

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

1. 簡介

2.1 本章審視共收集到的16,595個乳癌個案的臨床表現、癌症特性及治療方法。透過分析乳癌的臨床

管理和辨別本地的疾病及治療趨勢，相信這些資料有助於發展和提高對香港乳癌患者的治療水平。

主要分析結果

臨床表現

- ▶ 自己無意中發現是受訪群組中最主要發現乳癌的方式 (83.3%)。相比III期或IV期患者 (分別有3.0%及1.8%)，較多0期或I期的患者 (分別有34.0%及13.4%) 經由乳房X光造影檢查發現。
- ▶ 大部分 (91.9%) 自己無意中發現乳癌的患者都發現她們乳房中出現無痛腫塊。痛楚通常不是乳癌的症狀，只有7.1%患者於發現乳癌時感到乳房痛楚。有部分患者 (8.9%) 感到乳頭有異樣 (例如含分泌物、內陷、泛紅、結鱗或增厚)。
- ▶ 自我發現乳癌的患者在症狀出現後，只有三分之一 (36.1%) 在一個月內首次求醫，有四分之一 (25.3%) 則在三個月或以後才首次求醫。
- ▶ 受訪患者大部分 (91.8%) 患有單側乳癌，而有429名患者在首次確診時患有同時性的雙側乳癌。另有350名患者於首次確診時患有單側乳癌，之後另一邊乳房相繼出現乳癌。
- ▶ 患有入侵性乳癌的患者中，半數 (51.2%) 沒有接受癌症期數檢定為確診及治療的程序之一。接受期數檢定的患者中，最常用的方法是正電子掃描 (45.4%) 及胸部X光和超聲波腹部掃描 (39.5%)。
- ▶ 受訪群組最常見的確診期數是II期 (37.0%)，其次為III至IV期 (16.6%)。有12.0%的患者被診斷為原位乳癌。

癌症特徵

- ▶ 受訪群組中，入侵性乳癌的平均大小為2.2厘米 (標準偏差：±1.5厘米)。47.5%患者的腫瘤大小在2厘米或以上。受訪群組中，經檢查發現的腫瘤大小遠遠小於自己無意中發現的腫瘤，(平均大小：1.2厘米±1.0厘米比2.3厘米±1.5厘米； $p<0.001$)。56.4%的入侵性乳癌患者沒有陽性淋巴結，而33.9%則有至少一個陽性淋巴結 (轉移範圍大於2毫米)。最常見的入侵性乳癌種類是乳腺管癌 (無指定類別) (86.8%)。入侵性乳癌中，79.4%的雌激素受體或黃體酮受體呈陽性，22.5%第二型人類上皮生長素受體 (c-erbB2/HER2) 呈陽性。有11.7%的入侵性乳癌屬於三陰性。
- ▶ 受訪群組中，原位乳癌的平均大小是1.9厘米 (標準偏差：±1.5厘米)，33.8%的腫瘤大於2厘米。在有接受乳房X光造影檢查的原位乳癌患者中，61.4%有微鈣化點。乳腺管癌是原位乳癌的最主要類型 (93.1%)。原位乳癌患者中，81.8%的雌激素受體或黃體酮受體呈陽性，26.7%第二型人類上皮生長素受體 (c-erbB2/HER2) 呈陽性。

治療方法

▶ 在受訪的16,595名患者中，14.2%只在私營醫療機構接受治療，52.1%只在公營醫療機構接受治療，和33.7%曾在公營及私營醫療機構接受治療。

▶ 手術治療

- 受訪患者大部分（97.9%）都接受了手術治療。47.3%在私營醫療機構接受手術，52.7%在公營醫療機構接受手術。
- 在患有入侵性乳癌的患者中，約三分之二（64.7%）接受了乳房切除手術，當中有11.8%接受乳房重建手術。略多於半數入侵性乳癌患者（56.5%）接受了腋下淋巴切除手術，而42.4%患者只進行了前哨淋巴結切片檢查。
- 略少於半數（48.6%）患有原位乳癌的患者接受了乳房切除手術，當中有22.5%接受乳房重建手術。接受淋巴結手術的患者中，有83.8%只接受前哨淋巴結切片檢查，並有11.9%只進行了腋下淋巴切除手術而沒有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患者確診年齡和癌症期數成正比。
- 在淋巴結手術方面，臨床淋巴結狀況呈陽性的患者（15.9%），相比呈陰性的患者較多接受了前哨淋巴結切片檢查而沒有接受腋下淋巴切除手術（55.2%）。接受腋下淋巴切除手術的患者比例與癌症期數成正比。

▶ 放射性治療

- 受訪群組中，三分之二（60.3%）患者接受局部區域性放射性治療。82.5%患者在公營醫療機構接受放射性治療，17.5%患者則在私營醫療機構接受放射性治療。
- 在曾接受乳房保留手術的原位乳癌患者中，94.8%隨後都接受局部區域性放射性治療，

只有3.3%曾接受乳房切除手術的原位乳癌患者隨後接受了局部區域性放射性治療。

- 接受乳房保留手術的入侵性乳癌患者隨後接受局部區域性放射性治療的比例很高：由85.7%的第IV期乳癌患者至98.0%的第III期乳癌患者。另一方面，在曾接受乳房切除手術的入侵性乳癌患者隨後接受局部區域性放射性治療的比例從I期的12.5%增加到III期的94.7%，但比例在第IV期患者則下降至54.2%。
- 在患有轉移性乳癌的患者中，11.7%接受舒緩性放射性治療。其中88.1%接受脊柱放射治療，35.7%接受骨盆放射治療。

▶ 化學治療

- 三分之二（68.2%）患有入侵性乳癌的患者接受了化療。大部分（86.9%）患者在公營醫療機構接受化療，其餘（13.1%）則在私營醫療機構接受化療。
- 在受訪群組中，除第IV期患者外，接受化療的患者比例與癌症期數成正比。相反，87.3%第IV期患者接受了舒緩性化療。另外，手術前的前置化療的使用比例隨着癌症期數上升而增加，由第I期的0.2%遞增至第III期的26.9%。

▶ 內分泌治療

- 受訪群組中，67.6%患者曾接受內分泌治療。90.8%患者在公營醫療機構接受內分泌治療，9.2%則在私營醫療機構接受內分泌治療。
- 只有11.6%的原位乳癌患者接受內分泌治療。相反，超過75%入侵性乳癌患者接受內分泌治療。



▶ 抗第二型人類上皮生長素受體靶向治療

- 在3,072名患有第二型人類上皮生長素受體呈陽性的入侵性乳癌患者中，1,878人(61.1%)接受了抗第二型人類上皮生長素受體靶向治療。大部分(89.9%)受訪患者在公營醫療機構接受抗第二型人類上皮生長素受體靶向治療，10.1%則在私營醫療機構接受。
- 使用抗第二型人類上皮生長素受體靶向治療的比率與癌症期數成正比。

▶ 綜合治療

- 綜合使用多種療法能夠有效治療乳癌。一般而言，治療數目與癌症期數成正比。

▶ 輔助及另類療法

- 受訪群組中的6,378名(38.4%)患者接受了輔助及另類療法。當中64.5%患者採用傳統的中醫中藥治療。

患者現況

- ▶ 患者的平均跟進年期為4.2年，中位數則為3.7年。
- ▶ 受訪群組中有695名(4.7%)患者曾出現復發，1.4%只出現局部區域性復發，2.1%只出現遠端復發，1.3%則同時或先後出現局部區域性及遠端復發。
- ▶ 最常見的局部區域復發部位是胸壁(35.2%)及乳房(31.6%)。出現遠端復發時，最常受影響器官是骨(56.7%)，其次是肺(49.0%)和肝(40.1%)。

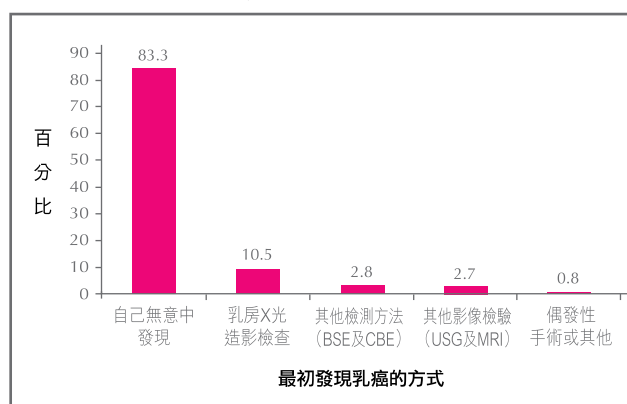
II. 臨床表現

2.2 受訪群組中，無意中自我發現是主要最初發現乳癌的方式(83.3%) (圖2.1)。相對而言，群組中較少患者是通過醫療機構協助的檢查方法發現癌症的，這些方法包括臨床乳房檢查、乳房X光造影檢查和乳房超聲波檢查。美國一項研究，發現有43%的乳癌個案都是經由乳房X光造影檢查發現的，³¹ 有關比例遠高於受訪群組(10.5%)。

2.3 若按患者接受的醫療服務種類來分析最初發現乳癌的方式，受訪群組中，使用公營醫療服務或混合使用公私營醫療服務的患者，相比使用私營醫療服務的，較多是經由無意中自我檢查發現乳癌。另一方面，使用私營醫療服務的患者，相比使用公營或混合使用公私營醫療服務的患者，則有較多是經由乳房X光造影檢查發現乳癌(表2.1)。

2.4 研究發現當患者或醫療人員都觀察不到任何乳癌跡象或症狀時，乳房X光造影檢查能有效檢測早期乳癌。³² 受訪群組中，經由乳房X光造影檢查發現的入侵性乳癌比例（6.8%）遠低於原位乳癌（34.6%）（表2.2）。此外，較多0期或I期的患者是經由乳房X光造影檢查發現（分別為34.0%和13.4%），遠高於III期或IV期的患者（分別為3.0%和1.8%）。超過90%屬於IIB期，III期或IV期患者都是經由無意中發現（表2.3）。

圖2.1：受訪群組最初發現乳癌的方式
（人數 = 15,673）



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

表2.1：按醫療服務種類分析最初發現乳癌的方式（人數 = 15,673）

最初發現乳癌的方式	私營醫療服務使用者 (人數 = 2,215)		公營醫療服務使用者 (人數 = 8,173)		混合公私營醫療服務 使用者 (人數 = 5,285)	
	人數	(%)	人數	(%)	人數	(%)
自己無意中發現	1,622	(73.2)	6,893	(84.3)	4,540	(85.9)
乳房X光造影檢查	340	(15.3)	900	(11.0)	399	(7.5)
其他檢測方法 (BSE及CBE)	80	(3.6)	205	(2.5)	158	(3.0)
其他影像檢驗 (USG及MRI)	148	(6.7)	114	(1.4)	156	(3.0)
偶發性手術或其他	25	(1.1)	61	(0.7)	32	(0.6)

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

表2.2：按癌症種類分析最初發現乳癌的方式（人數 = 15,663）

最初發現乳癌的方式	癌症種類，人數 (%)	
	原位癌 (人數 = 2,072)	入侵性乳癌 (人數 = 13,591)
自己無意中發現	1,147 (55.4)	11,900 (87.6)
乳房X光造影檢查	716 (34.6)	921 (6.8)
其他檢測方法 (BSE 及 CBE)	68 (3.3)	375 (2.8)
其他影像檢驗 (USG 及 MRI)	115 (5.6)	303 (2.2)
偶發性手術或其他	26 (1.3)	92 (0.7)

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

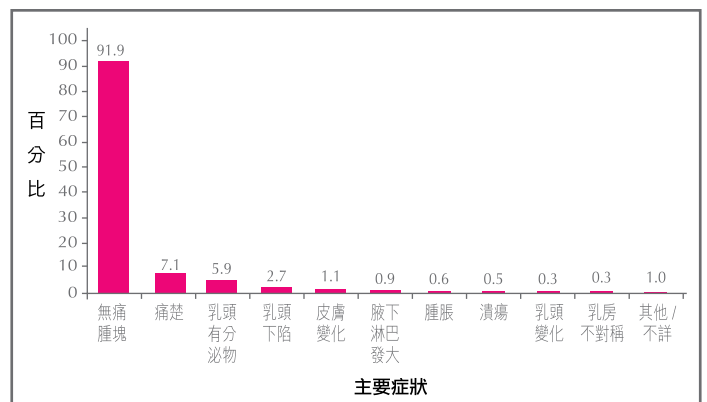
表2.3：按癌症期數分析最初發現乳癌的方式（人數 = 15,146）

最初發現乳癌的方式	癌症期數，人數 (%)					
	0 期 (人數=1,891)	I 期 (人數=4,840)	IIA 期 (人數=3,859)	IIB 期 (人數=1,942)	III 期 (人數=2,230)	IV 期 (人數=384)
自己無意中發現	1,079 (57.1)	3,784 (78.2)	3,459 (89.6)	1,823 (93.9)	2,086 (93.5)	358 (93.2)
乳房X光造影檢查	643 (34.0)	649 (13.4)	201 (5.2)	45 (2.3)	67 (3.0)	7 (1.8)
其他檢測方法 (BSE及CBE)	63 (3.3)	171 (3.5)	104 (2.7)	40 (2.1)	38 (1.7)	11 (2.9)
其他影像檢驗 (USG及MRI)	89 (4.7)	197 (4.1)	73 (1.9)	26 (1.3)	19 (0.9)	5 (1.3)
偶發性手術或其他	17 (0.9)	39 (0.8)	22 (0.6)	8 (0.4)	20 (0.9)	3 (0.8)

