



# 香港乳癌資料庫

## 第十二號報告

2020年出版

© 香港乳癌基金會，由香港乳癌基金會有限公司營運 2020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](mailto:hkbcr@hkbcf.org)

節錄本報告內容時，建議列明來源：《香港乳癌資料庫第十二號報告》，香港乳癌基金會2020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/](http://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」滙豐銀行戶口：094-793650-838

香港乳癌資料庫  
第十二號報告

2020年出版



# 目錄

前言	3
關於香港乳癌基金會	4
關於香港乳癌資料庫	5
香港乳癌資料庫工作概覽	6
香港乳癌資料庫督導委員會	8
關於香港乳癌資料庫第十二號報告受訪群組	10
報告總結	11
<b>第1章 預防和及早發現乳癌</b>	<b>13</b>
I. 簡介	14
II. 患者人口統計資料	15
III. 風險因素及健康背景	17
IV. 乳房檢查習慣	23
<b>第2章 香港乳癌病況、治療趨勢及臨床結果</b>	<b>29</b>
I. 簡介	30
II. 臨床表現	32
III. 癌症特徵	36
IV. 組織學及生物學特徵	42
V. 治療方法	47
VI. 患者現況	62
<b>第3章 乳癌及其診治對患者身心的影響</b>	<b>67</b>
I. 簡介	68
II. 治療後的身體不適	69
III. 確診及治療後的心理影響及調節	72
<b>附錄</b>	<b>75</b>
附錄I 詞彙	76
附錄II 美國癌症聯合委員會 (AJCC) 第8版的乳癌分期	79
附錄III 圖表索引	84
附錄IV 參考資料	88
附錄V 香港乳癌資料庫發表的刊物及簡報資料	91
附錄VI 第一至十一號報告摘要	93
附錄VII 參與香港乳癌資料庫及乳癌在線	104
附錄VIII 鳴謝	107



## 前言

在2019冠狀病毒病大流行當中，我們歡迎您閱覽《香港乳癌資料庫第十二號報告》。

香港乳癌資料庫自2007年成立以來，全賴本地各區共62間已加盟的公立及私營醫院和診所的踴躍參與，使其保持為香港最全面的乳癌數據收集及監控系統。截至2020年2月，已有超過二萬三千名乳癌病人登記加入香港乳癌資料庫，參加人數覆蓋每年約四成本地確診的病例，其中有75%的患者個案來自公立醫院。

香港乳癌資料庫透過發表年度報告書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衆。今年的報告書旨在測量各種用以確診乳癌的影像檢測方法效果，以闡明乳房X光造影檢查和乳房超聲波檢查的重要性及其互補作用。根據患者的年齡和乳房密度，以及其癌症是否為有可觀查得到的徵狀，採取的檢測方法會有所不同。

憑著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，和善長仁翁的慷慨襄助，我們才能獲得豐碩的成果。為此，我致以衷心的感謝。對香港乳癌資料庫而言，至關重要並賴以生存的是香港乳癌患者的信任，願意交付她們病歷資料作綜合分析，使得將來的同路人能受益於這些研究所得。因此，我亦懇切感恩每一位香港乳癌資料庫的參加者。我們將繼續探究香港乳癌資料庫所收集的數據，並呈現更多重要的資訊，進而實踐研究並尋求改善乳房健康和癌症治理的有效措施，冀望以此造福社群。

在此，我再一次真誠感謝各位對本會工作的充分配合和積極貢獻。



張淑儀醫生  
香港乳癌資料庫督導委員會主席  
香港乳癌基金會創會人



1/loc">

## 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、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，包括同路人情緒支緩，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。

香港乳癌基金會於2014年5月推出「乳癌在線」網上平台 (<http://brcaonline.hkbcf.org/>)，讓醫護人員可以充分利用香港乳癌資料庫搜集及分析的數據結果，作為參考資料。

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/](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。

### 宗旨

- 為乳癌患者及康復者提供有關本地乳癌個案的資訊及其他患者的治療路程，增強他們對抗乳癌的能力。
- 為醫護人員提供參考，以助他們為病人作出適當的治療及護理決定。
- 促進政策或制度的改變，改善本港乳癌防控、檢查、診斷、治療及護理的方案。



## 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名婦女確診患有侵性乳癌。在2017年，乳癌確診個案增加了三倍至4,373，佔該年女性癌症患者個案的27.0%。統計顯示，香港婦女罹患乳癌的一生累積風險比率有所增加，由2008年的每21人中有1人，上升至2017年的每15人中有1人。<sup>1</sup>

乳癌是本港婦女第三位致命的癌症。在2017年，本港有721名婦女因乳癌而死亡。<sup>1</sup>

### 約有23,000人登記加入香港乳癌資料庫

由2008年開始至2020年2月期間，已經有約23,000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：香港乳癌資料庫參加者的確診年份分佈



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”代表該處沒有收集或未有公布有關數據，而2009年之前的數據僅涵蓋侵性癌症個案。

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

## 參與診所 / 醫院

香港乳癌資料庫的目標為搜集本地乳癌個案的數據，以掌握香港整體的乳癌實況。香港乳癌資料庫的成功，有賴乳癌患者、康復者的參與和專業醫護人員的支持。目前，本港已有62間公立及私營醫院和診所成為乳癌資料庫的研究合作單位。參與診所 / 醫院包括：

- 香港港安醫院\*
- 香港浸信會醫院\*
- 香港養和醫院\*
- 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
- 聖保祿醫院
- 將軍澳醫院
- 荃灣港安醫院
- 屯門醫院
- 仁安醫院
- 基督教聯合醫院
- 仁濟醫院
- 及
- 37間私家診所

\* 多於一間收集中心



## 香港乳癌資料庫督導委員會

### 主席

#### 張淑儀醫生

MBBS (HK), FRCS (Glasg), FRACS, FACS,  
FHKAM (Surgery), FCSHK, Surgeon (Private),  
Founder, Hong Kong Breast Cancer Foundation

### 成員

#### 陳英凝教授

BS (Johns Hopkins), SM PIH (Havard), MBBS (HK),  
MD (CUHK), DFM, FHKCCM, FHKAM,  
Professor, The Jockey Club School of Public Health and  
Primary Care, 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), Pathologist (Private)

#### 陳志梅醫生

MBBS (HK), FRCS (Edin), FCSHK, FHKAM (Surgery), FACS,  
Surgeon (Hospital Authority)

#### 陳穎懷醫生

MBBS (HK), MRCS (Ed), FRACS, FCSHK,  
FHKAM (Surgery), Surgeon (Hospital Authority)

#### 陳永昌醫生

MBChB (CUHK), FCSHK, FHKAM (Surgery),  
FRCSEd (Gen), Surgeon (Hospital Authority)

#### 陳可恩醫生

MBBS (HK), FHKAM (Surgery),  
Surgeon (Hospital Authority)

#### 張寬耀醫生

MBChB (CUHK), FHKAM (Radiology),  
FRCR, FHKCR, Clinical Oncologist (Private)

### 趙穎欣醫生

FHKAM (Medicine), FHKCP (Med Onc), MBBS (HK),  
MRCP (UK), B.Sc. (Canada), M.Sc. (Canada),  
Clinical Assistant Professor, Department of Medicine,  
The University of Hong Kong

### 蔡浩強醫生

MBBS (HK), FRCR (UK), DMRT (LOND),  
FHKCR, FHKAM (Radiology), Clinical Oncologist (Private)

### 關智鷺女士

Patient Representative,  
Past Chairman, Hong Kong Breast Cancer Foundation  
(2005-2006)

### 關永康醫生

MBBS (HK), FRCR, FHKCR, FHKAM (Radiology),  
Clinical Oncologist (Private), Honorary Advisor,  
Hong Kong Breast Cancer Foundation

### 郭子熹醫生

MBChB (CUHK), FHKAM (Radiology),  
FRCR, FHKCR, Clinical Oncologist (Hospital Authority)

### 郭小曼女士

Patient Representative

### 劉曉欣醫生

MBChB (CUHK), FRCSEd, FCSHK, FHKAM (Surgery),  
Surgeon (Private)

### 羅振基醫生

MBBS (HK), DRMT, FRCR, FHKCR, FHKAM (Radiology),  
Clinical Oncologist (Private)

### 梁念堅博士

Vice Chairman, NetDragon Websoft Inc.



### **李沛基醫生**

MBBS (HK), MRCP (UK), FRCP (Glasg),  
FRCR, FHKCR, FHKAM (Radiology), FRACR,  
Clinical Oncologist (Private),  
Management Committee Member,  
Hong Kong Breast Cancer Foundation

### **凌若熙醫生**

MBBS (HK), FCSHK, FRCSEd (Gen), FHKAM (Surgery),  
Surgeon (Hospital Authority)

### **吳廷英醫生**

MBBS (HK), FHKAM (Radiology), HKFCR, FRCR (UK),  
Clinical Oncologist (Hospital Authority)

### **宋崧醫生**

MBChB (CUHK), FRCR, FHKCR, FHKAM (Radiology),  
MSc in Palliative Medicine (Cardiff), MPH (HK),  
Clinical Oncologist (Hospital Authority)

### **曾詠恒醫生**

MBBS (HK), MRCP (UK), FRCP (Lond), FRCP (Edin),  
FHKCP, FHKAM (Medicine), Medical Oncologist (Private),  
Founding Convenor, Hong Kong Breast Oncology Group

### **謝文杰醫生**

MBBS (HK), FRCPC, FCAP, Dip Am Bd (AP),  
FRCPPath, MIAC, Professor, Department of Anatomical and  
Cellular Pathology, The Chinese University of Hong Kong

### **蔡錦輝教授**

BSc, PhD, Associate Professor, The Jockey Club School  
of Public Health and Primary Care, CUHK Jockey  
Club Institute of Ageing, Stanley Ho Big Data Decision  
Analytics Research Centre, Faculty of Medicine,  
The Chinese University of Hong Kong,  
President of the International Society for Digital Health  
(2019-2021), Assistant Editor (Digital Health) in BMJ  
Innovations, Minitrack Chair for Big Data on Healthcare  
Application in HICSS 2020

### **黃浪詩女士**

Patient Representative,  
Management Committee Member,  
Hong Kong Breast Cancer Foundation

### **黃亭亭醫生**

MBBS (HK), FRCS (EDIN), FCSHK, FHKAM (Surgery),  
Surgeon (Private)

### **邱振中醫生**

MBBS, FRCR, FHKCR, FHKAM, FRCP (Edin),  
Clinical Oncologist (Private),  
Management Committee Member,  
Hong Kong Breast Cancer Foundation

### **游子覺醫生**

MBBS (HK), FRCR, FHKCR (HK), FHKAM (Radiology),  
Clinical Oncologist (Private)

### **楊明教授**

MBBS (London), AKC (London), MRCP (UK), FHKCP (HK),  
FHKAM (HK), FRCP (London,UK), FRCP (Glasgow,UK),  
Professor, Department of Clinical Oncology, The Chinese  
University of Hong Kong

### **徐仲鍇教授**

BSc, MSc (Manit.), PhD (Pitt.), Professor,  
The Jockey Club School of Public Health and Primary  
Care, The Chinese University of Hong Kong



## 關於香港乳癌資料庫第十二號報告受訪群組

截至2020年2月，共有**23,866**乳癌患者登記加入香港乳癌資料庫。本報告書的第一章至第三章只包括了**4,886名在2016年或以後確診的乳癌患者**。當中**1,352 (27.7%)**從私家診所 / 醫院招募，其餘的**3,534 (72.3%)**則透過公立醫院登記。而講述患者現況的部分包含了**17,877名在2006年或以後確診及至少完成過一次跟進程序的患者**。本報告書內不同章節所用作分析的患者數目列於表I。

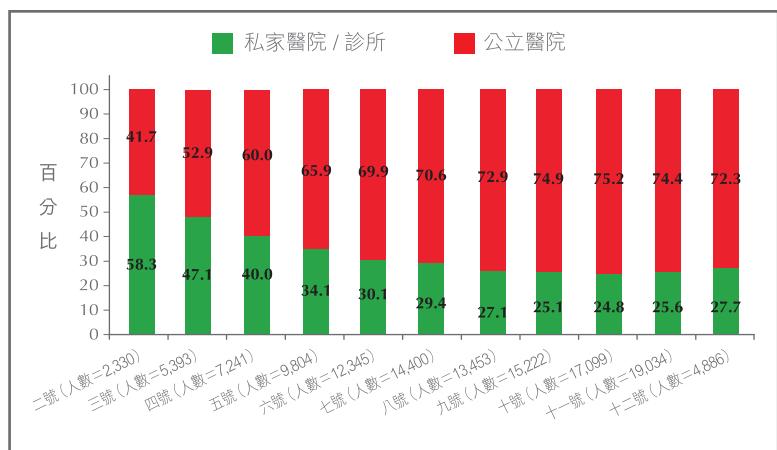
香港乳癌資料庫的研究人員收到參加者的書面同意後，會向參加者發出問卷以收集資料，包括人口統計、生活模式、健康背景、乳房檢查習慣、治療後身體不適的狀況，以及接受診斷和治療後的心理影響和生活方式的調整（詳見報告第一章和第三章）。此外，研究人員亦會從個人病歷紀錄中擷取參加者的癌症特徵和治療方式等資料（詳見報告第二章）。參加者接受每年一次的跟進，以更新任何復發或腫瘤轉移的資料，包括日期及受影響的身體部位。

於2006年到2017年期間確診的香港乳癌資料庫參與患者，大約佔這段期間醫管局香港癌症資料統計中心所匯報的所有乳癌病例的40%。因此所有「結論 / 觀察」都只是取自香港乳癌資料庫的參與者的數據，只代表部份的乳癌患者群組。多年來，參與的香港診所及醫院數量增加，令資料庫的數據更具代表性。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（詳見圖II），從第二號報告書的41.7%增加到本報告書的72.3%，接近使用公立醫療服務的乳癌患者估計比例（75%）。

表I：本報告書內不同章節所用作分析的患者數目

	患者數目
第1章	4,820
第2章	3,998
患者現況	17,877
第3章	3,380

圖II：香港乳癌資料庫報告書的患者來源分佈



## 報告總結

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年確診受訪群組及2016年至目前確診受訪群組）。本報告書聚焦分析2016年或以後確診的患者，並通過與前兩個更早確診的受訪群組進行比較，帶出過去十年乳癌情況、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。

- 2016年至目前確診受訪群組中，患者的年齡中位數為55.0歲，較2011至2015年確診受訪群組年長兩歲（年齡中位數：52.8歲），同時也較2006至2010年確診受訪群組年長五歲（年齡中位數：50.2歲）。
- 2016年至目前確診受訪群組中，30至39歲患者的比率有所下降，而60歲或以上患者的比率有所上升，這情況與患者的年齡中位數一致。

