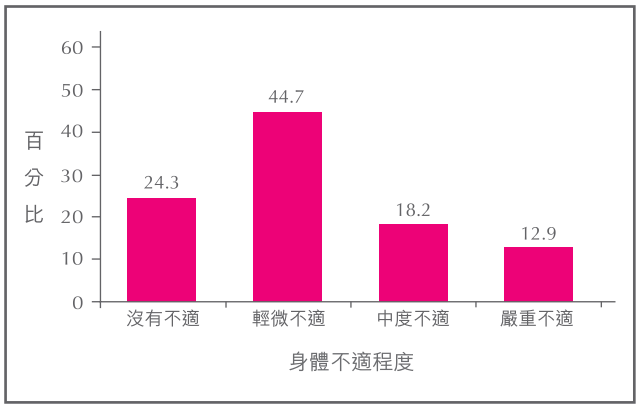
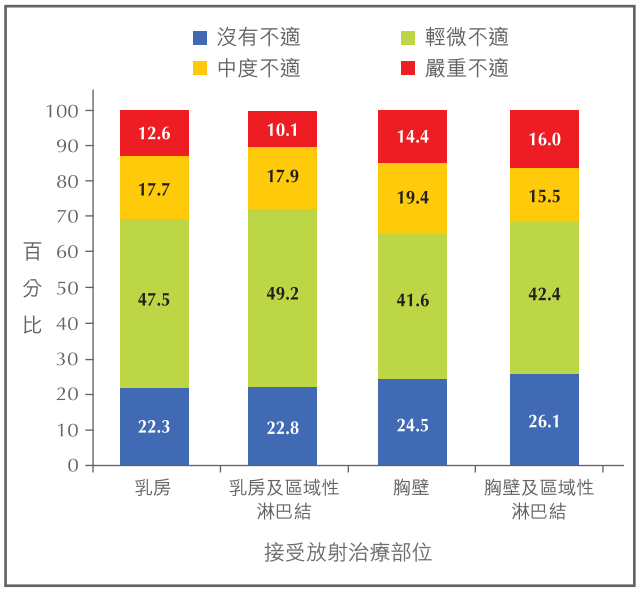


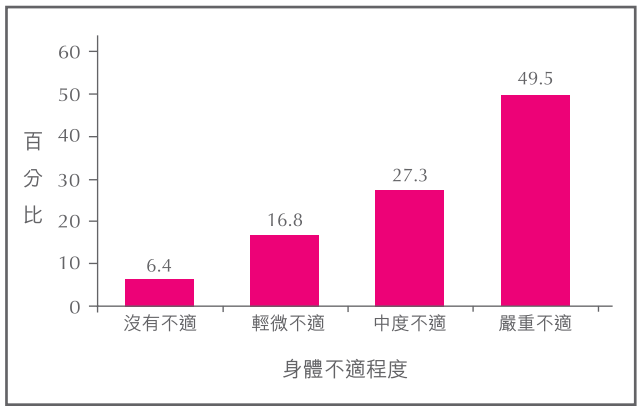
圖3.4：按接受放射治療部位分析身體不適的程度
（總計=7,793）



C. 化療後的身體不適

3.4 曾接受化學治療的患者當中，49.5%因為化療的副作用而感到身體嚴重不適（圖3.5）。

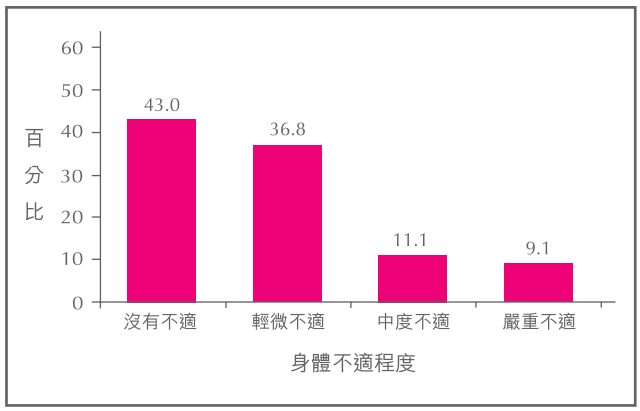
圖3.5：化療後身體不適的程度（總計=11,835）



D. 內分泌治療後的身體不適

3.5 曾接受內分泌治療的患者當中，79.8%沒有或很少感到身體不適（圖3.6）。

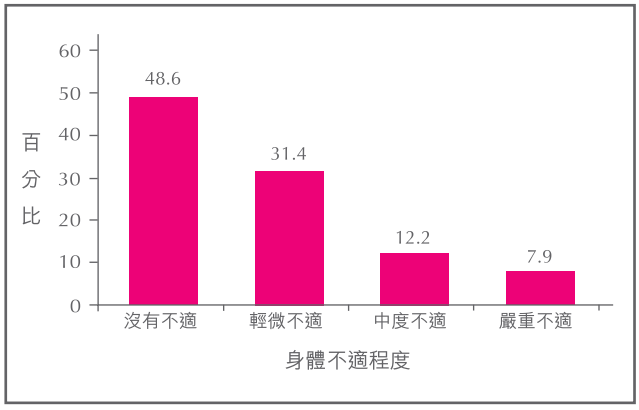
圖3.6：內分泌治療後身體不適的程度
（總計=12,425）



E. 標靶治療後的身體不適

3.6 曾接受標靶治療的患者當中，80.0%沒有或很少感到身體不適（圖3.7）。

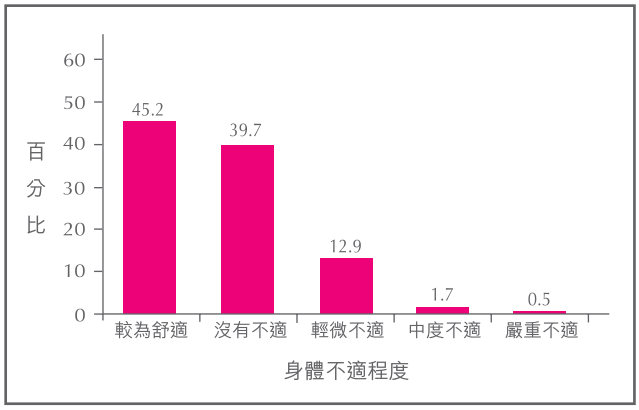
圖3.7：標靶治療後身體不適的程度
（總計=2,522）



F. 輔助及另類療法後的身體不適

3.7 接受輔助及另類療法的患者當中，52.6%沒有或很少感到身體不適，而45.2%感到舒服一點（圖3.8）。

圖3.8：輔助及另類療法後身體不適的程度
（總計=6,970）



III. 確診及治療後的心理影響及調節

A. 確診及治療後的心理和生活影響

3.8 在得悉確診乳癌時，49.4%的患者平靜接受或以正面的態度對抗乳癌，但22.7%的患者拒絕接受確診乳癌（表3.1）。在完成所需治療後，31.3%的患者表示「癌症是一個噩耗，使其感到好意外」。其他改變方面，50.3%的患者表示人生觀有正面的轉變及40.3%的患者表示自我形象有正面的轉變（表3.1）。

表3.1：乳癌為患者帶來的心理影響

	數目	%
得悉確診乳癌時的感受（總計=21,097）		
接受並以正面態度對抗	4,770	22.6
平靜接受	5,661	26.8
接受但情緒低落	5,508	26.1
拒絕接受（「不可能是事實！」）	4,779	22.7
憤怒地接受（「一定是搞錯了！」）	379	1.8
接受乳癌治療後的感受（總計=15,540）		
癌症是一個噩耗，使患者感到好意外	4,870	31.3
人生不公平	8,862	57.0
癌症改變了患者的價值觀	868	5.6
癌症帶走了患者重要的東西	940	6.0
人生觀的轉變（總計=21,275）		
正面	10,702	50.3
負面	1,563	7.3
沒有改變	9,010	42.4
自我形象的轉變（總計=21,262）		
正面	8,560	40.3
負面	2,019	9.5
沒有改變	10,683	50.2

3.9 受訪群組中，患者對人生觀的正面轉變隨著年齡增長而下降，而沒有改變人生觀的患者則隨著年齡增長而上升（圖3.9）。至於患者對自我形象的轉變方面，也發現了相同的模式（圖3.10）。

圖3.9：按年齡組別分析人生觀的轉變（總計=20,981）

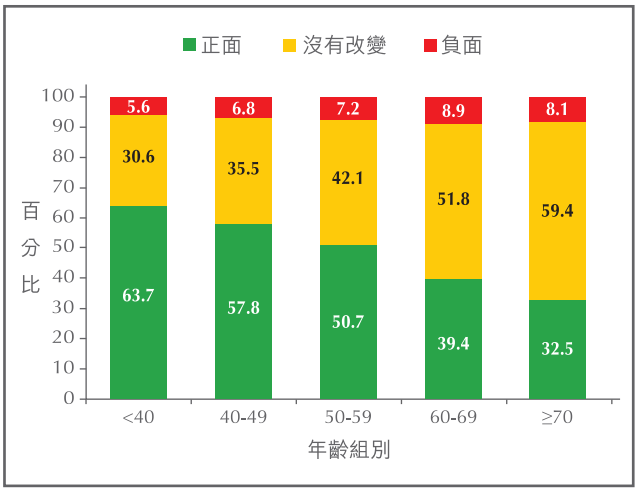
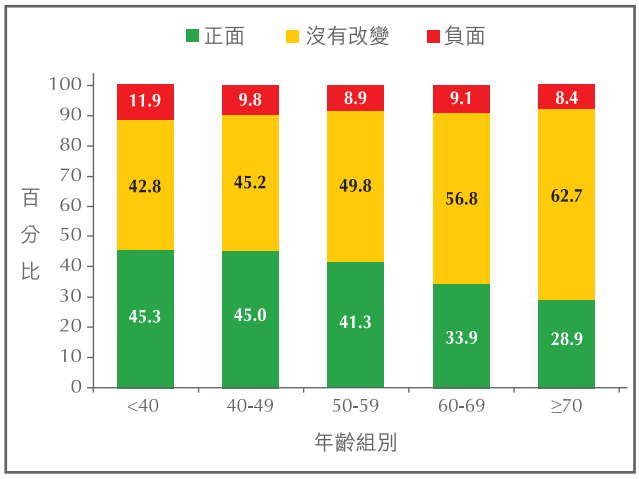


圖3.10：按年齡組別分析自我形象的轉變（總計=20,971）



B. 心理和生活調節及對應策略

3.10 在21,727名受訪患者中，79.7%表示確診乳癌後生活模式起了變化。最常見的生活模式轉變是飲食習慣的改變（71.2%），其次是增加運動量（60.6%）。此外，有11.0%的患者辭去工作（表3.2）。

3.11 受訪群組中，患者最常使用的兩種處理負面情緒的方法是直接向人傾訴（60.6%）及轉移對負面情緒的注意力（34.3%）（表3.2）。

C. 擔心復發的程度

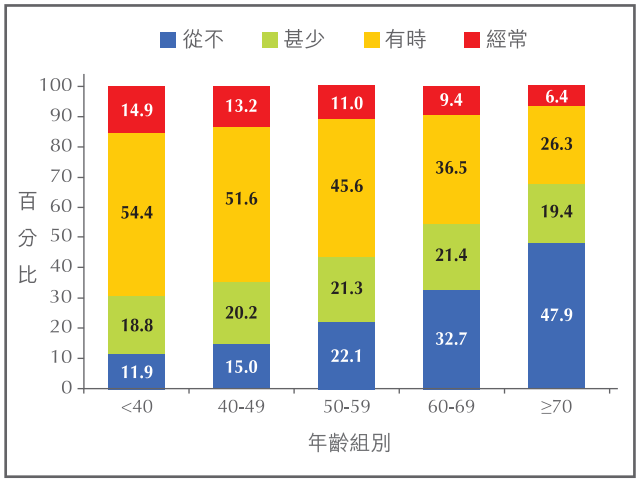
3.12 整體而言，約四分之一的受訪患者從不擔心復發，不過，56.6%的患者表示，經常或有時擔心復發（表3.2）。擔心復發的程度比率與患者的年齡相關，從不擔心復發的患者比率隨著年齡增長而上升，而經常擔心復發的患者比率隨著年齡增長而減少（圖3.11）。

表3.2：應對乳癌而作出的心理和生活調節

	數目	%
生活習慣的改變（總計=17,327）*		
改變飲食習慣	12,337	71.2
增加運動量	10,492	60.6
服用健康補充劑	3,688	21.3
減少工作量	3,515	20.3
辭去工作	1,904	11.0
處理負面情緒的方法（總計=19,217）*		
直接向人傾訴	11,647	60.6
分散注意	6,595	34.3
忽視負面情緒	2,379	12.4
感到情緒低落	1,306	6.8
其他	79	0.4
憂慮復發的程度（總計=21,302）		
從不	4,860	22.8
甚少	4,395	20.6
有時	9,622	45.2
經常	2,425	11.4

