



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 本章審視所收集到屬於2016年至今確診受訪群組的3,998宗乳癌個案的臨床表現、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。

主要分析結果

香港乳癌資料庫招募的乳癌患者根據其確診年份分成三個受訪群組（2006至2010年確診受訪群組、2011至2015年確診受訪群組、2016年至今確診受訪群組）。本報告書聚焦分析2016年或以後確診的患者，並比較過去十年乳癌情況、診斷、治療護理上的重要變化。有關2006至2010年確診受訪群組及2011至2015年確診受訪群組的詳盡數據分析請參考香港乳癌資料庫第11號報告。

臨床表現

- 2016年至今確診受訪群組中，自己無意中發現（80.0%）仍然是最主要發現乳癌的方式，雖然比率已較過往兩個受訪群組（82.5%至84.2%）有輕微減少。
- 貫穿三個受訪群組，以乳房X光造影檢查發現的乳癌個案有輕微上升。這些轉變可見，確診初期乳癌的個案（第0至IIA期）有所上升，而晚期乳癌（第III至IV期）個案有所減少。
- 2016年至今確診受訪群組中，大部分（71.3%）自己無意中發現乳癌的患者在症狀出現（主要是無痛腫塊）後的3個月內首次求醫。貫穿三個群組，由出現症狀起計算，相對12個月內首次求醫的患者（2.2%至5.5%），較多首次求醫超過12個月的

患者被診斷出第四期乳癌（10.5%），但有關比率有下降的趨勢。

- 各個受訪群組中，最常見的確診期數是第II期（34.9至38.5%），其次是第I期（31.0%至31.2%）和第III-IV期（14.3至17.7%）。另外，三個受訪群組分別有11.6%至13.3%患者確診第0期乳癌，即原位乳癌。

癌症特徵

- 入侵性乳癌患者中，2016年至今確診受訪群組的腫瘤平均大小為2.2厘米（標準偏差： ± 1.4 厘米）。最多患者（42.3%）的腫瘤的大小介乎2.01厘米至5.00厘米之間，其次是介乎1.01厘米至2.00厘米之間（37.0%）。貫穿三個受訪群組沒有陽性腋下淋巴結的患者有輕微增加，由56.3%上升至61.3%。最常見的入侵性乳癌類型是入侵性乳腺管癌（沒指定類別）（86.9%至87.5%），罹患雌激素受體呈陽性或黃體酮受體呈陽性乳癌的患者比率貫穿三個受訪群組有上升的趨勢，分別由76.3%上升至82.8%及63.9%上升至69.4%，同時第二型人類上皮生長素受體（HER2）呈陽性的乳癌患者在2016年至今確診受訪群組有所減少（18.1%），相信與2018發報的新準則有關。⁴¹

- ▶ 原位乳癌患者中，2016年至目前確診受訪群組的腫瘤的平均大小為1.6厘米（標準偏差： ± 1.4 厘米）。在有接受乳房X光造影的患者中，59.1%診斷出有微鈣化點。最常見的原位乳癌類型是乳腺管癌，與過去的兩個受訪群組一致。罹患雌激素受體呈陽性或黃體酮受體呈陽性原位乳癌的患者比率貫穿三個受訪群組有上升的趨勢，分別是80.4%上升至83.3%及71.2%上升至77.1%，這趨勢與入侵性乳癌個案一致，但HER2呈陽性的原位乳癌個案則由28.9%下降至16.9%。

治療方法

- ▶ 2016年至目前確診受訪群組的3,998名患者中，15.6%只在私營醫療機構接受治療，50.9%只在公營醫療機構接受治療和33.5%曾在公營及私營醫療機構接受治療。
- ▶ 手術治療
 - 貫穿三個受訪群組，接受乳房切除手術的患者有下跌的趨勢（入侵性乳癌患者由65.7%下降至58.2%；原位乳癌患者由47.6%下降至39.9%）。相反地，越來越多患者選擇接受保留乳房手術，入侵性乳癌患者由32.5%上升至39.1%；原位乳癌患者由51.9%上升至57.5%。
 - 手術選擇上的改變不論在公營，還是私營醫療機構接受治療的患者也有相同的趨勢。另外，與公營醫療機構相比，較多選擇乳房切除並進行重建手術的患者在私營醫療機構接受治療。
 - 接受乳房切除手術的患者比率與患者的年齡和癌症期數成正比。
 - 2016年至目前確診受訪群組中，大多數患者（91.0%）曾接受淋巴結手術。貫穿三個受訪群組，臨床淋巴結呈陰性的患者接受前哨淋巴結切片檢查的比率由45.2%上升至80.8%，相反，

接受腋下淋巴切除手術的比率由41.5%下降至9.0%。

- 接受腋下淋巴切除手術而沒有接受前哨淋巴結切片檢查的患者比例與癌症期數成正比。

▶ 放射性治療

- 2016年至目前確診受訪群組中，63.6%患者接受了局部區域性放射性治療作為入侵性乳癌治療的一部分，接近所有（92.5%至94.9%）曾接受保留乳房手術的患者也曾接受放射性治療，而曾接受乳房切除手術並接受放射性治療的患者隨癌期數增加而上升。相似的情況在過去兩個受訪群組也觀察到。

▶ 化學治療

- 2016年至目前確診受訪群組中，59.0%入侵性乳癌患者曾接受化學治療。與過往兩個群組比較，接受前置化療的使用比例隨癌症期數由第一期上升至第三期而有所增加。貫穿三個群組，由於前置化療的使用增加，術後輔助性化療的使用相對下降。
- 貫穿三個受訪群組，選用術後輔助性化療方案的患者中，所有生物學亞型乳癌在第一代化療藥物的使用上有所下降，但抗HER2藥物在管腔B型（HER2呈陽性）及HER2過度表現型乳癌患者的使用有所增加。
- 與過去的兩個受訪群組相比，在2016年至目前確診受訪群組的初期乳癌患者中，第一代化療藥物的使用有所下降，而第二代化療藥物則有所上升。

▶ 內分泌治療

- 2016年至目前確診受訪群組中，68.9%患者接受內分泌治療。貫穿三個受訪群組，第一期、IIB期及III期患者接受內分泌治療的比率有輕微下降，相反第一期的患者則有所上升。



► HER2靶向治療

- 貫穿三個受訪群組，抗HER2靶向治療的使用比率由43.1%上升至81.6%，但手術後輔助性治療方案的使用比率由94.5%下降至77.1%，而手術前的前置治療方案的使用比率則由3.4%上升至18.6%。貫穿三個受訪群組，罹患第一至三期乳癌的患者在抗HER2靶向治療的使用上均有所增加。

患者現況

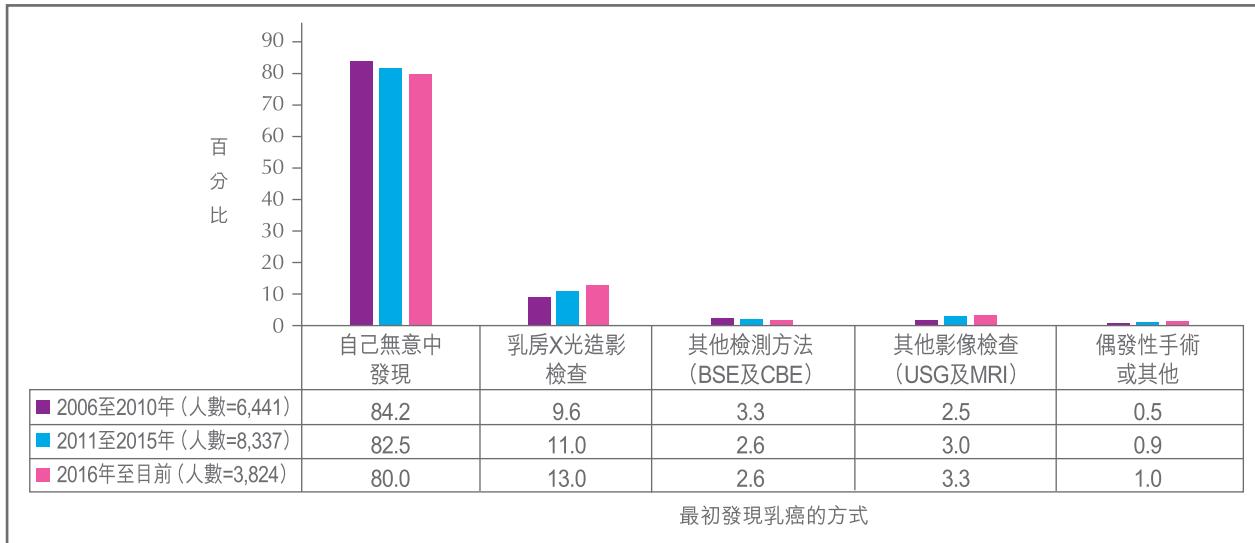
- 三個受訪群組中，本會跟進了17,877名患者完成治療後的狀況並對患者進行存活分析。患者的平均跟進時間及跟進時間中位數分別是5.5年及3.8年。
- 在曾完成跟進問卷的患者中，1.7%僅出現局部區域性復發，2.4%僅出現遠端復發，1.6%則同時或先後出現局部區域性復發及遠端復發。
- 最常出現局部區域性復發的位置是胸壁（34.2%）、乳房（32.1%）及腋下（34.4%），而出現遠端復發時，最常受影響的四類器官是骨骼（56.5%），其次是肺部（46.5%），肝臟（38.7%）及腦部。

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（80.0%）（圖2.1）。相對而言，小部分（18.6%）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。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（13.0%）。以美國為例，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。⁴²

圖2.1：受訪群組最初發現乳癌的方式（總人數 = 18,602）



2.3 若按患者接受的醫療服務種類來分析，使用公營醫療服務（84.9%）或混合使用公營及私營醫療服務（79.5%）的患者，相比使用私營醫療服務的患者（64.8%），較多經由自己無意中發現乳癌。另

一方面，使用私營醫療服務的患者則有較多是經由乳房X光造影檢查發現患上乳癌（23.9%），相比使用公營醫療服務（9.6%）或混合使用公營及私營醫療服務（13.2%）的患者（表2.1）。

表2.1：按醫療服務使用者的種類分析最初發現乳癌的方式（總人數 = 3,824）

	醫療服務使用者的種類，人數 (%)		
	私營	公營	混合公營及私營
自己無意中發現	383 (64.8)	1,656 (84.9)	1,020 (79.5)
乳房X光造影檢查	141 (23.9)	188 (9.6)	169 (13.2)
其他檢測方法（BSE及CBE）	10 (1.7)	57 (2.9)	33 (2.6)
其他影像檢查（USG及MRI）	48 (8.1)	29 (1.5)	51 (4.0)
偶發性手術或其他	9 (1.5)	20 (1.0)	10 (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

2.4 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。⁴³由患者無意中發現的癌症只有8.4%為原位乳癌，而經由乳房X光造影檢查發現的則有

37.2%（表2.2）。表2.3按癌症期數分析亦能反映出乳房X光造影檢查發現較多初期癌症，84.3%為第0期至第1期乳癌個案。

表2.2：按癌症種類分析最初發現乳癌的方式（總人數 = 3,796）

	癌症種類，人數 (%)	
	侵入性乳癌	原位乳癌
自己無意中發現	2,782 (91.6)	255 (8.4)
乳房X光造影檢查	310 (62.8)	184 (37.2)
其他檢測方法（BSE 及 CBE）	85 (85.9)	14 (14.1)
其他影像檢查（USG 及 MRI）	87 (68.5)	40 (31.5)
偶發性手術或其他	27 (69.2)	12 (30.8)