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

2.5 大部分 (91.9%) 無意中自我發現癌症的患者都發現她們乳房中出現無痛腫塊。痛楚通常不是乳癌的症狀，在受訪患者群組中只有 7.1% 在發現癌症時感到乳房痛楚。有 8.9% 的患者表示乳頭有變化 (例如乳頭有分泌物、乳頭下陷、紅腫、出現鱗片狀或乳頭變厚) (圖2.2)。

圖2.2：患者自己無意中發現乳癌的主要症狀 (人數 = 13,055)



*只限於自己發現症狀的患者

A. 由出現症狀到首次求醫相隔的時間

- 2.6 延誤求醫時間越長，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。³³ 受訪群組中，自我發現乳癌的患者在發現症狀後，只有三分之一（36.1%）在一個月內首次求醫，四分之一（25.3%）在三個月或以後才首次求醫（表2.4）。
- 2.7 受訪群組中，有42.8%的私營醫療服務使用者於出現症狀後一個月內首次求醫，比例高於公營醫療服務使用者（30.5%）（表2.5）。

表2.4：無意中發現乳癌的患者出現症狀至首次求醫相隔的時間（人數 = 3,423）

	人數	(%)
少於一個月	1,236	(36.1)
1-3個月	1,319	(38.5)
4-12個月	515	(15.0)
超過12個月	353	(10.3)

表2.5：按醫療服務種類分析無意中發現乳癌的患者出現症狀至首次求醫相隔的時間（人數 = 3,423）

	私營醫療服務使用者 (人數 = 642)		公營醫療服務使用者 (人數 = 1,634)		混合公私營醫療服務 使用者(人數 = 1,147)	
	人數	(%)	人數	(%)	人數	(%)
少於一個月	275	(42.8)	499	(30.5)	462	(40.3)
1-3個月	235	(36.6)	630	(38.6)	454	(39.6)
4-12個月	78	(12.1)	308	(18.8)	129	(11.2)
超過12個月	54	(8.4)	197	(12.1)	102	(8.9)

2.8 相比那些在出現症狀後12個月內求醫的患者，較多在超過12個月後才求醫的患者（13.1%）被確診IV期癌症（表2.6）。

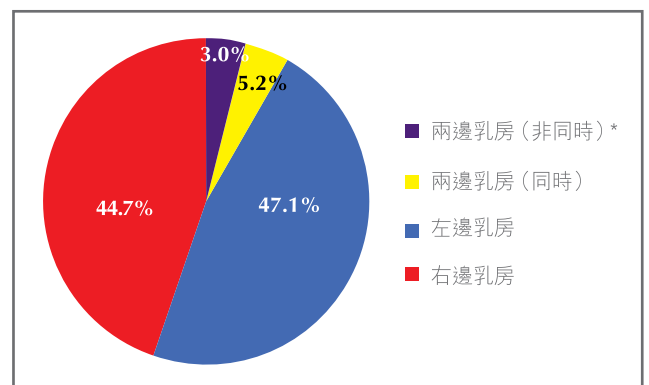
表2.6：無意中發現乳癌的患者出現症狀至首次求醫相隔的時間與癌症期數的關係（人數 = 3,000）

癌症期數	出現症狀至首次求醫相隔的時間，人數 (%)			
	少於1個月 (人數 = 1,089)	1-3個月 (人數 = 1,174)	4-12個月 (人數 = 440)	超過12個月 (人數 = 297)
I期	398 (36.5)	356 (30.3)	121 (27.5)	77 (25.9)
IIA期	361 (33.1)	389 (33.1)	132 (30.0)	66 (22.2)
IIB期	162 (14.9)	188 (16.0)	76 (17.3)	51 (17.2)
III期	151 (13.9)	203 (17.3)	92 (20.9)	64 (21.5)
IV期	17 (1.6)	38 (3.2)	19 (4.3)	39 (13.1)

III. 癌症特徵

2.9 乳癌可以發生在一邊（單側）或兩邊（雙側）乳房。受訪群組大部分（91.8%）患有單側乳癌，而5.2%的患者（人數 = 429）在首次確診時患有雙側乳癌（圖2.3）。151名（1.8%）患者在首次確診原發性乳癌之後，在中位數3.0年（時間範圍：0.6年 – 10.1年）後另一邊乳房相繼出現乳癌。此外，有199名患者亦患有非同時性雙側乳癌，但由於她們在2006年前首次確診乳癌，本報告只包括了在2006年或之後第二次確診的資料。

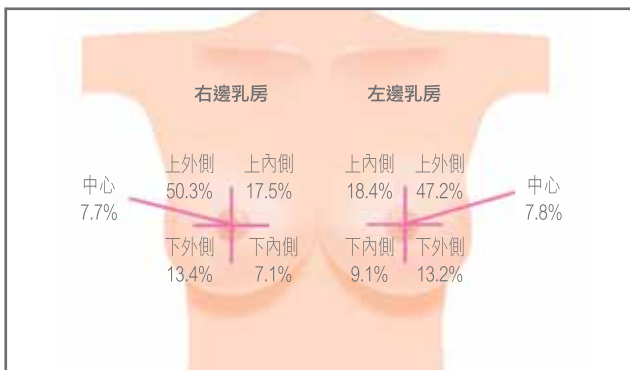
圖2.3：16,595名患者乳癌的發病位置



* 包括199名患者於2006年之前首次確診乳癌，並於2006年之後發現另一邊乳房相繼出現乳癌。（本報告只包括這些患者於2006年或之後第二次確診的資料）

2.10 圖2.4顯示乳癌出現部位。受訪患者群組中，大約半數乳癌出現在右或左邊乳房的上外側（分別為50.3%及47.2%）。

圖2.4：乳癌的位置（人數 = 16,595）



* 乳癌位置包括多中心性腫瘤的數據

A. 乳癌診斷測試

2.11 乳癌的診斷測試有兩種：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。診斷性乳房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）。乳房磁力共振掃描通常用於已經確診乳癌的婦女，檢查癌症在她們乳房的擴散程度。

2.12 受訪群組有大約85.3%使用乳房X光造影，79.8%使用乳房超聲波檢查，只有9.4%使用磁力共振掃描來診斷癌症（表2.7）。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BIRAD 4級或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，例如進行活組織切片檢查。

表2.7：乳房影像檢驗的敏感度及診斷結果（人數 = 16,595）

	乳房X光造影檢查 (人數 = 14,158)	乳房超聲波檢查 (人數 = 13,236)	磁力共振掃描 (人數 = 1,560)
患者使用率	85.3%	79.8%	9.4%
整體敏感度*	83.3%	91.1%	96.7%
BIRADS 類別			
確診 / 惡性 (BIRADS 5)	4,579 (32.3%)	4,923 (37.2%)	1,236 (79.2%)
懷疑不正常 (BIRADS 4)	7,209 (50.9%)	7,133 (53.9%)	272 (17.4%)
可能良性 (BIRADS 3)	769 (5.4%)	721 (5.4%)	25 (1.6%)
良性 (BIRADS 2)	573 (4.0%)	210 (1.6%)	11 (0.7%)
正常 (BIRADS 1)	941 (6.6%)	241 (1.8%)	15 (1.0%)
不完整 (BIRADS 0)	87 (0.6%)	8 (0.1%)	1 (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）除以接受檢驗的個案總數

2.13 在乳房X光造影呈現BIRADS 4或5級的患者當中，63.9%患者的檢測顯示有陰影，50.0%則出現微鈣化現象（表2.8）。乳房X光造影的乳房密度會影響乳房X光造影的敏感度，密度不均勻的乳房可能掩蔽了細小的硬塊，而密度極高的乳房則會降低乳房X光造影的敏感度。受訪群組中三

分之二（69.3%）患者有密度不均勻的異質密度乳房，而6.5%則有極高密度乳房（圖2.5）。乳房的密度會隨婦女的年齡上升而下降。乳房密度極高的患者比例，由20-29歲的14.6%下降到70歲以上的1.5%（表2.9）。

表2.8：以乳房X光造影檢查確診的患者檢查結果
（人數 = 11,788）

	人數	(%)
陰影	7,533	(63.9)
微鈣化點	5,890	(50.0)
乳腺結構異常	1,743	(14.8)
不對稱密度	986	(8.4)
其他	526	(4.5)

圖2.5：以乳房X光造影檢查確診的患者乳房密度
（人數 = 8,463）

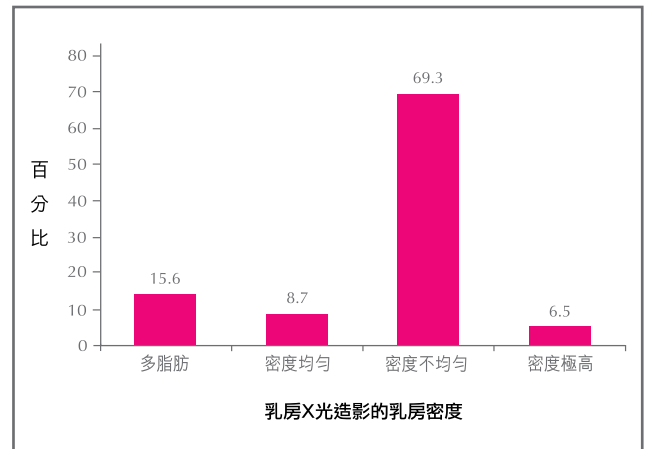


表2.9：按年齡組別分析以乳房X光造影檢查確診的患者乳房密度（人數=8,183）

乳房密度	年齡組別，人數 (%)					
	20-29 (人數=48)	30-39 (人數=672)	40-49 (人數=2,503)	50-59 (人數=2,803)	60-69 (人數=1,547)	70+ (人數=610)
多脂肪	3 (6.3)	45 (6.7)	221 (8.8)	424 (15.1)	351 (22.7)	213 (34.9)
密度均勻	2 (4.2)	23 (3.4)	150 (6.0)	257 (9.2)	186 (12.0)	90 (14.8)
密度不均勻	36 (75.0)	529 (78.7)	1,908 (76.2)	1,964 (70.1)	954 (61.7)	298 (48.9)
密度極高	7 (14.6)	75 (11.2)	224 (8.9)	158 (5.6)	56 (3.6)	9 (1.5)

2.14 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。標準醫療程序都會在手術前進行切片檢查以確定乳房病變是否惡性。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少的取樣方法，故較常使用，相反，移除較多乳房組織的切除式切片檢查則較為少用。受訪患者群組當

中，85.3%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，3,566人（25.2%）僅接受幼針穿刺活組織抽取檢查，7,442人（52.5%）僅接受粗針活組織切片檢查，3,154人（22.3%）則曾接受兩種檢查，只有10.8%患者接受切除式切片檢查。切除式切片檢查有最高的100%敏感度，其次是粗針活組織切片檢查（98.9%）及幼針穿刺活組織抽取檢查（91.7%）（表2.10）。

表2.10：乳癌活組織檢測的敏感度及診斷結果（人數 = 16,595）

	幼針穿刺活組織 抽取檢查 (人數=6,720)	粗針活組織 切片檢查 (人數=10,596)	切除式 切片檢查 (人數=1,797)
患者使用率比例	40.5%	63.9%	10.8%
整體敏感度*	91.7%	98.9%	100.0%
等級			
確診 / 惡性 (等級V)	4,255 (63.3%)	10,110 (95.4%)	1,797 (100.0%)
懷疑不正常 (等級IV)	1,092 (16.3%)	181 (1.7%)	—
可能良性 (等級III)	815 (12.1%)	186 (1.8%)	—
良性 (等級II)	278 (4.1%)	84 (0.9%)	—
正常 (等級I)	280 (4.2%)	35 (0.3%)	—
不完整 (等級0)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	—