* 可能有多於一項改變或方法切合患者情況，因此總百分比可能超過100。

圖3.11：按年齡組別分析患者憂慮復發的程度（總計=21,003）



附錄



詞彙

輔助性化療

輔助性化療是指手術後的化療，其作用是清除體內殘餘的微細（臨床上無法檢測到）癌細胞，以免這些癌細胞在體內而引致復發。

腋下淋巴切除手術

若在觸診、影像檢查或前哨淋巴結切片檢查中驗出淋巴結有癌細胞，醫生會為病人進行這項外科手術，以切除隱藏在胸部肌肉內的腋下淋巴結。

雙側乳癌

乳癌同時或相隔六個月內在左右兩邊乳房出現（同時性腫瘤），或相隔六個月以上在兩邊乳房先後出現（非同時性腫瘤）。

生物學亞型

乳癌是一種異質性疾病，透過免疫組織化學染色法來測試生物標記[雌激素受體（ER），黃體酮受體（PR），第二型人類上皮生長素受體（HER2）和Ki-67指數]，乳癌可以被進一步分類為多個生物學亞型。通過綜合檢視在原發腫瘤的這些生物標記，而非個別衡量，可以進一步得出病人預後及預測復發資料。乳癌可分為5個生物學亞型，包括管腔A型（ER+及/或PR+、HER2-及低Ki-67指數），管腔B型（HER2呈陰性）（ER+及 / 或PR+、HER2-及高Ki-67指數），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-、PR-、HER2+及任何Ki-67指數），以及三陰性（ER-、PR-、HER2-及任何Ki-67指數）。[49]

乳房保留手術

乳房保留手術的目的是切除乳癌腫瘤及腫瘤周邊的非癌細胞組織，而不用切除整個乳房。手術可分為將乳房腫瘤切除、病發位置局部切除、部分乳房切除或環節切除。

乳房重建手術

重建乳房的外科手術通常在患者接受乳房切除手術的同時或隨後進行。醫生將患者本身的身體組織植入乳房位置，以重建乳房的輪廓。如有需要，醫生可為患者保留或再造乳頭及乳暈。

乳房手術

移除乳癌腫瘤的外科手術，是基本的乳癌治療方法。

癌症分類

請見附錄II。

癌症死亡個案

由癌症造成的死亡個案。癌症患者因其他原因死亡則不計算在內。

化學治療

又稱化療，是利用一種或以上的細胞毒性藥物消滅癌細胞的治療方法。當癌症出現擴散或懷疑擴散、復發或很可能出現復發時，醫生通常採用化療，與手術或電療配合進行治療。

遠端復發

癌症越過腋下淋巴結，在遠離原發位置的器官或組織（例如肺部、肝臟、骨髓或腦部）出現時為之遠端復發。

內分泌治療

乳癌治療方法之一，利用荷爾蒙藥物干擾荷爾蒙生成及發揮作用，或利用外科手術切除荷爾蒙腺體，以減慢或抑制癌細胞生長。

雌激素受體呈陽性

是其中一種乳癌生物學特徵。雌激素受體呈陽性是指癌細胞上含有可與雌激素結合的受體。雌激素受體呈陽性的癌細胞，需要雌激素才可成長，假如其結合雌激素的路徑受到外來物質阻截，癌細胞就會停止生長。

第二型人類上皮生長素受體（HER2）呈陽性

是其中一種乳癌生物學特徵。在HER2呈陽性的乳癌中，當每個癌細胞所含的HER2基因拷貝數量超乎正常水平，癌細胞表層的HER2受體便會過多，即HER2受體過度表現。過多的HER2受體與配體結合，會促進癌細胞增生及抑制癌細胞凋亡，因此HER2呈陽性乳癌是侵略性較大的乳癌。

原位乳癌

原位乳癌指早期的乳癌，癌症維持在原發位置的細胞表層內生長。原位乳腺管癌是指癌細胞只維持在乳腺管生長，而沒有入侵乳房裡更深層的組織或擴散至身體其他器官，故此亦稱為前入侵性乳癌。

入侵性乳癌

腫瘤的生長超出原發位置的肌上皮細胞表層或基底膜，例如在乳腺管或乳小葉出現。大多數乳癌都是入侵性癌症。

Ki-67指數

Ki-67蛋白是細胞生長的生物標記，在正常的細胞內處於低水平，但在生長速度快的細胞中則有所增加。Ki-67指數是指利用免疫組織化學染色法（IHC），來量度腫瘤細胞染色呈陽性的百分比。Ki-67指數高顯示腫瘤具較大侵略性。目前，指數為14%或以上被界定為Ki-67指數高。

背闊肌皮瓣（LD瓣）

乳房重建方法之一，將背部的扇狀肌肉翻起，移至胸部以再造乳房。

局部區域性復發

治療後癌細胞再次出現在癌症的原發位置或其附近的淋巴結。

乳房切除手術

將所有乳房組織切除的外科手術，通常用於乳癌及其他嚴重乳房疾病。

擴散 / 轉移

當來自原發腫瘤的癌細胞在身體內其它器官出現時，代表擴散。

死亡率 / 死亡個案

特定組群中死亡個案的比率。

腫瘤多中心性

把乳房分為四個象限，而乳癌在多個象限內出現，便為之腫瘤多中心性。

腫瘤多灶性

乳癌的腫瘤多灶性是指乳房一個象限內出現兩個或以上（相隔五毫米或以上）腫瘤病灶。

壞疽

指死去的細胞組織。若癌腫瘤中有壞疽，即顯示腫瘤生長速度極高，甚至超越血管生成的速度，導致癌細胞在缺乏血管輸送養分下壞死。壞疽通常顯示腫瘤的入侵性強，擴散速度極高。

前置化學治療

前置化學治療是指手術前的化療，作用是縮小腫瘤，讓其後針對腫瘤進行的手術或電療更有效及減少對患者身體的傷害。

黃體酮受體呈陽性

是其中一種乳癌生物學特徵。黃體酮受體呈陽性的癌細胞需要黃體酮與細胞表面的黃體酮受體結合才可生長，故阻止受體與黃體酮結合的荷爾蒙治療藥物可以抑制腫瘤生長。



非典型增生病變

非典型增生病變是良性乳房疾病，有細胞在乳房組織內的乳腺管或小葉過度生長，而當中某些細胞不再屬於正常。非典型增生病變的例子有非典型乳腺管增生（ADH）及葉狀增生，葉狀增生包括非典型乳小葉增生（ALH）及乳小葉原位癌（LCIS），而這些與乳癌風險增加有關。

放射治療

又稱電療，是利用輻射破壞癌細胞的治療方法。這種治療法適用於手術前以縮小腫瘤體積，或在手術後破壞殘餘的癌細胞。

風險因素 / 高危因素

當一個人受某項風險因素的影響愈高，其出現特定結果（如患上乳癌）的機會率就愈高。但風險因素不一定等於病因。

前哨淋巴結切片

此手術較常應用於臨床證實淋巴結沒受到波及的乳癌個案，方法是切除腋下最接近乳房腫瘤前排的幾個淋巴結。切出來的前哨淋巴結有助判斷乳癌有沒有擴散至腋下淋巴結區域。

存活期

由初次確診至死亡相隔的時間。

標靶治療

利用藥物以干擾癌病變及癌腫瘤生長所需的分子，以阻礙癌細胞生長。

復發時間

由初次確診至出現復發相隔的時間。

腹直肌皮瓣（TRAM瓣）

乳房重建的方式之一。將從腹直肌吸收血液的下腹部肌肉推到胸部，以製造出隆起的乳房形態，此手術通常不涉及移植，而下腹在肌肉及組織被抽走後，也會變平。

三陰性乳癌

是其中一種乳癌生物學亞型。用作形容癌細胞缺乏雌激素受體、黃體酮受體，表面亦沒有HER2過度表現的乳癌，通常為入侵性乳腺管癌。

美國癌症聯合委員會（AJCC）第8版的乳癌分期

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（HER2）、雌激素受體和黃體酮受體］及基因測試來斷定癌症期數。

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。

解剖分期

階段	腫瘤	淋巴結	遠端轉移
0	Tis	N0	M0
IA	T1*	N0	M0
IB	T0	N1mi	M0
	T1*	N1mi	M0
IIA	T0	N1**	M0
	T1*	N1**	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	任何 T	N3	M0
IV	任何 T	任何 N	M1

T0：沒有腫瘤；
Tis：原位癌組織；
T1：腫瘤大小≤20毫米；
T2：20毫米＜腫瘤大小≤50毫米；
T3：腫瘤大小>50毫米；
T4：任何大小，直接擴展至胸壁及 / 或皮膚（潰瘍或皮膚結節）
N0：沒有陽性淋巴結；
N1mi： 0.2毫米<轉移範圍≤2.0毫米或由多於200個癌細胞組成的腫瘤細胞團；
N1：1至3個陽性腋下淋巴結；
N2：4至9個陽性腋下淋巴結，或陽性內部乳腺淋巴結；
N3：≥10個陽性腋下淋巴結，或陽性腋下及內部乳腺淋巴結，或陽性鎖骨上窩或鎖骨下窩淋巴結
M0：沒有遠端轉移；
M1：有遠端轉移
*T1涵蓋T1mi。
** T0及T1腫瘤若只有淋巴結微轉移，會被排除於IIA期而歸納為IB期。

臨床預後分期

TNM 分期	腫瘤級別	第二型人類上皮生長素受體	雌激素受體	黃體酮受體	分期
Tis N0 M0	任何	任何	任何	任何	0
T1*N0 M0 T0 N1mi M0 T1* N1mi M0	G1	陽性	陽性	陽性	IA
				陰性	IA
			陰性	陽性	IA
				陰性	IA
		陰性	陽性	陽性	IA
				陰性	IA
			陰性	陽性	IA
				陰性	IB
	G2	陽性	陽性	陽性	IA
				陰性	IA
			陰性	陽性	IA
				陰性	IA
		陰性	陽性	陽性	IA
				陰性	IA
			陰性	陽性	IA
				陰性	IB
	G3	陽性	陽性	陽性	IA
				陰性	IA
			陰性	陽性	IA
				陰性	IA
		陰性	陽性	陽性	IA
				陰性	IB
			陰性	陽性	IB
				陰性	IB
T0 N1** M0 T1* N1** M0 T2 N0 M0	G1	陽性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIA
			陰性	陽性	IIA
				陰性	IIA
		陰性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIA
			陰性	陽性	IIA
				陰性	IIA
	G2	陽性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIA
			陰性	陽性	IIA
				陰性	IIA
		陰性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIA
			陰性	陽性	IIA
				陰性	IIA

TNM 分期	腫瘤級別	第二型人類上皮生長素受體	雌激素受體	黃體酮受體	分期
T0 N1** M0 T1* N1** M0 T2 N0 M0	G3	陽性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIA
			陰性	陽性	IIA
				陰性	IIA
		陰性	陽性	陽性	IIA
				陰性	IIB
			陰性	陽性	IIB
				陰性	IIB
T2 N1*** M0 T3 N0 M0	G1	陽性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIA
			陰性	陽性	IIA
				陰性	IIB
		陰性	陽性	陽性	IIA
				陰性	IIB
			陰性	陽性	IIB
				陰性	IIB
	G2	陽性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIA
			陰性	陽性	IIA
				陰性	IIB
		陰性	陽性	陽性	IIA
				陰性	IIB
			陰性	陽性	IIB
				陰性	IIIB
	G3	陽性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIB
			陰性	陽性	IIB
				陰性	IIB
		陰性	陽性	陽性	IIB
				陰性	IIIA
			陰性	陽性	IIIA
				陰性	IIIB
T0 N2 M0 T1* N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1*** M0 T3 N2 M0	G1	陽性	陽性	陽性	IIA
				陰性	IIIA
			陰性	陽性	IIIA
				陰性	IIIA
		陰性	陽性	陽性	IIA
				陰性	IIIA
			陰性	陽性	IIIA
				陰性	IIIB