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



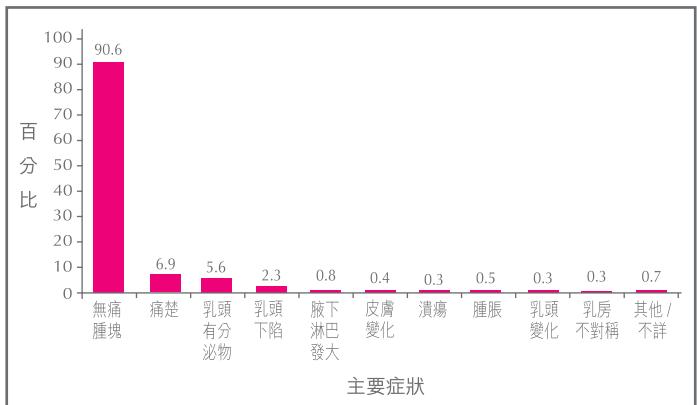
表2.3：按癌症期數分析最初發現乳癌的方式 (總人數 = 3,580)

	癌症期數，人數 (%)					
	0 期	I 期	IIA 期	IIB 期	III 期	IV 期
自己無意中發現	253 (8.9)	848 (29.9)	802 (28.2)	419 (14.8)	432 (15.2)	86 (3.0)
乳房X光造影檢查	182 (37.7)	225 (46.6)	55 (11.4)	10 (2.2)	9 (1.9)	2 (0.4)
其他檢測方法 (BSE 及 CBE)	14 (14.7)	37 (38.9)	18 (18.9)	9 (9.5)	16 (16.8)	1 (1.1)
其他影像檢查 (USG 及 MRI)	40 (32.3)	62 (50.0)	17 (13.7)	2 (1.6)	2 (1.6)	1 (0.8)
偶發性手術或其他	11 (28.9)	13 (34.2)	7 (18.4)	2 (5.3)	4 (10.5)	1 (2.6)

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

2.5 大部分 (90.6%) 無意中自我發現乳癌的患者都發現乳房中出現無痛腫塊。痛楚通常不是乳癌的症狀，只有6.9%患者在確診時表示感到乳房痛楚。小部分患者 (8.2%) 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) (圖2.2)。

圖2.2：患者自我發現*乳癌的主要症狀 (總人數 = 3,059)



*只限於自己無意中發現乳癌的患者

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。⁴⁴ 在自己無意中發現乳癌的患者中，只有約三分之一（35.0%）在出現症狀後一個月內首次求醫，略超過四分之一（28.7%）在三個月或以後才首次求醫（表2.4）。
- 2.7 在自己無意中發現乳癌的患者中，私營醫療服務使用者（46.4%）較多於出現症狀後一個月內首次求醫，比率高於公營醫療服務使用者的28.1%（表2.5）。

表2.4：自我發現*乳癌的患者由出現症狀至首次求醫相隔的時間（總人數 = 868）

	人數	%
少於一個月	304	35.0
1至3個月	315	36.3
4至12個月	182	21.0
超過12個月	67	7.7

*只限於自己無意中發現乳癌的患者

表2.5：按醫療服務使用者的種類分析自我發現* 乳癌的患者由出現症狀至首次求醫相隔的時間（總人數 = 868）

	醫療服務使用者的種類，人數 (%)		
	私營	公營	混合公營及私營
少於一個月	52 (46.4)	141 (28.1)	111 (43.7)
1至3個月	38 (33.9)	192 (38.2)	85 (33.5)
4至12個月	19 (17.0)	123 (24.5)	40 (15.7)
超過12個月	3 (2.7)	46 (9.2)	18 (7.1)

*只限於自己無意中發現乳癌的患者

- 2.8 相比在出現症狀後一個月內求醫的患者（2.2%），在超過12個月後才求醫的患者（10.5%）較多被確診患上第IV期癌症（表2.6）。



表2.6：自我發現*乳癌的患者由出現症狀至首次求醫相隔的時間與癌症期數的關係（總人數 = 759）

	出現症狀至首次求醫相隔的時間，人數 (%)			
	少於一個月	1至3個月	4至12個月	超過12個月
I期	99 (36.5)	89 (32.4)	47 (30.1)	15 (26.3)
IIA期	91 (33.6)	85 (30.9)	51 (32.7)	21 (36.8)
IIB期	45 (16.6)	55 (20.0)	22 (14.1)	8 (14.0)
III期	30 (11.1)	37 (13.5)	28 (17.9)	7 (12.3)
IV期	6 (2.2)	9 (3.3)	8 (5.1)	6 (10.5)

*只限於自己無意中發現乳癌的患者

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。受訪群組中，大多數患者（95.1%）患有單側乳癌，而很小部分（2.8%）在首次確診時患有同時

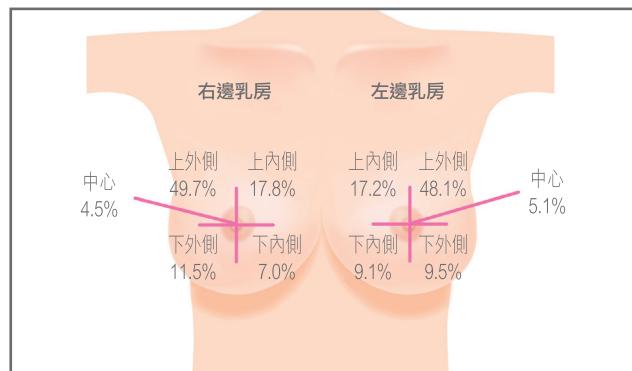
性雙側乳癌（表2.7）。另有2.1%患者在首次確診時患有單側乳癌，但隨後另一邊乳房相繼出現癌症。

表2.7：受訪患者人數及乳癌個案數目

	患者人數	個案數目	首次確診至第二次確診相隔的時間，中位數（時間範圍）(年)
單側乳癌	3,691	3,691	—
雙側乳癌（同時性）	109	218	—
雙側乳癌（非同時性）	83	89	7.8 (1.0 — 21.1)
雙側乳癌（非同時性）	6	12	1.4 (1.0 — 2.7)
— 首次確診於2016年或之後			
雙側乳癌（非同時性）	27	27	4.9 (1.4 — 8.3)
— 首次確診於2011至2015年期間			
雙側乳癌（非同時性）	33	33	8.6 (5.5 — 12.0)
— 首次確診於2006至2010年期間			
雙側乳癌（非同時性）	17	17	15.6 (11.0 — 21.1)
— 首次確診於2006年之前			

2.10 圖2.3顯示乳癌出現的位置。受訪群組中，約半數乳癌腫瘤出現在左或右邊乳房的上外側，分別佔48.1%及49.7%。

圖2.3：乳癌的位置（總人數 = 3,998）



備註：乳癌位置包括多中心性腫瘤的數據

表2.8：乳房影像檢查的敏感度及診斷結果（總人數 = 3,998）

	乳房X光造影檢查	乳房超聲波檢查	磁力共振掃描
患者使用率	87.7%	85.4%	12.3%
整體敏感度*	91.1%	95.2%	98.4%
BIRADS類別			
確診 / 惡性 (BIRADS 5)	1,032 (29.4%)	1,068 (31.3%)	413 (83.8%)
懷疑不正常 (BIRADS 4)	2,161 (61.6%)	2,181 (63.9%)	72 (14.6%)
可能良性 (BIRADS 3)	104 (3.0%)	109 (3.2%)	6 (1.2%)
良性 (BIRADS 2)	102 (2.9%)	40 (1.2%)	1 (0.2%)
正常 (BIRADS 1)	90 (2.6%)	15 (0.4%)	1 (0.2%)
不完整 (BIRADS 0)	17 (0.5%)	1 (<0.1%)	0 (0.0%)

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

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）。磁力共振掃描通常用於已經確診乳癌的婦女，檢查癌症在同側乳房的擴散程度以及確認另一側乳房是否有癌症。

2.12 受訪群組中，87.7%患者使用乳房X光造影，85.4%患者使用乳房超聲波，只有12.3%患者使用磁力共振掃描來診斷癌症（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，例如進行活組織切片檢查。

2.13 在乳房X光造影呈現BIRADS 4或5級的患者當中，71.9%患者的檢測顯示有陰影，42.3%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，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。受訪群組中約四分之三（72.7%）患者有密度不均勻（即異質密度）乳房，9.0%則有極高密度乳房（圖2.4）。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率，由20至29歲的25.0%下降到70歲或以上的3.8%（表2.10）。

表2.9：以乳房X光造影檢查確診的患者檢查結果
(總人數 = 3,193)

	人數	%
陰影	2,296	71.9
微鈣化點	1,351	42.3
乳腺結構異常	427	13.4
不對稱密度	133	4.2
其他	242	7.6

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2.4：以乳房X光造影檢查確診的患者乳房密度
(總人數 = 1,869)

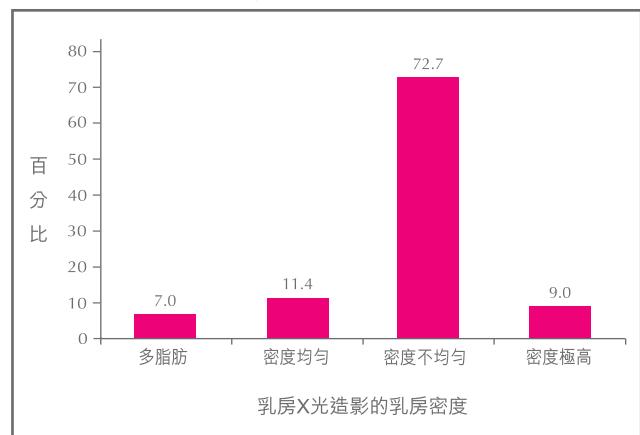


表2.10：按年齡組別分析以乳房X光造影檢查確診的患者乳房密度 (總人數 = 1,837)

	年齡組別，人數 (%)					
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	≥70
多脂肪	0 (0.0)	1 (0.8)	19 (4.2)	30 (4.9)	49 (10.3)	28 (17.9)
密度均勻	1 (8.3)	7 (5.3)	36 (8.0)	63 (10.3)	74 (15.6)	29 (18.6)
密度不均勻	8 (66.7)	98 (74.8)	323 (71.8)	479 (78.0)	333 (70.3)	93 (59.6)
密度極高	3 (25.0)	25 (19.1)	72 (16.0)	42 (6.8)	18 (3.8)	6 (3.8)

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低的取樣方法，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少使用。受訪群組中，大

部分（89.0%）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10.0%患者僅接受幼針穿刺活組織抽取檢查；67.6%僅接受粗針活組織切片檢查；22.4%則曾接受兩種檢查。此外，4.8%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（99.7%）及幼針穿刺活組織抽取檢查（92.5%）（表2.11）。

表2.11：乳癌活組織檢查的敏感度及診斷結果（總人數 = 3,998）

	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	28.8%	80.0%	4.8%
整體敏感度*	92.5%	99.7%	100.0%
等級			
確診 / 惡性（等級V）	808 (70.1%)	3,102 (96.9%)	193 (100.0%)
懷疑不正常（等級IV）	149 (12.9%)	57 (1.8%)	—
可能良性（等級III）	110 (9.5%)	31 (1.0%)	—
良性（等級II）	25 (2.2%)	5 (0.2%)	—
正常（等級I）	54 (4.7%)	5 (0.2%)	—
不完整（等級0）	7 (0.6%)	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必須接受癌症期數檢定。僅接受胸部X光掃描會歸納為沒有足夠的檢定來判斷癌症期數，因此沒有計算在這部分內。
- 2.16 受訪群組中，54.7%患有侵性乳癌的患者沒有接受癌症期數檢定為治療程序之一。在接受過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（73.4%），其次是胸部X光及超聲波腹部掃描（15.3%）（表2.12）。

表2.12：侵性乳癌患者檢定乳癌期數的方法（總人數 = 1,471）

	人數	%
正電子掃描	1,080	73.4
胸部X光及超聲波腹部掃描	225	15.3
電腦掃描（不同身體部位）*	133	9.0
骨骼掃描	30	2.0
磁力共振掃描（整個身體）	21	1.4
其他（如：骨骼X光掃描）	43	2.9
不詳	12	0.8