## 乳癌高危因素

- 2016年至目前確診受訪群組中常見的十大乳癌高危因素及患者攜帶該高危因素的比率為：

	人數	%
缺乏運動（每周少於3小時）	3,693	76.6
從未餵哺母乳	3,150	65.4
過重 / 肥胖	1,902	39.5
高度精神壓力（多於一半時間）	1,703	35.3
沒有生育 / 35歲後首次生育	1,471	30.5
有乳癌家族病史	818	17.0
提早初經（<12歲）	693	14.4
膳食含豐富肉類 / 乳類製品	654	13.6
有飲酒習慣	336	7.0
曾使用荷爾蒙補充劑治療	173	3.6

## 乳房檢查習慣

- 2016年至目前確診受訪群組中約20%患者有接受定期乳房X光造影檢查，但較年長的患者檢查習慣較弱。
- 與前兩個更早確診的受訪群組相同，2016年至目前確診受訪群組中，有接受定期乳房X光造影檢查的患者較多居住在香港島、擁有較高教育程度或每月家庭收入較高。但是有接受定期乳房X光造影檢

查的患者比率，在三個受訪群組中也有一些變化，其表現為居住在香港島的患者中有輕微下跌，而居住在九龍或新界的患者中則有所上升。

## 臨床表現

- 2016年至目前確診受訪群組在發現乳癌的方式上，自己無意中發現（80.0%）徵狀的患者仍佔主導，但其比率較過住兩個受訪群組（82.5%至84.2%）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，由9.6%上升至13.0%。
- 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%患者確診為第0期乳癌（原位乳癌）。

## 癌症特徵

- 入侵性乳癌患者中，2016年至目前確診受訪群組的腫瘤平均大小為2.2厘米。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%。
- 原位乳癌患者中，2016年至目前確診受訪群組的腫瘤平均大小為1.6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。
- 以下列表顯示受訪群組中入侵性及原位乳癌腫瘤的組織學及生物學特性：

	入侵性腫瘤 %	原位癌腫瘤 %
<b>組織學類別</b>		
乳腺管癌	87.5	94.6
其他	12.5	5.4
<b>生物學特性</b>		
ER+	82.8	83.3
PR+	69.4	77.1
HER2+	18.1	16.9
Ki-67指數≥14%	68.5	43.9
ER-PR-HER-	9.0	—
入侵淋巴管	21.6	—

ER+/-: 雌激素受體呈陽性 / 陰性

PR+/-: 黃體酮受體呈陽性 / 陰性

HER2+/-: 第二型人類上皮生長素受體呈陽性 / 陰性



## 治療

- ▶ 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，而33.5%曾在公營及私營醫療機構接受治療。
- ▶ 以下列表顯示各種療法在2016年至目前確診受訪群組中的使用程度：

	整體 %	在私營醫療 機構接受治療 %	在公營醫療 機構接受治療 %	期數					
				0 %	I %	IIA %	IIB %	III %	IV %
<b>手術治療</b>	<b>97.8</b>	<b>51.6</b>	<b>48.4</b>						
乳房保留手術	42.5	63.6	36.4	59.0	55.7	40.1	28.1	16.2	20.6
乳房切除手術	57.5	42.7	57.3	41.0	44.3	59.9	71.9	83.8	79.4
<b>放射性治療</b>									
接受乳房保留手術的患者	93.3	20.2	79.8	92.5	93.1	94.4	93.1	94.9	84.6
接受乳房切除手術的患者	42.0	9.1	90.9	4.1	8.5	31.9	75.8	87.3	80.0
<b>化學治療</b>	<b>59.0</b>	<b>15.5</b>	<b>84.5</b>	—	<b>29.4</b>	<b>66.3</b>	<b>81.9</b>	<b>92.7</b>	<b>77.1</b>
<b>內分泌治療</b>	<b>68.9</b>	<b>12.9</b>	<b>87.1</b>	<b>9.2</b>	<b>80.7</b>	<b>79.5</b>	<b>76.6</b>	<b>71.1</b>	<b>76.3</b>
<b>抗HER2靶向治療*</b>	<b>81.6</b>	<b>13.0</b>	<b>87.0</b>	—	<b>66.0</b>	<b>85.6</b>	<b>88.1</b>	<b>89.7</b>	<b>83.3</b>

\*只包括HER2（第二型人類上皮生長素受體）呈陽性的患者

## 治療後的身體不適

- ▶ 在不同的乳癌治療方法中，化學治療是最多患者感到難受的治療方法。40.8%患者表示在接受化療的過程中或後感到嚴重不適。
- ▶ 以下列表顯示患者於不同治療方式感到嚴重不適的比例及最常見的不良反應：

治療方式	嚴重不適 %	最常見的不良反應 (%)
化學治療	40.8	食慾不振 (16.1)
放射性治療	13.2	皮膚乾燥 (12.4)
手術治療	9.9	傷口痛楚 (21.7)
內分泌治療	9.6	潮熱 (15.6)
抗HER2靶向治療	6.1	痛楚 (4.0)

## 確診和治療對患者的心理及生活影響

- ▶ 對比三個受訪群組的數據，整體而言，得悉確診時較多患者以平靜的態度接受 (22.3%至29.1%)，相對較少患者表示接受但情緒低落 (32.0%至19.5%)。
- ▶ 在2016年至目前確診受訪群組中，40.9%患者表示人生觀有正面的影響，31.5%則表示對自我形象有正面轉變。
- ▶ 在各受訪群組中，約四分之三 (73.5%–82.3%) 患者表示確診乳癌後生活模式有變化。最常見的生活模式轉變是飲食習慣的改變，其次是多做運動。
- ▶ 在各受訪群組中，兩個最常見的處理負面情緒方法為直接向人傾訴和把注意力移離負面情緒。
- ▶ 約四分之一 (21.4%) 在2016年至目前確診受訪群組中的患者從不擔心復發，不過，略多於半數 (57.2%) 表示經常或有時擔心復發。在各受訪群組中，患者對復發的擔心程度隨著年齡增加而較少。然而，在2016年至目前確診受訪群組中，年齡超過70歲的患者，比起在前兩個更早確診的受訪群組中的同年齡層患者，表現出對復發更多的擔憂。



## 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有顯著的關係。香港乳癌資料庫招募了4,820名於2016年或之後確診的乳癌患者，為收集及分析受訪者人口統計特徵，社會經濟狀況資料，生活

方式，患者健康背景及這些數字在本地患者中的分佈。本報告亦會包括患者病發前的乳房檢查習慣。這些分析的目的在於分辨出與本港乳癌病例有關的重要因素。

## 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。

- ▶ 2016年至今確診受訪群組中，患者的年齡中位數為55.0歲，較2011至2015年確診受訪群組年長兩歲（年齡中位數：52.8歲），同時也較2006至2010年確診受訪群組年長五歲（年齡中位數：50.2歲）。
- ▶ 2016年至今確診受訪群組中，30至39歲患者的比率有所下降，而60歲或以上患者的比率有所上升，這情況與患者的年齡中位數上升一致。

### 高危因素

- ▶ 2016年至今受訪群組中常見的十大高危因素及患者攜帶該高危因素的比率為：

	人數	%
缺乏運動 (每周少於3小時)	3,693	76.6
從未餵哺母乳	3,150	65.4
過重 / 肥胖	1,902	39.5
高度精神壓力 (多於一半時間)	1,703	35.3
沒有生育 / 35歲後首次生育	1,471	30.5
有乳癌家族病史	818	17.0
提早初經 (<12歲)	693	14.4
膳食含豐富肉類 / 乳類製品	654	13.6
有飲酒習慣	336	7.0
曾使用荷爾蒙補充劑治療	173	3.6

- ▶ 與過去的兩個受訪群組比較，2016年至今確診受訪群組較多患者有提早初經。患者也傾向晚育和不生育，同時發現較多患者曾有飲酒習慣。
- ▶ 2016年至今確診受訪群組仍然有近半數的患者每周運動不足3小時，但是已較為活躍，過去的兩個群組中近半數患者表示從不運動。

### 檢查習慣

- 整體而言，患者的乳房檢查習慣在過去十年間有所進步，但是仍然未如理想。2016年至目前確診受訪群組中約20%患者有接受定期乳房X光造影檢查，但較年長的患者檢查習慣較弱，同樣的趨勢在乳房超聲波檢查習慣上也能觀測到。
- 與過去的兩個受訪群組比較，2016年至目前確診受訪群組中較多50歲或以上的患者曾接受乳房X光造影檢查，同時曾接受乳房超聲波檢查的所

有年齡組別的患者也較過去兩個受訪群組有所增加。

- 與過去的兩個受訪群組相同，2016年至目前確診受訪群組中，有接受定期乳房X光造影檢查的患者較多居住在香港島、擁有較高教育程度或較高每月家庭收入。但是該比率在三個受訪組中也有一些變化，有接受定期乳房X光造影檢查並居住在香港島的患者中輕微下跌，而居住在九龍或新界的患者則有所上升。

## II. 患者人口統計特徵

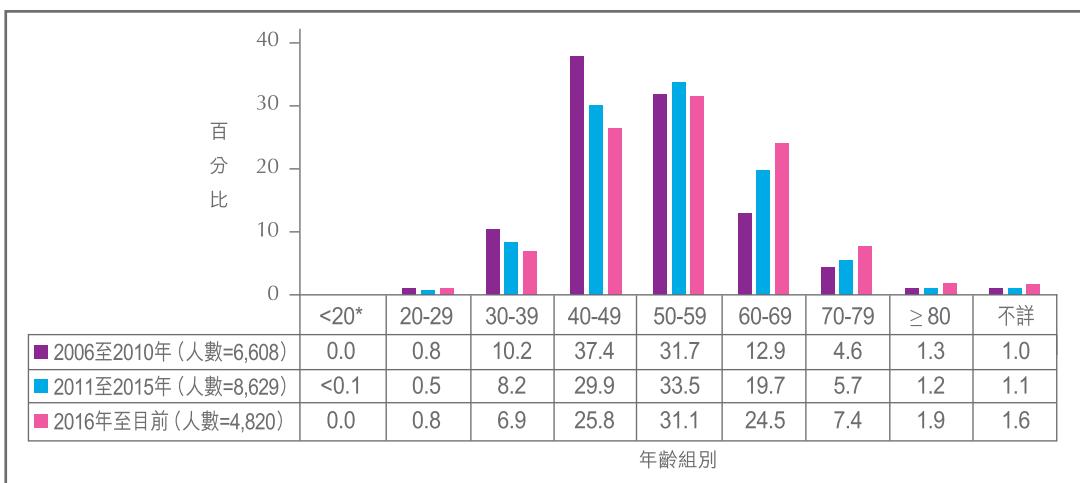
### A. 確診年齡

- 1.2 受訪群組的年齡在21歲至104歲之間，56.9%患者的年齡介乎40歲至59歲（圖1.1），確診年齡中位數為55.0歲。患者的乳房檢查習慣隨年齡增長而改善（第IV部分）。

### 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，<sup>2</sup>但過去的研究發現夜更工作與乳癌風險增加有關，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。<sup>3,4</sup>

圖1.1：確診年齡的分佈（總人數 = 20,057）

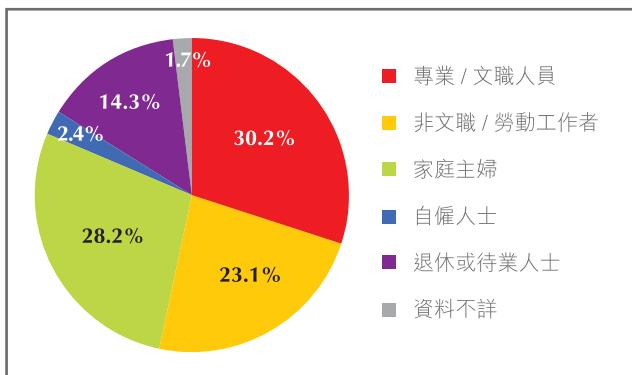


\* <20歲的年齡組別只有1名患者在2011至2015年確診受訪群組中



1.4 本地研究指出香港女性每周平均工作時數是42.6小時，<sup>5</sup>這結果與香港乳癌基金會的研究相若。本報告書發現確診時仍然有工作的患者佔受訪群組的55.7%，其工作時數中位數是每周45.0小時（圖1.2）。有小部分患者（9.9%）需要於夜更工作，夜更工作頻繁度中位數為每年60個晚上。

圖1.2：受訪群組的職業（總人數 = 4,820）



### C. 教育程度和每月家庭收入

- 1.5 西方研究一致表示教育程度較低或每月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，即使居住在同一城市。<sup>6-8</sup>香港乳癌基金會的研究亦有同樣的發現。<sup>9</sup>
- 1.6 在本報告書中，74.7%受訪患者具有中學或以上的教育程度，而24.6%只有小學或以下（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接受定期乳房檢查（第IV部分）。

1.7 在所有報告了每月家庭收入的受訪患者中，半數（49.1%）每月家庭收入為港幣30,000元或以上；12.2%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接受定期乳房檢查（第IV部分）。

圖1.3：受訪群組的教育程度（總人數 = 4,820）

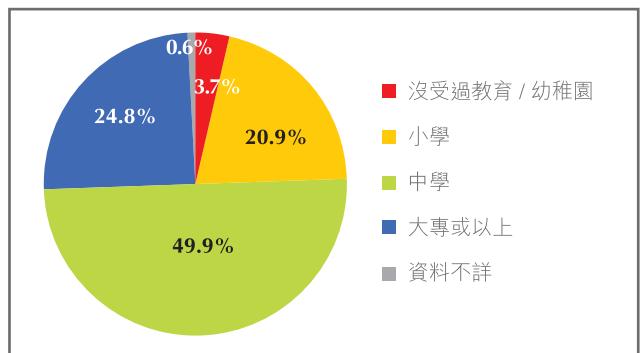
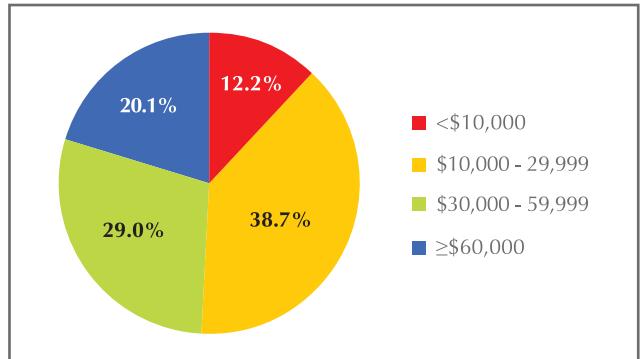