臨床預後分期

TNM 分期	腫瘤級別	第二型人類上皮生長素受體	雌激素受體	黃體酮受體	分期
T0 N2 M0 T1* N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1*** M0 T3 N2 M0	G2	陽性	陽性	陽性	IIA
				陰性	IIIA
			陰性	陽性	IIIA
				陰性	IIIA
		陰性	陽性	陽性	IIA
				陰性	IIIA
			陰性	陽性	IIIA
				陰性	IIIB
	G3	陽性	陽性	陽性	IIB
				陰性	IIIA
			陰性	陽性	IIIA
				陰性	IIIA
		陰性	陽性	陽性	IIIA
				陰性	IIIB
			陰性	陽性	IIIB
				陰性	IIIC
T4 N0 M0 T4 N1*** M0 T4 N2 M0 任何 T N3 M0	G1	陽性	陽性	陽性	IIIA
				陰性	IIIB
			陰性	陽性	IIIB
				陰性	IIIB
		陰性	陽性	陽性	IIIB
				陰性	IIIB
			陰性	陽性	IIIB
				陰性	IIIC
	G2	陽性	陽性	陽性	IIIA
				陰性	IIIB
			陰性	陽性	IIIB
				陰性	IIIB
		陰性	陽性	陽性	IIIB
				陰性	IIIB
			陰性	陽性	IIIB
				陰性	IIIC

TNM 分期	腫瘤級別	第二型人類上皮生長素受體	雌激素受體	黃體酮受體	分期
T4 N0 M0 T4 N1*** M0 T4 N2 M0 任何 T N3 M0	G3	陽性	陽性	陽性	IIIB
				陰性	IIIB
			陰性	陽性	IIIB
				陰性	IIIB
		陰性	陽性	陽性	IIIB
				陰性	IIIC
			陰性	陽性	IIIC
				陰性	IIIC
任何 T 任何 N M1	任何	任何	任何	任何	IV

* T1 涵蓋 T1mi。

** N1並不涵蓋 N1mi。T1 N1mi M0 及T0 N1mi M0會被視作T1 N0 M0 處理。

*** N1 涵蓋 N1mi。T2、T3及T4腫瘤若同時為 N1mi 會分別被視作 T2 N1, T3 N1 和T4 N1處理。

病理預後分期

TNM 分期	腫瘤級別	第二型人類上皮生長素受體	雌激素受體	黃體酮受體	分期
Tis N0 M0	任何	任何	任何	任何	0
T1* N0 M0 T0 N1mi M0 T1* N1mi M0	G1	陽性	陽性	陽性	IA
				陰性	IA
			陰性	陽性	IA
				陰性	IA
		陰性	陽性	陽性	IA
				陰性	IA
			陰性	陽性	IA
				陰性	IA
	G2	陽性	陽性	陽性	IA
				陰性	IA
			陰性	陽性	IA
				陰性	IA
		陰性	陽性	陽性	IA
				陰性	IA
			陰性	陽性	IA
				陰性	IB
	G3	陽性	陽性	陽性	IA
				陰性	IA
			陰性	陽性	IA
				陰性	IA
		陰性	陽性	陽性	IA
				陰性	IA
			陰性	陽性	IA
				陰性	IB
T0 N1** M0 T1* N1** M0 T2 N0 M0	G1	陽性	陽性	陽性	IA
				陰性	IB
			陰性	陽性	IB
				陰性	IIA
		陰性	陽性	陽性	IA
				陰性	IB
			陰性	陽性	IB
				陰性	IIA
	G2	陽性	陽性	陽性	IA
				陰性	IB
			陰性	陽性	IB
				陰性	IIA
		陰性	陽性	陽性	IA
				陰性	IIA
			陰性	陽性	IIA
				陰性	IIA

TNM 分期	腫瘤級別	第二型人類上皮生長素受體	雌激素受體	黃體酮受體	分期
T0 N1** M0 T1* N1** M0 T2 N0 M0	G3	陽性	陽性	陽性	IA
				陰性	IIA
			陰性	陽性	IIA
				陰性	IIA
		陰性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIA
			陰性	陽性	IIA
				陰性	IIA
T2 N1*** M0 T3 N0 M0	G1	陽性	陽性	陽性	IA
				陰性	IIB
			陰性	陽性	IIB
				陰性	IIB
		陰性	陽性	陽性	IA
				陰性	IIB
			陰性	陽性	IIB
				陰性	IIB
	G2	陽性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIB
			陰性	陽性	IIB
				陰性	IIB
		陰性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIB
			陰性	陽性	IIB
				陰性	IIB
	G3	陽性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIB
			陰性	陽性	IIB
				陰性	IIB
		陰性	陽性	陽性	IIA
				陰性	IIB
			陰性	陽性	IIB
				陰性	IIIA
T0 N2 M0 T1* N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1*** M0 T3 N2 M0	G1	陽性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIIA
			陰性	陽性	IIIA
				陰性	IIIA
		陰性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIIA
			陰性	陽性	IIIA
				陰性	IIIA

病理預後分期

TNM 分期	腫瘤級別	第二型人類上皮生長素受體	雌激素受體	黃體酮受體	分期
T0 N2 M0 T1* N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1*** M0 T3 N2 M0	G2	陽性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIIA
			陰性	陽性	IIIA
				陰性	IIIA
		陰性	陽性	陽性	IB
				陰性	IIIA
			陰性	陽性	IIIA
				陰性	IIIB
	G3	陽性	陽性	陽性	IIA
				陰性	IIIA
			陰性	陽性	IIIA
				陰性	IIIA
		陰性	陽性	陽性	IIB
				陰性	IIIA
			陰性	陽性	IIIA
				陰性	IIIC
T4 N0 M0 T4 N1*** M0 T4 N2 M0 任何 T N3 M0	G1	陽性	陽性	陽性	IIIA
				陰性	IIIB
			陰性	陽性	IIIB
				陰性	IIIB
		陰性	陽性	陽性	IIIA
				陰性	IIIB
			陰性	陽性	IIIB
				陰性	IIIB
	G2	陽性	陽性	陽性	IIIA
				陰性	IIIB
			陰性	陽性	IIIB
				陰性	IIIB
		陰性	陽性	陽性	IIIA
				陰性	IIIB
			陰性	陽性	IIIB
				陰性	IIIC

TNM 分期	腫瘤級別	第二型人類上皮生長素受體	雌激素受體	黃體酮受體	分期
T4 N0 M0 T4 N1*** M0 T4 N2 M0 任何 T N3 M0	G3	陽性	陽性	陽性	IIIB
				陰性	IIIB
			陰性	陽性	IIIB
				陰性	IIIB
		陰性	陽性	陽性	IIIB
				陰性	IIIC
			陰性	陽性	IIIC
				陰性	IIIC
任何 T 任何 N M1	任何	任何	任何	任何	IV

* T1 涵蓋 T1mi。

** N1並不涵蓋 N1mi。T1 N1mi M0 及T0 N1mi M0會被視作T1 N0 M0 處理。

*** N1 涵蓋 N1mi。T2、T3及T4腫瘤若同時為 N1mi 會分別被視作 T2 N1, T3 N1 和T4 N1處理。

表索引

		頁
表I	本報告書內不同章節的主要分析單位數目	11
表1.1	確診前的乳癌家族史（總人數=28,806）	21
表1.2	確診前的個人非乳房腫瘤病歷（總人數=28,806）	21
表1.3	患者曾患非乳房惡性腫瘤的身體部位（總人數=642）	21
表1.4	確診前的良性乳房疾病病歷（總人數=28,806）	22
表1.5	確診前初經、收經及生育紀錄	23
表1.6	受訪群組的生育次數（總人數=21,258）	23
表1.7	確診前使用荷爾蒙避孕劑的情況（總人數=28,806）	23
表1.8	確診前使用荷爾蒙補充療法的情況（總人數=16,213）	24
表1.9	受訪群組罹患乳癌的十大高危因素（總人數=28,806）	24
表1.10	按確診年份組別分析罹患乳癌的十大高危因素（總人數=28,806）	25
表1.11	按年齡組別分析乳房健康管理行為	27
表1.12	按教育程度分析乳房健康管理行為	28
表1.13	按每月家庭收入（港幣）分析乳房健康管理行為	29
表1.14	按居住地區分析乳房健康管理行為	30
表1.15	按確診年份組別分析乳房健康管理行為	31
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）	36
表2.2	按癌症類別分析最初發現乳癌的方式（總計=24,271）	37
表2.3	按癌症期數分析最初發現乳癌的方式（總計=23,373）	37
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）	37
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）	39
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）	39
表2.7	確診受訪群組的乳癌病例側性（總計=25,618）	39
表2.8	乳房影像檢查的敏感度及診斷結果（總計=25,618）	40
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）	41
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）	41
表2.11	乳癌活組織檢查的敏感度及診斷結果（總計=25,618）	42
表2.12	入侵性乳癌患者檢定乳癌期數的方法（總計=10,787）	43
表2.13	入侵性乳癌的組織學類別（總計=21,616）	47

		頁
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）	47
表2.15	入侵性乳癌的生物學特性（總計=21,616）	48
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）	49
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）	50
表2.18	原位乳癌的生物學特性（總計=3,450）	50
表2.19	按癌症期數分析治療方法的使用數目（總計=24,480）	51
表2.20	入侵性或原位乳癌的手術治療情況	52
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）	57
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）	58
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）	59
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）	59
表2.25	追蹤訪問的結果（總計=22,768）	69
表2.26	患者出現復發的模式（總計=21,995）	70
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）	70
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	71
表2.29	患者出現局部區域性復發的位置（總計=935）	71
表2.30	受遠端復發所累及的位置（總計=1,073）	71
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	72
表2.32	乳癌死亡個案的特性（總計=1,780）	72
表3.1	乳癌為患者帶來的心理影響	80
表3.2	應對乳癌而作出的心理和生活調節	81

圖索引

		頁
圖I	過去15年香港乳癌資料庫參加者的確診年份分佈	7
圖II	2018至2023年間患者年齡與癌症期數分佈之並排對比分析	11
圖1.1	確診年齡的分佈（總人數=28,806）	17
圖1.2	受訪群組的職業（總人數=28,806）	17
圖1.3	受訪群組的教育程度（總人數=28,806）	18
圖1.4	受訪群組的每月家庭收入（港幣）（總人數=16,629）	18
圖1.5	受訪群組的居住地區分佈（總人數=28,806）	18
圖1.6	受訪群組的胸圍尺碼（總人數=23,020）	19
圖1.7	受訪群組的罩杯尺碼（總人數=20,064）	19
圖1.8	確診前的飲食習慣（總人數=28,806）	20
圖1.9	確診前的運動習慣（總人數=28,806）	20
圖1.10	確診前的精神壓力水平（總人數=28,806）	20
圖1.11	確診前的體重指數（總人數=28,806）	20
圖1.12	患者確診前所擁有的高危因素數目分佈（總人數=28,357）	24
圖1.13	不同確診年份組別之高危因素數目分佈（總人數=28,357）	25
圖2.1	受訪群組最初發現乳癌的方式（總計=24,430）	36
圖2.2	患者自我發現乳癌的主要症狀（總計=19,210）	38
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）	38
圖2.4	乳癌的位置圖（總計＝25,618）	40
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）	41
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）	43
圖2.7	確診時的癌症期數（總計=25,618）	44
圖2.8	確診年份組別的癌症期數分佈（總計=25,618）	44
圖2.9	入侵性乳癌的腫瘤大小（厘米）分佈（總計=21,616）	45
圖2.10	入侵性乳癌患者的腋下淋巴結狀況（總計=18,733）	45
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）	46
圖2.12	原位乳癌的腫瘤大小（厘米）分佈（總計=2,822）	46
圖2.13	按年齡組別分析手術類型（總計=23,507）	53
圖2.14	按入侵性腫瘤大小（厘米）分析手術類型（總計=19,033）	53

		頁
圖2.15	按癌症期數分析手術類型（總計=24,167）	53
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）	53
圖2.17	按確診年份組別分析乳房手術的種類（總計=24,167）	54
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）	54
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）	54
圖2.20	按確診年份組別分析淋巴結手術種類（總計=20,474）	55
圖2.21	按淋巴結手術種類分析陽性淋巴結數目（總計=20,366）	55
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）	56
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）	56
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）	56
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）	57
圖2.26	按癌症期數分析化療的使用比率（總計=20,960）	57
圖2.27	按生物學亞型分析化療的使用比率（總計=20,194）	58
圖2.28	按確診年份組別分析化療的使用比率（總計=20,960）	58
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）	60
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）	60
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）	61
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）	61
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）	61
圖2.34	針對HER2的化療方案在前置化療的使用比率（總計=619）	61
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）	62
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）	63
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）	63
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）	63
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）	63
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）	64
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）	65
圖2.42	按乳癌生物學亞型分析紓緩性化療所使用的化療方案（總計=421）	66
圖2.43	按癌症期數分析內分泌治療的使用比率（總計=18,323）	67