* 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. 確定乳癌期數的方法

- 2.15 癌症期數檢定是在確診乳癌後，進行手術前找出癌症擴散程度的程序。臨床淋巴結呈陽性或患有局部晚期乳癌患者常接受癌症期數檢定。只有接受胸部X光掃描會歸納為沒有足夠的癌症期數檢定，及沒有計算在這部份內。
- 2.16 患有入侵性乳癌的受訪患者中，半數(51.2%)沒有接受癌症期數檢定為治療的程序之一。有接受期數檢定為治療程序之一的患者之中，最常用的方法是正電子掃描(45.4%)，而39.5%患者接受

胸部X光及超聲波腹部掃描(表2.11)。美國國家綜合癌症網絡於2010年發佈的臨床指引不建議初期乳癌患者(包括I期、II期或可動手術的III期乳癌)使用正電子掃描來斷定癌症的擴散程度，³⁴這是因為對於明顯為早期的癌症，正電子掃描在檢測淋巴結狀況及遠端擴散的敏感度及準確度較低。不過，在受訪患者群組中，卻有17.6%的I期和36.0%的IIA期患者曾接受正電子掃描來斷定她們的癌症期數(表2.12)。

表2.11：7,016名入侵性乳癌患者檢定乳癌期數的方法

乳癌期數檢定方法	人數	(%)
正電子掃描	3,183	(45.5)
胸部X光及超聲波腹部掃描	2,770	(39.5)
電腦掃描(不同身體部位)*	430	(6.1)
骨骼掃描	218	(3.1)
磁力共振掃描(整個身體)	92	(1.3)
其他(如：骨骼X光掃描)	147	(2.1)
不詳	939	(13.4)

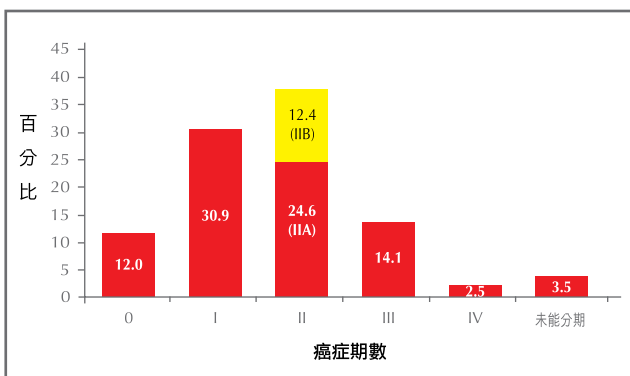
* 身體部位包括腹部、喉部、盆骨、腦部或整個身體

表2.12：不同期數患者使用正電子掃描作確定乳癌期數的方法(人數 = 7,016)

	癌症期數，人數(%)						總數
	I期	IIA期	IIB期	III期	IV期	未能分期	
使用正電子掃描的患者	335 (17.6%)	618 (36.0%)	549 (50.8%)	1158 (69.0%)	326 (86.5%)	197 (67.4%)	3,185 (45.4%)

2.17 本報告使用美國癌症聯合委員會 (AJCC) 有關乳癌的《癌症期數》(2018年第八版)³⁵來斷定受訪患者的癌症期數。這個指引共有兩類癌症分期方法：解剖期數及預後期數。解剖期數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)及遠端擴散(M)的資料來斷定癌症期數。預後期數除了使用解剖腫瘤的資料(即TNM分組)外，還會考慮其他因素，包括腫瘤的級別，生物學特徵(第二型人類上皮生長素受體，雌激素受體，黃體酮受體)及基因測試來斷定癌症期數。儘管由2018年起，該指引推薦使用預後期數用於患者護理及報告美國所有癌症患者，本報告並沒有採用。原因在於本報告的受訪群組大多在2006-2016年間確診，而醫護人員是根據當時常使用的解剖期數來決定患者的治療方案。請注意TNM分組在第七及第八版裡只有很少的改變。受訪群組中，最常見的確診期數是II期(37.0%)，16.6%被診斷為III至IV期，而12.0%則被診斷為原位乳癌(圖2.6)。

圖 2.6：確診時的癌症期數 (人數 = 16,595)

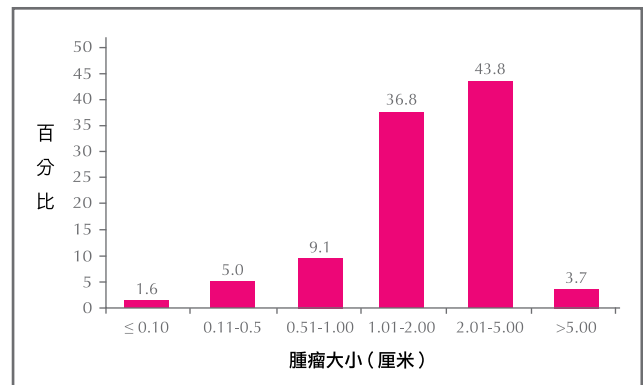


2.18 在我們分析的16,595宗乳癌病例中，16,440宗具有可用的病理學數據，用作分析以下癌症特徵。14,234名病人(86.6%)患有入侵性癌症，2,194名病人(13.3%)患有原位癌。12宗病例(0.1%)是屬於隱匿性原發乳癌。

C. 入侵性乳癌的特徵

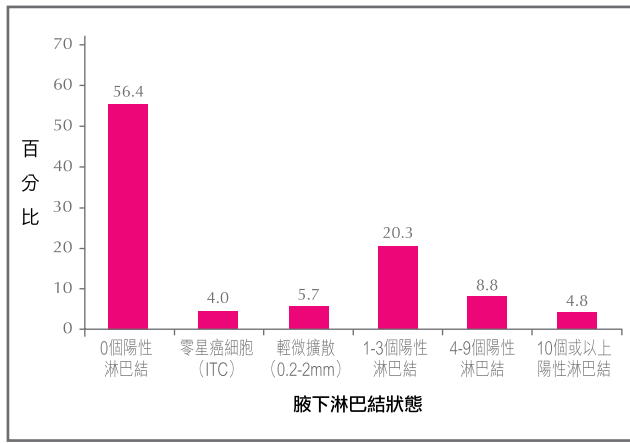
2.19 受訪群組當中，入侵性乳癌的平均大小為2.2厘米(範圍：0.01–23.5厘米；標準偏差：±1.5厘米)。15.7%患者的腫瘤大小屬於1厘米或以下，而屬於2-5厘米的則有43.8%(圖2.7)。經乳房X光造影檢查發現的腫瘤大小遠遠小於無意中自我發現的腫瘤(平均大小：1.2±1.0厘米比2.3±1.5厘米；p值<0.001)。

圖2.7：入侵性乳癌個案的腫瘤大小(厘米)分佈 (人數 = 12,213)



2.20 淋巴結有否受癌細胞影響是決定乳癌期數的一個因素。患者受影響的淋巴結越多，癌症期數就越高。受訪罹患入侵性乳癌的患者當中，56.4%腋下沒有陽性淋巴結，4.0%患者的淋巴結有零星癌細胞，5.7%有微轉移(轉移範圍>0.2毫米到≤2毫米)，而33.9%腋下則有至少一個陽性淋巴結(轉移範圍大於2毫米)(圖2.8)。

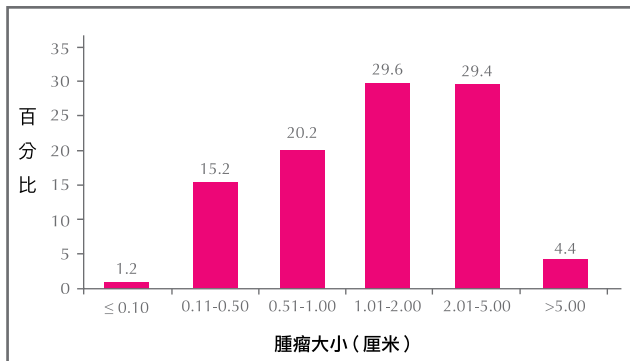
圖2.8：入侵性乳癌個案的腋下淋巴結狀態
(人數 = 13,904)



D. 原位乳癌特徵

2.21 受訪群組中，原位乳癌的平均大小是1.9厘米（範圍：0.02－10.0厘米；標準偏差： ± 1.5 厘米）。36.6%患者的腫瘤屬於1厘米或以下；29.4%的腫瘤大小在2-5厘米之間（圖2.9）。只有少部分患者（4.4%）的原位乳癌大於5.0厘米。在有接受乳房X光造影檢查的原位乳癌個案裡，有61.4%有微鈣化點。

圖2.9：原位乳癌個案的腫瘤大小（厘米）分佈
(人數 = 1,781)



IV. 組織學及生物學特徵

2.22 乳癌包含多種不同的病理學亞型，在顯微鏡下有顯著不同的外觀。乳癌的組織學為患者的預後情況提供了有價值的資料。它與其他數據，包括腫瘤大小、級別、淋巴結狀況、荷爾蒙受體狀況和第二期人類上皮生長素受體的狀況，可以幫助預測復發的可能性及對治療的反應。

A. 入侵性乳癌

2.23 表2.13顯示受訪患者群組中的入侵性乳癌的組織學特性、級別、多灶性及多中心性。最常見的種類是入侵性乳腺管癌（沒指定類別）（86.8%）。

表2.13：入侵性乳癌的組織學分類、級別、腫瘤的多灶性及多中心性（人數 = 14,234）

組織學類別	人數	(%)		人數	(%)
入侵性乳腺管癌（沒指定類別）	12,351	(86.8)	級別		
乳小葉癌	521	(3.7)	第1級	2,301	(16.2)
黏液性癌（膠態）	480	(3.4)	第2級	5,645	(39.7)
乳突狀癌	146	(1.0)	第3級	4,560	(32.0)
管狀癌	92	(0.7)	資料不詳	1,728	(12.1)
髓狀癌	75	(0.5)	淋巴管入侵	3,968	(27.9)
微小乳突狀癌	61	(0.4)	腫瘤多灶性	1,384	(9.7)
臨界性/惡性葉狀莖瘤	58	(0.4)	腫瘤病灶數目		
乳線管及乳小葉混合型	58	(0.4)	2	710	(51.3)
化生癌	52	(0.4)	3-4	238	(17.2)
神經內分泌癌	25	(0.2)	≥5	129	(9.3)
腺樣囊性癌	17	(0.1)	資料不詳	306	(22.1)
大汗腺癌	16	(0.1)	腫瘤多中心性	418	(2.9)
乳頭柏哲氏病	8	(0.1)	涉及乳房範圍		
管狀小葉癌	7	(<0.1)	2	356	(85.2)
篩狀癌	5	(<0.1)	3	23	(5.5)
炎性癌	4	(<0.1)	4	18	(4.3)
鱗狀細胞癌	3	(<0.1)	資料不詳	21	(5.0)
脂性癌	2	(<0.1)			
肉瘤	2	(<0.1)			
乳腺分泌癌	2	(<0.1)			
其他（如混合類型）	135	(0.9)			
資料不詳	114	(0.8)			

2.24 表2.14顯示受訪群組中入侵性乳癌的生物學特徵。其中13,843名是罹患入侵性乳癌的患者而又曾經接受雌激素或黃體酮受體的狀況測試的，超過四分之三（79.4%）的雌激素受體或黃體酮受體呈陽性。癌細胞中的第二型人類上皮生長素受體基因有過度表現與某些類型的乳癌有關。免疫組織化學染色法（IHC）呈3分的患者屬於第

二型人類上皮生長素受體呈陽性，0分或1分則為陰性。IHC呈2分的患者會再接受原位雜合技術（ISH）的測試，ISH呈陽性的，也屬於第二型人類上皮生長素受體呈陽性。受訪群組中，3,098人（22.5%）的入侵性乳癌的第二型人類上皮生長素受體（c-erbB2/HER2）呈陽性。

表2.14：入侵性乳癌的生物學特性（人數 = 14,234）

	人數	(%)
雌激素受體 (ER) (97.2%患者接受測試)		
呈陽性	10,769	(77.8)
呈陰性	3,069	(22.2)
黃體酮受體 (PR) (96.9%患者接受測試)		
呈陽性	9,043	(65.5)
呈陰性	4,756	(34.5)
第二型人類上皮生長素受體 (93.9%患者接受測試)		
呈陽性 (IHC 3分)	2,820	(20.5)
呈輕微陽性 (IHC 2分) ISH 測試呈陽性	278	(2.0)
呈輕微陽性 (IHC 2分) ISH 測試呈輕微陽性	117	(0.9)
呈輕微陽性 (IHC 2分) ISH 測試呈陰性	2,328	(17.0)
呈輕微陽性 (IHC 2分) 沒有接受ISH 測試	1,676	(12.2)
呈陰性 (IHC 0/1分)	6,510	(47.4)
Ki-67指數 (55.1%患者接受測試)		
<14%	2,928	(36.9)
≥14%	4,997	(63.1)