*身體部位包括胸部、腹部、骨盆、腦部或整個身體

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%。

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)⁴⁵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 (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2, HER2)，雌激素受體，黃體酮受體) 及基因測試來斷定癌症期數。儘管該指引建議由2018年起將預後期數用作為患者護理的參考，以及報告美國所有癌症患者的狀況，可是本報告並沒有採用。原因在於本報告的受訪群組大多在2016至2017年間確診，而醫護人員是根據當時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 (34.9%)，其次是III至IV期 (14.3%)，而被診斷為原位乳癌 (0期) 則有13.3% (圖2.5)。

圖2.5：確診時的癌症期數 (總人數 = 3,998)

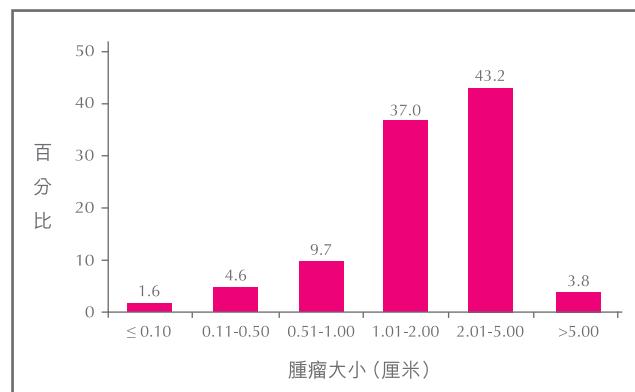


2.18 在被分析的3,998宗乳癌個案中，3,840宗具有病理學數據，可用作分析以下癌症特徵。3,318名 (86.4%) 病人患有侵性癌症，520名 (13.5%) 病人患有原位癌。另外2宗 (0.1%) 個案屬於隱匿性原發乳癌。

C. 侵性乳癌的特徵

2.19 受訪群組中，侵性乳癌的腫瘤平均大小為2.2厘米 (範圍：0.01-20.0厘米；標準偏差： ± 1.4 厘米)。15.9%患者的腫瘤大小屬於1厘米或以下，而屬於1.01至5.0厘米的則有80.2% (圖2.6)。只有3.8%患者的腫瘤超過5厘米。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： 1.3 ± 0.9 厘米比 2.4 ± 1.5 厘米； p 值<0.001)。

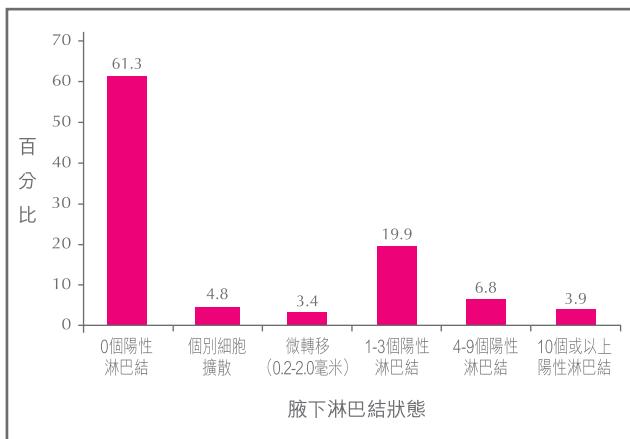
圖2.6：侵性乳癌的腫瘤大小 (厘米) 分佈
(總人數 = 2,682)





2.20 淋巴結有否受癌細胞影響是斷定乳癌期數的其中一個因素。患者受影響的淋巴結越多，癌症期數就越高。罹患入侵性乳癌的受訪患者當中，61.3%沒有腋下淋巴結呈陽性，4.8%患者的淋巴結有個別細胞擴散（轉移範圍 ≤ 0.2 毫米或少於200個癌細胞），3.4%有微轉移（轉移範圍由 >0.2 毫米至 ≤ 2 毫米），而30.6%則有至少一個腋下淋巴結呈陽性（轉移範圍大於2毫米）（圖2.7）。

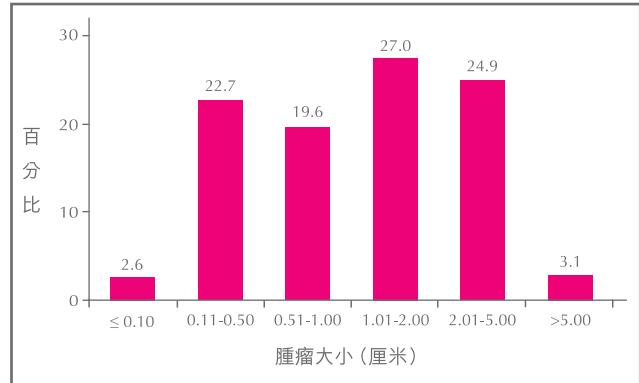
圖2.7：入侵性乳癌患者的腋下淋巴結狀態
(總人數 = 3,064)



D. 原位乳癌特徵

2.21 受訪群組中，原位乳癌的腫瘤平均大小是1.6厘米（範圍：0.04 – 8.5厘米；標準偏差： ± 1.4 厘米）。44.9%患者的腫瘤屬於1厘米或以下；24.9%患者的腫瘤大小在2.01至5.0厘米之間（圖2.8）。只有3.1%患者的腫瘤超過5厘米。在有接受乳房X光造影檢查的原位乳癌患者裡，高達59.1%檢查發現微鈣化點。

圖2.8：原位乳癌的腫瘤大小(厘米)分佈
(總人數 = 418)



IV. 組織學及生物學特性

2.22 乳癌是一種異質性疾病，包含多種不同的病理學亞型，在顯微鏡下有著不同的外觀。乳癌的組織學為患者的預後情況提供了有價值的參考資料。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HER2狀況，相互補充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 從入侵性乳癌的組織學特性、級別、多灶性及多中心性分析，87.5%屬於入侵性乳腺管癌（沒指定類別）（表2.13）。此外，29.9%入侵性乳癌腫瘤屬於第3級別（表2.14）。

表2.13：侵性乳癌的組織學類別（總人數 = 3,318）

	人數	%
侵性乳腺管癌（沒指定類別）	2,903	87.5
乳小葉癌	140	4.2
黏液性癌（膠態）	87	2.6
乳突狀癌	34	1.0
乳腺管及乳小葉混合型	20	0.6
管狀癌	15	0.5
微小乳突狀癌	14	0.4
髓狀癌	10	0.3
化生癌	10	0.3
大汗腺癌	5	0.2
腺樣囊性癌	4	0.1
篩狀癌	4	0.1
神經內分泌癌	3	0.1
管狀小葉癌	2	0.1
鱗狀細胞癌	1	<0.1
其他（如混合類型）	46	1.4
資料不詳	20	0.6

表2.14：侵性乳癌的級別、腫瘤的多灶性及多中心性（總人數 = 3,318）

	人數	%
級別		
第1級	587	17.7
第2級	1,259	37.9
第3級	991	29.9
資料不詳	481	14.5
淋巴管入侵		
腫瘤多灶性	718	21.6
腫瘤病灶數目		
2	184	57.7
3-4	57	17.9
≥5	24	7.5
資料不詳	54	16.9
腫瘤多中心性		
涉及乳房範圍		
2	58	81.7
3	2	2.8
4	2	2.8
資料不詳	9	12.7

2.24 在3,318名侵性乳癌患者中，有97.1%曾經接受雌激素受體或黃體酮受體狀況的測試。當中83.4%的測試結果呈陽性。在免疫組織化學染色法（IHC）中取得3分屬於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）的測試，如ISH結果呈陽性也屬於

HER2呈陽性。根據2018年指引，⁴¹大多數以前被介定為模稜兩可的個案（即HER2拷貝量低或HER2:CEP17比例低），現在被介定為呈陰性。受訪群組中，18.1%患者屬於c-erbB2/HER2呈陽性。受訪群組的侵性乳癌生物學特性詳見表2.15。

表2.15：入侵性乳癌的生物學特性（總人數 = 3,318）

	人數	%
雌激素受體 (ER) [97.1%患者接受測試]		
呈陽性	2,668	82.8
呈陰性	554	17.2
黃體酮受體 (PR) [96.7%患者接受測試]		
呈陽性	2,226	69.4
呈陰性	982	30.6
c-erbB2 / HER2 [94.0%患者接受測試]		
呈陽性 (IHC 3分)	485	15.5
不確定 (IHC 2分) ISH 結果呈陽性	81	2.6
不確定 (IHC 2分) ISH 結果不確定	52	1.7
不確定 (IHC 2分) ISH 結果呈陰性	492	15.8
不確定 (IHC 2分) 沒有接受ISH 測試	303	9.7
呈陰性 (IHC 0/1分)	1,707	54.7
Ki-67指數 [70.6%患者接受測試]		
<14%	738	31.5
≥14%	1,603	68.5

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2.15所列明的生物學標記，並將乳癌分為不同生物學亞型。⁴⁶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按癌症期數分析受訪群組的生物學亞型的資料詳見表2.16。

表2.16：按癌症期數分析入侵性腫瘤的生物學亞型（總人數 = 2,945）

	癌症期數，人數 (%)				
	I期	IIA期	IIB期	III期	IV期
管腔A型*	385 (33.5)	168 (19.5)	55 (13.1)	53 (12.2)	5 (6.2)
管腔B型 (HER2呈陰性) #	353 (30.7)	308 (35.8)	167 (39.8)	129 (29.7)	31 (38.3)
管腔A/B型 (HER2呈陰性) ♦	171 (14.9)	136 (15.8)	84 (20.0)	96 (22.1)	19 (23.5)
管腔B型 (HER2呈陽性) ^	90 (7.8)	103 (12.0)	42 (10.0)	58 (13.3)	11 (13.6)
HER2過度表現型※	67 (5.8)	56 (6.5)	24 (5.7)	48 (11.0)	7 (8.6)
三陰性 §	82 (7.1)	90 (10.5)	48 (11.4)	51 (11.7)	8 (9.9)

* 管腔A型：ER和/或PR+、HER2-及Ki-67指數低 (<14%)

管腔B型 (HER2呈陰性)：ER和/或PR+、HER2-及Ki-67指數高 ($\geq 14\%$)

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

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

※ HER2過度表現型：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 乳腺管癌是受訪群組中最常見的原位乳癌類型（94.6%）。表2.17顯示受訪群組原位乳癌的組織學特性、級別、多灶性和多中心性。

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（總人數 = 520）

	人數	%
組織學類別		
乳腺管癌	492	94.6
乳突狀癌	6	1.2
混合癌	5	1.0
包裹性乳頭狀癌	5	1.0
大汗腺癌	2	0.4
篩狀癌	2	0.4
囊內乳頭狀癌	1	0.2
其他	3	0.6
資料不詳	4	0.8
壞疽	134	25.8
核級別		
低	150	28.8
中	184	35.4
高	151	29.0
資料不詳	35	6.7
腫瘤多灶性	54	10.4
病灶數目		
2	30	55.6
3	5	9.3
4或以上	0	0.0
資料不詳	19	35.2
腫瘤多中心性	7	1.3
涉及乳房範圍		
2	6	85.7
3	0	0.0
資料不詳	1	14.3

2.27 在520名原位乳癌患者中，54.0%曾接受雌激素或黃體酮受體的狀況測試，當中83.6%測試結果呈陽性。同時，16.9%原位乳癌患者屬於HER2呈陽性。表2.18列出受訪群組原位乳癌的生物學特性。