		頁
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）	67
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）	68
圖2.46	標靶治療使用的藥物類型（總計=3,569）	68
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）	68
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）	69
圖2.49	輔助及另類療法的種類（總計=7,700）	69
圖2.50	患者群組的10年整體存活期（總計=22,768）	73
圖2.51	不同癌症期數的10年整體存活期（總計=21,782）	73
圖3.1	手術後身體不適的程度（總計=21,307）	77
圖3.2	按手術類型分析身體不適的程度（總計=21,254）	77
圖3.3	放射治療後身體不適的程度（總計=11,862）	78
圖3.4	按接受放射治療部位分析身體不適的程度（總計=7,793）	78
圖3.5	化療後身體不適的程度（總計=11,835）	78
圖3.6	內分泌治療後身體不適的程度（總計=12,425）	78
圖3.7	標靶治療後身體不適的程度（總計=2,522）	79
圖3.8	輔助及另類療法後身體不適的程度（總計=6,970）	79
圖3.9	按年齡組別分析人生觀的轉變（總計=20,981）	80
圖3.10	按年齡組別分析自我形象的轉變（總計=20,971）	81
圖3.11	按年齡組別分析患者憂慮復發的程度（總計=21,003）	81

參考資料

1. Hong Kong Cancer Registry, Hospital Authority. Female Breast Cancer in 2023. Published August 2025. Accessed July 17, 2026. https://www3.ha.org.hk/cancereg/pdf/factsheet/2023/breast_2023.pdf
2. International Agency for Research on Cancer. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 98. Painting, Firefighting, and Shiftwor*k. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010.
3. International Agency for Research on Cancer. List of classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, IARC Monographs Volumes 1 to 141. Updated May 18, 2026. Accessed July 17, 2026. https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2019/07/Classifications_by_cancer_site.pdf
4. Papantoniou K, Castaño-Vinyals G, Espinosa A, et al. Breast cancer risk and night shift work in a case-control study in a Spanish population. *Eur J Epidemiol*. 2016;31(9):867-878. doi:10.1007/s10654-015-0073-y
5. Census and Statistics Department (HK). 2025 Report on Annual Earnings and Hours Survey. Published March 2026. Accessed July 17, 2026. https://www.censtatd.gov.hk/en/wbr.html?ecode=B10500142025AN25&scode=210#section_5
6. Hvidberg L, Pedersen AF, Wulff CN, Vedsted P. Cancer awareness and socio-economic position: Results from a population-based study in Denmark. *BMC Cancer*. 2014;14(1):581. doi:10.1186/1471-2407-14-581
7. Gürdal SÖ, Saraçoğlu GV, Oran EŞ, Yankol Y, Soybir GR. The effects of educational level on breast cancer awareness: A cross-sectional study in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(1):295-300. doi:10.7314/APJCP.2012.13.1.295
8. Yeung MPS, Chan EYY, Wong SYS, Yip BHK, Cheung PSY. Hong Kong female's breast cancer awareness measure: Cross-sectional survey. *World J Clin Oncol*. 2019;10(2):98-109. doi:10.5306/wjco.v10.i2.98
9. Hong Kong Breast Cancer Foundation. *Hong Kong Breast Cancer Registry Bulletin Issue 2: Socio-Economic Disparities in Breast Cancer Screening Practice and Cancer Staging in Hong Kong*. Hong Kong Breast Cancer Foundation; 2012.
10. Jansen LA, Backstein RM, Brown MH. Breast size and breast cancer: A systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014;67(12):1615-1623. doi:10.1016/j.bjps.2014.10.001
11. Li X, Zhou C, Wu Y, Chen X. Relationship between formulaic breast volume and risk of breast cancer based on linear measurements. *BMC Cancer*. 2020;20:989. doi:10.1186/s12885-020-07499-5
12. del Carmen MG, Halpern EF, Kopans DB, et al. Mammographic breast density and race. *AJR Am J Roentgenol*. 2007;188(4):1147-1150. doi:10.2214/AJR.06.0619
13. Kato I, Beinart C, Bleich A, Su S, Kim M, Toniolo PG. A nested case-control study of mammographic patterns, breast volume, and breast cancer (New York City, NY, United States). *Cancer Causes Control*. 1995;6(5):431-438. doi:10.1007/BF00052183
14. Ko SY, Kim MJ. Associations of age, body mass index, and breast size with mammographic breast density in Korean women. *J Med Life Sci*. 2023;20(1):21-31. doi:10.22730/jmls.2023.20.1.21

15. Lynge E, Vejborg I, Lillholm M, Nielsen M, Napolitano G, von Euler-Chelpin M. Breast density and risk of breast cancer. *Int J Cancer*. 2023;152(6):1150-1158. doi:10.1002/ijc.34316
16. Non-communicable Disease Branch, Centre for Health Protection, Department of Health (HK). Report of Health Behaviour Survey 2023. Published January 2025. Accessed July 17, 2026. https://www.chp.gov.hk/files/pdf/dh_hbs_2023_report_eng.pdf
17. Cancer: Breast cancer. In: U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014:230.
18. Yeo W, Yuen LW, Tsoi KKF, et al. Modifiable risk factors including self-perceived stress for breast cancer in Hong Kong: A case-control study of 10 757 subject. *Clin Med Insights Oncol*. 2025;19:11795549251314434. doi:10.1177/11795549251314434
19. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and breast cancer. *Continuous Update Project Expert Report 2018*. Published May 2018. Accessed July 20, 2026. https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2024/10/Breast-cancer-report.pdf
20. Cheraghi Z, Poorolajal J, Hashem T, Esmailnasab N, Doosti Irani A. Effect of body mass index on breast cancer during premenopausal and postmenopausal periods: A meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(12):e51446. doi:10.1371/journal.pone.0051446
21. Non-communicable Disease Branch, Centre for Health Protection, Department of Health (HK). Report of Population Health Survey 2020-22 (Part II). Published April 2023. Accessed July 20, 2026. https://www.chp.gov.hk/files/pdf/dh_phs_2020-22_part_2_report_eng_rectified.pdf
22. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: Collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. *Lancet*. 2001;358(9291):1389-1399. doi:10.1016/S0140-6736(01)06524-2
23. Pharoah PDP, Day NE, Duffy S, Easton DF, Ponder BAJ. Family history and the risk of breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer*. 1997;71(5):800-809. doi:10.1002/(sici)1097-0215(19970529)71:5<800::aid-ijc18>3.0.co;2-b
24. Kwong A, Shin VY, Ho JCW, et al. Comprehensive spectrum of BRCA1 and BRCA2 deleterious mutations in breast cancer in Asian countries. *J Med Genet*. 2016;53:15-23. doi:10.1136/jmedgenet-2015-103132
25. Kwong A, Shin VY, Au CH, et al. Detection of germline mutation in hereditary breast and/or ovarian cancers by next-generation sequencing on a four-gene panel. *J Mol Diagn*. 2016;18(4):580-594. doi:10.1016/j.jmoldx.2016.03.005
26. Ibrahim EM, Abouelkhair KM, Kazkaz GA, Elmasri OA, Al-Foheidi M. Risk of second breast cancer in female Hodgkin's lymphoma survivors: A meta-analysis. *BMC Cancer*. 2012;12:197. doi:10.1186/1471-2407-12-197
27. Caini S, Boniol M, Botteri E, et al. The risk of developing a second primary cancer in melanoma patients: A comprehensive review of the literature and meta-analysis. *J Dermatol Sci*. 2014;75(1):3-9. doi:10.1016/j.jdermsci.2014.02.007

28. Jégu J, Colonna M, Daubisse-Marliac L, et al. The effect of patient characteristics on second primary cancer risk in France. *BMC Cancer*. 2014;14:94. doi:10.1186/1471-2407-14-94
29. Youlden DR, Baade PD. The relative risk of second primary cancers in Queensland, Australia: A retrospective cohort study. *BMC Cancer*. 2011;11:83. doi:10.1186/1471-2407-11-83
30. Chuang SC, Scélo G, Lee YCA, et al. Risks of second primary cancer among patients with major histological types of lung cancers in both men and women. *Br J Cancer*. 2010;102(7):1190-1195. doi:10.1038/sj.bjc.6605616
31. Chaturvedi AK, Kleinerman RA, Hildesheim A, et al. Second cancers after squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix. *J Clin Oncol*. 2009;27(6):967-973. doi:10.1200/JCO.2008.18.4549
32. Zhou WB, Xue DQ, Liu XA, Ding Q, Wang S. The influence of family history and histological stratification on breast cancer risk in women with benign breast disease: A meta-analysis. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2011;137:1053-1060. doi:10.1007/s00432-011-0979-z
33. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: Collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*. 1996;347(9017):1713-1727. doi:10.1016/S0140-6736(96)90806-5
34. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2017;377(23):2228-2239. doi:10.1056/NEJMoa1700732
35. Urban M, Banks E, Egger S, et al. Injectable and oral contraceptive use and cancers of the breast, cervix, ovary, and endometrium in black South African women: Case-control study. *PLoS Med*. 2012;9(3):e1001182. doi:10.1371/journal.pmed.1001182
36. Li CI, Beaber EF, Tang MTC, Porter PL, Daling JR, Malone KE. Effect of depo-medroxyprogesterone acetate on breast cancer risk among women 20 to 44 years of age. *Cancer Res*. 2012;72(8):2028-2035. doi:10.1158/0008-5472.CAN-11-4064
37. Sweeney C, Giuliano AR, Baumgartner KB, et al. Oral, injected and implanted contraceptives and breast cancer risk among U.S. Hispanic and non-Hispanic white women. *Int J Cancer*. 2007;121(11):2517-2523. doi:10.1002/ijc.22970
38. Shapiro S, Rosenberg L, Hoffman M, et al. Risk of breast cancer in relation to the use of injectable progestogen contraceptives and combined estrogen/progestogen contraceptives. *Am J Epidemiol*. 2000;151(4):396-403. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a010219
39. Strom BL, Berlin JA, Weber AL, et al. Absence of an effect of injectable and implantable progestin-only contraceptives on subsequent risk of breast cancer. *Contraception*. 2004;69(5):353-360. doi:10.1016/j.contraception.2003.12.015
40. Department of Health (HK). LC Paper No. CB(2)1269/19-20(03) Legislative Council Panel on Health Services. Breast Cancer Screening. Issued July 6, 2020. Accessed July 20, 2026. https://www.legco.gov.hk/yr19-20/english/panels/hs/papers/hs20200710cb2-1269-3-e.pdf
41. Breast Cancer Screening Pilot Programme to be launched on September 6 (with photos). HKSAR Government Press Releases. Published September 2, 2021. Accessed July 20, 2026. https://www.info.gov.hk/gia/general/202109/02/P2021090100619.htm

42. DH to subsidise high-risk women for breast cancer screening services from June 10 (with photo/video). HKSAR Government Press Releases. Published May 29, 2025. Accessed July 20, 2026. https://www.info.gov.hk/gia/general/202505/29/P2025052900401.htm
43. Roth MY, Elmore JG, Yi-Frazier JP, Reisch LM, Oster NV, Miglioretti DL. Self-detection remains a key method of breast cancer detection for U.S. women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(8):1135-1139. doi:10.1089/jwh.2010.2493
44. Ernst MF, Roukema JA, Coebergh JW, et al. Breast cancers found by screening: Earlier detection, lower malignant potential or both? *Breast Cancer Res Treat*. 2002;76(1):19-25. doi:10.1023/A:1020213817562
45. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: A systematic review. *Lancet*. 1999;353(9159):1119-1126. doi:10.1016/S0140-6736(99)02143-1
46. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology for Breast Cancer (Version 5.2020). Published July 2020.
47. Amin MB, Edge S, Greene F, et al. (eds). *AJCC Cancer Staging Manual (8th Edition)*. New York, NY: Springer International Publishing; 2017.
48. Wolff AC, Hammond MEH, Allison KH, et al. Human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists clinical practice guideline focused update. *Arch Pathol Lab Med*. 2018;142(11):1364-1382. doi:10.5858/arpa.2018-0902-SA
49. Goldhirsch A, Wood WC, Coates AS, et al. Strategies for subtypes—dealing with the diversity of breast cancer: Highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011. *Ann Oncol*. 2011;22(8):1736-1747. doi:10.1093/annonc/mdr304
50. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology for Breast Cancer (Version 6.2026). Published July 2026.
51. Anampa J, Makower D, Sparano JA. Progress in adjuvant chemotherapy for breast cancer: An overview. *BMC Med*. 2015;13:195. doi:10.1186/s12916-015-0439-8
52. Byers T, Nestle M, McTiernan A, et al. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin*. 2002;52(2):92-119. doi:10.3322/canjclin.52.2.92