圖1.4：受訪群組的每月家庭收入（港幣）  
(總人數 = 2,287)



### D. 居住地區

- 1.8 61.5%受訪患者確診時居住在新界。而居住在九龍及香港島的比率分別是19.8%和13.6%（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 = 4,820）

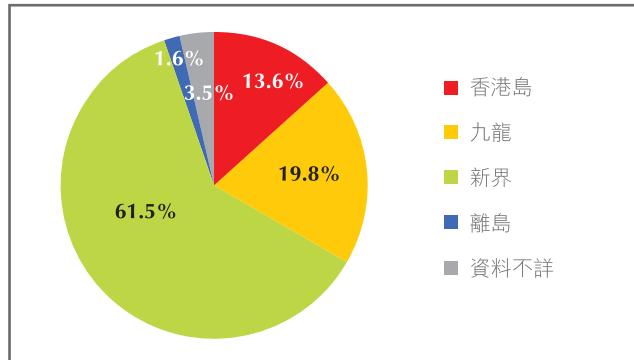
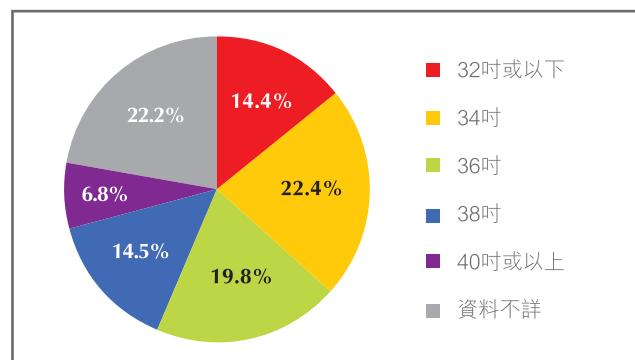


圖1.6：受訪群組的胸圍尺碼（總人數 = 4,820）

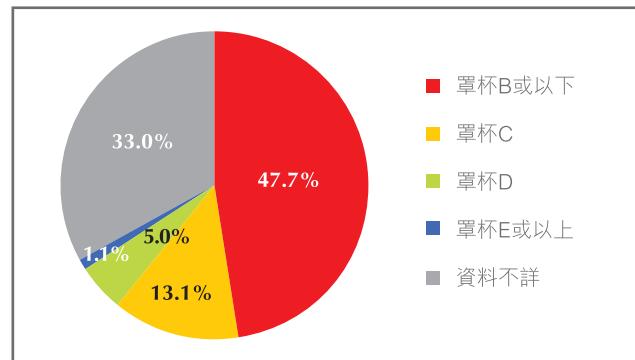


### E. 胸圍尺碼及罩杯尺碼

1.9 有研究發現較大的胸部尺碼與乳癌是相關的。<sup>10-12</sup>最近的研究發現體重指數 (body mass index, BMI) 及胸部尺碼在遺傳學上有正相關性，而BMI與乳癌風險則在遺傳學上有負相關性。女性遺傳了較高的BMI會使其胸部尺碼較大，但乳癌風險較低。<sup>13</sup>不過，這些研究對象都是西方國家的女性，其發現可能不適用於亞洲女性，因為亞洲女性的胸圍尺碼無法說明她們的乳房密度，<sup>14</sup>而乳房密度和乳癌風險是有關係的。<sup>15</sup>

1.10 以受訪群組的胸圍尺碼中位數為36吋作參照，27.4%患者的胸圍尺碼大於中位數（圖1.6）。至於罩杯尺碼，有近半數 (47.7%) 的罩杯尺碼為B級或以下，只有小部分 (6.1%) 是D級或以上（圖1.7）。

圖1.7：受訪群組的胸圍罩杯大小（總人數 = 4,820）



## 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」。<sup>3</sup>香港一項研究指出有3.2%婦女有每日吸煙的習慣。<sup>16</sup>儘管主動或被動吸煙與乳癌的因果關係仍有待研究，<sup>17</sup>本會一項最新研究發現曾經吸煙的人士患上乳癌的風險較大。<sup>18</sup>

1.12 受訪群組中，5.3%患者在確診前曾有吸煙的習慣，當中有52.7%在確診時仍有吸煙習慣。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平均每周吸煙3.8包。

## B. 飲酒

1.13 世界衛生組織已經將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的人士。<sup>3,19</sup>攝入酒精越多，患乳癌的風險越高，即每天攝入每10克酒精（一個標準酒精飲品，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）會增加10%乳癌風險。<sup>13</sup>一項調查發現，在2016年，香港有10.4%婦女每周最少飲用酒精飲品一次。<sup>20</sup>

1.14 只有7.0%受訪患者曾有喝酒的習慣（即12個月內飲用5杯或以上標準酒精飲品），當中47.0%在確診時仍有飲酒習慣。戒酒少於一年或仍有飲酒習慣的患者中，在確診前十二個月平均每周飲用5.7杯酒精飲品，並以飲用紅酒（45.5%）和啤酒（39.3%）最為常見。

## C. 飲食、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，<sup>19</sup>香港乳癌基金會研究亦發現運動和患乳癌風險是負相關的，每星期運動3小時或以上有助減低收經後婦女以及育齡女性患上乳癌的風險。<sup>18</sup>

1.16 接近四分之三（70.2%）受訪患者攝取均衡的膳食，13.6%患者攝取含豐富肉類/乳類製品的膳食（圖1.8）。約四分之一（23.0%）受訪患者確診前每周運動三小時或以上，32.1%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，香港乳癌基金會最近的研究顯示，當心理壓力是由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。<sup>18</sup>在受訪群組中，35.3%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 = 4,820）

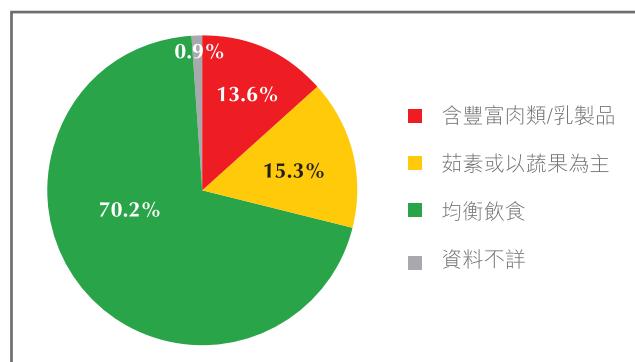


圖1.9：確診前的運動習慣（總人數 = 4,820）

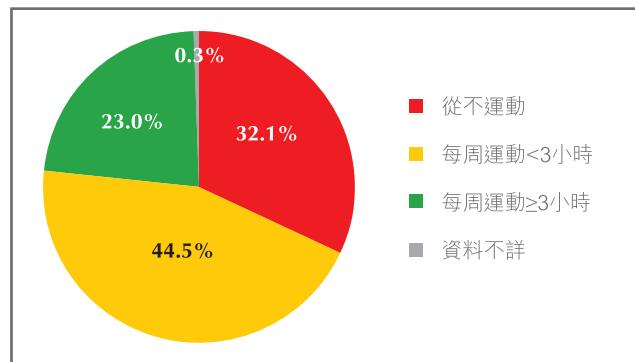
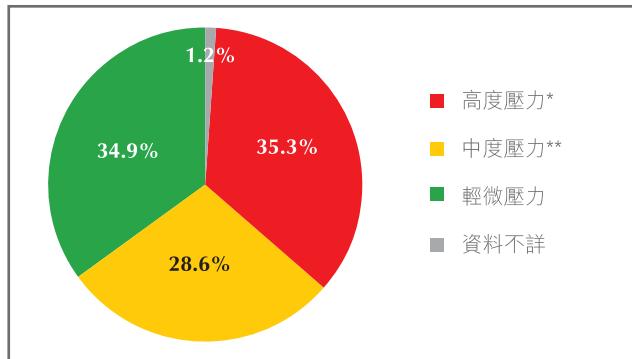


圖1.10：確診前的精神壓力水平（總人數 = 4,820）



\* 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 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至24.9和25或以上。肥胖是乳癌風險因素。<sup>18,21</sup>一項調查顯示，在2016年，香港有16.3%和14.2%的女性分別屬於過重和肥胖。<sup>22</sup>

1.19 受訪患者的平均身高為157.9厘米，而平均體重為58.2公斤。當中39.5%在確診時屬於過重或肥胖（表 1.1）。

表1.1：確診前的體重指數（總人數 = 4,820）

	人數	%
≥ 25.0 (肥胖)	1,151	23.9
23.0 - 24.9 (過重)	751	15.6
18.5 - 22.9 (正常)	1,885	39.1
< 18.5 (過輕)	270	5.6
資料不詳	763	15.8

#### E. 家族乳癌病史

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患上乳癌的風險高。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更高。<sup>23,24</sup>受訪群組中，16.9%患者有家族乳癌病史（表1.2）。

表1.2：確診前的家族乳癌病史（總人數 = 4,820）

	人數	%
沒有	3,957	82.1
有，直系親屬	588	12.2
有，僅非直系親屬	224	4.6
有，但資料不詳	6	0.1
家族乳癌病史資料不詳	45	0.9

#### F. 個人腫瘤病歷

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%乳癌患者罹患遺傳性乳癌。<sup>25,26</sup>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。<sup>27-32</sup>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。<sup>31,32</sup>本報告中，2.0%受訪患者在確診乳癌前曾罹患其他種類的惡性腫瘤（表1.3）。這些惡性腫瘤當中，以子宮癌最為常見（表1.4）。



表1.3：確診前的個人非乳房腫瘤病歷（總人數 = 4,820）

	人數	%
沒有	3,938	81.7
良性腫瘤	731	15.2
惡性腫瘤	94	2.0
腫瘤性質不詳	11	0.2
腫瘤病歷不詳	46	1.0

表1.4：患者曾患惡性腫瘤的身體部位（總人數 = 94）

	人數	%
子宮	20	21.3
大腸 / 直腸	17	18.1
甲狀腺	14	14.9
卵巢	7	7.4
肺	6	6.4
子宮頸	5	5.3
小腸	5	5.3
淋巴系統	4	4.3
鼻咽	3	3.2
腎	2	2.1
肝	2	2.1
皮膚	2	2.1
胃	1	1.1
肌肉	1	1.1
口腔	1	1.1
膽囊	1	1.1
資料不詳	7	7.4

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，會令女性患上乳癌的風險會有所增加。<sup>33</sup> 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。<sup>33</sup> 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（例如：非典型導管增生及葉狀增生，葉狀增生包括非典型乳小葉增生及乳小葉原位癌），而這些與乳癌風險增加有關。<sup>33</sup>

1.23 受訪群組中，11.8% 曾患有良性乳房疾病，以不會增加患上乳癌風險的纖維乳腺瘤最常見（51.1%）。沒有受訪患者在確診前曾患有非典型乳腺管增生或乳小葉原位癌（表1.5）。

表1.5：確診前的良性乳房疾病病歷（總人數 = 4,820）

	人數	%
<b>有乳房疾病病歷</b>	<b>571</b>	<b>11.8</b>
<b>良性乳房疾病的種類</b>		
纖維乳腺瘤	292	51.1
囊變性纖維瘤	79	13.8
乳頭狀瘤	8	1.4
乳頭狀瘤病	1	0.2
非典型導管增生	0	0.0
乳小葉原位癌	0	0.0
其他（如乳腺增生、其他良性腫瘤）	145	25.4
資料不詳	53	9.3

備註：患者可能曾患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），沒有生育和第一胎晚育（35歲後）都會增加她們一生中暴露於雌激素的時間及程度，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。<sup>19</sup>
- 1.25 受訪群組中，初經的平均年齡約為13歲，14.4%患者有提早初經的情況。58.9%患者在確診時已經收經，收經的平均年齡約為50歲，當中小部分（5.4%）患者有延遲收經的情況。此外，25.4%患者確診癌症時未曾生育，只有少數（5.1%）患者在35歲後生育第一胎（表1.6）。在曾經生育的受訪患者中，68.8%曾生育兩名或以上子女（表1.7），平均生育第一胎的年齡為27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。<sup>18,19</sup>有三分之一（33.8%）患者曾餵哺母乳，平均哺乳時間為13.7個月（表1.6）。

表1.6：確診前初經、收經及生育紀錄

	人數	%
<b>初經（總人數 = 4,820）</b>		
提早初經 (<12歲)	693	14.4
正常初經 ( $\geq 12$ 歲)	3,691	76.6
初經年齡不詳	436	9.0
<b>更年期（總人數 = 2,840）</b>		
延遲收經 (>55歲)	152	5.4
正常收經 ( $\leq 55$ 歲)	2,267	79.9
收經年齡不詳	421	14.8
<b>生育紀錄（總人數 = 4,820）</b>		
沒有生育	1,225	25.4
35歲或之前首次生育	3,205	66.5
35歲後首次生育	246	5.1
首次生育年齡不詳	114	2.4
生育紀錄不詳	30	0.6
<b>餵哺母乳（總人數 = 4,820）</b>		
有	1,629	33.8
沒有（曾生育）	1,922	39.9
沒有（不曾生育）	1,223	25.4
沒有（生育紀錄不詳）	5	0.1
資料不詳	41	0.9



表1.7：受訪群組的生育次數（總人數 = 3,565）

	人數	%
1	1,100	30.9
2	1,617	45.4
3	592	16.6
4	166	4.7
5或以上	75	2.1
資料不詳	15	0.4

### 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雌激素—黃體激素的混合口服避孕劑列為乳癌成因之一，但是最近的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正常。<sup>3,34,35</sup>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。<sup>36-40</sup>有見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有結論。

1.28 受訪群組當中未曾使用荷爾蒙避孕劑的患者佔73.7%（表1.8）。曾使用荷爾蒙避孕劑的患者中，81.1%在確診癌症時已經停止使用，停止使用的平均年期為19.7年。

表1.8：確診前使用荷爾蒙避孕劑的情況

	人數	%
沒有服用	3,553	73.7
服用少於5年	573	11.9
服用了5至10年	284	5.9
服用超過10年	103	2.1
服用年期不詳	259	5.4
使用與否不詳	48	1.0

### J. 使用荷爾蒙補充劑療法

1.29 荷爾蒙補充劑治療使用含有人工合成性荷爾蒙，用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。<sup>3</sup>受訪的已收經患者中，有4%曾使用荷爾蒙補充劑療法，而使用超過五年只有2.0%（表1.9）。

表1.9：確診前使用荷爾蒙補充劑的情況

	人數	%
沒有服用	2,687	94.6
服用少於5年	56	2.0
服用了5至10年	43	1.5
服用超過10年	14	0.5
服用年期不詳	17	0.6
使用與否不詳	23	0.8