表2.18：原位乳癌的生物學特性（總人數 = 520）

	人數	%
雌激素受體 (ER) [54.0%患者接受測試]		
呈陽性	234	83.3
呈陰性	47	16.7
黃體酮受體 (PR) [52.1%患者接受測試]		
呈陽性	209	77.1
呈陰性	62	22.9
c-erbB2 / HER2 [46.5%患者接受測試]		
呈陽性 (IHC 3分)	41	16.9
不確定 (IHC 2分) ISH結果呈陽性	0	0.0
不確定 (IHC 2分) ISH結果不確定	0	0.0
不確定 (IHC 2分) ISH結果呈陰性	2	0.8
不確定 (IHC 2分) 沒有接受ISH測試	80	33.1
呈陰性 (IHC 0/1分)	119	49.2
Ki-67指數 [42.5%患者接受測試]		
<14%	124	56.1
≥14%	97	43.9

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

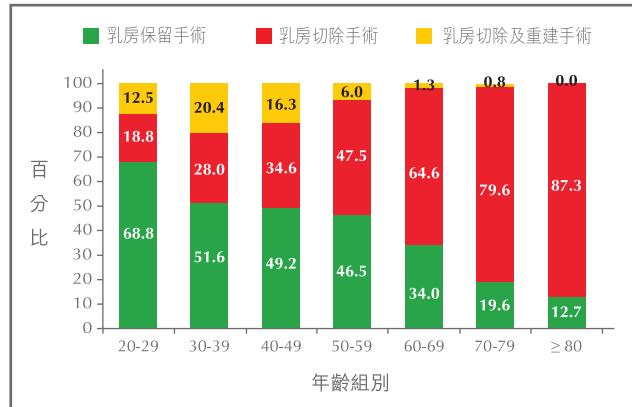
- 2.28 在3,998名受訪患者中，15.6%僅在私營醫療機構接受治療，50.9%僅在公營醫療機構接受治療，33.5%曾在公營及私營醫療機構接受治療。患有侵性乳癌的患者通常會接受綜合治療，包括手術治療、化學治療、抗HER2靶向治療、內分泌治療，和放射性治療。然而，患有原位乳癌的患者需用攻擊性較低的治療方案，包括手術治療、內分泌治療，和放射性治療。原位乳癌的患者普遍不需要接受化學治療和抗HER2靶向治療。這些治療方法，除手術外，可根據確診時的癌症期數，採用輔助性（手術後進行），前置性（手術前進行）或紓緩性（已有遠端擴散）的治療。
- A. 手術治療**
- 2.29 手術可說是治療侵性及原位乳癌的最關鍵「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。接受乳房保留手術後再接受放射性治療的患者，在存活率上與只接受乳房切除手術的患者相近。另外，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的問題，如淋巴水腫。
- 2.31 受訪群組中，51.6%患者在私營醫療機構接受手術，48.4%則在公營醫療機構接受手術。
- 2.32 在侵性乳癌患者中，97.8%接受了手術治療。58.2%侵性乳癌患者接受乳房切除手術，39.1%接受乳房保留手術。在接受乳房切除手術的患者中，只有13.5%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橫向腹直肌肌皮瓣（TRAM瓣）（71.1%）（表2.19）。接近所有（95.3%）侵性乳癌患者接受了淋巴結手術。當中有37.2%進行了腋下淋巴切除手術，而62.3%僅進行了前哨淋巴結切片檢查。
- 2.33 接近所有（98.4%）原位乳癌患者接受了手術治療（表2.19）。57.5%原位乳癌患者接受了乳房保留手術，22.3%在乳房切除手術後接受了乳房重建手術。另外，有39.1%患者沒有接受淋巴結手術。在接受淋巴結手術的患者中（60.9%），97.0%僅接受前哨淋巴結切片檢查，1.7%則僅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。

表2.19：入侵性乳癌及原位乳癌患者的手術治療

	癌症類別，人數 (%)	
	入侵性乳癌	原位乳癌
手術類型 (總人數 = 3,971)		
沒有接受手術	65 (1.9)	8 (1.6)
乳房保留手術	1,359 (39.1)	284 (57.5)
乳房切除手術	2,023 (58.2)	197 (39.9)
僅進行淋巴結手術	11 (0.3)	1 (0.2)
手術類型不詳	6 (0.2)	4 (0.8)
有否進行手術不詳	13 (0.4)	0 (0.0)
乳房切除手術的種類 (總人數 = 2,220)		
全乳切除手術	1,881 (93.0)	169 (85.8)
保留皮膚切除手術	48 (2.4)	12 (6.1)
保留乳暈切除手術	0 (0.0)	0 (0.0)
保留乳頭切除手術	86 (4.3)	16 (8.1)
資料不詳	8 (0.4)	0 (0.0)
乳房重建手術的種類 (總人數 = 317)		
橫向腹直肌皮瓣 (TRAM瓣)	194 (71.1)	23 (52.3)
植入物	50 (18.3)	17 (38.6)
LD瓣	16 (5.9)	3 (6.8)
LD瓣及植入物	8 (2.9)	0 (0.0)
資料不詳	5 (1.8)	1 (2.3)
淋巴結手術的種類 (總人數 = 3,613)		
前哨淋巴結切片檢查	2,064 (62.3)	292 (97.0)
腋下淋巴切除手術	762 (23.0)	5 (1.7)
前哨淋巴結切片檢查後再接受腋下淋巴切除手術	471 (14.2)	4 (1.3)
資料不詳	15 (0.5)	0 (0.0)

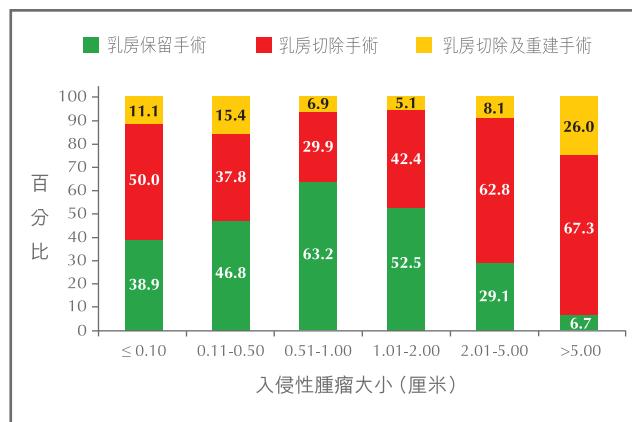
2.34 接受乳房切除手術的患者比率與年齡成正比，而接受乳房切除及重建手術的比率則與年齡成反比（圖2.9）。

圖2.9：按年齡組別分析手術類型（總人數 = 3,798）



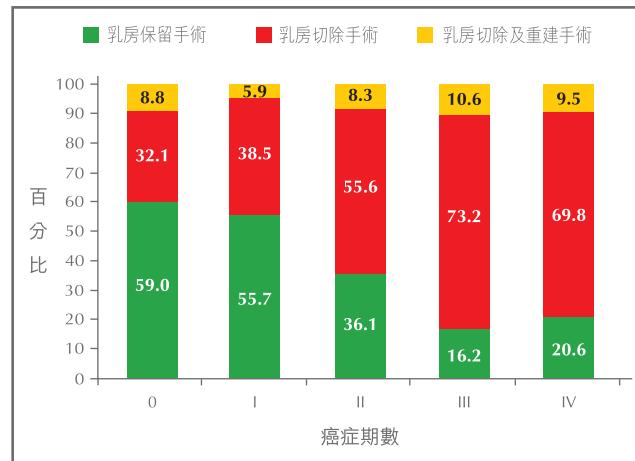
2.35 在腫瘤大於0.5厘米的患者中，接受乳房保留手術的比率與腫瘤大小成反比（圖2.10）。

圖2.10：按侵性腫瘤大小分析手術類型
(總人數 = 2,843)



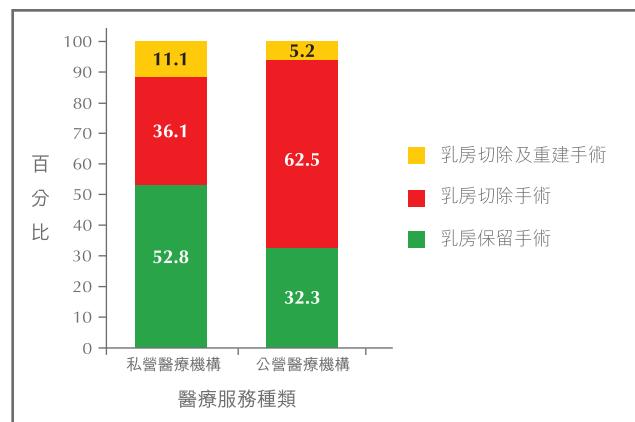
2.36 受訪群組中，接受乳房保留手術的患者比率與癌症期數成反比，而進行乳房切除及重建手術與癌症期數並沒有顯示任何明顯關係（圖2.11）。

圖2.11：按癌症期數分析手術類型（總人數 = 3,669）



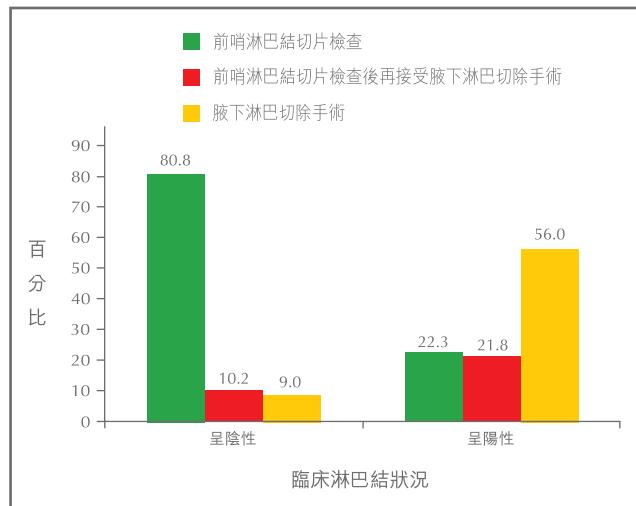
2.37 相比在公營醫療機構接受手術的患者（32.3%），在私營醫療機構接受手術（52.8%）較多接受乳房保留手術（圖2.12）。

圖2.12：按患者接受治療的醫療服務種類分析手術類型（總人數 = 3,713）



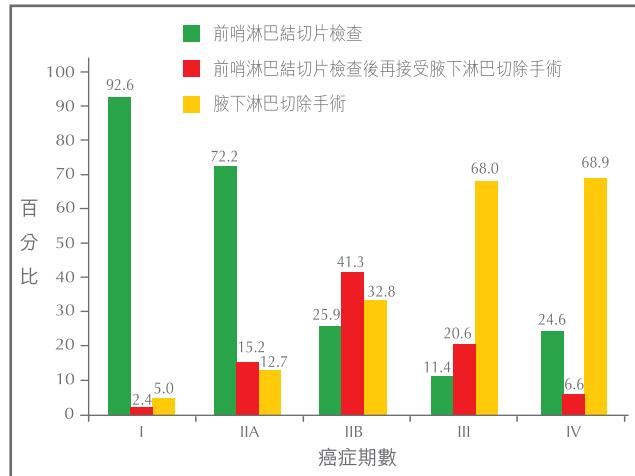
2.38 相比臨床淋巴結狀況呈陽性的患者 (22.3%)，臨床淋巴結狀況呈陰性的患者 (80.8%) 較多僅需要接受前哨淋巴結切片檢查。相對臨床淋巴結狀況呈陰性的患者 (9.0%) 而言，臨床淋巴結狀況呈陽性的患者 (56.0%) 則較多直接進行腋下淋巴切除手術，而沒有先接受前哨淋巴結切片檢查。表 2.13 顯示受訪群組中臨床淋巴結狀況呈陽性或陰性的患者接受淋巴結手術的種類。

圖2.13：按臨床淋巴結狀況分析淋巴結手術的種類
(總人數 = 3,615)