乳癌研究中心發表的刊物及研究結果展示

機構報告與專題研究

年度報告

1. 香港乳癌實況2008報告 （2009年9月出版）
2. 香港乳癌實況第二號報告 （2010年9月出版）
3. 香港乳癌實況第三號報告 （2011年9月出版）
4. 香港乳癌資料庫第四號報告 （2012年9月出版）
5. 香港乳癌資料庫第五號報告 （2013年9月出版）
6. 香港乳癌資料庫第六號報告 （2014年9月出版）
7. 香港乳癌資料庫第七號報告 （2015年9月出版）
8. 香港乳癌資料庫第八號報告 （2016年9月出版）
9. 香港乳癌資料庫第九號報告 （2017年9月出版）
10. 香港乳癌資料庫第十號報告 （2018年9月出版）
11. 香港乳癌資料庫第十一號報告 （2019年9月出版）
12. 香港乳癌資料庫第十二號報告 （2020年9月出版）
13. 香港乳癌資料庫第十三號報告 （2021年9月出版）
14. 香港乳癌資料庫第十四號報告 （2022年9月出版）
15. 香港乳癌資料庫第十五號報告 （2023年9月出版）
16. 香港乳癌資料庫第十六號報告 （2024年9月出版）
17. 香港乳癌資料庫第十七號報告 （2025年9月出版）

簡報

期數	標題	出版年份
1.	專題研究1：相對於偶然的自行檢查，乳癌普查能更有效診斷出早期乳癌； 專題研究2：揭示乳癌對香港婦女帶來的生理及心理影響	2010
2.	經濟及社會狀況差異對乳癌普查習慣和癌症期數的影響	2012
3.	年齡對本港乳癌個案的影響	2013
4.	患者在有癥狀下發現和在定期檢測發現乳癌的癌症特性及所接受治療的差異研究	2013
5.	喪偶者或非文職/勞動工作者的延誤求醫情況較為普遍	2014
6.	香港乳癌患者的前哨淋巴結切片	2015
7.	香港年長患者的乳癌狀況	2016
8.	手術前的前置化療有助香港乳癌患者縮小腫瘤及進行乳房保留手術	2017

期數	標題	出版年份
9.	香港婦女罹患乳癌的風險因素：病例對照研究	2018
10.	過去十二年內香港乳癌患者在風險狀況、癌症檢測及治療模式上的變化	2019
11.	乳房X光造影檢查對乳癌患者的診斷效率：輔以乳房超聲波檢查，可提高乳房密度高的年輕女性癌症偵測率	2020
12.	正電子掃描（PET掃描）在術前乳癌分期的實踐與應用	2021
13.	乳癌患者十年存活分析：香港乳癌資料庫數據	2022
14.	乳癌篩查保性命，醫療費用負擔減	2023
15.	初診擴散性乳癌的異質性	2024
16.	乳癌遠端復發的風險因素	2025

醫學期刊文章

1. Cheung P, Hung WK, Cheung C, et al. Early data from the first population-wide breast cancer-specific registry in Hong Kong. *World J Surg*. 2012;36(4):723-729. doi:10.1007/s00268-012-1426-2
2. Chor JS, Lam HC, Chan A, et al. Socioeconomic disparity in breast cancer detection in Hong Kong—a high income city: Retrospective epidemiological study using the Breast Cancer Registry. *PLoS One*. 2014;9(10):e107630. doi:10.1371/journal.pone.0107630
3. Yeo W, Lee HM, Chan A, et al. Risk factors and natural history of breast cancer in younger Chinese women. *World J Clin Oncol*. 2014;5(5):1097-1106. doi:10.5306/wjco.v5.i5.1097
4. Chan SW, Cheung C, Chan A, Cheung PS. Surgical options for Chinese patients with early invasive breast cancer: Data from the Hong Kong Breast Cancer Registry. *Asian J Surg*. 2017;40(6):444-452. doi:10.1016/j.asjsur.2016.02.003
5. Yau TK, Chan A, Cheung PS. Ductal carcinoma in situ of breast: Detection and treatment pattern in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2017;23(1):19-27. doi:10.12809/hkmj154754
6. Chan YS, Hung WK, Yuen LW, Chan HYY, Chu CWW, Cheung PSY. Comparison of characteristics of breast cancer detected through different imaging modalities in a large cohort of Hong Kong Chinese women: Implication of imaging choice on upcoming local screening program. *The Breast Journal*. 2022;3882936. doi:10.1155/2022/3882936
7. Chan YHY, Kwok CCH, Tse DMS, Lee HM, Tam PY, Cheung PSY. Preoperative considerations and benefits of neoadjuvant chemotherapy: Insights from a 12-year review of the Hong Kong Breast Cancer Registry. *Hong Kong Med J*. 2023;29(3):198-207. doi:10.12809/hkmj219333
8. Yeo W, Yuen LW, Tsoi KKF, et al. A case-control study of 10,757 individuals to assess potentially modifiable risk factors, including stress, for breast cancer among Chinese patients in Hong Kong (abstract). *J Clin Oncol*. 2023;41(suppl 16):e22522. doi:10.1200/JCO.2023.41.16_suppl.e22522
9. Kwok CCH, Wong HCY, Wong CYH, Yuen LW, Yau CC, Cheung PSY. Use of ^{18}F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography coupled with computed tomography in early breast cancer management: Consensus-based local recommendations by the Hong Kong Breast Cancer Foundation PET/CT Study Group. *Hong Kong Med J*. 2025;31(6):426-433. doi:10.12809/hkmj2411789

10. Yeo W, Yuen LW, Tsoi KKF, et al. Modifiable risk factors including self-perceived stress for breast cancer in Hong Kong: A case-control study of 10 757 subject. *Clin Med Insights Oncol*. 2025;19:11795549251314434. doi:10.1177/11795549251314434
11. Yeung NCY, Lau STY, Mak WWS, et al. Roles of unmet supportive care needs, supportive cancer care service disruptions, and COVID-19-related perceptions in psychological distress among recently diagnosed breast cancer survivors in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2025;31(3):208-217. doi:10.12809/hkmj2311302
12. Hao Z, Lam A, Hu Y, et al. Real-world evidence of mammography screening from the Hong Kong Breast Cancer Registry: a cost minimization analysis of 15 144 patients with breast cancer. *BMJ Public Health*. 2026;4:e004452. doi:10.1136/bmjph-2025-004452
13. Yeo W, Yuen LW, Soong I, et al. Survival outcomes of high and intermediate-risk hormone receptor (HR)-positive human epidermal growth receptor-2 (HER2)-negative early breast cancer patients (EBC) who did and did not receive (neo)adjuvant chemotherapy (abstract). *J Clin Oncol*. 2026;44(suppl 16):e12530. doi:10.1200/JCO.2026.44.16_suppl.e12530

研討會發表

1. Cheung P. Screen-detected breast cancer showed earlier staging than incidental self-detected cancer. Lecture presented at: CUHK Breast Cancer Conference 2009; November 2009; Hong Kong.
2. Cheung P, Hung WK, Cheung C. Initial result from the Hong Kong Breast Cancer Registry. Paper presented by Hung WK at: International Surgical Week 2011; August 2011; Yokohama, Japan. (Nominated for Breast Surgery International Best Paper Award)
3. Chan A, Lee M, Cheung P. Risk factors for breast cancer in Hong Kong: a case-control study. Poster presented by Chan A at: 33rd Annual Meeting of the International Association of Cancer Registries; October 2011; Balaclava, Mauritius. (Abstract originally published as "Risk factors for breast cancer in Hong Kong" by Chan in *33rd Annual Meeting of the International Association of Cancer Registries: Book of Abstracts*; Abstract No. 08)
4. Cheung P. Local data from the Hong Kong Breast Cancer Registry. Lecture presented at: CUHK Breast Cancer Conference 2011; November 2011; Hong Kong.
5. Kwok C. Breast cancer facts in Hong Kong. Lecture presented at: 4th Global Chinese Breast Cancer Organizations Alliance Conference; April 2012; Los Angeles, CA, USA.
6. Cheung P. Hong Kong Breast Cancer Registry: Evidence for improving cancer control and treatment. Lecture presented at: CUHK Breast Cancer Conference 2015; October 2015; Hong Kong.
7. Cheung P, Kwok CCH, Chan A, Lee HM, Lai DCY. Pathological response rate: Analyzing the outcome of neoadjuvant chemotherapy for patients enrolled in Hong Kong Breast Cancer Registry. Poster presented by Kwok CCH at: 24th Annual Scientific Meeting of Hong Kong College of Radiologists; November 2016; Hong Kong.
8. Tsang J, Cheung P, Lee HM, et al. Elders with breast cancer tend to delay seeking medical care and present with a later cancer stage. Paper presented by Tsang J at: 4th Symposium on Primary Breast Cancer in Older Women; March 2017; Nottingham, England.
9. Cheung P. Hong Kong Breast Cancer Registry. Lecture presented at: CUHK Breast Cancer Conference 2017; October 2017; Hong Kong.

10. Chan YHY, Kwok CCH, Lee HM, Tam PY, Cheung PSY. Neoadjuvant chemotherapy in Hong Kong breast cancer patients and its clinical implications. Poster presented by Chan YHY at: 48th World Congress of Surgery 2019; August 2019; Krakow, Poland. (Abstract originally published with alternative authorship [Chan, Kwok, Lee & Cheung] in *48th World Congress of Surgery WCS 2019 Abstract Book*; Abstract ID PE105)
11. Lau S, Tsang J, Lee M, Yuen L, Cheung P. Breast cancer in elderly patients: Tumour characteristics, treatment choices and clinical outcomes. Poster presented by Lau S at: 48th World Congress of Surgery 2019; August 2019; Krakow, Poland. (Abstract originally published with alternative authorship [Lau, Tsang, Lee & Cheung] in *48th World Congress of Surgery WCS 2019 Abstract Book*; Abstract ID PE117)
12. Cheung P. Risk factors for breast cancer in Hong Kong women: A case control study. Lecture presented at: CUHK Breast Cancer Conference 2019; October 2019; Hong Kong.
13. Cheung P. A 15-year trend of breast cancer diagnosis and treatment: Data from the Hong Kong Breast Cancer Registry. Lecture presented at: CUHK Breast Cancer Conference 2021; October 2021; Hong Kong.
14. Yeo W. 10-year survival analysis, data from Hong Kong Breast Cancer Foundation. Lecture presented at: HKBCF Annual Breast Cancer Update 2022; November 2022; Hong Kong.
15. Li L, Tsoi K. Hong Kong Breast Cancer Registry – Health economic study, self vs mammogram detected breast cancer. Lecture jointly presented at: HKBCF Annual Breast Cancer Update 2023; November 2023; Hong Kong.
16. Cheung P. Hong Kong Breast Cancer Registry – Building up big data for the local population. Lecture presented at: Best of SABCS Review 2023 cum 10th Anniversary Scientific Symposium; January 2024; Hong Kong.
17. Cheung PSY, Yuen LW, Yau CC, Li LPK, Hung WK, Fok E. Building up big data for the population of breast cancer patients in Hong Kong. Poster presented by Yuen LW at: 2024 International Association of Cancer Registries Scientific Conference; November 2024; Beijing, China.
18. Kwok C. Recap HKBCR Bulletin 15: De novo metastatic breast cancer data from HKBCR. Lecture presented at: HKBCF Annual Breast Cancer Update 2024; November 2024; Hong Kong.
19. Yeo W, Yuen LW, Kwok C, et al. Real-world data on high and intermediate-risk hormone receptor (HR)-positive HER2-negative early breast cancer patients prior to adjuvant CDK4/6i era. Poster presented by Yeo W at: San Antonio Breast Cancer Symposium 2024; December 2024; San Antonio, TX, USA.
20. Yeo W, Yuen LW, Kwok C, et al. 10-year survival outcomes of early-staged breast cancer patients with intermediate- and high- risk hormone receptor-positive her2-negative disease. Poster presented by Yeo W at: San Antonio Breast Cancer Symposium 2025; December 2025; San Antonio, TX, USA.
21. Yeo W, Yuen LW, Soong I, et al. Prognostic values of tumour grade and Ki67 beyond tumour stage in hormone receptor (HR)-positive HER2-negative early breast cancer. Poster presented by Yeo W at: ESMO Breast Cancer 2026; May 2026; Berlin, Germany.
22. Cheung P, Yau CC, Li L. Insights from Hong Kong Breast Cancer Registry data to inform prevention and early detection strategies. Poster presented by Cheung P at: World Cancer Congress 2026; September 2026; Hong Kong.