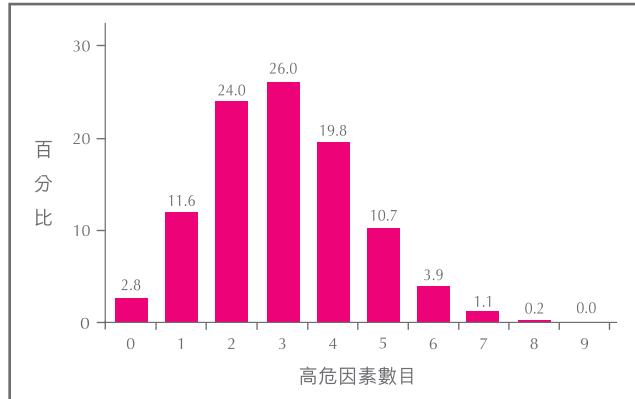
## K. 罹患乳癌的十大高危因素

1.30 在所有提及過的高危因素之中，76.6%患者每周運動少於3小時；65.4%患者從未餵哺母乳以及39.5%患者屬於過重或肥胖（表1.10）。累積多項高危因素會增加罹患乳癌的風險，而暴露於單一高危因素也會增加罹患乳癌的風險，例如壓力會令婦女患上乳癌的風險增加兩倍。<sup>18</sup> 61.7%的患者有三項或以上的高危因素，而35.6%則有一至兩項高危因素，只有小部分（2.8%）患者並沒有任何常見的高危因素（圖1.11）。

表1.10：受訪群組罹患乳癌的十大高危因素  
(總人數 = 4,820)

	人數	%
缺乏運動 (每周少於3小時)	3,693	76.6
從未餵哺母乳	3,150	65.4
過重 / 肥胖	1,902	39.5
高度精神壓力 (多於一半時間)	1,703	35.3
沒有生育 / 35歲後首次生育	1,471	30.5
有家族乳癌病史	818	17.0
提早初經 (<12歲)	693	14.4
膳食含豐富肉類 / 乳類製品	654	13.6
有飲酒習慣	336	7.0
曾使用荷爾蒙補充劑治療	173	3.6

圖1.11：患者確診前所擁有的高危因素數目分佈  
(總人數 = 4,820)



## IV. 乳房檢查習慣

### A. 乳房檢查方法

1.31 乳房檢查是指在婦女沒有任何乳癌跡象或徵狀時檢查乳房，以達到及早發現乳癌的目的。及早發現可以減低乳癌的死亡率。檢測乳癌有三種方法，包括自我檢查、臨床乳房檢查、乳房X光造影檢查。婦女可自己進行自我檢查，檢查乳房是否有硬塊，觀察乳房大小和形狀上的變化，還有乳房和腋下的其他任何變化。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。乳房X光造影檢查是目前乳房檢查的標準測試，使用低能量X光來檢查婦女的乳房。乳房超聲波檢查是使用高頻率的超聲波檢查婦女的乳房是否有硬塊。

1.32 香港乳癌基金會建議40歲或以上的婦女需提高乳房健康的警覺性，每月自我檢查乳房，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光造影檢查之



外，也可能需要接受乳房超聲波檢查。香港現時並沒有推行全民乳房篩檢計劃，本報告書所報告的都是婦女在確診癌症前的自發性乳房檢查習慣。

### B. 乳房檢查習慣與年齡

1.33 患者的乳房檢查習慣及年齡組別的關係可見於表1.11。40歲或以上的患者中，定期進行自我乳房

檢查、乳房X光造影檢查及乳房超聲波檢查的比率分別是21.1%、19.6%及18.5%。60歲以下患者當中，有33.7%有定期接受臨床乳房檢查，不過，該比例在60至69歲及70歲或以上的患者則分別下降到25.4%及9.9%（表1.11）。除了40歲以下的患者外，從沒有進行自我乳房檢查、臨床乳房檢查和超聲波乳房檢查的比例與年齡成正比。此外，40歲或以上患者當中，62.5%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檢查習慣（總人數 = 4,742）

	年齡組別（歲），人數 (%)				
	<40	40-49	50-59	60-69	≥70
<b>自我檢查</b>					
從不	148 (39.9)	400 (32.2)	522 (34.8)	490 (41.5)	252 (56.5)
不定期	141 (38.0)	550 (44.2)	621 (41.4)	446 (37.8)	124 (27.8)
每月	80 (21.6)	283 (22.7)	339 (22.6)	235 (19.9)	66 (14.8)
資料不詳	2 (0.5)	11 (0.9)	18 (1.2)	10 (0.8)	4 (0.9)
<b>臨床乳房檢查</b>					
從不	218 (58.8)	545 (43.8)	671 (44.7)	620 (52.5)	331 (74.2)
不定期	54 (14.6)	247 (19.9)	299 (19.9)	250 (21.2)	65 (14.6)
定期*	97 (26.1)	439 (35.3)	515 (34.3)	300 (25.4)	44 (9.9)
資料不詳	2 (0.5)	13 (1.0)	15 (1.0)	11 (0.9)	6 (1.3)
<b>乳房X光造影檢查<sup>#</sup></b>					
從不	—	788 (63.3)	866 (57.7)	722 (61.1)	354 (79.4)
不定期	—	207 (16.6)	258 (17.2)	219 (18.5)	55 (12.3)
定期*	—	240 (19.3)	359 (23.9)	223 (18.9)	33 (7.4)
資料不詳	—	9 (0.7)	17 (1.1)	17 (1.4)	4 (0.9)
<b>乳房超聲波檢查<sup>#</sup></b>					
從不	—	746 (60.0)	906 (60.4)	803 (68.0)	363 (81.4)
不定期	—	207 (16.6)	246 (16.4)	190 (16.1)	49 (11.0)
定期*	—	281 (22.6)	327 (21.8)	171 (14.5)	28 (6.3)
資料不詳	—	10 (0.8)	21 (1.4)	17 (1.4)	6 (1.3)

\*「定期」的定義為每隔1-3年檢查一次

# 只包括40歲或以上患者

### C. 乳房檢查習慣和教育程度

1.34 乳房檢查習慣與教育程度的關係可見於表1.12，結果發現在確診乳癌前，患者教育程度愈低，愈少有乳房檢查的習慣。本報告中，69.3%沒受過教育或幼稚園教育程度的患者從未進行過自我乳房檢查，相比只有26.8%大專或以上的患者明顯較多。至於臨床乳房檢查、乳房X光造影檢查

和乳房超聲波檢查也有同樣的情況，沒有接受過臨床乳房檢查的患者由73.2%降至33.7%，沒有接受乳房X光造影檢查由84.6%降至49.1%，而沒有接受乳房超聲波檢查則由87.0%降至46.5%（表1.12）。

表1.12：按教育程度分析乳房檢查習慣（總人數 = 4,789）

	教育程度，人數 (%)			
	沒受過教育 / 幼稚園	小學	中學	大專或以上
<b>自我檢查</b>				
從不	124 (69.3)	477 (47.4)	901 (37.4)	321 (26.8)
不定期	34 (19.0)	332 (33.0)	934 (38.8)	610 (51.0)
每月	21 (11.7)	190 (18.9)	550 (22.9)	248 (20.7)
資料不詳	0 (0.0)	7 (0.7)	22 (0.9)	18 (1.5)
<b>臨床乳房檢查</b>				
從不	131 (73.2)	642 (63.8)	1,222 (50.8)	403 (33.7)
不定期	28 (15.6)	186 (18.5)	458 (19.0)	258 (21.6)
定期*	20 (11.2)	172 (17.1)	708 (29.4)	515 (43.0)
資料不詳	0 (0.0)	6 (0.6)	19 (0.8)	21 (1.8)
<b>乳房X光造影檢查 #</b>				
從不	143 (84.6)	696 (70.6)	1,403 (62.9)	471 (49.1)
不定期	18 (10.7)	155 (15.7)	378 (17.0)	185 (19.3)
定期*	7 (4.1)	128 (13.0)	428 (19.2)	288 (30.0)
資料不詳	1 (0.6)	7 (0.7)	20 (0.9)	16 (1.7)
<b>乳房超聲波檢查 #</b>				
從不	147 (87.0)	745 (75.6)	1,463 (65.6)	446 (46.5)
不定期	17 (10.1)	135 (13.7)	340 (15.3)	196 (20.4)
定期*	4 (2.4)	99 (10.0)	402 (18.0)	300 (31.3)
資料不詳	1 (0.6)	7 (0.7)	24 (1.1)	18 (1.9)

\*「定期」的定義為每隔1-3年檢查一次

# 只包括40歲或以上患者



#### D. 乳房檢查習慣和每月家庭收入

1.35 乳房檢查習慣與每月家庭收入的關係可見於表1.13，結果發現在確診乳癌之前，患者每月家庭收入愈低，愈少有乳房檢查的習慣。受訪群組中，41.0%每月家庭收入為少於港幣10,000元的患者從未進行過自我乳房檢查，相比22.8%每月家庭收入為港幣60,000元或以上的患者明顯較

多。至於臨床乳房檢查、乳房X光造影檢查和乳房超聲波檢查也有同樣的情況，沒有接受過臨床乳房檢查的患者由59.7%降至21.7%，沒有接受乳房X光造影檢查由65.6%降至42.1%，而沒有接受乳房超聲波檢查則分別由72.5%降至41.8%（表1.13）。

表1.13：按每月家庭收入（港幣）分析乳房檢查習慣（總人數 = 2,287）

	每月家庭收入（港幣），人數 (%)			
	<10,000	10,000 — 29,999	30,000 — 59,999	≥60,000
<b>自我檢查</b>				
從不	114 (41.0)	343 (38.7)	187 (28.2)	105 (22.8)
不定期	111 (39.9)	330 (37.2)	332 (50.1)	258 (56.1)
每月	51 (18.3)	206 (23.3)	139 (21.0)	93 (20.2)
資料不詳	2 (0.7)	7 (0.8)	5 (0.8)	4 (0.9)
<b>臨床乳房檢查</b>				
從不	166 (59.7)	455 (51.4)	232 (35.0)	100 (21.7)
不定期	48 (17.3)	151 (17.0)	129 (19.5)	119 (25.9)
定期*	61 (21.9)	271 (30.6)	296 (44.6)	236 (51.3)
資料不詳	3 (1.1)	9 (1.0)	6 (0.9)	5 (1.1)
<b>乳房X光造影檢查<sup>#</sup></b>				
從不	172 (65.6)	491 (62.2)	273 (50.7)	170 (42.1)
不定期	43 (16.4)	127 (16.1)	98 (18.2)	85 (21.0)
定期*	43 (16.4)	162 (20.5)	161 (29.9)	148 (36.6)
資料不詳	4 (1.5)	10 (1.3)	6 (1.1)	1 (0.2)
<b>乳房超聲波檢查<sup>#</sup></b>				
從不	190 (72.5)	510 (64.6)	263 (48.9)	169 (41.8)
不定期	38 (14.5)	114 (14.4)	101 (18.8)	90 (22.3)
定期*	29 (11.1)	154 (19.5)	170 (31.6)	141 (34.9)
資料不詳	5 (1.9)	12 (1.5)	4 (0.7)	4 (1.0)

\*「定期」的定義為每隔1-3年檢查一次

# 只包括40歲或以上患者

## E. 乳房檢查習慣和居住地區

1.36 乳房檢查習慣也根據患者的居住地區分析，結果載列於表1.14。居住在九龍或新界的患者（25.4%）較多從未接受任何乳房檢查（包括自我乳房檢查、臨床乳房檢查、乳房X光造影檢查和乳房超聲波檢查），而居住在香港島的患者只有18.6%。此外，相對於居住在九龍（19.1%）或新界（18.4%）的患者，居住在香港島的患者（24.7%）較多有定期接受乳房X光造影檢查（表1.14）。

表1.14：按居住地區分析乳房檢查習慣（總人數 = 4,573）

	居住地區，人數 (%)		
	香港島	九龍	新界
<b>自我檢查</b>			
從不	207 (31.6)	357 (37.4)	1,184 (40.0)
不定期	305 (46.5)	417 (43.7)	1,091 (36.8)
每月	134 (20.4)	167 (17.5)	668 (22.6)
資料不詳	10 (1.5)	14 (1.5)	19 (0.6)
<b>臨床乳房檢查</b>			
從不	272 (41.5)	489 (51.2)	1,545 (52.2)
不定期	125 (19.1)	198 (20.7)	553 (18.7)
定期*	248 (37.8)	257 (26.9)	842 (28.4)
資料不詳	11 (1.7)	11 (1.2)	22 (0.7)
<b>乳房X光造影檢查 #</b>			
從不	323 (55.3)	550 (63.3)	1,743 (64.3)
不定期	108 (18.5)	141 (16.2)	448 (16.5)
定期*	144 (24.7)	166 (19.1)	499 (18.4)
資料不詳	9 (1.5)	12 (1.4)	20 (0.7)
<b>乳房超聲波檢查 #</b>			
從不	319 (54.6)	561 (64.6)	1,818 (67.1)
不定期	100 (17.1)	140 (16.1)	413 (15.2)
定期*	156 (26.7)	157 (18.1)	451 (16.6)
資料不詳	9 (1.5)	11 (1.3)	28 (1.0)

\*「定期」的定義為每隔1-3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： $\pm 1.4$ 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。<sup>41</sup>

- ▶ 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： $\pm 1.4$ 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