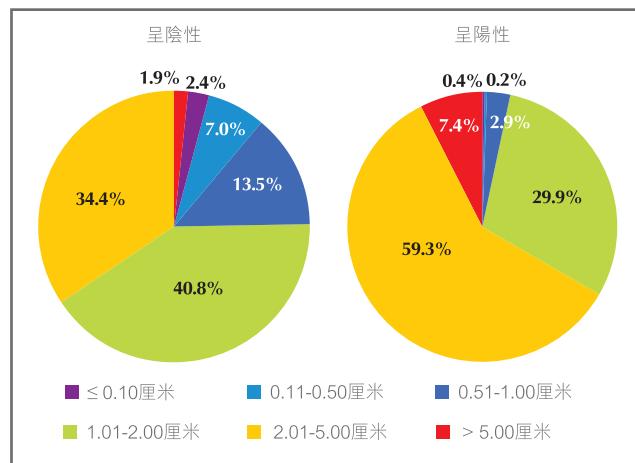
2.39 接受腋下淋巴切除手術的患者比率與癌症期數成正比。受訪群組中，接受前哨淋巴結切片檢查後再接受腋下淋巴切除手術的患者從第I期到第II期有所增加；但從第III期到第IV期則有所減少。這個趨勢可能是因為大多數第III或IV期患者選擇接受腋下淋巴切除手術作為她們首個淋巴結手術（圖2.14）。

圖2.14：按臨床淋巴結狀況分析侵性乳癌患者的淋巴結手術的種類 (總人數 = 3,132)



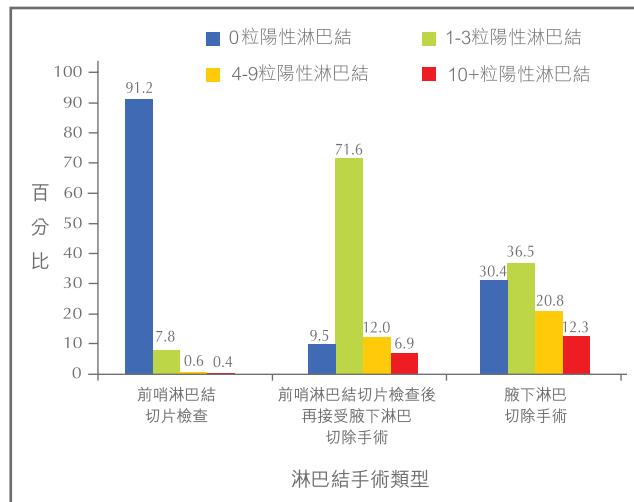
2.40 受訪群組中，59.3%淋巴結呈陽性的侵性乳癌患者腫瘤大小介乎2.01至5.00厘米，有7.4%患者的腫瘤超過5.0厘米。相對淋巴結呈陽性的侵性乳癌患者 (33.4%)，較多淋巴結呈陰性患者 (63.7%) 的腫瘤小於或等於2.0厘米（圖2.15）。

圖2.15：按臨床淋巴結狀況分析侵性乳癌的腫瘤大小 (總人數 = 2,576)



- 2.41 受訪群組中，91.2%僅接受前哨淋巴結切片檢查的患者沒有淋巴結呈陽性，而30.4%接受腋下淋巴切除手術的患者和9.5%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2.16）。

圖2.16：按淋巴結手術種類分析陽性淋巴結數目
(總人數 = 3,049)



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。放射性治療可以在兩種情況下進行：
(i) 局部區域性放射性治療，以療愈為目的照射乳房或胸壁，有需要治療位置或會延至區域性淋巴結；(ii) 紓緩性放射性治療（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. 局部區域性放射性治療

- 2.43 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，或者於血管或淋巴管道中發現癌細胞的情況，該部份接受了乳房切除手術的患者都需要接受電療。

- 2.44 受訪群組中，63.6%患者曾接受局部區域性放射性治療作為治療的一部分，當中接近全部（99.9%）屬於術後輔助性治療。大部分（84.0%）患者在公營醫療機構接受電療，其餘（16.0%）患者則在私營醫療機構接受電療。

- 2.45 圖2.17及圖2.18分別顯示了受訪群組中接受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性治療的比率。大部分（93.1%-94.9%）接受乳房保留手術的侵性乳癌患者隨後接受了局部區域性放射性治療（圖2.17）。另一方面，侵性乳癌患者進行乳房切除手術後接受局部區域性放射性治療的比率隨著癌症期數上升而增加（圖2.18）。

- 2.46 在接受乳房保留手術的原位乳癌患者中，92.5%會隨後接受局部區域性放射性治療（圖2.17）。然而，接受了乳房切除手術的原位乳癌患者只有4.1%會接受放射性治療（圖2.18）。



圖2.17：按癌症期數分析接受了乳房保留手術的患者接受局部區域性放射性治療的比率
(總人數 = 1,559)

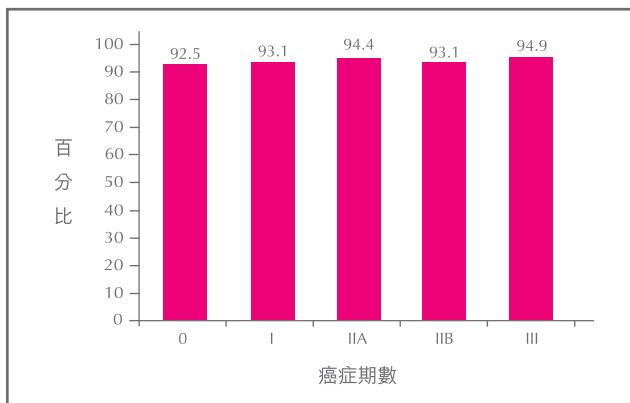
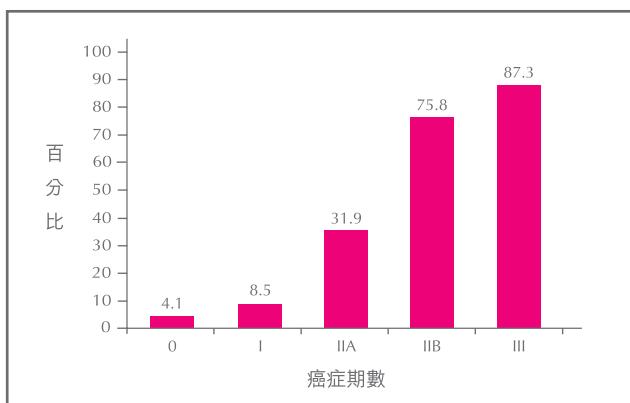


圖2.18：按癌症期數分析接受了乳房切除手術的患者接受局部區域性放射性治療的比率
(總人數 = 2,047)



2.47 局部區域性放射性治療是針對局部位置發出游離輻射，例如乳房/胸壁及/或區域性淋巴結。表2.20顯示按患者所接受的手術類型分析接受術後輔助性電療的位置。大部分(90.3%)接受了乳房保留手術的患者僅針對乳房進行電療，而接受了乳房切除手術的患者較常針對胸壁及區域性淋巴結(75.6%)進行電療。

表2.20：術後輔助性局部區域性放射性治療對區域性淋巴結覆蓋程度(總人數 = 1,184)

	人數	%
乳房保留手術		
乳房	636	90.3
乳房及區域性淋巴結	68	9.7
乳房切除手術		
胸壁	117	24.4
胸壁及區域性淋巴結	363	75.6

ii. 紓緩性放射性治療

2.48 紓緩性放射性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。

2.49 受訪群組中，64.9%轉移性乳癌患者在身體的不同位置接受紓緩性放射性治療。

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⁴⁷。任何化療方案的實際療程數目是可變的，通常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。

- 2.51 受訪群組中，2,052名（59.0%）入侵性乳癌患者接受了化療。其中75.3%患者接受術後輔助性化療，20.6%接受手術前的前置化療以及4.0%接受紓緩性化療。另外，大部分（84.5%）患者在公營醫療機構接受化療，其餘（15.5%）則在私營醫療機構接受化療。
- 2.52 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（77.1%）第IV期患者則接受了紓緩性化療（圖2.19）。
- 2.53 一般而言，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2.21顯示受訪群組不同年齡組別和癌症期數的患者接受化療的比率。

圖2.19：按癌症期數分析患者接受化療的比率
(總人數 = 3,217)

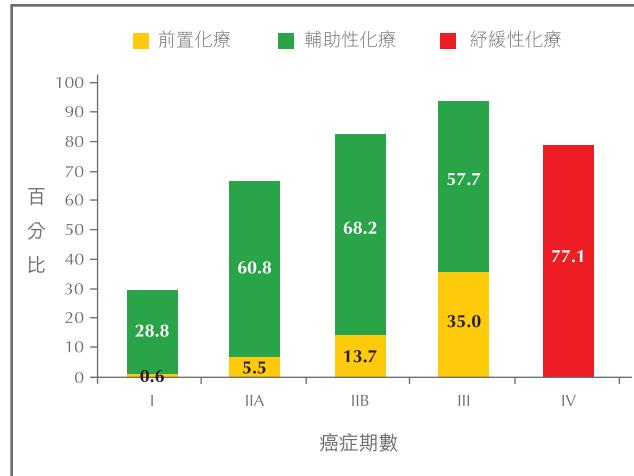


表2.21：按確診時的年齡及癌症期數分析患者接受化療的比率 (總人數 = 3,187)

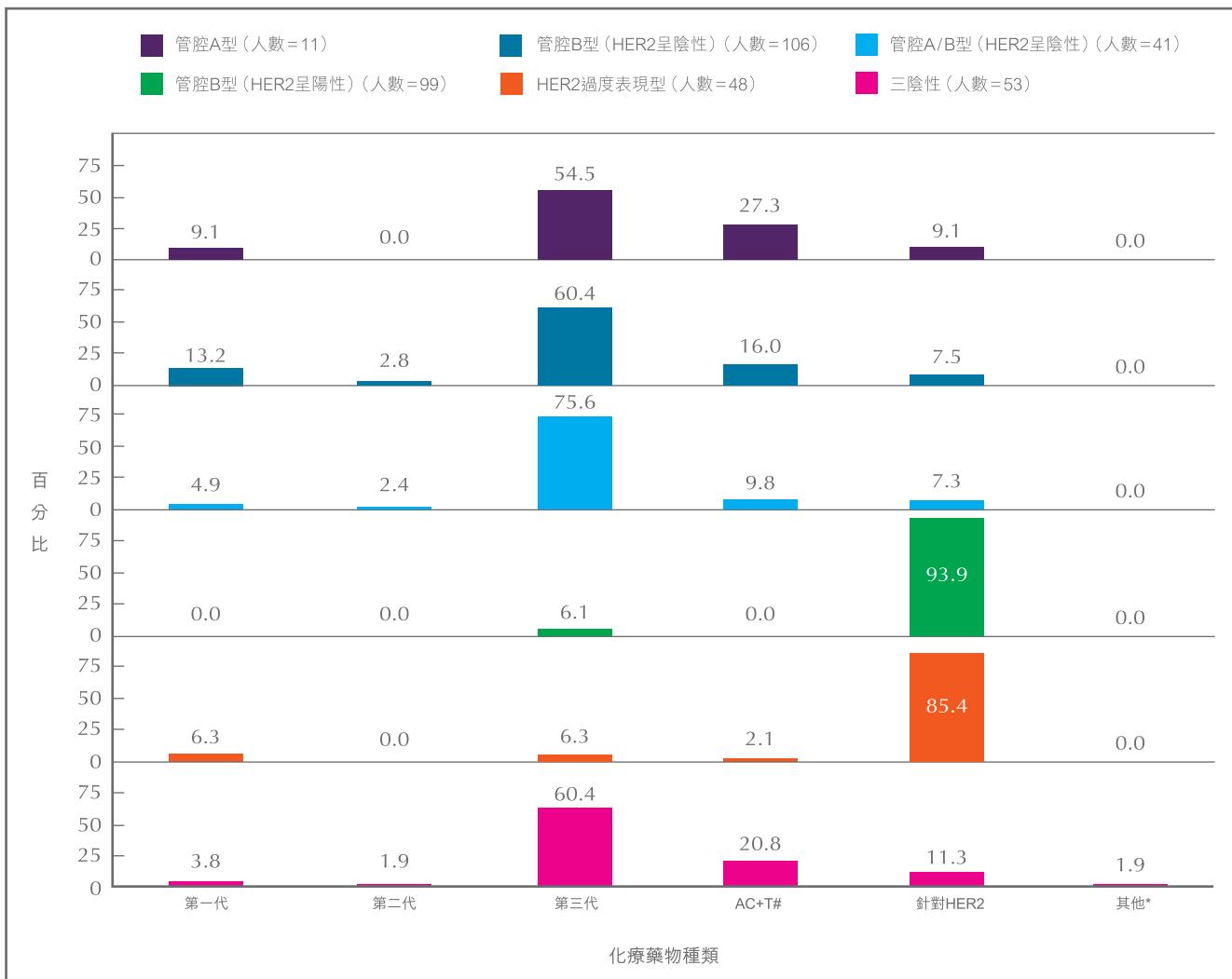
	癌症期數，人數 (佔相同年齡組別及癌症期數患者的百分比，%)				
	I期	IIA期	IIB期	III期	IV期
20-29	5 (38.5)	6 (100.0)	2 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
30-39	34 (44.2)	57 (89.1)	28 (93.3)	36 (97.3)	5 (55.6)
40-49	102 (30.6)	163 (73.4)	102 (91.1)	123 (98.4)	24 (88.9)
50-59	130 (34.5)	230 (77.4)	140 (88.1)	148 (96.7)	28 (84.8)
60-69	69 (21.9)	138 (55.4)	92 (82.1)	128 (92.1)	12 (66.7)
≥70	13 (12.6)	12 (14.5)	15 (29.4)	13 (40.6)	4 (50.0)