第一至十七號報告摘要

香港乳癌實況2008報告（第一號報告，2009年出版）

— 本港常見乳癌高危因素

香港乳癌資料庫首份報告揭示了個人年齡、運動習慣、健康紀錄、生活方式、飲食習慣和經濟及社會條件都是乳癌高危因素。

本港乳癌患者共通的乳癌高危因素，包括：

1. 運動不足（每周< 3小時）（74%）
2. 從未餵哺母乳（64%）
3. 高度精神壓力（40%）
4. 服用口服避孕藥（38%）
5. 過重 / 肥胖（34%）
6. 從未生育 / 35歲後首次生育（28%）
7. 提早初經（<12歲）（17%）
8. 膳食含豐富肉類或乳類製品（15%）
9. 收經後曾使用荷爾蒙補充療法（14%）
10. 有飲酒習慣（9%）
11. 延遲收經（>55歲）（8%）
12. 有吸煙習慣（4%）

本報告又指出本港大部分乳癌個案都不是遺傳的，而是跟可改變的因素有關，例如飲食習慣、生活模式和精神壓力水平。52%的患者具有上述兩至三項高危因素；只有不足3%的患者完全沒有已知高危因素。

要減低患乳癌的風險，香港乳癌基金會鼓勵婦女參考美國癌症協會2002年制定的防癌營養和運動指引。[52]主要建議包括：

- 保持健康體重
- 恒常做適量運動
- 飲食健康，多菜少肉
- 若要飲酒，每日不超過一杯

其中值得注視的分析結果是本港乳癌患者比海外患者的發病年齡中位數較低。根據《香港乳癌實況2008報告》（第一號報告），患者確診年齡中位數為47.6歲，明顯低於美國的61歲和澳洲的62歲。另外，受訪群組中有81%患者罩杯尺碼為B級或更小，64%的胸圍尺碼為34吋或以下。這些數據澄清了坊間有關胸部較大的婦女患上乳癌機會較高的誤解。

香港乳癌實況第二號報告（第二號報告，2010年出版）

— 私營醫院的原位乳癌個案比率較高

《香港乳癌實況第二號報告》分析公私營醫療機構的乳癌個案在癌症特徵和治療方法方面是否存有差異。在受訪的2,130名患者中，有21.3%僅使用私營醫療服務，24.0%僅使用公營醫療服務，而52.9%則混合使用公私營醫療服務。

患者的癌症期數分佈在醫療服務組別上存在顯著差異，僅私營醫療服務使用者比僅公營醫療服務使用者有較大機會確診原位乳癌（0期）（13.6%比5.7%）。另外，在僅接受公營醫療服務組別中入侵性乳癌患者的腫瘤明顯較大。

治療模式亦會因患者使用的醫療服務類別不同而有所差異。使用公營醫療服務的患者，接受乳房切除手術的比率較使用私營服務患者高出一倍。公營醫療服務使用者接受乳房重建的比率最低，原因可能與患者年齡和腫瘤大小有關。

在化療方面，不論是使用公營或私營醫療服務的患者，使用anthracycline、taxane和其他藥物的模式分別不大。同樣地，在不同癌症期數中，常用的內分泌治療藥物tamoxifen的使用模式，在不同醫療服務組別中均沒有差異。

本報告亦發現公營醫療服務組別的晚期乳癌個案比率較高，箇中原因有待探討。

香港乳癌實況第三號報告（第三號報告，2011年出版）

— 低收入地區的晚期乳癌個案比率較高，而乳房檢查率則偏低

《香港乳癌實況第三號報告》指出，定期接受乳房X光造影檢查被醫學證實為有效的方式來偵測早期乳癌和減低乳癌患者的死亡率。根據本報告，經由乳房檢查發現的乳癌腫瘤尺寸中位數為1.4厘米，比患者自己無意中發現的腫瘤（2.1厘米）小三分一。這反映定期乳房檢查習慣有助及早發現乳癌。

第三號報告揭示了本港不同地區的乳房檢查率和乳癌個案特徵存有差異。

灣仔區是全港住戶入息中位數最高的地區，居住在這區的乳癌患者有半數在確診前有定期接受乳房X光造影檢查的習慣。相較之下，居住在觀塘、葵青和深水埗等低收入地區的乳癌患者，從來沒有做過乳房X光造影檢查的比率高達七至八成，當中以觀塘在所有地區中佔最高比率。與此類似，其他收入偏低地區如新界北區、屯門和大埔也有約七成患者從未接受乳房X光檢查。參考政府統計處的2008年人口普查統計，這些地區的住戶每月家庭收入較全港總體住戶入息中位數18,000元為低。

受訪群組中晚期（第III及IV期）乳癌個案佔整體12.4%，當中黃大仙（17.8%）、新界北區（16.0%）、深水埗（15.0%）、觀塘（14.4%）和葵青（14.4%）的晚期乳癌個案比率較高。

總括而言，研究顯示定期檢查與確診時乳癌期數較低有關，因此，加強乳健教育工作和推廣乳房檢查十分重要，特別在低收入地區。

附記：
第三號報告的研究結果促使香港乳癌基金會在2018年3月於九龍區開設香港乳癌基金會（賽馬會）乳健中心（九龍），期望可以拓展服務予居住在九龍及新界區婦女，教導她們定期乳房檢查的重要性。乳健中心亦提供專業、優質而收費大眾化的乳健檢查和診斷服務。

香港乳癌資料庫第四號報告（第四號報告，2012年出版）

— 年輕乳癌患者多有不健康生活習慣

根據《香港乳癌資料庫第四號報告》的分析結果，本港乳癌患者確診乳癌的年齡大多數介乎40至70歲之間（79.7%），另有14.0%患者在40歲前確診乳癌，和5.1%為70歲以上。

數據分析顯示，年輕乳癌患者（40歲前確診）普遍擁有多項與生活習慣相關的高危因素，如運動不足（85.4%）、高度精神壓力（46.0%）和膳食含豐富肉類或乳類製品（20.3%）。至於與荷爾蒙有關的乳癌高危因素，在年輕患者中亦較常見，如從未生育（43.4%）、從未餵哺母乳（74.6%）或提早初經（19.5%）等。

雖然較多年輕患者罹患早期乳癌（76.6%），但年輕患者的腫瘤特性則較惡且預後特徵較不良，包括腫瘤級別較高（第3級）（45.2%）、出現淋巴管入侵現象（40.8%）及腫瘤多灶性（15.3%）、HER2呈陽性（28.7%）及三陰性（13.0%）的比率較高。此外，治療方面，年輕患者明顯較多接受乳房保留手術（45.3%）、化學治療（68.3%）、乳房切除及重建手術（20.3%）、放射治療（67.8%）及抗HER2標靶治療（7.2%）。

至於乳癌對患者的心理影響方面，年輕患者能冷靜或積極接受確診乳癌的比率較低（16.2%），且經常憂慮乳癌復發（12.3%）。然而，較多年輕患者在確診乳癌後會在生活模式方面有轉變，如改變飲食習慣（71.0%）及多做運動（59.0%）等。

總括而言，40歲以下的患者普遍具有較多罹患乳癌的高危因素，而且腫瘤較惡，並對乳癌復發感到更大憂慮，對生活質素可能造成深遠的影響。

香港乳癌資料庫第五號報告（第五號報告，2013年出版）

— 定期乳房X光造影檢查減低全乳切除和化療的需要

《香港乳癌資料庫第五號報告》比較了兩組40歲或以上乳癌患者的乳癌特徵和治療情況，一組是沒有顯露病徵的患者於定期乳房X光造影時確診（定期檢測發現組），另一組是呈現病徵的患者並沒有進行定期檢查（有徵狀下發現組）。

結果顯示，45.0%的定期檢測發現組患者的乳癌屬於原位乳癌，有徵狀下發現組則為9.0%，換言之定期檢測發現組的「0期」癌症病例幾乎是有徵狀下發現組的五倍。定期檢測發現組的入侵性腫瘤小於有徵狀下發現組，其平均值分別是1.3厘米與2.3厘米。

定期檢測發現組中接受全乳切除的患者少於半數（46.3%），而有徵狀下發現組患者接受同類手術的比例達到三分之二（67.4%）。此外，與定期檢測發現組的患者（25.0%）相比，有徵狀下發現組有較多患者（66.1%）需要接受化療。

歸納而言，通過定期接受影像檢查而檢測出乳癌的患者的腫瘤體積一般較小，並且可以在初期確診。這些患者需要接受全乳切除和/或接受化學治療的可能性也較低。因此，婦女應該定期接受乳房影像檢查，以增加及早發現乳癌的機會及減少使用入侵性治療的需要。

香港乳癌資料庫第六號報告（第六號報告，2014年出版）

—「延誤求醫」的患者病情顯著較嚴重

《香港乳癌資料庫第六號報告》評估乳癌患者在發現乳癌病徵後整體延誤的嚴重程度，當中包括「延誤求醫」（指患者發現病徵後耽誤初次就醫的時間），和「延誤診治」（即醫療系統因素令患者延遲接受診斷和/或治療）。與這些延誤相關的因素亦被探討。

在2,242名自行發現乳癌的患者中，延誤求醫的時間中位數為40.0天，32.5%的患者等待三個月或以上才求醫。至於延誤診治的時間中位數是20.0天，80.9%的患者在確診後一個月內開始首次治療，符合國際標準。整體而言，45.7%的患者在初次出現病徵後至少三個月或以上才接受首次治療。

延誤求醫對病情產生顯著的負面影響。延誤求醫三個月或以上的患者，在確診時有較大腫瘤和陽性淋巴結的機會分別高出50%和30%；延誤求醫患者確診時癌症期數較高（第III至第IV期）的可能性亦高出70%。

乳癌患者的職業、婚姻狀況和曾出現良性乳房狀況三項特徵，都與延誤求醫有顯著關係。從事非文職（基層工作）或勞動工作的患者，較沒有工作者「延誤求醫」的機會高出近六成；喪偶的患者延誤求醫的可能性，較從未結婚者高；曾經有良性乳房狀況的患者傾向延誤求醫的機會亦高五成。

整體上，延誤求醫導致的臨床及經濟影響，反映出香港存在一項仍未妥善處理的公共衛生問題。

喪偶者或非文職/勞動工作者應被視為乳房健康教育的優先對象，特別是針對婦女對乳癌病徵的認識與發現乳房變化後及時就醫的重要性。婦女應注意乳房健康，若乳癌徵狀持續應盡快求醫，只要及早發現，乳癌是可以治癒的。

香港乳癌資料庫第七號報告（第七號報告，2015年出版）

— 香港乳癌患者使用前哨淋巴結切片檢查的比率上升

《香港乳癌資料庫第七號報告》就香港過去在前哨淋巴結切片檢查的使用模式上的變化進行調查。不同於腋下淋巴切除手術，前哨淋巴結切片檢查可以免卻不必要地廣泛切除淋巴結的風險，從而大大減低腋下淋巴切除手術引發術後併發症的風險，例如淋巴水腫，因而能顯著改善患者的生活質素。

根據研究發現，使用前哨淋巴結切片檢查的比率有上升的趨勢。臨床淋巴結呈陰性的患者只接受前哨淋巴結切片檢查的比率顯著比呈陽性的患者為高（44.0%比11.4%）。臨床淋巴結呈陰性的患者接受前哨淋巴結切片檢查（包括只接受前哨淋巴結切片檢查和接受前哨淋巴結切片檢查之後接受腋下淋巴切除手術）的比率在研究時段內有正線性上升趨勢，比率從2006年的45.7%上升到2012年的76.6%。

腫瘤尺寸較小的患者較普遍採用前哨淋巴結切片檢查（包括只接受前哨淋巴結切片檢查和接受前哨淋巴結切片檢查之後接受腋下淋巴切除手術），相關比率在研究時段內呈正線性上升趨勢。就腫瘤少於或等於2厘米的患者而言，採用前哨淋巴結切片檢查（包括只接受前哨淋巴結切片檢查和接受前哨淋巴結切片檢查之後接受腋下淋巴切除手術）的比率從2006年的50.2%上升至2012年的80.6%，而腫瘤大於2厘米且不超過5厘米的患者接受前哨淋巴結切片檢查的比率則從2006年的34.2%上升至2012年的54.2%。

使用前哨淋巴結切片檢查（包括只接受前哨淋巴結切片檢查和接受前哨淋巴結切片檢查之後接受腋下淋巴切除手術）在早期乳癌患者中較為普遍，佔超過40%，相關比率在研究時段內也有所增加。此外，在研究時段內，接受不必要腋下淋巴切除手術（無論有沒有接受前哨淋巴結切片檢查）的患者比率不斷減少，從2006年的44.8%下降到2012年的28.9%。