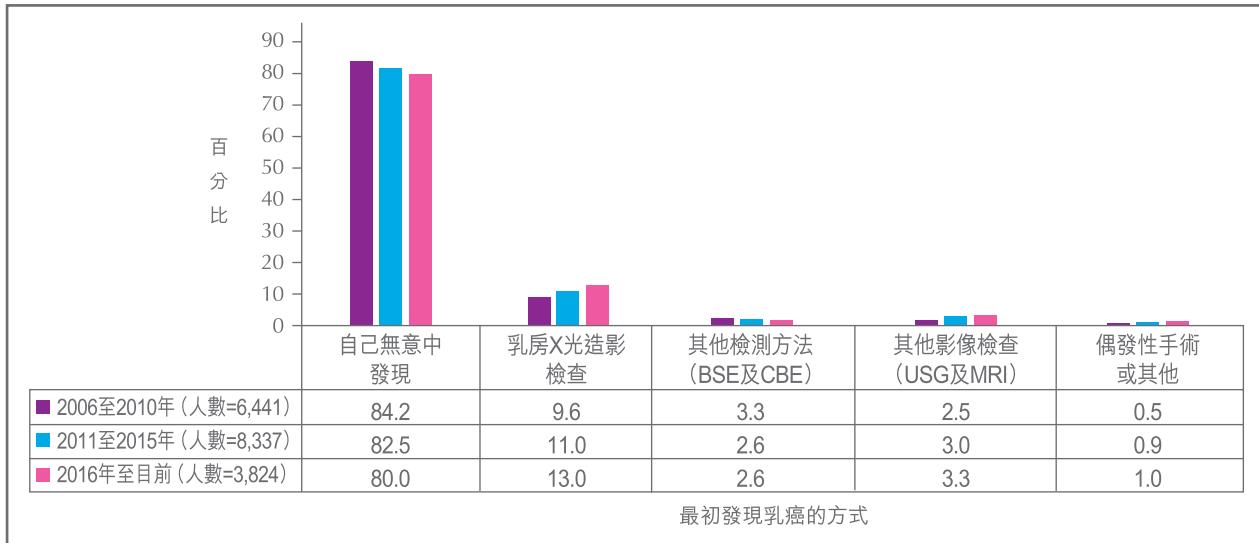
- 三個受訪群組中，本會跟進了17,877名患者完成治療後的狀況並對患者進行存活分析。患者的平均跟進時間及跟進時間中位數分別是5.5年及3.8年。
- 在曾完成跟進問卷的患者中，1.7%僅出現局部區域性復發，2.4%僅出現遠端復發，1.6%則同時或先後出現局部區域性復發及遠端復發。
- 最常出現局部區域性復發的位置是胸壁（34.2%）、乳房（32.1%）及腋下（34.4%），而出現遠端復發時，最常受影響的四類器官是骨骼（56.5%），其次是肺部（46.5%），肝臟（38.7%）及腦部。

## 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。<sup>42</sup>

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。<sup>43</sup>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



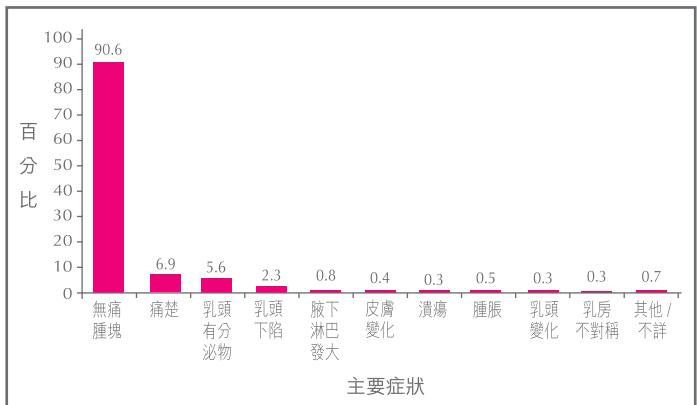
表2.3：按癌症期數分析最初發現乳癌的方式 (總人數 = 3,580)

	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。<sup>44</sup> 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

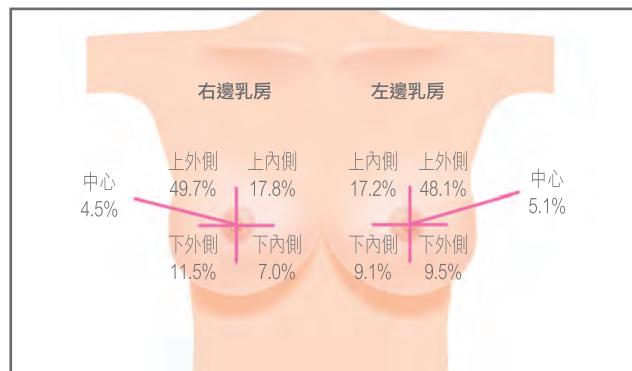
性雙側乳癌（表2.7）。另有2.1%患者在首次確診時患有單側乳癌，但隨後另一邊乳房相繼出現癌症。

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)
<b>單側乳癌</b>	<b>3,691</b>	<b>3,691</b>	—
<b>雙側乳癌（同時性）</b>	<b>109</b>	<b>218</b>	—
<b>雙側乳癌（非同時性）</b>	<b>83</b>	<b>89</b>	<b>7.8 (1.0 — 21.1)</b>
<b>雙側乳癌（非同時性）</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>1.4 (1.0 — 2.7)</b>
— 首次確診於2016年或之後			
<b>雙側乳癌（非同時性）</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>4.9 (1.4 — 8.3)</b>
— 首次確診於2011至2015年期間			
<b>雙側乳癌（非同時性）</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>8.6 (5.5 — 12.0)</b>
— 首次確診於2006至2010年期間			
<b>雙側乳癌（非同時性）</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>15.6 (11.0 — 21.1)</b>
— 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
<b>患者使用率</b>	<b>87.7%</b>	<b>85.4%</b>	<b>12.3%</b>
<b>整體敏感度*</b>	<b>91.1%</b>	<b>95.2%</b>	<b>98.4%</b>
<b>BIRADS類別</b>			
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)

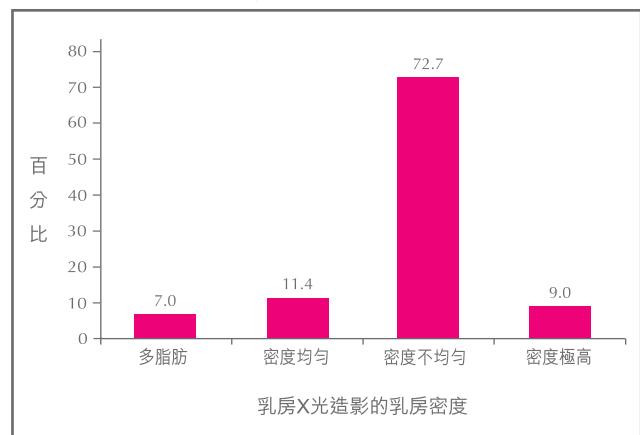


表2.10：按年齡組別分析以乳房X光造影檢查確診的患者乳房密度 (總人數 = 1,837)

	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
<b>患者使用率</b>	<b>28.8%</b>	<b>80.0%</b>	<b>4.8%</b>
<b>整體敏感度*</b>	<b>92.5%</b>	<b>99.7%</b>	<b>100.0%</b>
<b>等級</b>			
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）

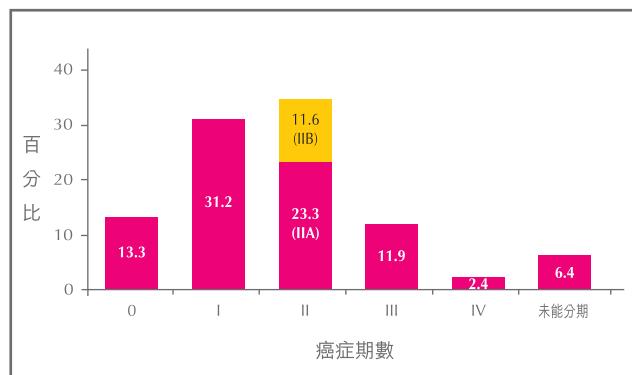
	人數	%
正電子掃描	1,080	73.4
胸部X光及超聲波腹部掃描	225	15.3
電腦掃描（不同身體部位）*	133	9.0
骨骼掃描	30	2.0
磁力共振掃描（整個身體）	21	1.4
其他（如：骨骼X光掃描）	43	2.9
不詳	12	0.8

\*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)<sup>45</sup>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)

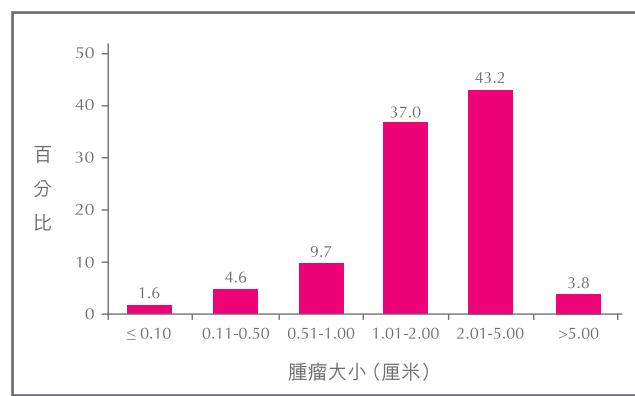


2.18 在被分析的3,998宗乳癌個案中，3,840宗具有病理學數據，可用作分析以下癌症特徵。3,318名 (86.4%) 病人患有侵性癌症，520名 (13.5%) 病人患有原位癌。另外2宗 (0.1%) 個案屬於隱匿性原發乳癌。

### 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： $\pm 1.4$ 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： $1.3 \pm 0.9$ 厘米比 $2.4 \pm 1.5$ 厘米； $p$ 值<0.001)。

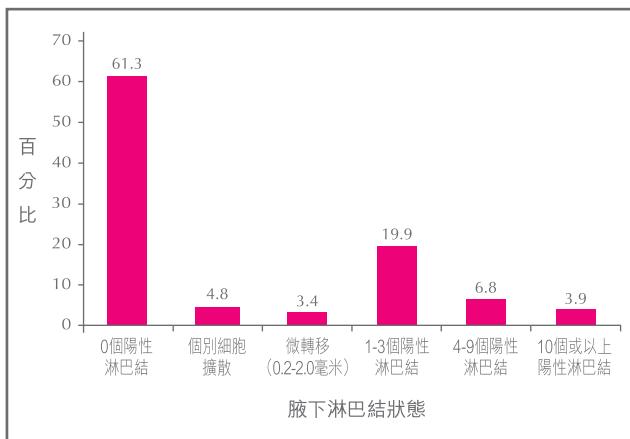
圖2.6：侵性乳癌的腫瘤大小 (厘米) 分佈  
(總人數 = 2,682)





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 $\leq 0.2$ 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 $\leq 2$ 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）。

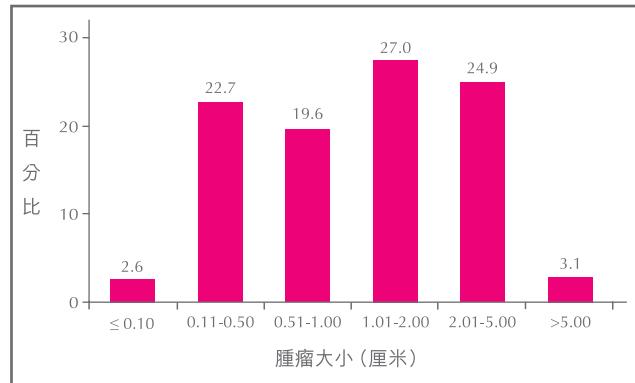
圖2.7：入侵性乳癌患者的腋下淋巴結狀態  
(總人數 = 3,064)



#### 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： $\pm 1.4$ 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	%
<b>級別</b>		
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
<b>淋巴管入侵</b>		
<b>腫瘤多灶性</b>	<b>718</b>	<b>21.6</b>
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
<b>腫瘤多中心性</b>		
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，<sup>41</sup>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	%
<b>雌激素受體 (ER) [97.1%患者接受測試]</b>		
呈陽性	2,668	82.8
呈陰性	554	17.2
<b>黃體酮受體 (PR) [96.7%患者接受測試]</b>		
呈陽性	2,226	69.4
呈陰性	982	30.6
<b>c-erbB2 / HER2 [94.0%患者接受測試]</b>		
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
<b>Ki-67指數 [70.6%患者接受測試]</b>		
<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。<sup>46</sup>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	%
<b>組織學類別</b>		
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
<b>壞疽</b>	<b>134</b>	<b>25.8</b>
<b>核級別</b>		
低	150	28.8
中	184	35.4
高	151	29.0
資料不詳	35	6.7
<b>腫瘤多灶性</b>	<b>54</b>	<b>10.4</b>
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
<b>腫瘤多中心性</b>	<b>7</b>	<b>1.3</b>
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	%
<b>雌激素受體 (ER) [54.0%患者接受測試]</b>		
呈陽性	234	83.3
呈陰性	47	16.7
<b>黃體酮受體 (PR) [52.1%患者接受測試]</b>		
呈陽性	209	77.1
呈陰性	62	22.9
<b>c-erbB2 / HER2 [46.5%患者接受測試]</b>		
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
<b>Ki-67指數 [42.5%患者接受測試]</b>		
<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

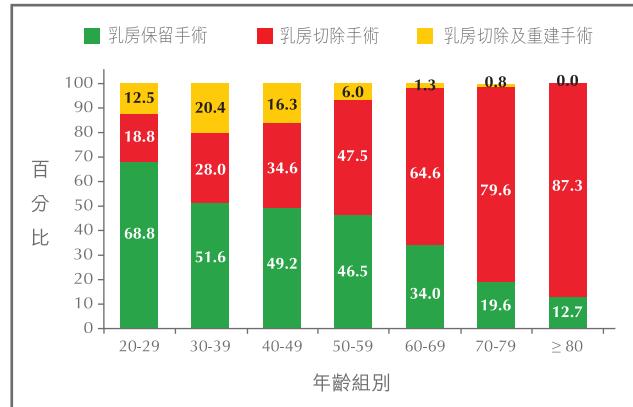
- 2.28 在3,998名受訪患者中，15.6%僅在私營醫療機構接受治療，50.9%僅在公營醫療機構接受治療，33.5%曾在公營及私營醫療機構接受治療。患有侵性乳癌的患者通常會接受綜合治療，包括手術治療、化學治療、抗HER2靶向治療、內分泌治療，和放射性治療。然而，患有原位乳癌的患者需用攻擊性較低的治療方案，包括手術治療、內分泌治療，和放射性治療。原位乳癌的患者普遍不需要接受化學治療和抗HER2靶向治療。這些治療方法，除手術外，可根據確診時的癌症期數，採用輔助性（手術後進行），前置性（手術前進行）或紓緩性（已有遠端擴散）的治療。
- A. 手術治療**
- 2.29 手術可說是治療侵性及原位乳癌的最關鍵「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
<b>手術類型 (總人數 = 3,971)</b>		
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)
<b>乳房切除手術的種類 (總人數 = 2,220)</b>		
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)
<b>乳房重建手術的種類 (總人數 = 317)</b>		
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)
<b>淋巴結手術的種類 (總人數 = 3,613)</b>		
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)

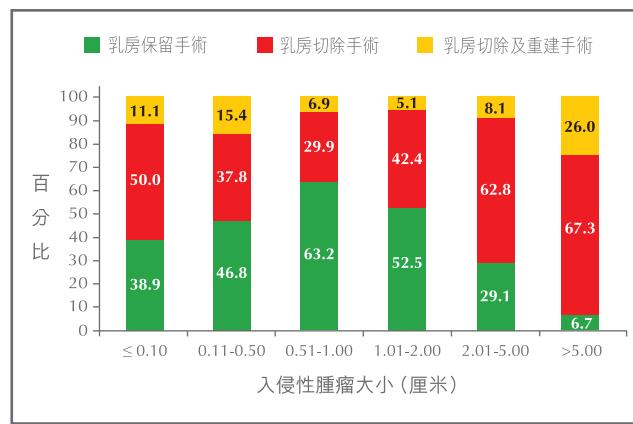
2.34 接受乳房切除手術的患者比率與年齡成正比，而接受乳房切除及重建手術的比率則與年齡成反比（圖2.9）。