i. 手術前的前置化療

- 2.54 在2,052名曾接受化療的患者中，20.6%接受了手術前的前置化療。前置化療的使用比率隨着癌症期數上升而增加（圖2.19）。受訪群組中不同乳

癌生物學亞型患者所用的化療藥物種類可見於圖2.20。

圖2.20：按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（總人數 = 358）



#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表化療藥物

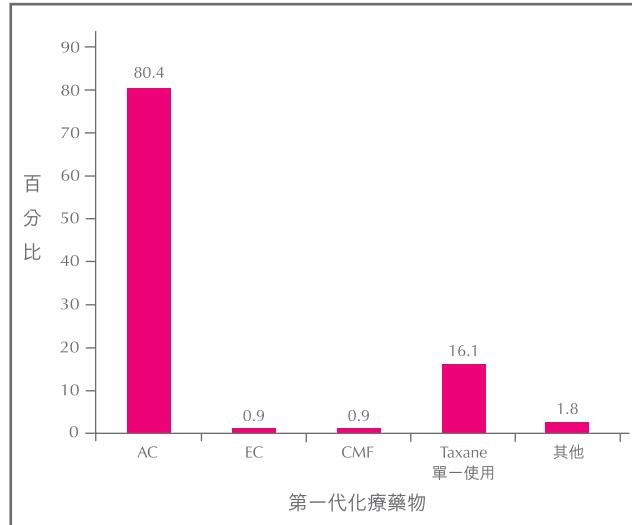
*其他包括任何使用了Capecitabine、Gemcitabine或Vinorelbine的藥物方案

ii. 術後輔助性化療

2.55 在2,052名曾接受化療的患者中，大部分(75.3%)接受了術後輔助性(第I至III期)化療。圖2.21、圖2.22及圖2.23顯示了受訪群組中三代化療藥物方案在術後輔助性化療的使用比率。

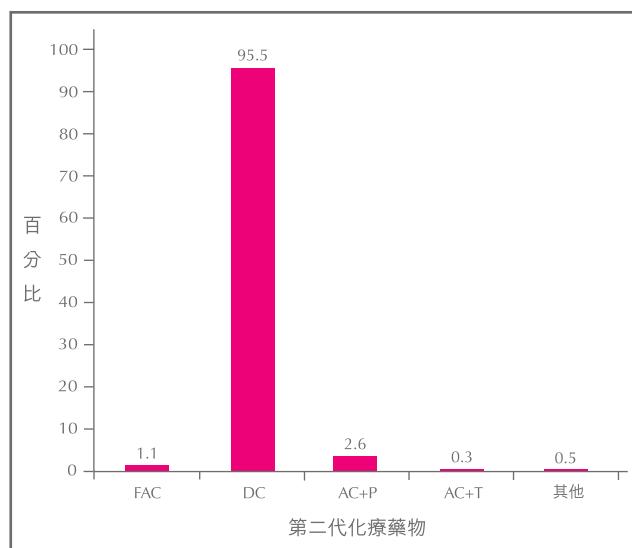
針對HER2的化療藥物方案的使用比率可見於圖2.24。圖2.25及圖2.26分別顯示受訪群組中不同乳癌生物學亞型及癌症期數患者所採用的化療藥物種類。

圖2.21：第一代化療藥物種類（非HER2藥物方案）在術後輔助性化療的使用比率（總人數 = 112）



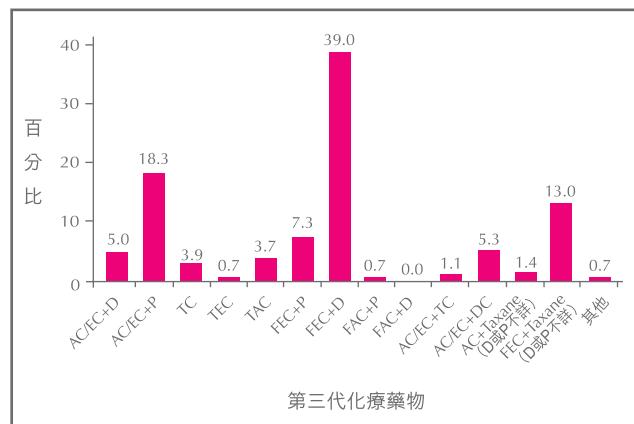
A: Adriamycin/Doxorubicin; E: Epirubicin; C: Cyclophosphamide;
M: Methotrexate; F: 5FU; Taxane: Docetaxel or Paclitaxel

圖2.22：第二代化療藥物種類（非HER2藥物方案）在術後輔助性化療的使用比率（總人數 = 378）



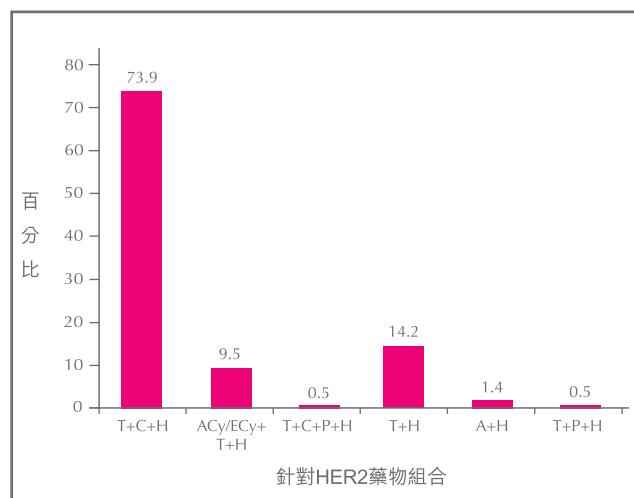
DC: Docetaxel+Cyclophosphamide; P: Paclitaxel; T: Taxane

圖2.23：第三代化療藥物種類（非HER2藥物方案）在術後輔助性化療的使用比率（總人數 = 438）



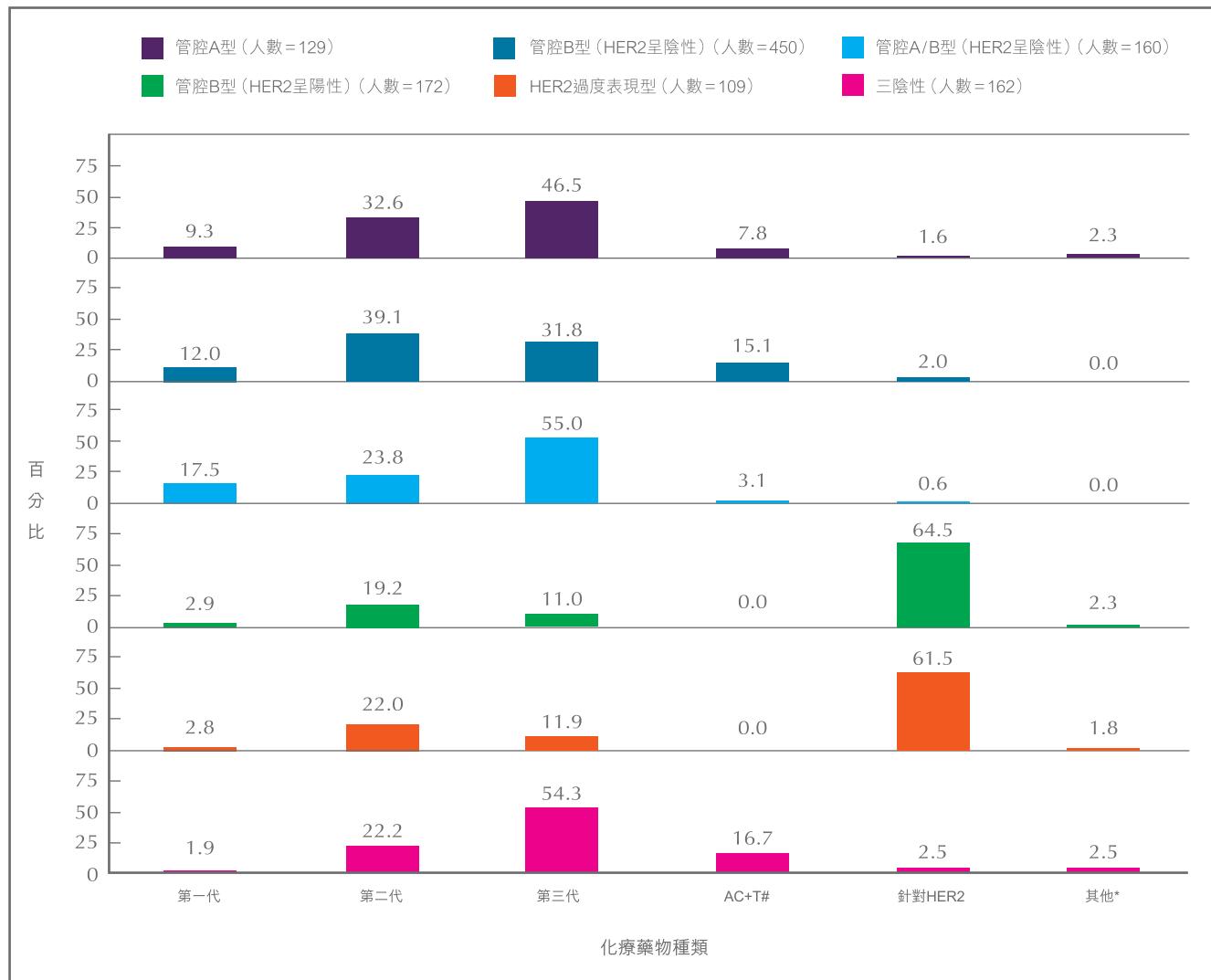
D: Docetaxel; P: Paclitaxel; TC: Paclitaxel+Carboplatin;
DC: Docetaxel+Cyclophosphamide

圖2.24：在術後輔助性化療針對HER2的藥物種類使用比率（總人數 = 211）



A: Anthracycline; C: Carboplatin; T: Taxane;
H: Trastuzumab; P: Pertuzumab; Cy: Cyclophosphamide