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

2.25 乳癌並非單一疾病，我們可以用免疫組織化學染色法去測試在表2.14所列明的生物學指標，而將乳癌分為不同生物學亞型。³⁶綜合檢視這些生物學

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以癌症期數分析受訪患者群組的生物學亞型的資料詳見表2.15。

表2.15：以癌症期數分析入侵性腫瘤的生物學亞型（人數 = 13,355）

生物學亞型	癌症期數，人數 (%)					總數
	I	IIA	IIB	III	IV	
管腔A型*	2,323 (27.1)	653 (16.7)	297 (15.0)	263 (11.8)	32 (9.2)	2,568 (19.2)
管腔B型 (第二型人類上皮生長素受體呈陰性) #	833 (17.1)	812 (20.8)	401 (20.3)	390 (17.5)	39 (11.2)	2,475 (18.5)
管腔A/B型 (第二型人類上皮生長素受體呈陰性) †	1,329 (27.2)	982 (25.1)	549 (27.7)	560 (25.1)	98 (28.1)	3,518 (26.3)
管腔B型 (第二型人類上皮生長素受體呈陽性) ^	550 (11.3)	548 (14.0)	316 (16.0)	523 (23.4)	101 (28.9)	2,038 (15.3)
第二型人類上皮生長素受體呈陽性 ※	376 (7.7)	345 (8.8)	168 (8.5)	253 (11.3)	48 (13.8)	1,190 (8.9)
三陰性 §	468 (9.6)	573 (14.6)	249 (12.6)	245 (11.0)	31 (8.9)	1,566 (11.7)
總和	4,879 (36.5)	3,913 (29.3)	1,980 (14.8)	2,234 (16.7)	349 (2.6)	13,355 (100.0)

* 管腔A型：ER和/及PR+、HER2-及Ki-67指數低 (<14%)

管腔B型 (第二型人類上皮生長素受體呈陰性)：ER和/及PR+、HER2-及Ki-67指數高 (≥14%)

† 管腔A/B型 (第二型人類上皮生長素受體呈陰性)：ER和/及PR+、HER2-及Ki67指數不詳

^ 管腔B型 (第二型人類上皮生長素受體呈陽性)：ER和/及PR+、HER2+及任何Ki-67指數

※ 第二型人類上皮生長素受體呈陽性：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

B. 原位乳癌

2.26 表2.16顯示受訪群組的原位乳癌的組織學特性、級別、多灶性和多中心性。乳腺管癌是原位乳癌最常見的類型(93.1%)。

表2.16： 原位癌個案的組織學分類、級別、腫瘤的多灶性及多中心性(人數 = 2,194)

	人數	(%)
組織學類別		
乳腺管癌	2,042	(93.1)
混合癌	56	(2.6)
乳突狀癌	40	(1.8)
囊內乳頭狀癌	16	(0.7)
包裹性乳頭狀癌	10	(0.5)
大汗腺癌	6	(0.3)
神經內分泌癌	3	(0.1)
微小乳突狀癌	1	(<0.1)
資料不詳	20	(0.9)
壞疽	710	(32.4)
核級別		
低	541	(24.7)
中度	687	(31.3)
高	793	(36.1)
資料不詳	173	(7.9)
腫瘤多灶性	251	(11.4)
腫瘤病灶數目		
2	113	(45.0)
3	20	(8.0)
4或以上	9	(3.6)
資料不詳	109	(43.4)
多中心性	49	(2.2)
涉及乳房範圍		
2	41	(83.7)
3	2	(4.1)
資料不詳	6	(12.2)

2.27 表2.17列出受訪群組中原位乳癌的生物學特性。其中有1,514名罹患原位乳癌的患者而又曾經接受雌激素或黃體酮受體的狀況測試的，81.8%的雌激素受體或黃體酮受體呈陽性。472名患者的第二型人類上皮生長素受體呈HER2分，當中兩名患者在ISH測試呈陽性，因此共有365名(26.7%)原位乳癌患者的第二型人類上皮生長素受體(c-erbB2/HER2)呈陽性。

表2.17： 原位癌個案的生物學特性(人數 = 2,194)

	人數	(%)
雌激素受體 (ER) (69.0%患者接受測試)		
呈陽性	1,220	(80.8)
呈陰性	291	(19.2)
黃體酮受體 (PR) (67.5%患者接受測試)		
呈陽性	1,066	(72.0)
呈陰性	414	(28.0)
第二型人類上皮生長素受體 (62.3%患者接受測試)		
呈陽性 (IHC 3分)	363	(26.6)
呈輕微陽性 (IHC 2分)	472	(34.5)
呈陰性 (IHC 0 / 1分)	532	(38.9)
Ki-67指數 (39.2%患者接受測試)		
< 14%	535	(63.8)
≥ 14%	303	(36.2)

ISH：免疫組織化學染色法

V. 治療方法

2.28 受訪16,595名患者之中，14.2%只在私營醫療機構接受治療，52.1%只在公營醫療機構接受治療。大約三分之一(33.7%)的患者曾在公營及私營醫療機構接受治療。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、化學治療、抗第二型人類上皮生長素受體靶向治療、內分泌治療和放射性治療。然而，患有原位乳癌的患者較少需用入侵性的治療方案，包括手術治療、內分泌治療和放射性治療。原位乳癌的患者普遍不需要接受化學治療和抗第二型人類上皮生長素受體靶向治療。這些治療方法，除手術外，可根據確時的癌症階段，分為輔助性(手術後進行)，前置性(手術前進行)，或舒緩性(已有遠端擴散)。

A. 手術治療

2.29 手術可說是治療入侵性及原位乳癌的最關鍵「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。接受乳房保留手術加上隨後的放射性治療的患者，在存活率上與只接受乳房切除手術的患者相近。進行乳房切除手術的婦女可以考慮同時或稍後接受乳房重建手術。

2.30 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或腋下淋巴切除手術。臨床淋巴結狀況呈陰性

的患者會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。這是為了預防因為大量腋下淋巴結被切除後所引發的問題，如淋巴水腫。

2.31 受訪群組當中，47.3%在私營醫療機構接受手術，52.7%在公營醫療機構接受手術。

2.32 大部分(99.1%)患有原位乳癌的患者都接受了手術治療。當中約半數(50.3%)接受了乳房保留手術，241名患者(22.5%)在乳房切除手術後接受了乳房重建手術。有三分之一(32.8%)患者沒有接受淋巴結手術。接受淋巴結手術的患者中，有83.8%只接受前哨淋巴結切片檢查，並有11.9%只進行了腋下淋巴切除手術而沒有接受前哨淋巴結切片檢查。

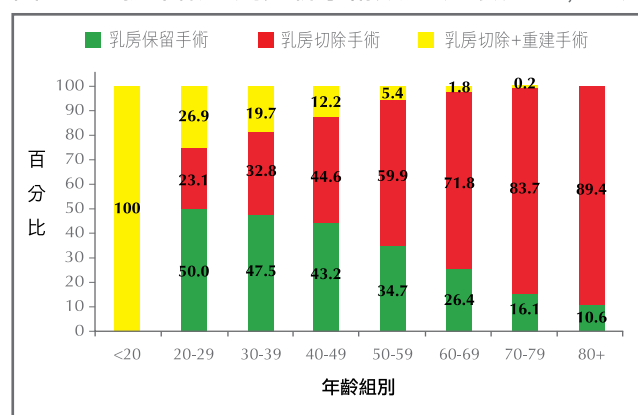
2.33 在患有入侵性乳癌的患者中，大部分(97.8%)接受了手術治療。有三分之二入侵性乳癌患者(64.7%)接受了乳房切除手術，只有32.8%接受了乳房保留手術。在接受乳房切除手術的患者當中，只有11.8%接受即時或稍後乳房重建手術，而最普遍的乳房切除手術是橫向腹直肌肌皮瓣(TRAM瓣)(69.7%)(表2.18)。接近所有入侵性乳癌患者(96.3%)接受了淋巴結手術，當中超過半數患者(56.5%)進行了腋下淋巴切除手術，而42.4%患者只進行了前哨淋巴結切片檢查。

表2.18：手術的種類（人數 = 16,583）

	入侵性乳癌患者 (人數=14,384)		原位乳癌患者 (人數=2,199)	
	人數	(%)	人數	(%)
沒有做手術	280	(1.9)	19	(0.9)
乳房保留手術	4,714	(32.8)	1,106	(50.3)
乳房切除手術	9,309	(64.7)	1,069	(48.6)
只進行淋巴結手術	13	(0.1)	0	(0.0)
手術類別不詳	25	(0.2)	4	(0.2)
有否進行手術不詳	43	(0.3)	1	(<0.1)
乳房切除手術種類 (人數 = 10,378)				
全乳切除手術	8,790	(94.4)	930	(87.0)
保留皮膚切除手術	376	(4.0)	105	(9.8)
保留乳暈切除手術	15	(0.2)	4	(0.4)
保留乳頭切除手術	105	(1.1)	28	(2.6)
種類不詳	23	(0.2)	2	(0.2)
乳房重建手術種類 (人數 = 1,336)				
橫向腹直肌皮瓣 (TRAM瓣)	763	(69.7)	147	(61.0)
植入物	169	(15.4)	71	(29.5)
LD瓣	89	(8.1)	12	(5.0)
LD瓣及植入物	52	(4.7)	10	(4.1)
種類不詳	22	(2.0)	1	(0.4)
淋巴結手術 (人數 = 15,327)				
前哨淋巴結切片	5,875	(42.4)	1,237	(83.8)
腋下淋巴切除	5,538	(40.0)	176	(11.9)
前哨淋巴結切片及腋下淋巴切除	2,288	(16.5)	48	(3.2)
種類不詳	149	(1.1)	16	(1.1)

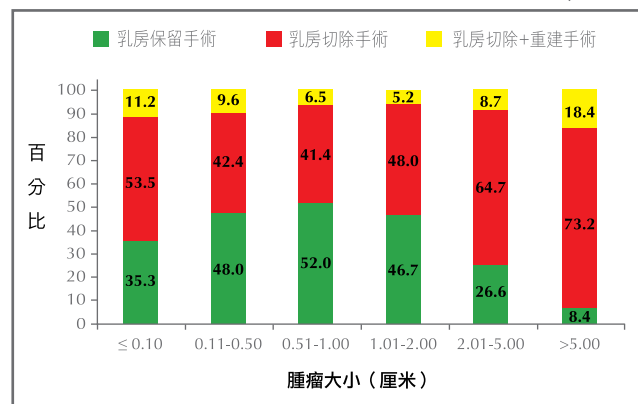
2.34 接受乳房切除手術的患者百分比與年齡成正比，而接受乳房切除及重建手術的百分比則與年齡成反比（圖2.10）。

圖2.10：按年齡組別分析手術類型（人數 = 15,597）



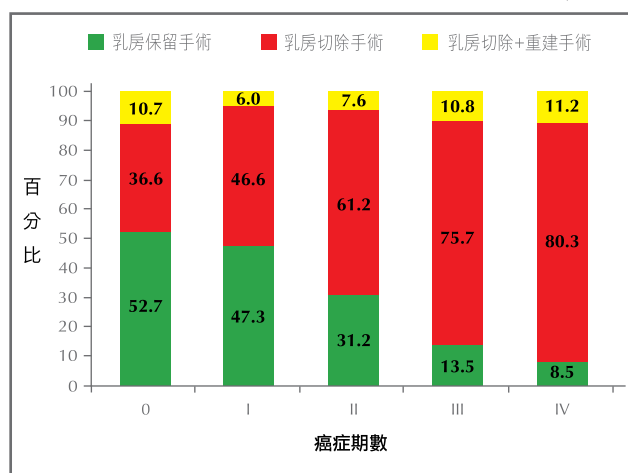
2.35 受訪群組之中，腫瘤大於1厘米的患者接受乳房保留手術的百分比與腫瘤大小成反比（圖2.11）