圖2.9：按年齡組別分析手術類型（總人數 = 3,798）



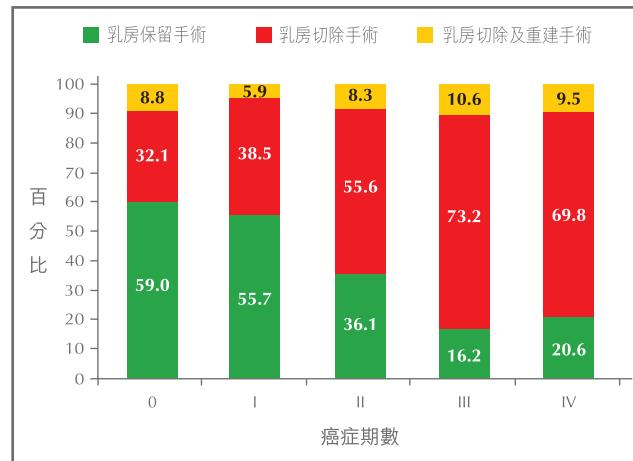
2.35 在腫瘤大於0.5厘米的患者中，接受乳房保留手術的比率與腫瘤大小成反比（圖2.10）。

圖2.10：按侵性腫瘤大小分析手術類型  
(總人數 = 2,843)



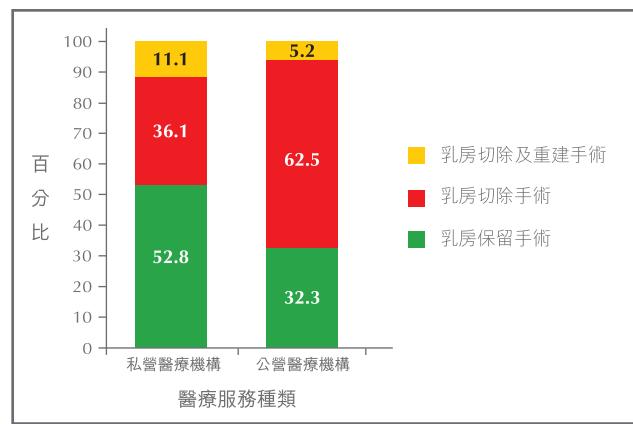
2.36 受訪群組中，接受乳房保留手術的患者比率與癌症期數成反比，而進行乳房切除及重建手術與癌症期數並沒有顯示任何明顯關係（圖2.11）。

圖2.11：按癌症期數分析手術類型（總人數 = 3,669）



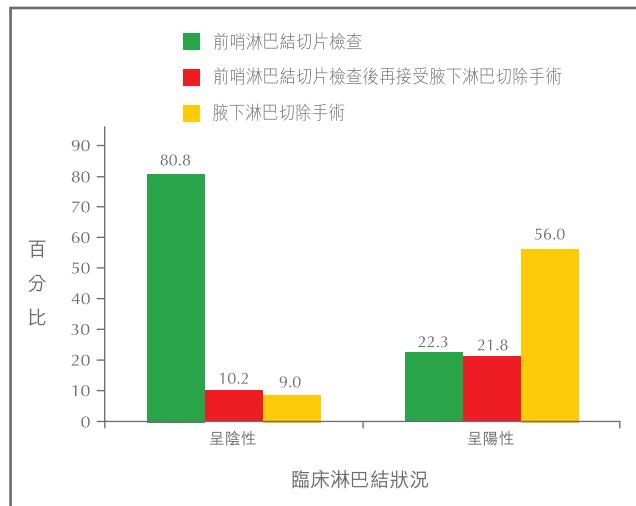
2.37 相比在公營醫療機構接受手術的患者（32.3%），在私營醫療機構接受手術（52.8%）較多接受乳房保留手術（圖2.12）。

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）



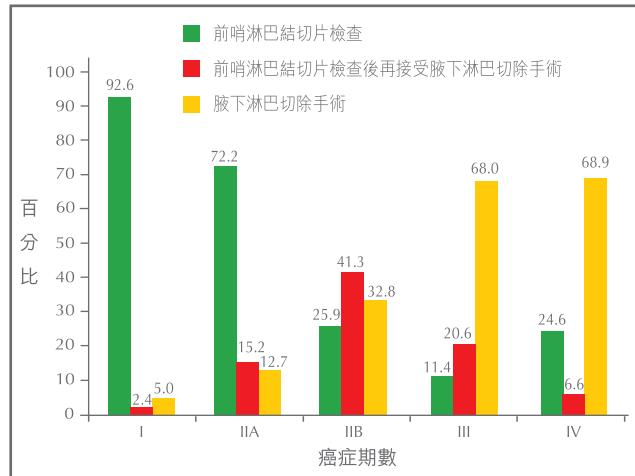
2.38 相比臨床淋巴結狀況呈陽性的患者 (22.3%)，臨床淋巴結狀況呈陰性的患者 (80.8%) 較多僅需要接受前哨淋巴結切片檢查。相對臨床淋巴結狀況呈陰性的患者 (9.0%) 而言，臨床淋巴結狀況呈陽性的患者 (56.0%) 則較多直接進行腋下淋巴切除手術，而沒有先接受前哨淋巴結切片檢查。表 2.13 顯示受訪群組中臨床淋巴結狀況呈陽性或陰性的患者接受淋巴結手術的種類。

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)



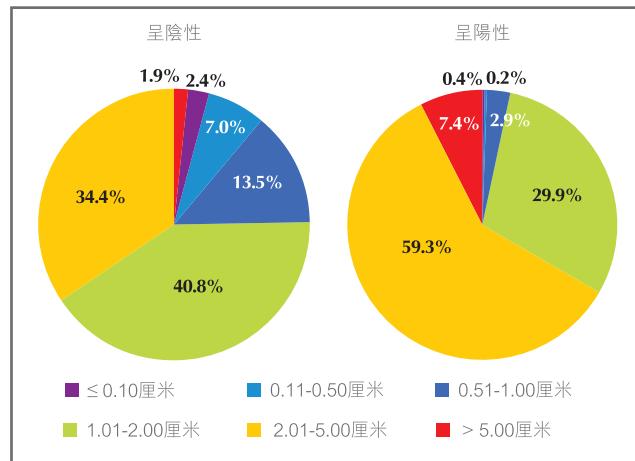
2.39 接受腋下淋巴切除手術的患者比率與癌症期數成正比。受訪群組中，接受前哨淋巴結切片檢查後再接受腋下淋巴切除手術的患者從第I期到第II期有所增加；但從第III期到第IV期則有所減少。這個趨勢可能是因為大多數第III或IV期患者選擇接受腋下淋巴切除手術作為她們首個淋巴結手術（圖2.14）。

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)



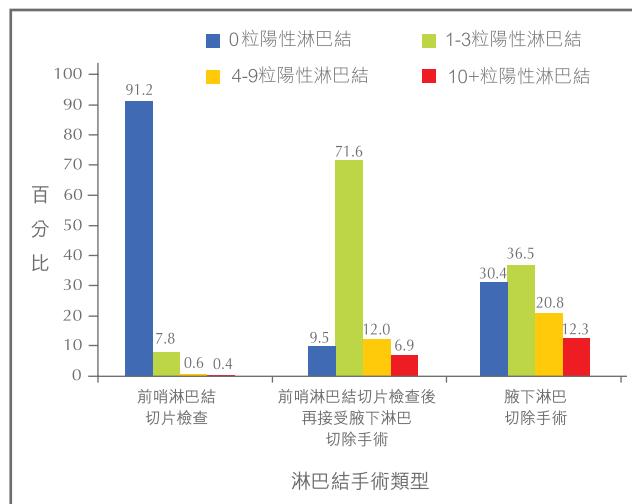
2.40 受訪群組中，59.3%淋巴結呈陽性的侵性乳癌患者腫瘤大小介乎2.01至5.00厘米，有7.4%患者的腫瘤超過5.0厘米。相對淋巴結呈陽性的侵性乳癌患者 (33.4%)，較多淋巴結呈陰性患者 (63.7%) 的腫瘤小於或等於2.0厘米（圖2.15）。

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)

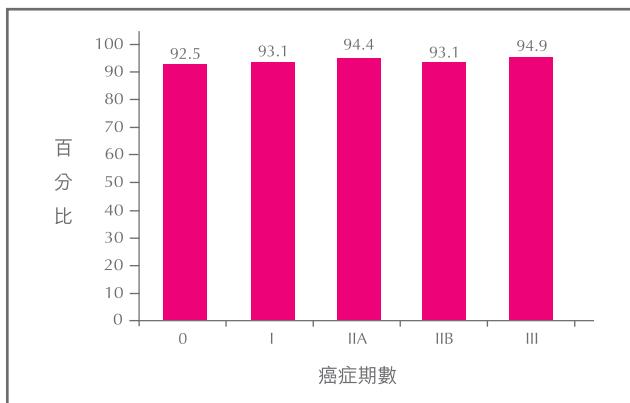
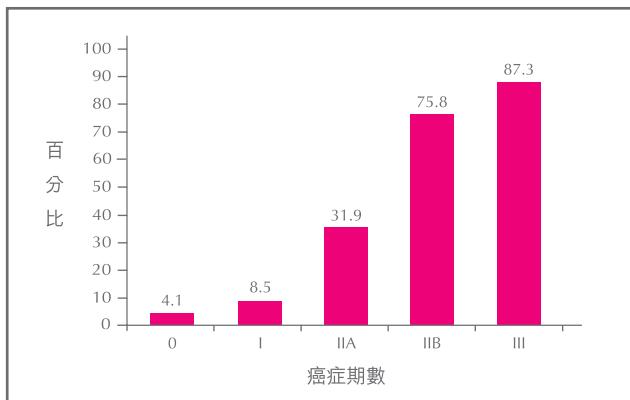


圖2.18：按癌症期數分析接受了乳房切除手術的患者接受局部區域性放射性治療的比率  
(總人數 = 2,047)



2.47 局部區域性放射性治療是針對局部位置發出游離幅射，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	%
<b>乳房保留手術</b>		
乳房	636	90.3
乳房及區域性淋巴結	68	9.7
<b>乳房切除手術</b>		
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<sup>47</sup>。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%）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)

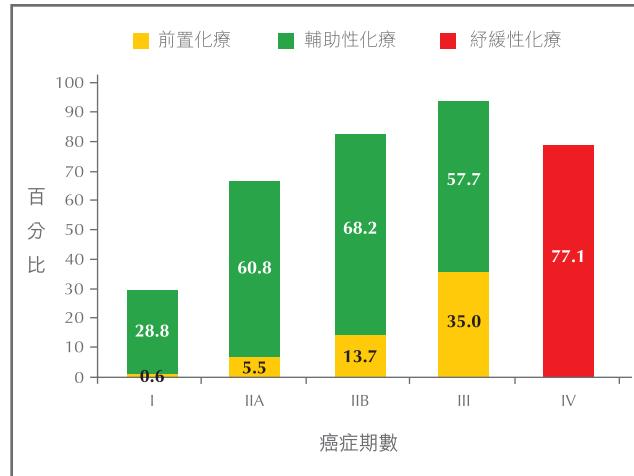


表2.21：按確診時的年齡及癌症期數分析患者接受化療的比率 (總人數 = 3,187)

	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

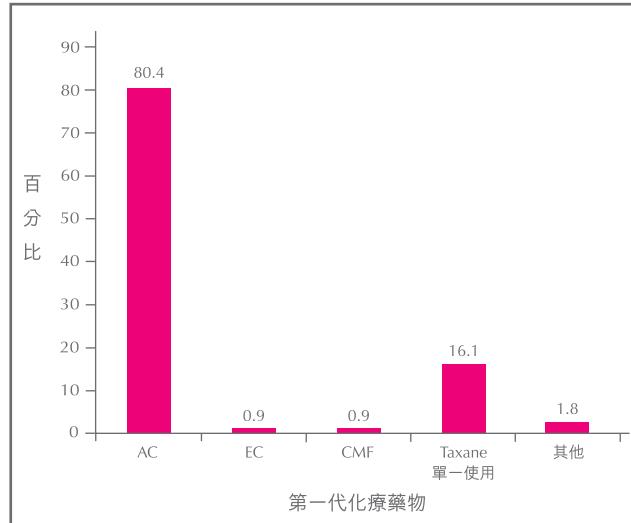
\*其他包括任何使用了Capecitabine、Gemcitabine或Vinorelbine的藥物方案

## 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。

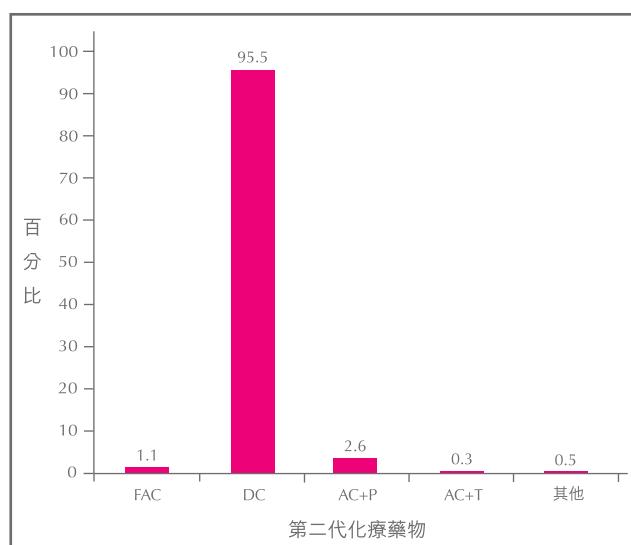
針對HER2的化療藥物方案的使用比率可見於圖2.24。圖2.25及圖2.26分別顯示受訪群組中不同乳癌生物學亞型及癌症期數患者所採用的化療藥物種類。