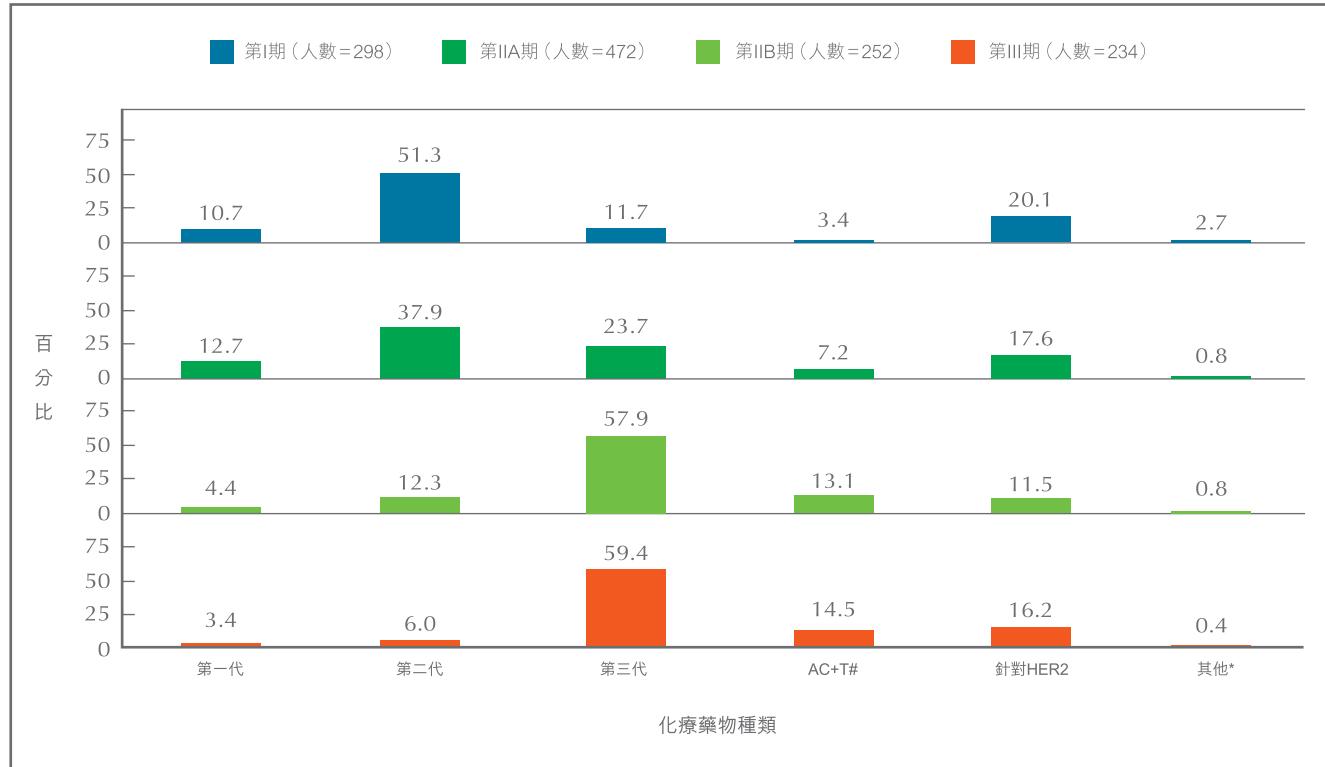
圖2.25：按乳癌生物學亞型分析患者在術後輔助性化療使用的藥物種類（總人數 = 1,182）



#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藥物

*其他包括任何使用了Capecitabine、Gemcitabine或Vinorelbine的藥物方案

圖2.26：按癌症期數分析患者在術後輔助性化療使用的藥物種類（總人數 = 1,256）



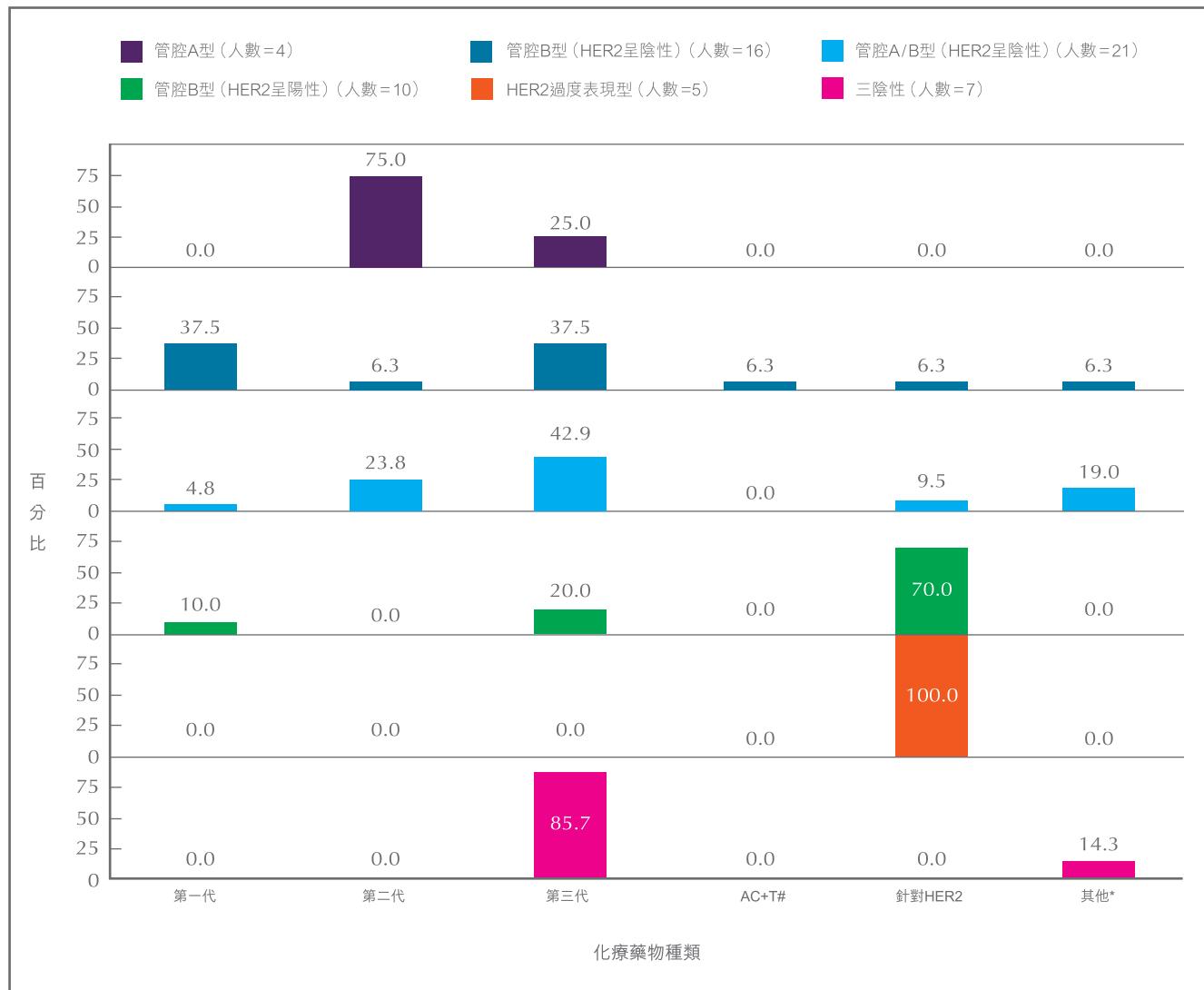
#AC+T：因完成療程的時間不確定而無法斷定為第二或第三代化療藥物

*其他包括任何使用了Capecitabine、Gemcitabine或Vinorelbine的藥物方案

iii. 紓緩性化療

2.56 在2,052名曾接受化療的患者中，4.0%接受了紓緩性（第IV期）化療。受訪群組中不同乳癌生物學亞型患者所採用的化療藥物種類可見於圖2.27。

圖2.27：按乳癌生物學亞型分析患者在紓緩性化療使用的藥物種類（總人數 = 63）



#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藥物

*其他包括任何使用了Capecitabine、Gemcitabine或Vinorelbine的藥物方案

D. 內分泌治療

- 2.57 內分泌治療在醫治和預防荷爾蒙受體呈陽性的入侵性乳癌或原位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。內分泌治療藥物會在癌細胞的荷爾蒙受體中施加作用。
- 2.58 受訪群組中，68.9%患者接受了內分泌治療，當中大部分（95.6%）屬於術後輔助性治療，手術前的前置治療（0.5%）及紓緩性治療（3.9%）只佔少數。另外，大部分（87.1%）患者在公營醫療機構接受內分泌治療，其餘（12.9%）則在私營醫療機構接受治療。
- 2.59 在入侵性乳癌患者中，71.1%至80.7%接受了內分泌治療。而原位乳癌患者中，則只有9.2%接受了內分泌治療（圖2.28）。
- 2.60 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則只適合於已停經婦女使用。圖2.29顯示受訪群組中三個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2.28：按癌症期數分析患者接受內分泌治療的比率（總人數 = 3,747）

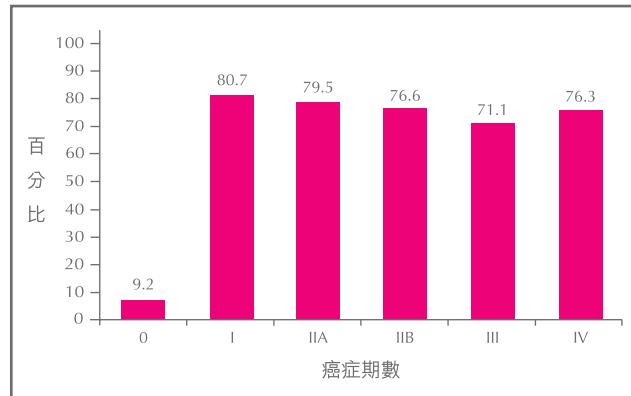
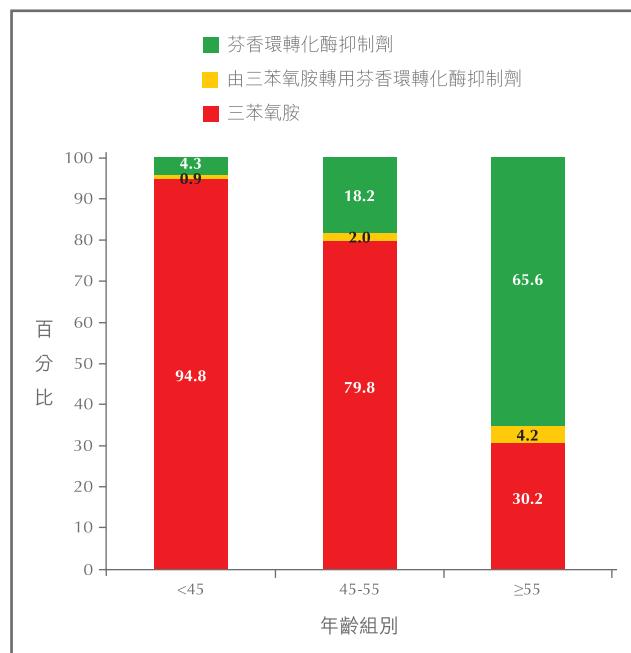