總結而言，在研究時段內，越來越多外科醫生和患者採用前哨淋巴結切片檢查。外科醫生的臨床決定和患者的個人決定，都影響是否使用前哨淋巴結切片檢查來取代腋下淋巴切除手術作為斷定癌症的擴散程度的首個淋巴結手術。外科醫生有責任向患者解釋前哨淋巴結切片檢查，以及其用於斷定早期乳癌患者的淋巴結狀況的公認可靠性。香港乳癌基金會將盡更大努力教育乳癌患者有關以前哨淋巴結切片檢查取代腋下淋巴切除手術的好處。

香港乳癌資料庫第八號報告（第八號報告，2016年出版）

— 年長乳癌患者延誤診治晚期癌症倍增

《香港乳癌資料庫第八號報告》研究本地年長患者的乳癌情況。乳癌風險隨年齡增長而上升，預計罹患乳癌的年長患者人數也會隨時間遞增。

根據研究結果顯示，患者在出現病徵後，相比所有年齡患者，較多年長患者會在出現病徵後等待超過一年才首次求診（17.7% 比 10.8%, p=0.005）。這些延誤求醫的年長患者，相比在三個月內求醫的年長患者有較大機會被確診為第III或IV期癌症（29.7% 比 14.5%, p=0.068）。與所有年齡患者比較，年長乳癌患者的入侵性腫瘤在生物學角度上較好，包括較多腫瘤級別屬於第1級（26.5% 比 19.2%, p<0.001）及沒有出現淋巴管入侵（75.6% 比 68.1%, p<0.001）。

此外，相比所有年齡患者，較多年長患者的入侵性腫瘤的雌激素受體呈陽性（83.0% 比 78.1%, p=0.001）、黃體酮受體呈陽性（70.8% 比 66.0%, p=0.006）和HER2呈陰性（83.6% 比 78.7%, p=0.001）。年長患者亦較多接受乳房切除手術（81.7% 比 57.3%, p<0.001），但較少接受化學治療和放射治療。再者，研究亦顯示患有較多並存病的年長患者接受較保守的治療方法。

總括而言，研究結果指出年長患者較傾向於延誤診治，不過與所有年齡患者相比，她們較多接受入侵性較低的乳癌治療方案。數據亦顯示並存病可能與年長患者接受的治療方案有關。雖然在決定癌症治療方案時，年齡是重要的考慮因素之一，但卻不應該是唯一的決定因素。

香港乳癌資料庫第九號報告（第九號報告，2017年出版）

— 前置化療有助縮小HER2呈陽性的乳癌腫瘤及降低患者進行乳房切除手術的需要

《香港乳癌資料庫第九號報告》調查在2006至2010年與2011至2015年期間，乳癌患者接受前置化療的情況，並評估前置化療對本地乳癌患者的效用。前置化療是指治療癌症時，在外科手術前先進行化療。

香港乳癌患者接受前置化療的比率在兩個研究時期間顯著上升，從2006至2010年的4.8%大幅增加到2011至2015年的9.4%（$p<0.001$）。此增長尤其見於三陰性患者、HER2呈陽性（雌激素受體及黃體酮受體呈陰性）患者、管腔B型（HER2呈陽性）患者、以及臨床屬於第IIB期和第III期癌症患者。此外，患者接受前置化療的比率與確診時的癌症期數呈現正比，從第IIA期的2.9%增加到第III期的25.8%。

研究顯示接受前置化療有助縮小腫瘤，其中五分之一的患者在前置化療後乳房和腋下淋巴結狀況達到病理完全緩解。HER2呈陽性（雌激素受體及黃體酮受體呈陰性）患者有最佳效果，將近半數（48.6%）患者達到病理完全緩解（$p<0.001$）。而管腔B型（HER2呈陽性）和三陰性患者達到病理完全緩解的比率分別是28.0%和29.6%，亦顯著高於其他亞型。此外，臨床第IIA期和第IIB期患者在接受前置化療之後進行乳房保留手術的比率較沒有接受前置化療的患者為高。

此報告結果顯示，前置化療有助縮小HER2呈陽性的乳癌腫瘤及降低患者進行乳房切除手術的需要。部分患者的生物標記在進行前置化療後有所轉變，意味著重新測試殘留腫瘤的生物標記將有助於調整後續的輔助性治療。進一步的研究將根據接受前置化療患者群組的存活結果來評估這個療法的效益。

香港乳癌資料庫第十號報告（第十號報告，2018年出版）

— 乳癌與不可改變和可改變的因素有關

《香港乳癌資料庫第十號報告》比較了乳癌患者和沒有任何癌症病歷的婦女（以歲數作配對）在四類可能與乳癌有關的因素的表現，從而了解本地乳癌個案上升的趨勢的成因。四類可能與乳癌有關的因素包括：（1）不可改變的；（2）可改變及與生活方式有關；（3）可改變及與行為有關；及（4）可改變及與醫學有關。

正如所料，直系親屬曾患乳癌（aOR＝2.88; 95% CI, 2.43-3.41）或初經於12歲前（aOR＝1.35; 95% CI, 1.19-1.52）的婦女有較大風險患上乳癌。相比在35歲或以前首次生育的婦女，在35歲後才首次生育的有明顯較大風險患上乳癌（aOR＝2.06; 95% CI, 1.66-2.55）。

研究結果亦發現相比每周運動三小時或以上的婦女，缺乏運動（每周少於三小時）的婦女有較大風險患上乳癌（aOR＝1.53; 95% CI, 1.39-1.69）。超過一半時間處於高精神壓力水平的婦女比少於一半時間的有較大風險患上乳癌（aOR＝3.40; 95% CI, 3.09-3.73）。此外，飲食含豐富肉類或奶類製品的婦女比均衡飲食的有較大風險患上乳癌（aOR＝1.80; 95% CI, 1.57-2.07）。相對非肥胖的婦女，肥胖的婦女患上乳癌風險亦增加了46%（aOR＝1.46; 95% CI, 1.32-1.62）。

對於收經後的婦女，在55歲後才停經的有較高的乳癌風險（aOR＝1.71; 95% CI, 1.21-2.41）。從未生育的收經後婦女的乳癌風險，相比在35歲或以前首次生育的婦女增加了38%（aOR＝1.38; 95% CI, 1.13-1.68）。

總括而言，本研究顯示在本地華裔婦女中，乳癌與不可改變和可改變的因素有關。我們鼓勵婦女保持健康的生活方式，以減低她們的乳癌風險。同時，女士應該關注乳房健康，若發現有任何異常，便盡快求診。擁有本研究發現會增加患上乳癌風險因素（不論是可改變或是不可改變）的婦女，更應定期接受乳房檢查，以及早發現乳癌，提高存活機會。

香港乳癌資料庫第十一號報告（第十一號報告，2019年出版）

— 經年累月下來，癌症治療已有重大的變化，但仍未見患者的乳房檢查習慣和風險狀況有明顯的改善

《香港乳癌資料庫第十一號報告》比較了四個受訪群組（即2006至2008年確診受訪群組、2009至2011年確診受訪群組、2012至2014年確診受訪群組和2015至2017年確診受訪群組）在風險狀況、癌症檢測及治療模式的表現，從而探討本地乳癌患者在這些方面隨時間的變化。治療模式的轉變更按照癌症期數、年齡組別、臨床淋巴結狀況和/或生物學亞型作進一步的研究。

與2006至2008年確診受訪群組相比，2015至2017年確診受訪群組中有較多患者從未餵哺母乳、屬於過重/肥胖、從未生育/35歲後首次生育、有乳癌家族史、或有飲酒習慣，然而有較少患者在確診前曾使用荷爾蒙補充療法。不過，在飲食習慣、運動習慣和精神壓力水平上並未觀察到變化。

曾接受乳房X光造影檢查或乳房超聲波檢查的患者比率隨時間有所上升，但患者定期接受這些乳房檢查的比率則下降。無意中自我發現仍是最初發現乳癌的主要方式。

隨著醫學知識和醫療技術的進步以及新藥物的研發，愈來愈多患者接受乳房保留手術，接受前哨淋巴結切片檢查，採用前置化療，接受抗HER2標靶治療和接受內分泌治療，而接受化療的整體比率則有所減少。無論患者曾接受乳房保留手術或是乳房切除手術，其接受放射性治療的比率並沒有明顯的改變。

按癌症期數作進一步分析時，患者的治療模式亦有顯著的變化。接受前哨淋巴結切片檢查的比率在所有癌症期數的患者中均有顯著的上升趨勢，但只有第I期患者增加接受乳房保留手術。曾接受乳房切除手術的第I期或第IIA期患者在過去幾年較少接受放射治療，相反，愈來愈多曾接受乳房切除手術的第IIB期患者接受放射治療。雖然早期癌症患者（第I至IIB期）接受化療的整體比率明顯下降，但其採用前置化療的比率顯著上升。第III期患者採用前置化療的比率在過去幾年更是增加了一倍。接受抗HER2標靶治療的比率在任何癌症期數的患者中均有所上升。另外，在不同的年齡組別、臨床淋巴結狀況和生物學亞型中亦能觀察到一些變化。

總括而言，本研究結果揭示，為了改善患者的生活質素，癌症治療已有不少的變化，但經年累月下來，仍未見患者的乳房檢查習慣和風險狀況有明顯的改善。這些結果反映出，往年對「健康生活方式有助預防乳癌」這一信息的宣傳力度不足，或沒有理想效果，未來必須在社區內重申並加強推廣。檢測有助及早發現乳癌，進而拯救更多生命。因此，在香港的乳健教育中亦須再次強調提高乳房健康意識和養成定期檢查乳房習慣的重要性。

香港乳癌資料庫第十二號報告（第十二號報告，2020年出版）

— 乳房X光造影輔以乳房超聲波檢查可提高乳房密度高的年輕女性癌症偵測率

《香港乳癌資料庫第十二號報告》研究與乳房X光造影（MMG）相關的診斷準確度，以及在不同情況下使用乳房超聲波（USG）所帶來的額外成效。患者進一步被分為有症狀和無症狀組——有症狀組是指患者自我發現到與癌症相關的症狀，並曾經向醫生諮詢過；而無症狀組是指當患者沒有察覺到任何乳房變化時，其腫瘤由MMG、USG、臨床乳房檢查、其他影像檢查（例如CT及MRI）或在進行乳房手術期間偶然發現。MMG和USG的結果按照乳房影像報告暨資料分析系統（BIRADS）進行分級，檢查屬於4級或5級表示對乳癌的診斷為陽性。

儘管香港有大部分患者的乳房密度屬於中等緻密型或極端緻密型，但MMG在香港華人身上仍然具有很高的診斷準確度。單獨使用MMG可檢測出85.2%癌症，其準確度在年長患者以及乳房密度屬於脂肪型和略微緻密型乳房的患者中較高。微鈣化點在原位乳癌中很常見。即使病灶可能在密度高的乳房中被掩蓋，可疑的微鈣化點（在接受MMG的有症狀組佔35.2%）仍可被清楚地看到，這使其成為MMG在密度高的乳房診斷癌症的重要特徵。

同時，USG亦具有高的癌症偵測率。單獨使用USG可檢測出91.9%的癌症，其準確度在較大的腫瘤中較高。當腫瘤較大時，USG更容易捕捉到其表現出的良性或惡性特徵。在MMG隱匿性癌症中，USG檢出額外個案，佔全部癌症的9.0%，將癌症偵測率提高至94.3%。相比有症狀組（8.4%），USG在無症狀組中能多檢出了額外12.6%的腫瘤。此結果顯示USG是一種有效的輔助篩查工具，因為它不受乳房密度的影響。

總括而言，MMG和USG在實現高癌症檢測方面，具有互補作用，特別是對於乳房密度高的年輕女性。本研究結果支持在乳癌的診斷中結合使用MMG和USG。

香港乳癌資料庫第十三號報告（第十三號報告，2021年出版）

— 正電子掃描（PET掃描）在術前乳癌分期的應用有所增加

《香港乳癌資料庫第十三號報告》調查了正電子掃描（PET掃描）的使用模式以及它在術前的乳癌分期中對診斷和治療的影響。該研究比較了在術前評估中有使用和未使用PET掃描的患者的特徵。

PET掃描較常用於第III（71.4%）和第IV期（90.2%）乳癌的患者，較少涉及早期癌症，例如0期（13.6%）和I期（21.2%）癌症。研究亦反映了PET掃描的總體使用率有上升趨勢，由2006至2010年的25.7%增加到2016年至目前的61.0%。另外，PET掃描亦較常使用於晚期乳癌或腫瘤較大的癌症。然而，數據沒有顯示PET掃描在不同分子亞型的使用率有任何差異。

接受PET掃描的患者的臨床分期敏感度（70.3%）遠高於沒有接受PET掃描的患者（30.4%），但沒有接受PET掃描的患者的特異性略高（99.3%與PET組的91.3%）。