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）



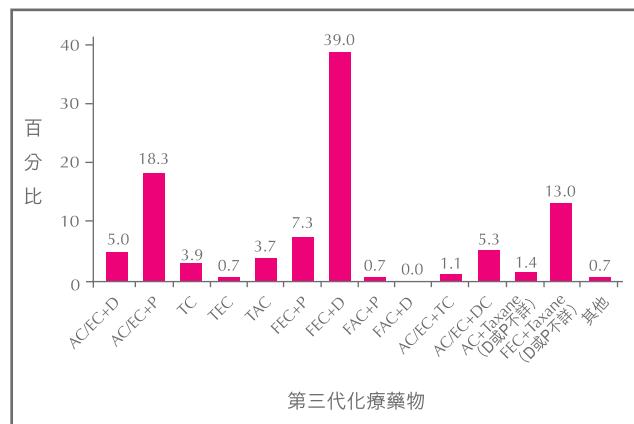
A: Adriamycin/Doxorubicin; E: Epirubicin; C: Cyclophosphamide;  
M: Methotrexate; F: 5FU; Taxane: Docetaxel or Paclitaxel

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）



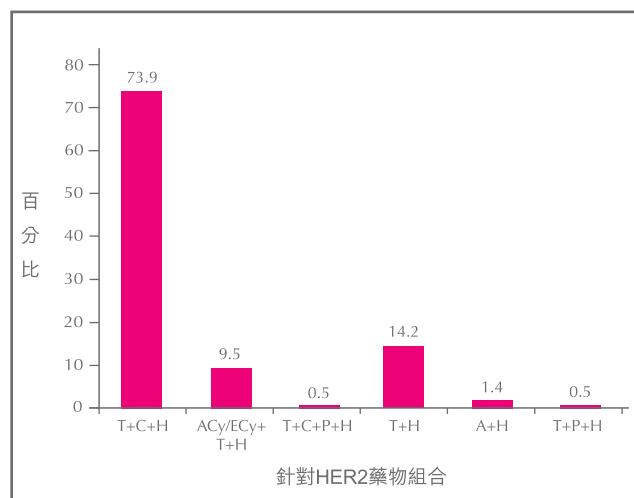
DC: Docetaxel+Cyclophosphamide; P: Paclitaxel; T: Taxane

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

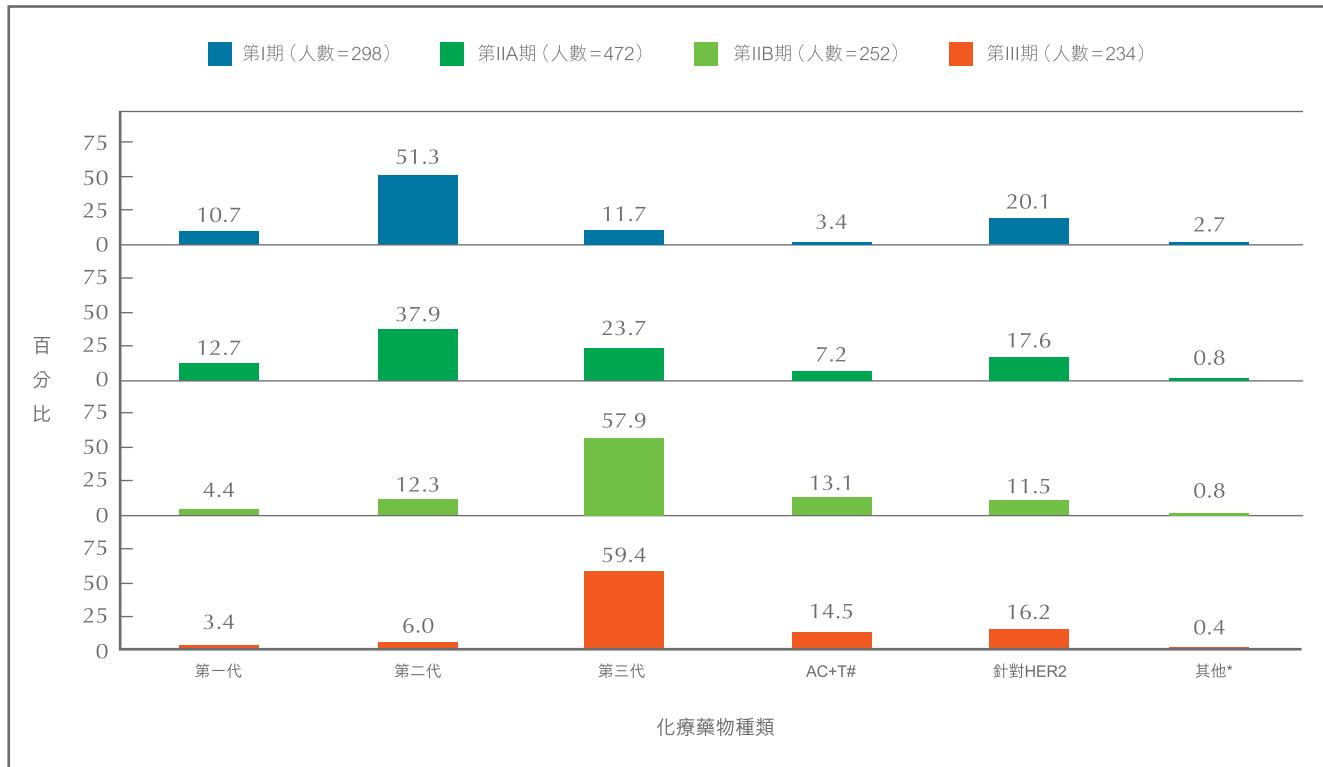
圖2.25：按乳癌生物學亞型分析患者在術後輔助性化療使用的藥物種類（總人數 = 1,182）



#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）



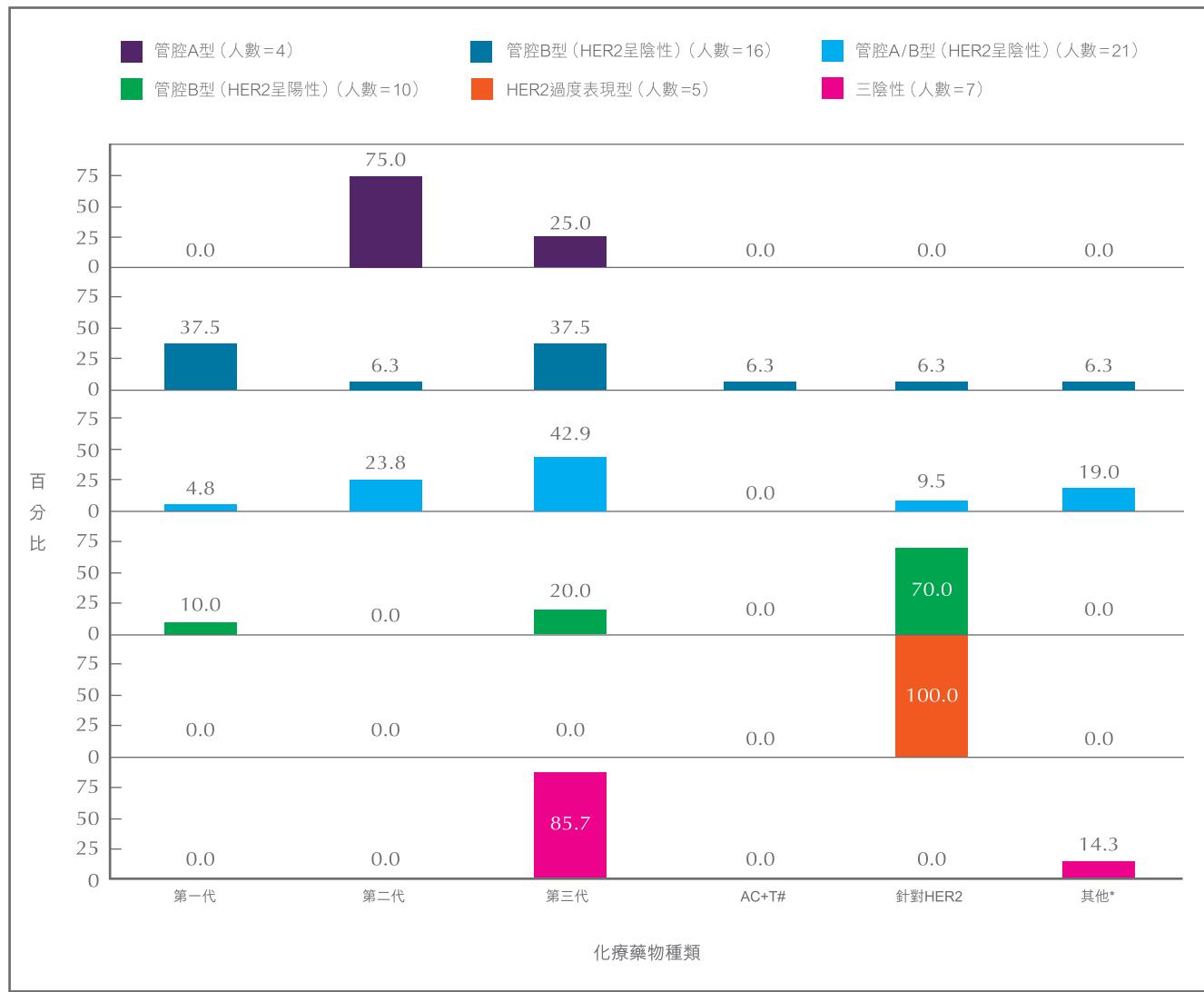
#AC+T：因完成療程的時間不確定而無法斷定為第二或第三代化療藥物

\*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）

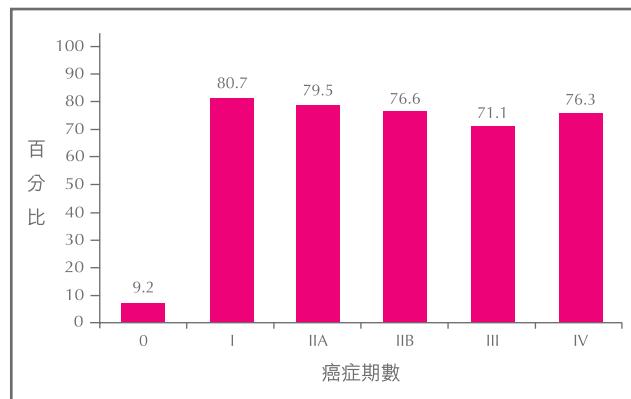
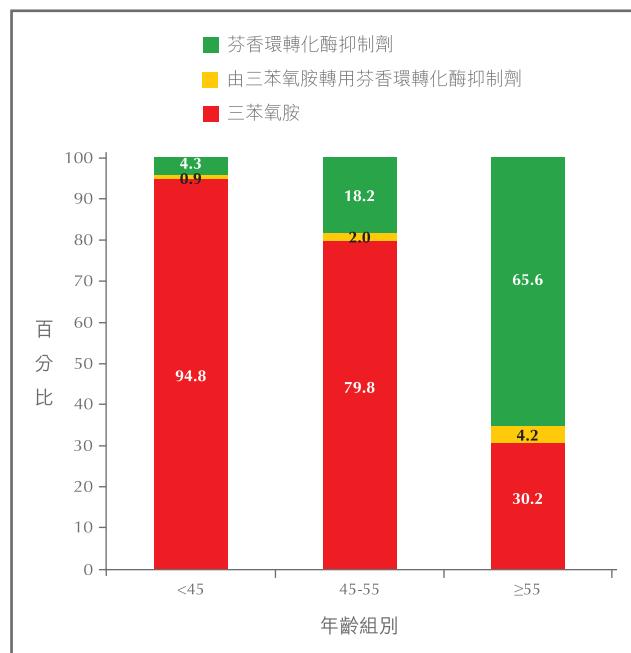


圖2.29：按年齡組別分析患者內分泌治療使用的藥物（總人數 = 2,360）

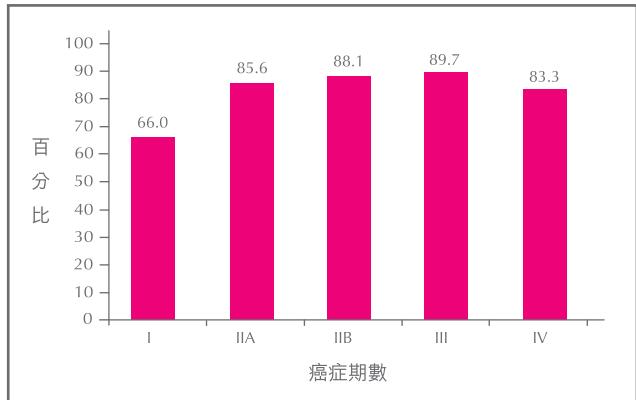




### E. 抗HER2靶向治療

- 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。

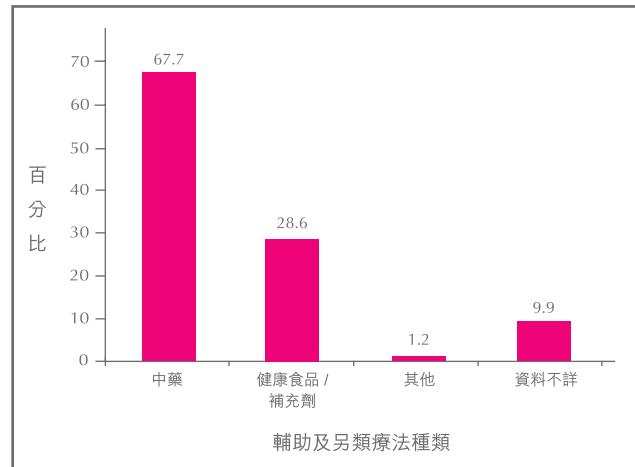
表2.22：按癌症期數分析治療方法的使用數目（總人數 = 3,747）

	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	%
<b>跟進時間</b>		
<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)	
<b>局部區域性復發</b>		
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)	
<b>遠端復發</b>		
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)	
<b>局部區域性及遠端復發</b>		
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)	
<b>死亡率*</b>		
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)
<b>生物學亞型</b>				
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)
<b>生物學亞型</b>							
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