圖2.11：按腫瘤大小分析手術類型（人數 = 13,965）



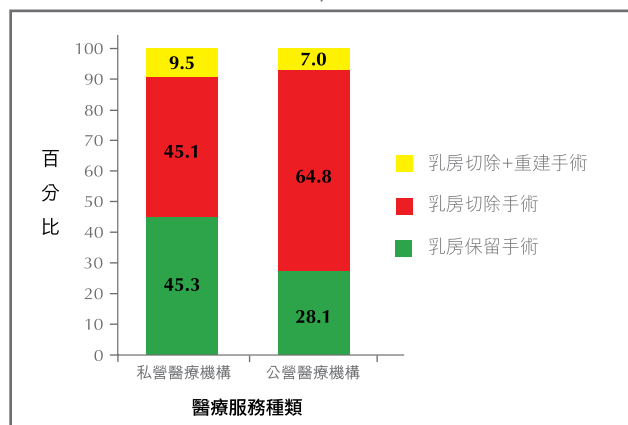
2.36 在受訪群組中，進行乳房保留手術的患者百分比與癌症期數成反比，而乳房切除及重建手術與癌症期數並沒有任何明顯關係（圖2.12）。

圖2.12：按癌症期數分析手術類型（人數 = 15,766）



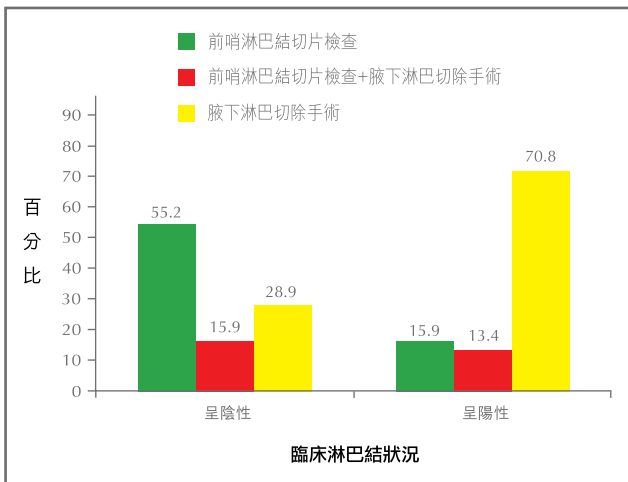
2.37 受訪群組中，與在公營醫療機構接受手術治療（28.1）的相比，在私營醫療機構接受手術治療的患者接受乳房保留手術（45.3%）較多（圖2.13）。

圖2.13：按患者接受治療的醫療服務種類分析手術類型（人數 = 15,668）



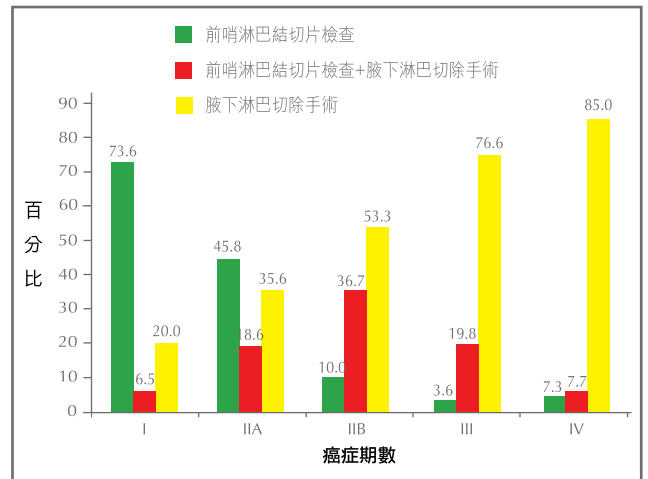
2.38 相比臨床淋巴結狀況呈陽性的患者 (15.9%)，較多臨床淋巴結狀況呈陰性的患者接受了前哨淋巴結切片檢查 (55.2%)。相反，比較臨床淋巴結狀況呈陰性的患者 (28.9%)，較多的臨床淋巴結狀況呈陽性的患者則沒有先接受前哨淋巴結切片檢查，而直接進行腋下淋巴切除手術 (70.8%)。圖 2.14 顯示群組中臨床淋巴結狀況呈陽性或陰性的患者接受的淋巴結手術的種類。

圖2.14：按臨床淋巴結狀況分析淋巴結手術的種類 (人數 = 15,172)



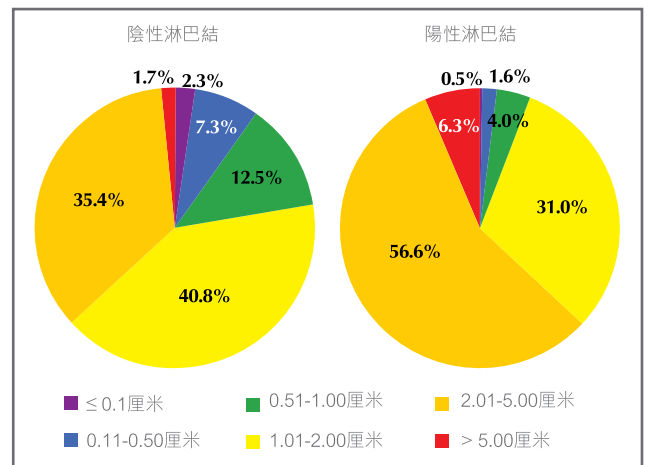
2.39 接受腋下淋巴切除手術的患者比例與癌症期數成正比。在受訪群組中，接受前哨淋巴結切片檢查之後再需要接受腋下淋巴切除手術的患者從I期到II期有所增加；但從III期到IV期則有所減少。這個趨勢可能是因為受訪的III期或IV期患者較多接受腋下淋巴切除手術作為她們第一個淋巴結手術 (圖2.15)。

圖2.15：按癌症期數分析入侵性乳癌患者淋巴結手術的種類 (人數 = 13,376)



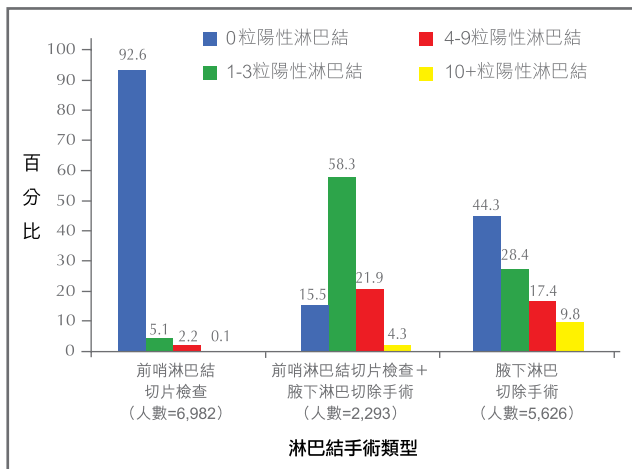
2.40 大約半數 (56.6%) 淋巴結呈陽性的入侵性乳癌患者有2-5厘米的腫瘤，而有小部份 (6.3%) 患者的腫瘤則大於5厘米。在受訪群組中，相比淋巴結呈陽性的入侵性乳癌患者 (37.1%)，較多淋巴結呈陰性的入侵性乳癌患者的腫瘤小於2厘米 (62.9%) (圖2.16)。

圖2.16：淋巴結呈陰性或陽性的入侵性腫瘤大小分佈 (人數 = 12,147)



2.41 92.6%只接受前哨淋巴結切片檢查的患者沒有淋巴結呈陽性，而44.3%接受了腋下淋巴切除手術的患者及15.5%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2.17）。

圖2.17：按淋巴結手術類型分析陽性淋巴結數目（人數 = 15,118）



B. 放射性治療

2.42 放射性治療（或稱電療）是治療乳癌的其中一種方法，透過游離輻射在細胞基因層面上破壞癌細胞，停止癌細胞繁殖。放射治療可以在兩種情況下進行：(i) 局部區域性放射性治療，指乳房，胸壁和/或周邊淋巴結接受放射治療；(ii) 舒緩性放射性治療（例如骨骼）用於減輕由癌細胞轉移而引起的疼痛，神經或腫瘤壓迫引致的不適，氣道阻塞，出血和分泌物的症狀。

i. 局部區域性放射性治療

2.43 乳房保留手術隨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癌的患者。部份接受乳房切除手術的患者，如癌腫瘤體積較大，有多粒淋巴結遭癌細胞入侵，或者於血管或淋巴管道中發現癌細胞者，都需要接受電療。

2.44 受訪群組中，三分之二（60.3%）患者接受局部區域性放射性治療作為治療的一部分，當中99.8%屬於術後輔助性治療，0.2%屬於手術前的前置治療。約五分之四（82.5%）患者在公營醫療機構接受電療，略少於五分之一（17.5%）患者則在私營醫療機構接受電療。

2.45 在曾接受乳房保留手術的原位乳癌患者中，大部分（94.8%）都會隨後接受局部區域性放射性治療（圖2.18），只有小部份（3.3%）的原位乳癌患者進行了乳房切除手術後接受於射性治療（圖2.19）。

2.46 圖2.18及2.19分別顯示接受了乳房保留手術及乳房切除手術的入侵性乳癌患者在不同癌症期數接受局部區域性放射性治療的比例。接受乳房保留手術的入侵性乳癌患者隨後接受局部區域性放射性治療的比率很高：85.7%（第IV期）及98%（第III期）。另一方面，入侵性乳癌患者進行乳房切除手術後接受局部放射性治療從I期的12.5%增加到III期的94.7%，但隨後在IV期疾病中降至54.2%。

圖2.18：曾接受乳房保留手術及局部區域性放射性治療患者在不同癌症期數的比率（人數 = 5,606）

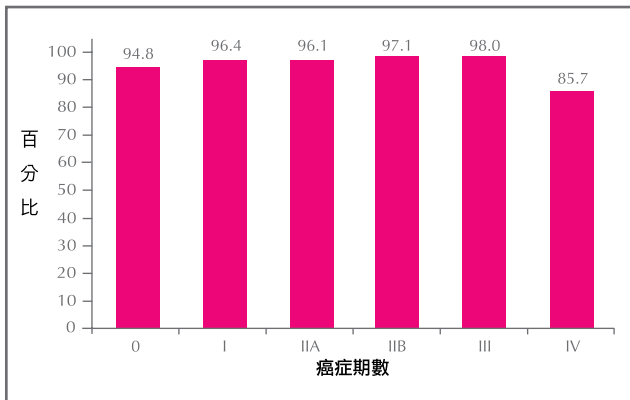
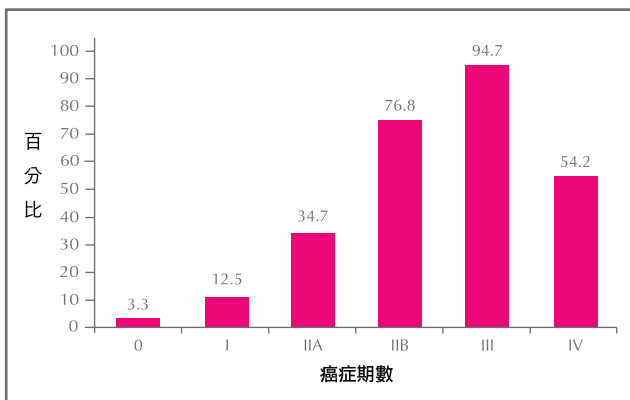


圖2.19：曾接受乳房切除手術及局部區域性放射性治療患者在不同癌症期數的比率（人數 = 9,871）



2.47 局部區域性放射性治療會在局部位置發出游離輻射，例如乳房/胸壁及/或周邊淋巴結。表2.19顯示按我們患者所接受的手術種類而分析接受放射性治療的位置。

表2.19：輔助性局部區域性放射性治療對周邊淋巴結覆蓋程度（人數 = 6,478）

手術種類	人數	(%)
乳房保留手術		
乳房	2,839	(84.0)
乳房及周邊淋巴結	541	(16.0)
乳房切除手術		
胸壁	797	(25.7)
胸壁及周邊淋巴結	2,301	(74.3)

ii. 舒緩性放射性治療

2.48 舒緩性放射治療用於減輕由乳癌細胞轉移而引起的疼痛，神經或腫瘤壓迫引致的不適，氣道阻塞，出血和分泌物的症狀。

2.49 在受訪群組中，11.7%患有轉移性乳癌的患者接受舒緩性放射性治療。其中88.1%接受脊柱放射治療，35.7%接受骨盆放射治療。

C. 化學治療

2.50 化學治療（或稱化療）是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。藥物干預乳癌細胞生長和分裂的方式，將其破壞。患有原位乳癌的患者普遍不用接受化療。