此外，研究中進行了一項簡短的問卷調查，以了解本港專家小組臨床上的實踐。根據資料庫的數據分析和簡短調查的結果，香港乳癌資料庫小組提出了一些使用PET掃描的指引：

1. 它不宜用於
   a. 乳癌篩查
   b. 檢查臨床良性乳房病變
   c. T0及T1乳癌
2. 它可考慮用於
   a. T3或以上乳癌
   b. 懷疑或確定淋巴結陽性的癌症
   c. 懷疑或確定癌症遠端擴散
   d. 前置化療

總括而言，過去15年間，PET掃描在術前分期的使用有增加的趨勢。它更常用於臨床上較大或期數較高的腫瘤上。它似乎具有高敏感度和合理的特異性。然而，數據沒有顯示其在不同分子亞型的使用有任何明顯差異。

香港乳癌資料庫第十四號報告（第十四號報告，2022年出版）

— 早期癌症患者的復發風險較低和存活狀況較好，突顯了及早發現乳癌的重要性

《香港乳癌資料庫第十四號報告》利用於2006年至2011年期間確診乳癌的資料庫參加者的數據，研究了本地華裔乳癌患者的十年整體存活期（overall survival）和無遠端復發存活期（distant-disease-free survival）。研究對象的跟進年期中位數為127個月。

患者的估計十年整體存活率為87.7%。第0、I、II、III和IV期的估計十年整體存活率分別為97.1%、94.3%、90.2%、74.0%和26.4%。此結果顯示確診晚期癌症患者的整體存活率較差。年齡組別的差異亦被觀察到，70歲以上患者的整體存活期較差。同時，相比三陰性患者，患有HR陽性HER2陰性亞型的患者的整體存活率較好。

曾接受手術的第0至III期患者的估計十年無遠端復發存活率為90.3%。和初期癌症患者相比，晚期癌症患者的無遠端復發存活率較差。40歲或以下患者的無遠端復發存活率亦較41至50歲患者為差，此結果或與這些患者擁有第三級腫瘤的比例較高有關。然而，不同生物學亞型的無遠端復發存活期的存活曲線沒有發現明顯差異。

總括而言，癌症期數、患者年齡和乳癌生物學亞型均顯示出對存活有顯著的影響。初期乳癌患者癌症復發的風險較低且存活率較高，突出了及早發現乳癌的重要性。

香港乳癌資料庫第十五號報告（第十五號報告，2023年出版）

— 乳癌篩查保性命，醫療費用負擔減

有見早前的報告突顯了及早發現乳癌的重要性，《香港乳癌資料庫第十五號報告》旨在更全面地了解兩種不同的乳癌偵測模式——即自我檢測和乳房X光造影（MMG）篩查——的臨床實況和經濟影響，最終為決策者和專業醫護人員提供優化乳癌護理策略的資料。

回顧性隊列研究（retrospective cohort study）結果顯示，MMG篩查所偵測到的乳癌期數低於自我發現的個案。超過95%經由MMG篩查所偵測到的乳癌個案為早期（0期：33.2%；I期：48.3%；II期：15.3%），只有3.2%屬於第III至IV期。自我檢測的乳癌個案中，5.4%屬於0期，31.5%屬於第I期，44.0%屬於第II期，約20%則被診斷為晚期（III期：17.1%；IV期：1.9%）。另外，經由MMG篩查所偵測到的乳癌患者的整體10年存活率較高，估計為95.7%，而自我檢測的乳癌患者的存活率為88.4%。

透過MMG篩查偵測乳癌可降低確診時的癌症期數，因此所需要的癌症治療方案強度會較低，有助於大幅度降低治療費用。利用馬可夫模型（Markov model）根據本地真實數據估算，與自我檢測相比，經由MMG篩查作偵測的每位患者平均治療費用減少28.4%。整體治療費用從每宗0期乳癌的305,866港元增加至每宗第IV期乳癌的1,366,634港元。在10萬名具有平均風險的40歲婦女群組中，針對不同年齡（40歲、45歲和50歲）開始實施MMG篩查進行模擬推算，研究發現如果從40歲開始使用MMG作乳癌篩查，長遠可挽救27,932個生命年數，並節省總治療費用7.7億港元。

總括而言，經由MMG篩查所偵測到的乳癌個案所需的治療費用較低，從而展示出癌症篩查如何在經濟方面影響本港的醫療系統。本研究的局限性包括只專注於治療費用而未有考慮其他相關費用，以及未能探索過度診斷的情況和對乳癌發病率的長遠影響。

香港乳癌資料庫第十六號報告（第十六號報告，2024年出版）

— 為初診擴散性乳癌患者精準分期可望改善治療

《香港乳癌資料庫第十六號報告》剖析初診擴散性乳癌（de novo metastatic breast cancer，dnMBC），其定義為在初次確診時已出現遠端擴散。根據美國癌症聯合國委員會（AJCC）第八版的乳癌分期，不論擴散程度，任何擴散情況將自動等同於第IV期癌症。本研究有兩個目的：（1）探討求診時已為dnMBC的潛在因素和（2）了解與dnMBC患者的存活結果相關的疾病特徵。

透過比較dnMBC患者（第IV期）與早期乳癌患者（第I至II期）之間多個病人因素的差異，發現76.2% dnMBC患者從未參與任何定期乳房健康管理行為[1]，和42.2%從未參與任何乳房健康管理行為[2]。同時，較多dnMBC患者拖延至症狀出現後三個月或以上才首次求診。相比早期乳癌患者，較多dnMBC患者在確診時有兩個或以上的乳癌症狀，以及出現無痛乳房腫塊以外的症狀，例如乳頭下陷和潰瘍。

另外，本研究探討了dnMBC患者作為一個群組和按不同特徵分組的整體存活狀況。該群組的追蹤時期中位數為50個月，整體存活期中位數為63個月，五年整體存活率為51.8%。按腫瘤的生物學亞型作分析，不同亞型的存活分佈在統計學上沒有顯著差異（$X^2=4.25$, $p=0.236$）。當應用美國Plichta團隊提出的新預後分期系統，根據腫瘤特徵、受體狀況、擴散數目與位置等因素，將患者按三年整體存活率的相近度分類為第IVA期至IVD期，四個分期組別的存活分佈在統計學上有顯著差異（$X^2=14.60$, $p=0.002$）。相比第IVA期和第IVB期患者，第IVD期患者的存活狀況較差（$p<0.008$）。

總括而言，確診dnMBC與患者在症狀出現後延誤求診時間較長和乳房健康管理行為較差，反映出dnMBC患者的乳房健康意識欠佳。因著疾病多樣化的特性，dnMBC患者的存活結果會因為疾病特徵而有異。這些存活結果揭示，同時考慮多個因素，例如受體狀況、擴散的位置與程度，而非單一依賴亞型，能有助更精準地分析dnMBC患者的預後情況。因此有需要將第IV期癌症進一步分類，以便更準確地評估患者預後，並為此類患者制定更有效的個人化治療策略。

註釋：

[1] 定期的定義為每月進行自我乳房檢查或每1-3年進行一次臨床乳房檢查、乳房超聲波和乳房X光造影檢查。

[2] 任何乳房健康管理行為包括自我乳房檢查、臨床乳房檢查、乳房超聲波和乳房X光造影檢查。

香港乳癌資料庫第十七號報告（第十七號報告，2025年出版）

— 乳癌早察覺，復發風險降

為深入了解乳癌遠端復發——又稱復發擴散性乳癌（recurrent metastatic breast cancer，rMBC）——的風險因素，《香港乳癌資料庫第十七號報告》探討了2006年至2013年間確診第I至III期乳癌並接受過乳房手術的患者資料，進行病例對照研究，對比了611名於10年間出現遠端復發的患者和3,619名至少10年內沒有出現任何復發的患者。同時，為探討影響復發時間差異的因素，研究對象根據無轉移間距（metastasis-free interval，MFI）的長度被分為三組作進一步分析：（1）≤24個月；（2）>24-60個月；（3）>60個月。本研究群組的追蹤時間中位數為初次確診後83個月。

研究結果顯示，癌症期數較高、年輕（尤其是40歲以下）、Ki-67指數高、第三級腫瘤或有淋巴血管侵犯的患者，皆存在更高的遠端復發風險（所有$p < 0.001$）。然而，生物學亞型之間的遠端復發風險沒有顯著差異。至於擴散發生時間方面，MFI≤24個月的患者較多有第三級腫瘤或有淋巴結受累的情況。另外，三陰性患者通常較荷爾蒙受體（HR）呈陽性患者更早出現遠端復發。HR+HER2-患者的MFI中位數為58.0個月，HR+HER2+患者為46.0個月，HR-HER2+患者為31.5個月，以及三陰性患者為28.0個月。

此外，研究結果亦顯示，rMBC患者的存活狀況因癌症分期和生物學亞型而存在差異。在HR+HER2-和三陰性患者中，期數較高的患者的整體存活期和無轉移存活期均較差。此外，三陰性患者的三年遠端復發後存活期顯著較差，其中位存活期為14個月，相對於HR+HER2-的30個月明顯較短（$p<0.008$）。

總括而言，癌症期數較高是增加遠端復發風險的主要因素。較高的遠端復發率和較短的MFI與原發腫瘤具侵襲性的臨床病理特徵密切相關，尤其是晚期、較高的腫瘤分級和淋巴結受累。在40歲以下患者中所發現的較高復發風險，突顯了重大的公共衛生缺口，強調了實施有針對性的公共教育計劃以提高乳癌意識的關鍵重要性。

參與香港乳癌資料庫

1. 登記加入資料庫

所有曾患乳癌的人士，不論男女，均可登記加入乳癌資料庫。無論你是剛確診、正接受治療、乳癌已擴散，或已完成療程多年，你的參與對我們都非常重要。

登記程序：

I. 請從以下連結下載並簽署同意書：https://www.hkbcf.org/zh/our_research/main/54

II. 請將填妥的同意書郵寄至香港乳癌資料庫，或經由你的醫生交回。簽署同意書即表示你授權資料庫研究團隊收集你的個人資料，並查閱你的醫療紀錄，以作分析之用。

III. 填妥所提供的問卷。

IV. 資料庫研究團隊將每年聯絡你及你的醫生，以更新你的健康紀錄。跟進資料會透過電郵、郵寄或電話收集。

我們將根據《個人資料（私隱）條例》（香港特別行政區法例第486章）所載的保障資料原則，確保所有收集的資料絕對保密。所有資料只會以不記名方式用作整體分析及研究用途。

2. 訂閱《香港乳癌資料庫報告》

如欲訂閱《香港乳癌資料庫報告》，請發送電郵至hkbcr@hkbcf.org，並提供訂閱人姓名、所屬機構（如適用）、地址、電話號碼及電郵地址。

登記及訂閱查詢：

乳癌研究中心　電話：3143 7353　電郵：hkbcr@hkbcf.org

3. 捐款支持

你的慷慨捐款將支持研究中心持續進行研究，協助加深社會對乳癌的認識，並推動改善香港的乳癌醫護方案。

個人捐款

相關詳情請參閱本會網站：https://www.hkbcf.org/zh/get_involved/donation/

企業捐款

如有意支持我們的研究工作，請發送電郵至prc@hkbcf.org。

捐款查詢：

籌募及傳訊部　電話：3143 7371　電郵：prc@hkbcf.org

鳴謝

項目貢獻與協作人員

本報告由香港乳癌基金會乳癌研究中心撰寫。謹此感謝：

- 參與香港乳癌資料庫的乳癌患者及康復者
- 協助香港乳癌資料庫在全港各區醫院及診所收集資料的人士和機構
- 香港乳癌資料庫督導委員會
- 助理研究員，包括孔朗程醫生、李豪淵教授、李凱琳醫生、勞鈺舫醫生、鄧晴醫生和黃進業醫生，聯同乳癌研究中心進行研究
- 第十八號報告編輯委員會，包括詹佩華女士、林鄭寶玲女士，BBS及李沛基醫生協助編審報告內容

贊助機構 / 捐款者

香港乳癌基金會衷心感謝以下贊助機構/捐款者於2025-2026年支持香港乳癌資料庫：

寶石贊助

MSD

NOVARTIS

珍珠贊助

Daiichi-Sankyo | AstraZeneca

DIAGNOSTIX Group

Pfizer

Roche

及匿名捐贈者

香港乳癌基金會
HK Breast Cancer Foundation

電話： 2525 6033
傳真： 2525 6233
電郵： info@hkbcf.org
網址： www.hkbcf.org
地址 ： 香港北角木星街9號永昇中心22樓

香港乳癌資料庫由香港乳癌基金會策動，是國際腫瘤登記協會成員。
網址： https://www.hkbcf.org/zh/our_research/main/32/