圖2.29：按年齡組別分析患者內分泌治療使用的藥物（總人數 = 2,360）

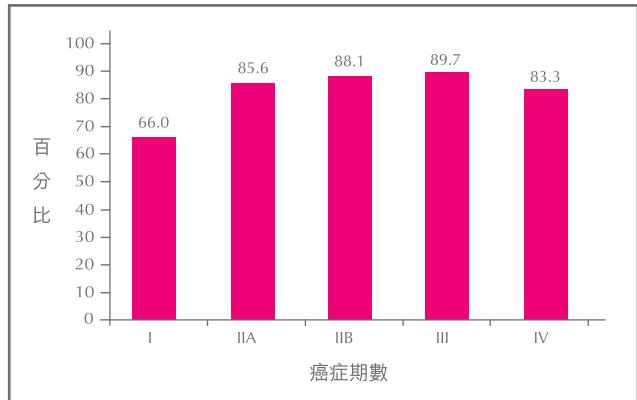




E. 抗HER2靶向治療

- 2.61 靶向治療是利用藥物選擇性地阻截細胞傳遞癌變或腫瘤增生所需的特定分子，以抑制癌細胞的異常生長。抗HER2靶向治療用於治療HER2呈陽性的入侵性乳癌患者。
- 2.62 在566名HER2呈陽性的入侵性乳癌患者中，86.1%接受了抗HER2靶向治療。當中77.1%屬於術後輔助性治療，18.6%屬於手術前的前置治療，4.3%屬於紓緩性治療。另外，大部分（87.0%）患者在公營醫療機構接受抗HER2靶向治療，其餘（13.0%）在私營醫療機構接受治療。受訪群組中，與第II期或以上的乳癌患者使用抗HER2靶向治療的比率為超過80%相比，第I期乳癌患者較少使用此治療（圖2.30）。

圖2.30：按癌症期數分析HER2呈陽性患者接受抗HER2靶向治療的比率（總人數 = 511）



F. 綜合治療

- 2.63 綜合使用多種療法（包括手術、放射性治療、化療、內分泌治療及抗HER2靶向治療）能夠有效治療乳癌。受訪群組的綜合治療模式詳列於表2.22。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（93.9%）第0期乳癌患者接受了不多於兩種療法，相反超過四分之三第IIA期（77.6%）、第IIB期（86.4%）或第III期（92.1%）乳癌患者接受了三種或以上療法。

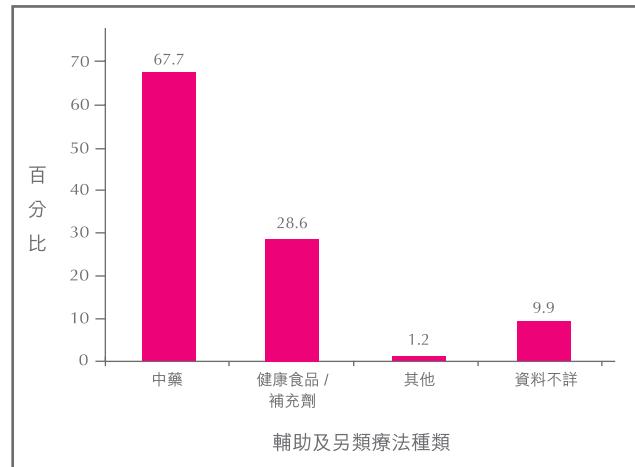
表2.22：按癌症期數分析治療方法的使用數目（總人數 = 3,747）

	癌症期數，人數 (%)					
	0期	I期	IIA期	IIB期	III期	IV期
0	1 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.1)	2 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
1	200 (40.9)	81 (6.5)	38 (4.0)	11 (2.3)	11 (2.2)	16 (16.5)
2	258 (52.8)	404 (32.3)	173 (18.3)	51 (10.9)	28 (5.7)	16 (16.5)
3	30 (6.1)	558 (44.6)	360 (38.1)	116 (24.7)	94 (19.0)	19 (19.6)
4	0 (0.0)	161 (12.9)	310 (32.8)	244 (51.9)	299 (60.4)	30 (30.9)
5	0 (0.0)	46 (3.7)	63 (6.7)	46 (9.8)	63 (12.7)	16 (16.5)

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，950名 (23.8%) 患者接受了輔助及另類療法，當中大部分 (95.7%) 屬於術後輔助性治療，而手術前的前置治療 (0.6%) 及紓緩性治療 (3.7%) 只佔少數。另外，67.7%患者採用傳統的中醫中藥治療（圖2.31）。

圖2.31：輔助及另類療法的種類（總人數 = 950）



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，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。本章節分析了17,877名乳癌患者的存活狀況，她們皆於2006年或之後確診並完成了至少一次跟進訪問。當中有約半數(47.2%)在過去兩年內曾經提供跟進數據。另外，40.4%患者的跟進年期達五年或以上（表2.23）。平均跟進年期為4.4年，中位數則為3.8年。
- 2.66 曾提供跟進數據的患者中有1.7%僅出現局部區域性復發，2.4%僅出現遠端復發，和1.6%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2.23。

表2.23：跟進訪問的結果(總人數 = 17,877)

	人數	%
跟進時間		
<1年	2,301	12.9
1-2年	3,015	16.9
2-5年	5,329	29.8
5-10年	6,276	35.1
≥10年	956	5.3
平均跟進時間 (95% CI)	4.4年 (4.37-4.47)	
跟進時間中位數 (95% CI)	3.8年 (3.71-3.87)	
局部區域性復發		
局部區域性復發人數	296	1.7
平均復發時間 (95% CI)	3.5年 (3.16-3.75)	
復發時間中位數 (95% CI)	3.0年 (2.61-3.34)	
遠端復發		
遠端復發人數	423	2.4
平均復發時間 (95% CI)	3.3年 (3.07-3.51)	
復發時間中位數 (95% CI)	2.9年 (2.64-3.15)	
局部區域性及遠端復發		
局部區域性及遠端復發人數	283	1.6
平均復發時間 (95% CI)	3.3年 (3.00-3.55)	
復發時間中位數 (95% CI)	2.8年 (2.50-3.05)	
死亡率*		
死於乳癌的人數	226	1.3
死於其他原因的人數	111	0.6
死亡原因不詳的人數	120	0.7

CI：信賴區間

* 只包括了在2020年2月以前可追溯病歷紀錄的患者資料

2.67 表2.24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
乳房保留手術後再接受放射性治療的患者整體
出現局部區域性復發的比率，與接受乳房切除手

術的患者相若（表2.24）。最常見的局部區域性復
發位置是胸壁（34.2%）、乳房（31.3%）及腋下淋
巴結（34.4%）（表2.25）。

表2.24：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，人數（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 再接受放射性治療	34/2,607 (1.3)	48/1,504 (3.2)	10/521 (1.9)	17/339 (5.0)	109/4,971 (2.2)
乳房保留手術後 沒有接受放射性治療	6/107 (5.6)	7/71 (9.9)	1/20 (5.0)	0/7 (0.0)	14/205 (6.8)
乳房切除手術	58/2,848 (2.0)	68/2,818 (2.4)	48/1,704 (2.8)	129/2,142 (6.0)	303/9,512 (3.2)

表2.25：患者出現局部區域性復發的位置
(總人數 = 579)

	人數	%
胸壁	198	34.2
乳房	181	31.3
腋下淋巴結	199	34.4
鎖骨上窩	123	21.2
內部乳腺	40	6.9
鎖骨下窩	6	1.0
其他	28	4.8

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。

2.68 受訪群組中，706名（4.0%）患者曾出現遠端復發，不論有否出現局部區域性復發。四個最常受遠端擴散影響的器官是骨骼（56.5%），其次是肺部（46.5%）、肝臟（38.7%）及腦部（18.8%）（表2.26）。表2.27顯示不同乳癌生物學亞型患者在四個最常受影響的器官出現遠端擴散的情況。



表2.26：遠端擴散影響的器官 (總人數 = 706)

	人數	%		人數	%
骨骼	403	57.1	腹膜	16	2.3
肺部	331	46.9	卵巢	7	1.0
肝臟	275	39.0	脾臟	4	0.6
腦部	133	18.8	對側淋巴結	3	0.4
縱隔腔淋巴結	123	17.4	甲狀腺	3	0.4
頸淋巴結	53	7.5	腎臟	3	0.4
胸腔	53	7.5	子宮	3	0.4
遠端淋巴結	47	6.7	胰腺	2	0.3
腎上腺	16	2.3	資料不詳	15	2.1

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2.27：按乳癌生物學亞型分析四個最常受遠端擴散影響的器官

	骨骼 (人數=403)	肺部 (人數=331)	肝臟 (人數=275)	腦部 (人數=133)
遠端擴散時間(年)， 中位數(範圍)	3.3 (0.2 - 11.2)	3.2 (0.2 - 11.2)	2.9 (0.2 - 9.9)	2.7 (0.2 - 10.0)
生物學亞型				
管腔A型*	40 (11.1)	22 (7.6)	24 (9.6)	8 (6.9)
管腔B型 (HER2呈陰性) #	87 (24.2)	50 (17.2)	53 (21.2)	16 (13.8)
管腔A/B型 (HER2呈陰性) ♦	110 (30.6)	82 (28.3)	78 (31.2)	17 (14.7)
管腔B型 (HER2呈陽性) ^	67 (18.6)	55 (19.0)	42 (16.8)	25 (21.6)
HER2過度表現型 ※	29 (8.1)	30 (10.3)	29 (11.6)	28 (24.1)
三陰性 §	30 (8.3)	53 (18.3)	26 (10.4)	22 (19.0)
資料不詳	43	41	25	17

* 管腔A型：ER和/或PR+、HER2-及Ki-67指數低 (<14%)

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

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

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

※ HER2過度表現型：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

2.69 受訪群組中，入侵性乳癌患者僅出現局部區域性復發的比率與確診時的癌症期數無關。然而，僅出現遠端復發的比率從第I期的0.9%上升至第III期的6.3%。同時，與較低期數的患者(0.5%-1.8%)相比，第III期患者出現局部區域性及遠端復發的比率(4.1%)較高(表2.28)。

2.70 受訪群組中有226名(1.3%)患者死於乳癌，其中58.9%確診時已為第III或第IV期癌症。存活時間介乎於0.6年至11.3年之間。另外，在四名死於乳癌的第0期患者中，三名沒有接受任何治療。有一名患者在近期確診原位乳癌前曾在另一側確診入侵性乳癌，因此她的死亡或與上次的入侵性乳癌相關。這些患者的生物學亞型資料詳見於表2.29。

表2.28：按癌症期數分析入侵性乳癌患者的復發情況(總人數=14,751)

	癌症期數，人數(%)				
	I期 (人數=5,566)	IIA期 (人數=4,407)	IIB期 (人數=2,255)	III期 (人數=2,523)	整體 (人數=14,751)
僅局部區域性復發	69 (1.2)	66 (1.5)	19 (0.8)	44 (1.7)	198 (1.3)
僅遠端復發	50 (0.9)	70 (1.6)	66 (2.9)	159 (6.3)	345 (2.3)
局部區域性及遠端復發	29 (0.5)	58 (1.3)	40 (1.8)	104 (4.1)	231 (1.6)

表2.29：乳癌死亡個案的特性 (總人數 = 226)

	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%)	4 (1.8)	22 (9.7)	32 (14.2)	23 (10.2)	96 (42.5)	37 (16.4)	12 (5.3)
存活時間 (年) (範圍)	4.5 — 7.3	1.6 — 9.6	1.6 — 11.3	2.1 — 11.2	0.8 — 9.4	0.6 — 8.1	1.1 — 6.2
從確診斷擴散至死亡相距時間 (年), 平均數 (範圍)	2.3 (0.9 - 4.4)	1.9 (0.7 - 4.6)	1.3 (0.9 - 4.4)	1.6 (0.1 - 6.2)	1.2 (0.0 - 5.9)	3.2 (0.6 - 8.1)	1.4 (0.3 - 3.3)
生物學亞型							
管腔A型*	0	2	3	5	5	0	0
管腔B型 (HER2呈陰性) #	0	5	4	3	12	2	1
管腔A/B型 (HER2呈陰性) ♦	2	4	10	10	26	7	1
管腔B型 (HER2呈陽性) ^	2	2	3	1	19	7	3
HER2過度表現型※	0	4	4	0	14	7	1
三陰性 §	0	5	6	3	12	4	0
資料不詳	0	0	2	1	8	10	6

* 管腔A型 : ER和/或PR+、HER2-及Ki-67指數低 (<14%)

管腔B型 (HER2呈陰性) : ER和/或PR+、HER2- 及 Ki-67 指數高 ($\geq 14\%$)

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

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

※ HER2過度表現型 : 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