2.51 受訪群組中，共有9,742名 (68.2%) 患有入侵性乳癌的患者接受了化療。當中84.5%患者接受術後輔助性化療，11.5%接受手術前的前置化療，4.0%接受紓緩性化療。大部份 (86.9%) 患者在公營醫療機構接受化療，其餘 (13.1%) 則在私營醫療機構接受化療。

2.52 在受訪群組中，除了第IV期患者，接受治療性化療的患者比例與癌症期數成正比 (圖2.20)。對比大部份 (87.3%) 第IV期患者接受了紓緩性化療。

2.53 一般而言，不論癌症期數是多少，70歲或以上患者接受化療的比例遠低於70歲以下的患者。另外，第I期或第IIA期患者接受化療的比例與年齡成反比。表2.20顯示受訪群組的不同年齡組別和癌症期數的患者接受化療的百分比。

圖2.20：按癌症期數分析患者接受化療的比率 (人數 = 13,732)

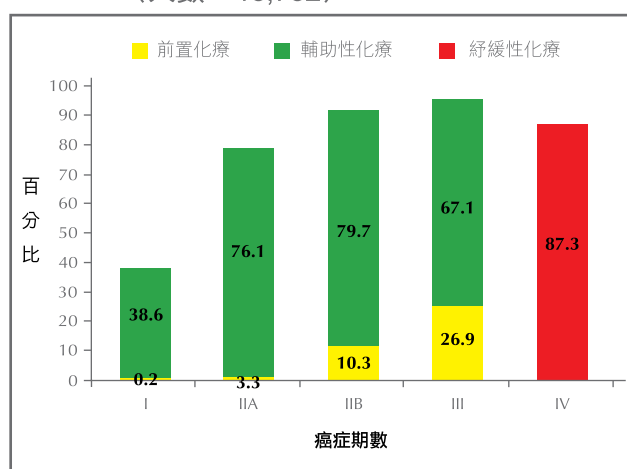


表2.20：以確診時年齡及癌症期數分析接受化療的比率 (人數 = 13,242)

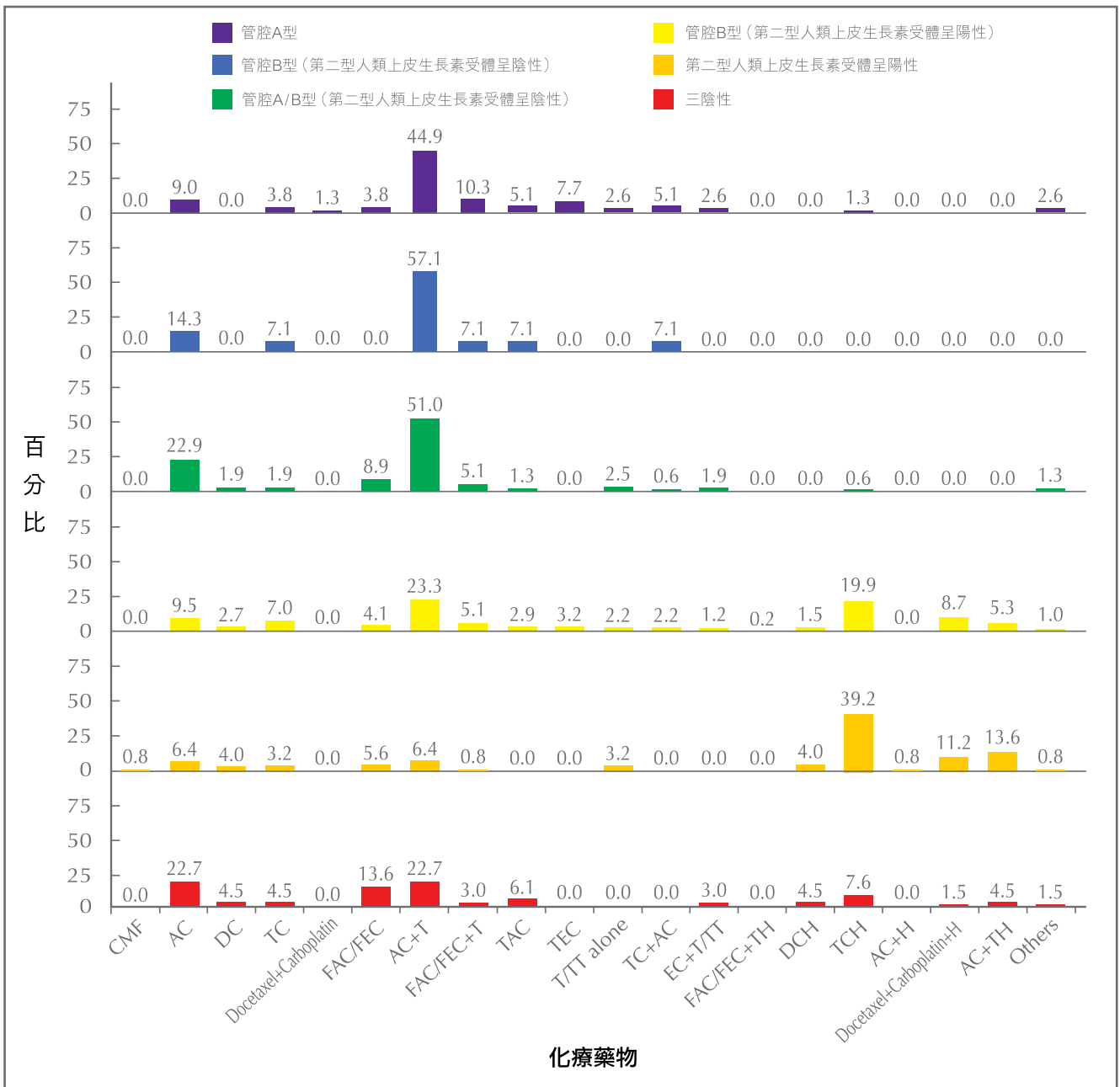
年齡組別	接受化療的患者人數 (同年齡組別及癌症期數患者的百分比, %)				
	I期	IIA期	IIB期	III期	IV期
20-29	23 (65.7)	23 (92.0)	18 (100.0)	14 (100.0)	3 (100.0)
30-39	248 (58.2)	333 (91.2)	172 (98.9)	200 (99.0)	26 (86.7)
40-49	746 (46.3)	1,026 (89.5)	604 (96.8)	711 (98.9)	125 (96.2)
50-59	616 (39.7)	1,124 (87.9)	639 (95.9)	733 (98.0)	136 (90.7)
60-69	228 (27.0)	526 (71.4)	330 (90.7)	389 (94.4)	49 (90.7)
70-79	8 (2.8)	35 (14.9)	21 (19.1)	49 (45.4)	9 (39.1)
80+	2 (4.0)	1 (1.6)	0 (0.0)	2 (7.7)	2 (28.6)

i. 手術前的前置化療

2.54 在9,742名曾接受化療的患者中，有1,125名接受了手術前的前置化療。前置化療的使用比例隨着癌症期數上升而增加，由第I期的0.2%遞增至第

III期的26.9% (圖2.20)。不同癌症期數患者所用的化療藥物種類可見於圖2.21。

圖2.21：以乳癌生物學亞型分析患者在手術前的前置化療使用的藥物種類（人數 = 939）



C: Cyclophosphamide;
M: Methotrexate;
F: Fluorouracil (5FU);
A: Adriamycin / Doxorubicin;

E: Epirubicin;
T: Paclitaxel / Docetaxel;
H: Trastuzumab;
DC: Docetaxel + Cyclophosphamide;

DCH: Docetaxel + Cyclophosphamide + Trastuzumab
TC: Paclitaxel + Carboplatin;
TCH: Paclitaxel + Carboplatin + Trastuzumab
Others: Capecitabine, Gemcitabine, or Vinorelbine

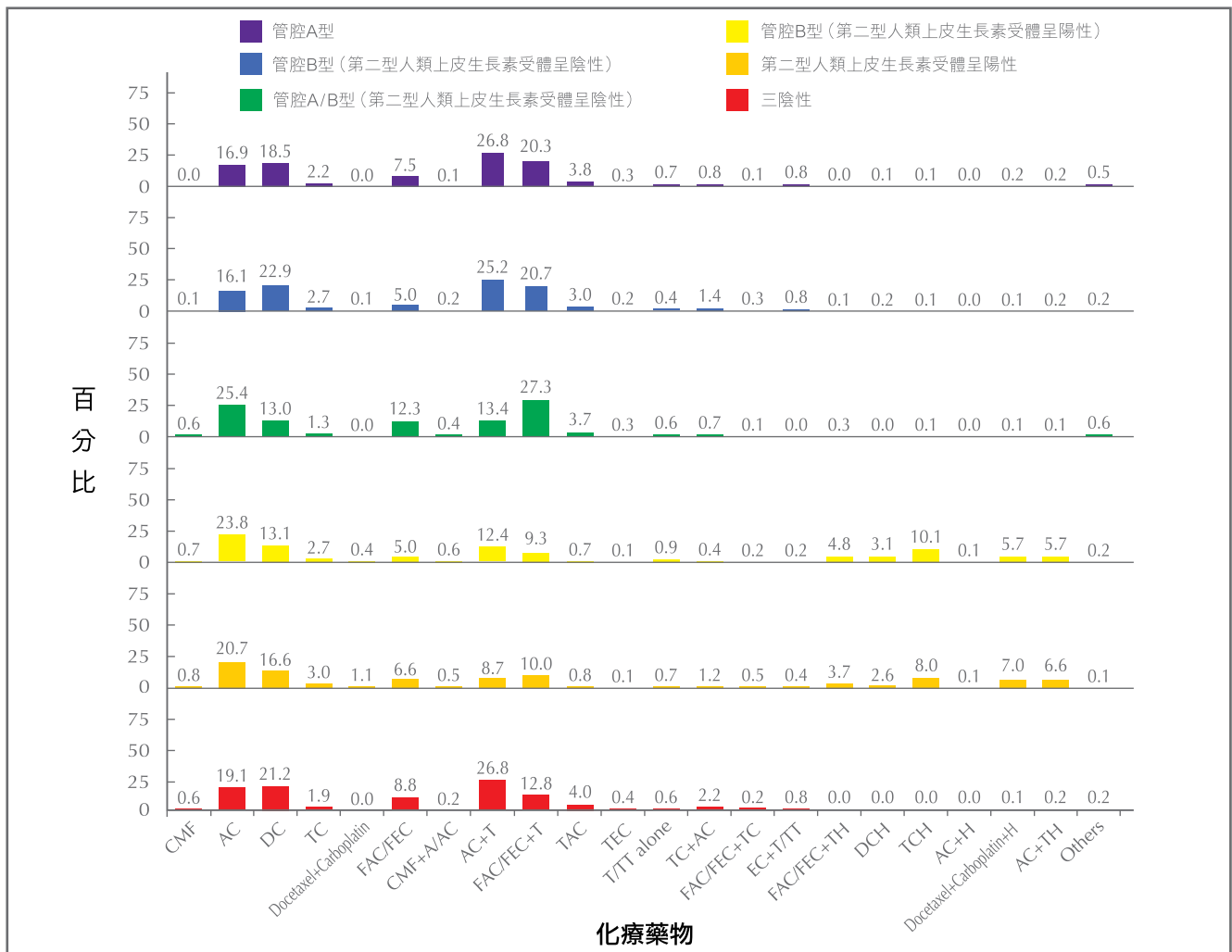
ii. 術後輔助性化療

2.55 在9,742名曾接受化療的患者中，有8,231名 (84.5%) 接受了術後輔助性(第I至III期患者)化療。圖2.22及圖2.23分別顯示在受訪群組中於不同癌症生物學亞型及癌症期數患者所採用的化療藥物種類。

iii. 紓緩性化療

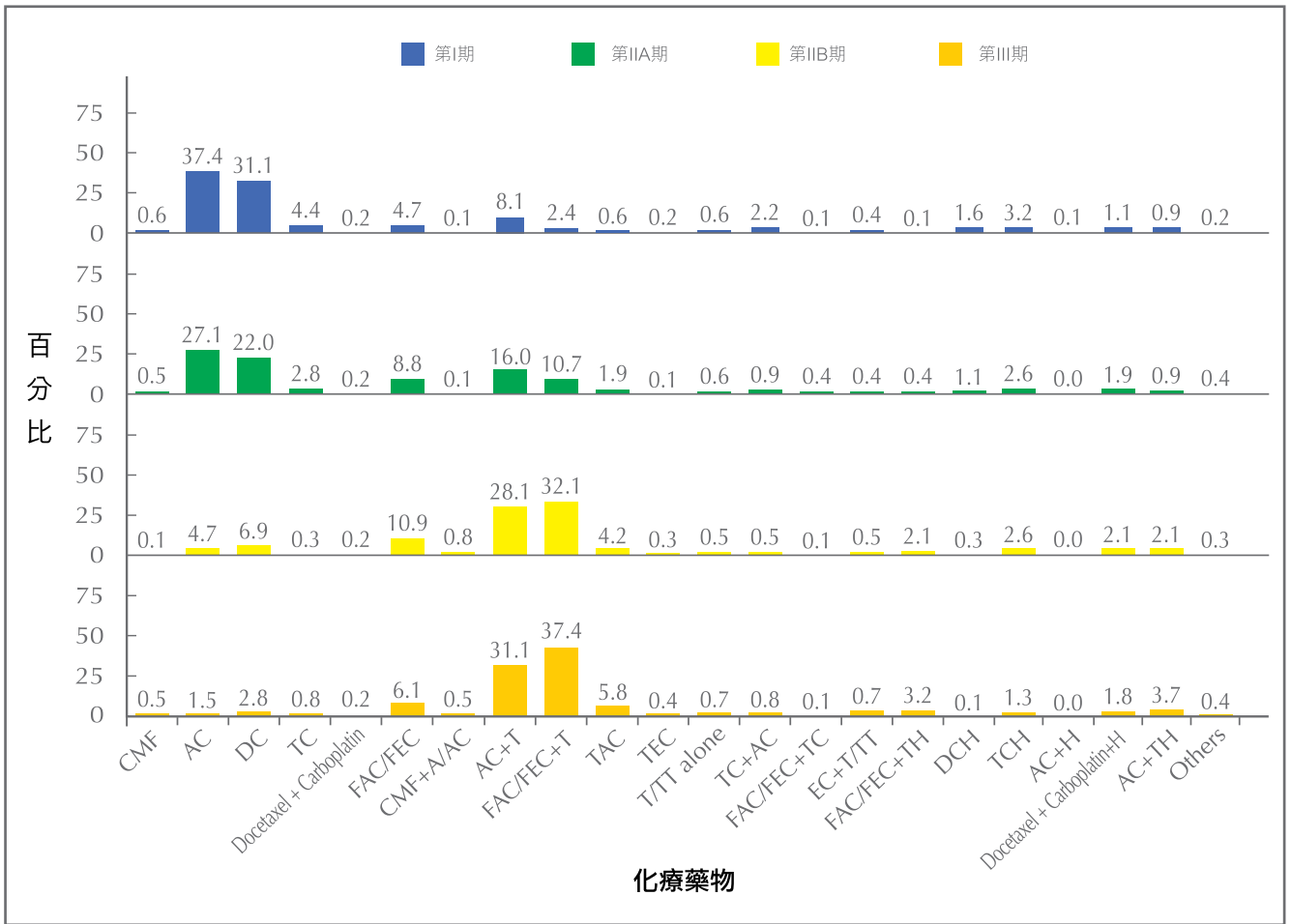
2.56 在9,742名曾接受化療的患者中，385名 (4.0%) 接受了紓緩性(第IV期患者)化療。圖2.24顯示在受訪群組中不同癌症期數患者所採用的化療藥物種類。

圖2.22：以乳癌生物學亞型分析患者在術後輔助性化療使用的藥物種類 (人數 = 7,172)



C: Cyclophosphamide; E: Epirubicin; DCH: Docetaxel + Cyclophosphamide + Trastuzumab
 M: Methotrexate; T: Paclitaxel / Docetaxel; TC: Paclitaxel + Carboplatin;
 F: Fluorouracil (5FU); H: Trastuzumab; TCH: Paclitaxel + Carboplatin + Trastuzumab
 A: Adriamycin / Doxorubicin; DC: Docetaxel + Cyclophosphamide; Others: Capecitabine, Gemcitabine, or Vinorelbine

圖2.23：以癌症期數分析患者在術後輔助性化療使用的藥物種類 (人數 = 7,314)

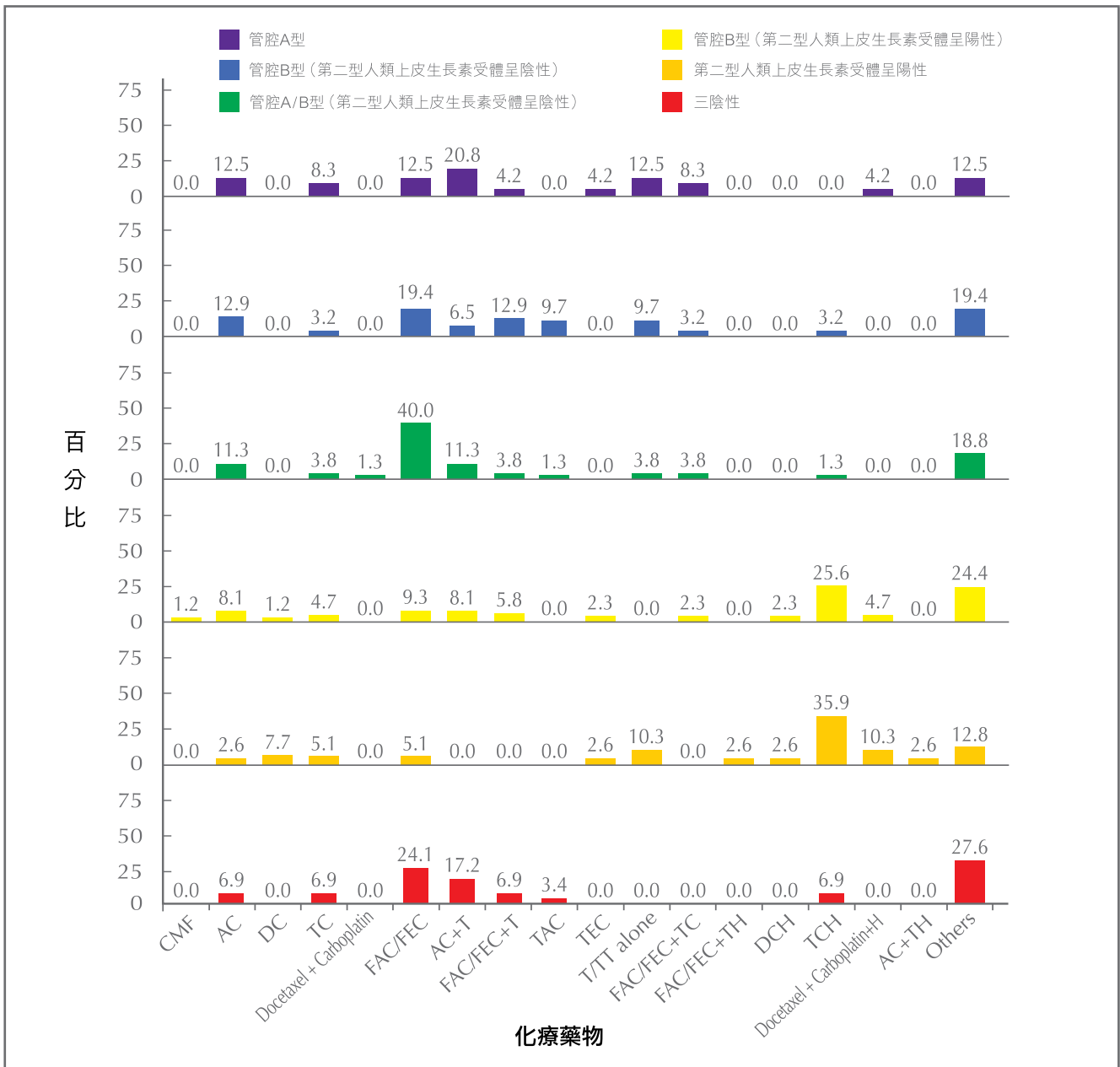


C: Cyclophosphamide;
M: Methotrexate;
F: Fluorouracil (5FU);
A: Adriamycin / Doxorubicin;

E: Epirubicin;
T: Paclitaxel / Docetaxel;
H: Trastuzumab;
DC: Docetaxel + Cyclophosphamide;

DCH: Docetaxel + Cyclophosphamide + Trastuzumab
TC: Paclitaxel + Carboplatin;
TCH: Paclitaxel + Carboplatin + Trastuzumab
Others: Capecitabine, Gemcitabine, or Vinorelbine

圖2.2：以乳癌生物學亞型分析患者在紓緩性化療使用的藥物種類(人數 = 289)



C: Cyclophosphamide;
M: Methotrexate;
F: Fluorouracil (5FU);
A: Adriamycin / Doxorubicin;

E: Epirubicin;
T: Paclitaxel / Docetaxel;
H: Trastuzumab;
DC: Docetaxel + Cyclophosphamide;

DCH: Docetaxel + Cyclophosphamide + Trastuzumab
TC: Paclitaxel + Carboplatin;
TCH: Paclitaxel + Carboplatin + Trastuzumab
Others: Capecitabine, Gemcitabine, or Vinorelbine

D. 內分泌治療

2.57 內分泌治療對於醫治和預防荷爾蒙受體呈陽性的入侵性乳癌或原位乳癌，都擔當着重要角色。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。內分泌治療會在癌細胞的荷爾蒙受體中施加作用。

2.58 受訪群組中，11,211名（67.6%）患者曾接受內分泌治療，當中96.6%屬於手術後輔助性治療，0.5%屬於手術前的前置治療，2.9%屬於紓緩性治療。90.8%患者在公營醫療機構接受內分泌治療，9.2%則在私營醫療機構接受內分泌治療。

2.59 只有11.6%的原位乳癌患者接受內分泌治療。在患有入侵性乳癌的患者中，有高比率，特別是第IV期乳癌患者（79.5%），接受內分泌治療。

2.60 兩類藥物經常採用：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2.26顯示患者群組中三個年齡組別使用三苯氧胺和芳香環轉化酶抑制劑的情況。

圖2.25：不同癌症期數患者接受內分泌治療的比率（人數 = 15,829）

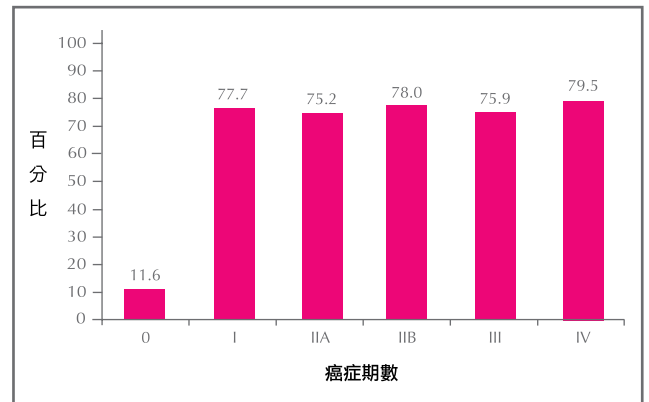
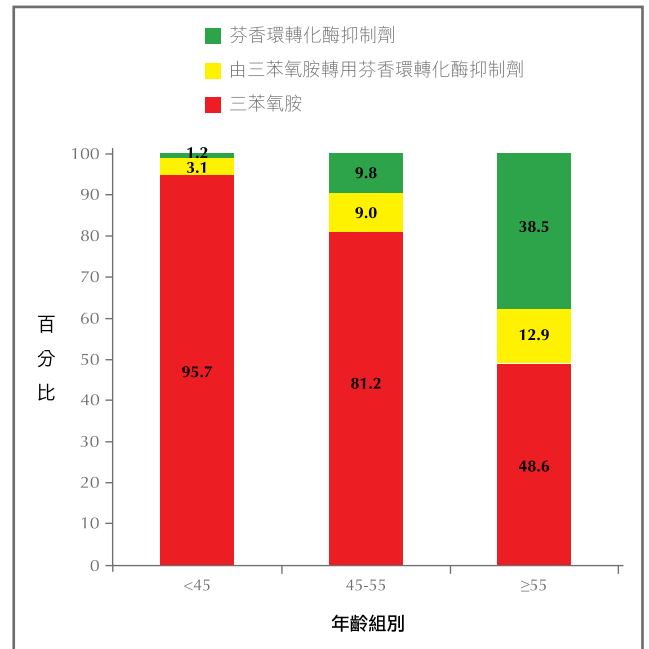


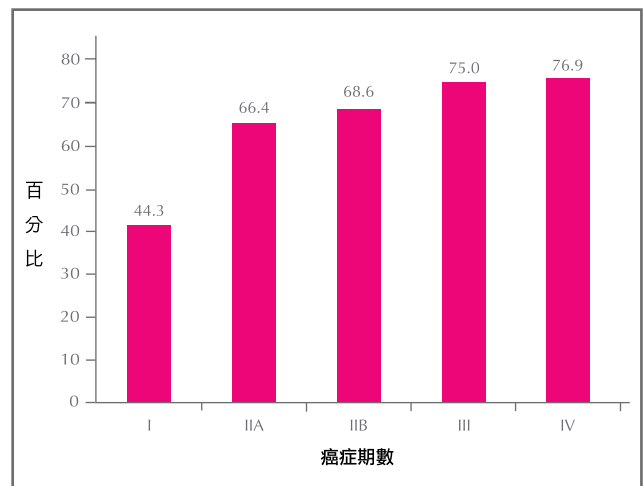
圖2.26：年齡組別分析患者使用內分泌治療的藥物（人數 = 10,095）



E. 抗第二型人類上皮生長素受體靶向治療

- 2.61 靶向治療是利用藥物選擇地攻擊腫瘤細胞，阻截細胞傳遞不正常生長所需的訊息。抗第二型人類上皮生長素受體靶向治療用於治療第二型人類上皮生長素受體呈陽性的乳癌。
- 2.62 受訪群組中有3,071名有第二型人類上皮生長素受體呈陽性的乳癌患者，1,878人(61.1%)接受了抗第二型人類上皮生長素受體靶向治療，當中91.7%屬於術後輔助性治療，3.9%屬於手術前的前置治療，4.4%屬於舒緩性治療。大部分(89.9%)受訪患者在公營醫療機構接受治療，10.1%在私營醫療機構接受治療。使用此治療的百分比與癌症期數成正比(圖2.27)。

圖2.27：按癌症期數分析第二型人類上皮生長素受體呈陽性患者接受靶向治療的比率
(人數 = 2,944)



F. 綜合治療

- 2.63 綜合使用多種療法(包括手術、化療、放射性治療、荷爾蒙治療及抗第二型人類上皮生長素受體靶向治療)能夠有效治療乳癌。受訪患者群組的綜合治療模式詳列於表2.21。一般而言，治療數目與癌症期數成正比。大部分(94.0%)乳癌0期患者都接受了兩項或以下治療，而多於四分之三(80.0%)乳癌IIA，IIB，或III期患者接受了三項或以上治療。

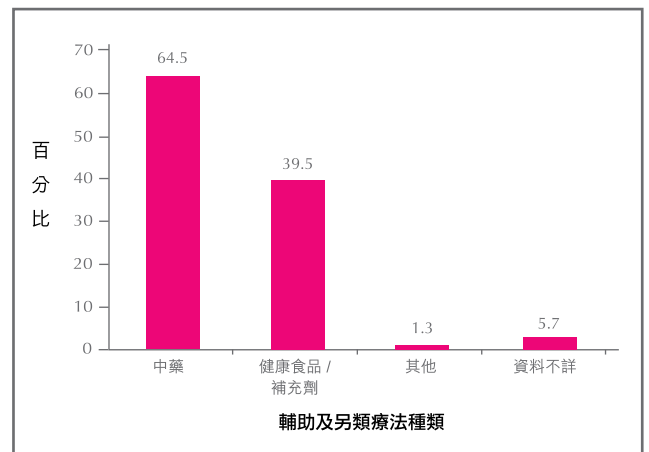
表2.21：不同癌症期數患者接受的治療數目（人數 = 15,654）

治療數目	癌症期數，人數 (%)						總數 (人數=15,654)
	0 (人數=1,971)	I (人數=5,032)	IIA (人數=3,982)	IIB (人數=2,013)	III (人數=2,267)	IV (人數=389)	
0	8 (0.4)	1 (<0.1)	0 (0.0)	1 (<0.1)	0 (0.0)	2 (0.5)	12 (0.1)
1	848 (43.0)	320 (6.4)	82 (2.1)	17 (0.8)	12 (0.5)	27 (6.9)	1,306 (8.3)
2	998 (50.6)	1,639 (32.6)	717 (18.0)	123 (6.1)	53 (2.3)	57 (14.7)	3,587 (22.9)
3	115 (5.8)	2,105 (41.8)	1,465 (36.8)	558 (27.7)	424 (18.7)	130 (33.4)	4,797 (30.6)
4	1 (0.1)	822 (16.3)	1,517 (38.1)	1,120 (55.6)	1,468 (64.8)	141 (36.2)	5,069 (32.4)
5	1 (0.1)	145 (2.9)	201 (5.0)	194 (9.6)	310 (13.7)	32 (8.2)	883 (5.6)

G. 輔助及另類療法

2.64 除了本章前述的各種乳癌標準療法之外，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 / 補充劑等等。受訪群組中的6,378名 (38.4%) 患者接受了輔助及另類療法。當中95.6%是屬於術後輔助性治療，3.2%是屬於手術前的前置治療，1.2%是屬於舒緩性治療。大約三分二 (64.5%) 的患者採用傳統的中醫中藥治療 (圖2.27)。

圖2.28：6,378名患者使用輔助及另類治療法的種類



其他包括：太極、氣功、自然療法、針灸及艾灸、按摩或瑜伽

VI. 患者現況

- 2.65 患者完成療程後，乳癌資料庫每年都會跟進她們的狀況，以了解治療的效能。到目前為止，受訪群組共有14,699名乳癌患者有至少一年的跟進結果。約五分之三（58.9%）患者在過去兩年內曾經提供跟進數據，大約三分之一（37.4%）於首次確診後被跟進了五年或以上（表2.22）。平均跟進年期為4.2年，中位數則為3.7年（表2.22）。
- 2.66 受訪群組中有695名（4.7%）患者曾出現復發，1.4%只出現局部區域性復發，2.1%只出現遠端復發，和1.3%同時或先後出現局部區域性及遠端復發。復發的平均時間及中位數詳列於表2.22。

表2.22：跟進訪問14,699名患者的結果

跟進時間	人數	(%)
<1年	1,474	(10.0)
1-2年	2,568	(17.5)
2-5年	5,154	(35.1)
5-10年	5,107	(34.7)
10-15年	396	(2.7)
平均跟進時間		4.2年
跟進時間中位數		3.7年
局部區域性復發		
局部區域性復發人數	201	(1.4)
平均復發時間		3.0年
復發時間中位數		2.7年
遠端復發		
遠端復發人數	307	(2.1)
平均復發時間		3.1年
復發時間中位數		2.7年
局部區域性及遠端復發		
局部區域性及遠端復發人數	187	(1.3)
平均復發時間		3.2年
復發時間中位數		2.7年
死亡率*		
死於乳癌的人數	181	(1.2)
死於其他原因的人數	94	(0.6)
死亡原因不詳的人數	48	(0.3)

* 只包括了在2018年2月以前從可追溯病歷紀錄的患者資料

2.67 表2.23按受訪群組的手術種類和癌症期數，分析入侵性乳癌患者出現局部區域性復發的情況。在I和II期的患者中，接受乳房保留手術後沒有接受放射治療而出現局部區域性復發的比例，比那些接受乳房保留手術後接受放射治療的較高。

總的來說，患者接受乳房切除手術而出現局部區域性復發的比例比只接受乳房保留手術的稍高（表2.23）。最常見的局部區域復發部位是胸壁（35.2%）及乳房（31.6%）（表2.24）。

表2.23：按手術種類及癌症期數分析局部區域性復發的個案數目

手術種類	癌症期數，人數（佔接受手術的患者群組百分比）				總數
	I	IIA	IIB	III	
乳房保留手術後 接受放射治療	26/2,086 (1.2)	39/1,236 (3.2)	6/463 (1.3)	10/332 (3.0)	81/4,117 (2.0)
乳房保留手術後 沒有接受放射治療	5/288 (1.7)	5/114 (4.4)	1/25 (4.0)	0/9 (0.0)	11/436 (2.5)
乳房切除手術	40/2,176 (1.8)	54/2,266 (2.4)	36/1,365 (2.6)	91/1,739 (5.2)	221/7,546 (2.9)

表2.24：患者出現局部區域性復發的位置（人數 = 388）

局部區域性復發位置	人數	(%)
胸壁	136	(35.1)
乳房	123	(31.7)
腋下淋巴結	135	(34.8)
鎖骨上窩	80	(20.6)
內部乳腺	31	(8.0)
鎖骨下窩	4	(1.0)
其他	21	(5.4)

備註：局部區域性復發可能同時在多個位置出現，因此患者群組的復發位置總百分比可以超過100。

2.68 受訪群組中，494名（3.4%）患者曾出現遠端復發。最常受影響器官是骨（56.7%），其次是肺部（49.0%）和肝部（40.1%）（表2.25）。

表2.25：遠端擴散影響的器官（人數 = 494）

受影響的遠端器官	人數	(%)	受影響的遠端器官	人數	(%)
骨	280	(56.7)	腹膜	10	(2.0)
肺	242	(49.0)	胸腔	10	(2.0)
肝	198	(40.1)	脾臟	5	(1.0)
腦	88	(17.8)	卵巢	4	(0.8)
縱隔腔淋巴結	80	(16.2)	甲狀腺	3	(0.6)
遠端淋巴結	41	(8.3)	胰腺	2	(0.4)
頸	39	(7.9)	腎臟	2	(0.4)
腹部	14	(2.8)	子宮	1	(0.2)
腎上腺	12	(2.4)	資料不詳	21	(4.3)
對側淋巴結	12	(2.4)			

備註：遠端復發可能同時在多個位置出現，因此患者群組的復發位置總百分比可以超過100。

2.69 受訪群組中的入侵性乳癌患者，出現局部區域性復發的乳癌患者與期數無關。然而，出現遠端復發的比例上升，從I期的0.9%至III期的6.5%。第

III期患者出現只有遠端復發（6.5%）和同時出現遠端及局部區域性復發（3.5%）的比例較其他低期數的患者為高（表2.26）。

表2.26：按不同癌症期數分析入侵性乳癌患者的局部區域性和遠端復發率

復發類型	癌症期數，人數 (%)				總數 (人數=12,181)
	I (人數=4,567)	IIA (人數=3,645)	IIB (人數=1,865)	III (人數=2,104)	
局部區域性復發	52 (1.1)	54 (1.5)	14 (0.8)	28 (1.3)	148 (1.2)
遠端復發	43 (0.9)	57 (1.6)	52 (2.8)	137 (6.5)	289 (2.4)
局部區域性復發 及遠端復發	18 (0.4)	44 (1.2)	29 (1.6)	73 (3.5)	164 (1.3)

2.70 受訪群組中有181名(1.2%)患者死於乳癌。過半數(58.5%)死於乳癌的患者在最初確診時為III或

IV期。存活時間由0.6年到12.1年。這些患者的生物學亞型資料詳見於表2.27。

表2.27：乳癌死亡個案的特性(人數=181)

	確診時的癌症期數						
	0	I	IIA	IIB	III	IV	期數不詳
死亡人數(佔死亡個案%)	3 (1.7)	17 (9.4)	27 (14.9)	15 (8.3)	75 (41.4)	31 (17.1)	13 (7.2)
存活時間(年)(範圍)	4.4—7.3	1.6—9.6	1.9—10.8	2.1—12.1	0.8—9.4	0.8—7.8	0.6—9.8
從初診斷擴散至死亡相距時間(年), 平均數(範圍)	1.2 (0.9-1.5)	2.1 (0.7-4.6)	1.3 (0.1-5.9)	1.4 (0.2-6.2)	1.0 (0.1-4.7)	3.0 (0.1-7.6)	0.6 (0.2-1.2)
生物學亞型							
管腔A型*	0	3	2	3	7	0	0
管腔B型(第二型人類上皮生長 素受體呈陰性)#	0	4	4	2	8	2	2
管腔A/B型(第二型人類上皮 生長素受體呈陰性)‡	0	2	8	4	16	11	2
管腔B型(第二型人類上皮生長 素受體呈陽性)^	1	2	3	1	14	9	3
第二型類上皮生長素 受體呈陽性※	0	2	3	0	12	4	0
三陰性§	0	4	5	4	13	3	2
資料不詳	2	0	2	1	5	2	4

* 管腔A型：ER及/或PR+、HER2-及Ki-67指數低(<14%)

管腔B型(第二型人類上皮生長素受體呈陰性)：ER及/或PR+、HER2-及Ki-67指數高(≥14%)

‡ 管腔A/B型(第二型人類上皮生長素受體呈陰性)：ER及/或PR+、HER2-及Ki67指數不詳

^ 管腔B型(第二型人類上皮生長素受體呈陽性)：ER及/或PR+、HER2+及任何Ki-67指數

※ 第二型人類上皮生長素受體呈陽性：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