### 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，情緒和社交上的改變而感到情緒波動。香港乳癌資料庫招募了3,380名2016年或以後確診的乳癌患者，為收集及

分析受訪者因為乳癌帶來對心理及身體造成影響及其治療的資料。患者接受訪問的平均時間是首次確診後的一年。

### 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。

#### 治療後的身體不適

- ▶ 2016年至今確診受訪群組中，約四分之三（74.6%）患者在手術後沒有或很少感到身體不適。對接受乳房保留手術或乳房切除手術的患者而言，有關比率在貫穿三個受訪群有上升的趨勢，而表示中度不適的患者比率呈下降的趨勢，表示嚴重不適的患者比率則沒有明顯變化。
- ▶ 貫穿三個受訪群組曾接受放射治療的患者表示沒有或很少感到身體不適比率有上升的趨勢，而表示中度不適的患者比率呈下降的趨勢，呈表示嚴重不適的患者比率則沒有明顯變化，情況與患者在手術身體不適的程度變化相約。皮膚乾燥（12.4%）在三個受訪群組中均是最常見的不適。但在2016年至目前確診受訪群組中表示感到皮膚乾燥的患者比率較過往兩個群組少，而表示感到疲倦的患者比率則較2011至2015年確診受訪群組為高。
- ▶ 2006至2010年確診受訪群組中超過半數曾接受化學治療的患者表示身體嚴重不適，但在2016年至今確診受訪群組則下降至40.8%。食慾不振（16.1%）在2016年至今確診受訪群組中是最常見的不適，身體虛弱（15.3%）則取代了嘔吐（2011至2015年確診受訪群組）成為第二常見的不適。
- ▶ 貫穿三個受訪群組，曾接受內分泌的患者身體不適的程度與曾接受化學治療的患者身體不適的程度有所不同，曾接受內分泌並感到嚴重不適的患者由7.8%增加至9.6%，但表示中度不適的患者則下降的趨勢。潮熱（11.2%至15.6%）和骨痛（6.6%至9.7%）在三個受訪群組中持續成為最常見的身體不適，同時患者表示感到潮熱或骨痛的比率有上升的趨勢。
- ▶ 在2016年至今確診受訪群組中，有86.2%曾接受抗HER2靶向治療的患者表示沒有或很少感到身體不適，比率較過往兩個受訪群組多（80.1%

至84.0%)。有別於過往的兩個受訪群組，痛楚(4.0%)取代了的疲倦成為最常見的身體不適。

- ▶ 使用輔助及另類療法的患者表示沒有或很少感到身體不適的比率(96.4%至98.9%)貫穿三個受訪群組中有上升的趨勢。

#### 確診及治療後的心理影響及調節

- ▶ 對比三個受訪群組的數據，整體而言，得悉確診時較多患者以平靜的態度接受(由22.3%至29.1%)，相對較少患者表示接受但情緒低落(由32.0%至19.5%)。

- ▶ 整體而言，接受乳癌治療後有較多(54.1%至61.7%)患者有負面的感受，例如：「人生不公平」。在三個群組中，人生觀有負面轉變及自我形象有負面轉變的患者均有所增加，分別由6.5%增至8.5%及8.9%增至10.6%。
- ▶ 2016年至今確診受訪群組中較年輕的乳癌患者人生觀傾向有正面的轉變，但是相對過往兩個群組較多40歲以下和60歲以上的患者表示人生觀傾向有負面轉變。
- ▶ 各個受訪群組中，擔心復發的程度隨年齡增長而下降。但是2016年至今受訪群組中70歲或以上的患者擔心復發的程度較過往兩個群組同一年齡層的患者為高。

## II. 治療後的身體不適

### A. 手術後的身體不適

- 3.2 約四分之三(74.6%)患者在手術後沒有或很少感到不適，小部分(9.9%)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(12.2%) (圖3.2)。此外，手術後最常見的不適情況是感到傷口痛楚(21.7%) (表3.1)。

圖3.1：手術後身體不適的程度(總人數=17,228)

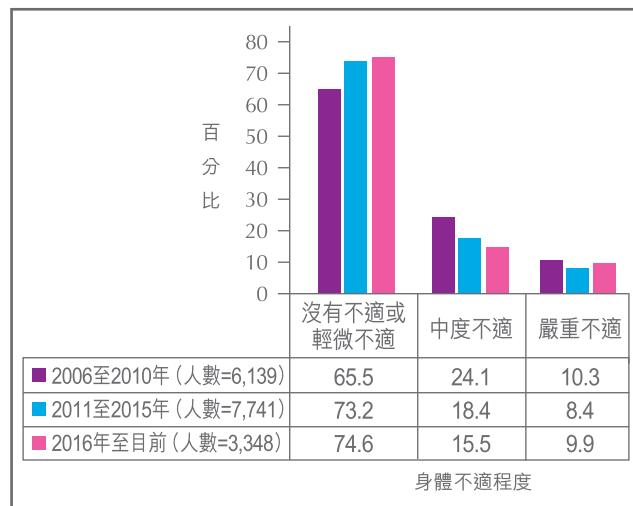


圖3.2：按手術類型分析身體不適的程度  
(總人數 = 3,330)

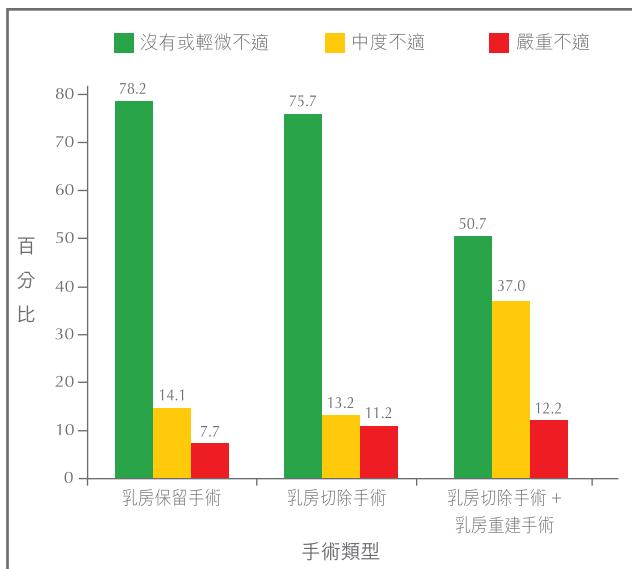


表3.1：手術後五種最常見的身體不適 (總人數 = 3,348)

	人數	%
傷口痛楚	727	21.7
傷口問題	506	15.1
麻痺	129	3.9
手臂活動困難	49	1.5
手臂淋巴水腫	27	0.8

### B. 放射性治療後的身體不適

3.3 近四分之三 (74.0%) 曾接受放射性治療的患者表示沒有或很少感到身體不適 (圖3.3)。相對接受乳房及區域性淋巴結放射治療的患者 (13.6%)，較多曾接受乳房放射治療的患者 (17.0%) 表示身體嚴重不適 (圖3.4)。無論曾否進行區域性淋巴結放射治療，大約有15%曾接受胸壁放射治

療的患者表示身體嚴重不適 (圖3.4)。皮膚乾燥 (12.4%) 和感到痛楚 (6.0%) 是接受電療後兩個最常見的不適現象 (表3.2)。

圖3.3：放射性治療後身體不適的程度  
(總人數=1,839)

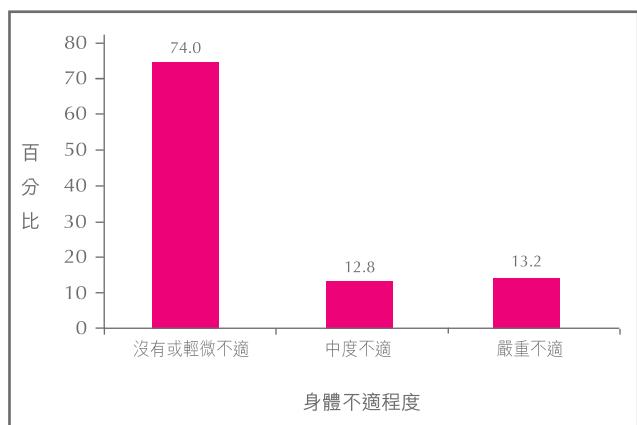


圖3.4：按接受放射性治療部位分析身體不適的程度  
(總人數 = 1,009)

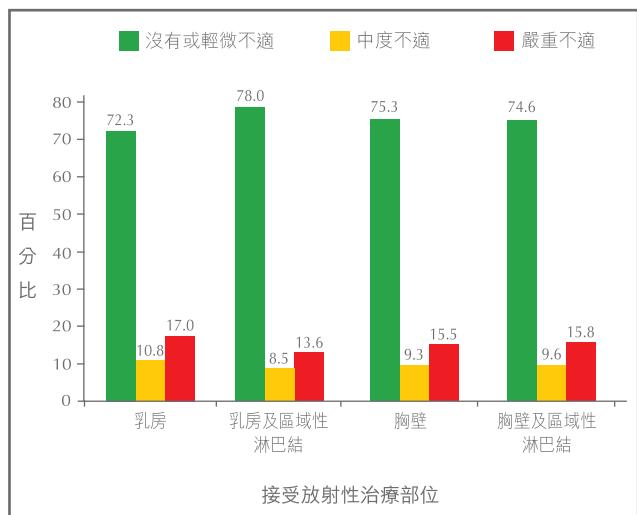


表3.2：放射性治療後五種最常見的身體不適  
(總人數 = 1,839)

	人數	%
皮膚乾燥	228	12.4
痛楚	111	6.0
皮膚灼傷	75	4.1
疲倦	47	2.6
皮膚潰瘍	22	1.2

### C. 化療後的身體不適

3.4 曾接受化學治療的患者中，有40.8%因為化療的副作用而感到身體嚴重不適（圖3.5）。當中食慾不振（16.1%）及身體虛弱（15.3%）是化療後最常見的兩個身體不適情況（表3.3）。

圖3.5：化療後身體不適的程度（總人數 = 1,630）

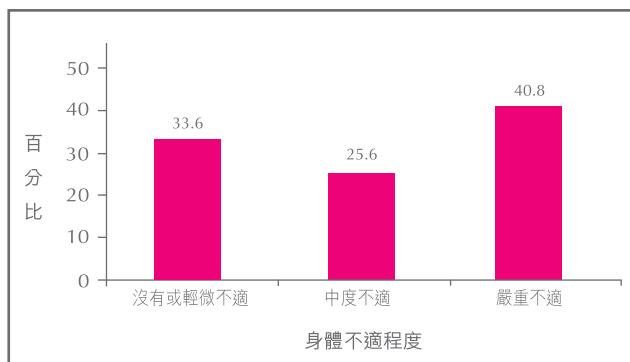


表3.3：化療後五種最常見的身體不適  
(總人數 = 1,630)

	人數	%
食慾不振	263	16.1
身體虛弱	250	15.3
痛楚（包括骨痛）	182	11.2
嘔吐	155	9.5
脫髮	120	7.4

### D. 內分泌治療後的身體不適

3.5 大多數（83.5%）曾接受內分泌治療的患者沒有或很少感到身體不適（圖3.6）。潮熱（15.6%）及骨痛（9.7%）是接受內分泌治療後最常見的兩個不適情況（表3.4）。

圖3.6：內分泌治療後身體不適的程度  
(總人數 = 2,043)

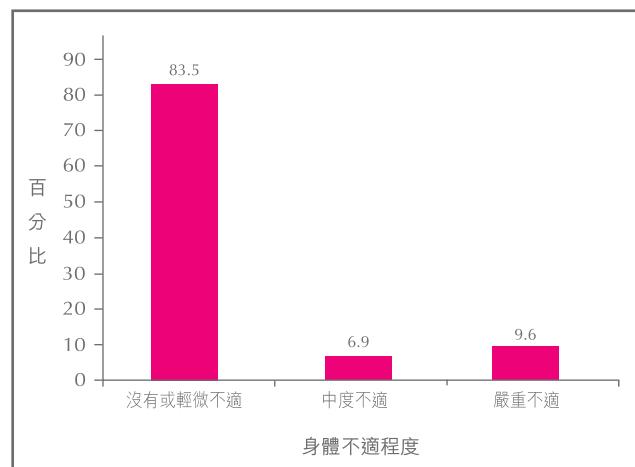


表3.4：內分泌治療後五種最常見的身體不適  
(總人數 = 2,043)

	人數	%
潮熱	318	15.6
骨痛	199	9.7
疲倦	126	6.2
月經失調	41	2.0
情緒不穩	19	0.9



### E. 抗HER2靶向治療後的身體不適

3.6 大部分（86.2%）曾接受抗HER2靶向治療的患者沒有或很少感到身體不適（圖3.7）。感到痛楚（4.0%）和疲倦（3.6%）是接受此治療後最常見的兩個不適現象（表3.5）。

圖3.7：抗HER2靶向治療後身體不適的程度  
(總人數 = 478)

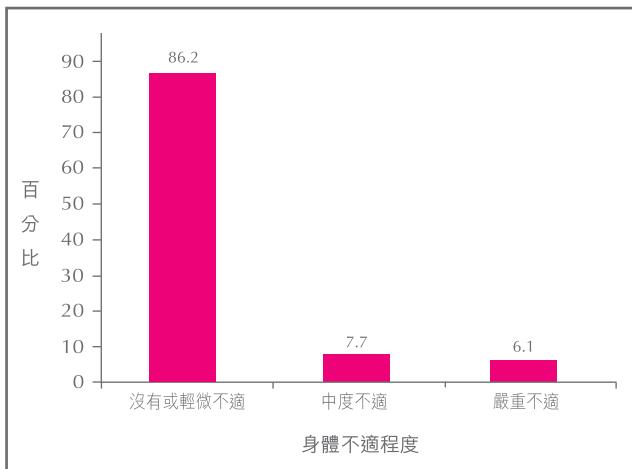


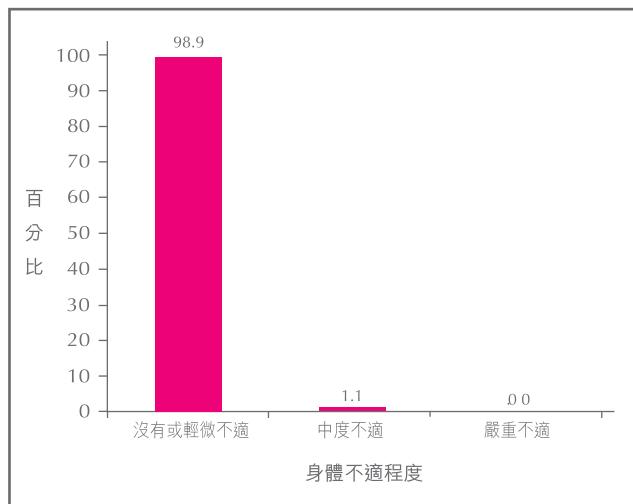
表3.5：抗HER2靶向治療後五種最常見的身體不適  
(總人數 = 478)

	人數	%
痛楚	19	4.0
疲倦	17	3.6
麻痺	7	1.5
影響其他器官	5	1.0
暈眩	2	0.4

### F. 輔助及另類療法後的身體不適

3.7 接近所有（98.9%）接受輔助及另類療法的患者沒有或很少感到身體不適（圖3.8）。

圖3.8：輔助及另類療法後身體不適的程度  
(總人數 = 931)



## 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，54.6%患者平靜接受或以正面的態度對抗乳癌，但45.5%患者以負面的態度接受確診乳癌（表3.6）。在完成所需治療後，26.6%患者表示「癌症是一個惡耗，使其感到好意外」。半數患者（50.5%）表示並沒有因患上乳癌而改變其人生觀，但40.9%患者表示對人生觀有正面的影響（表3.6）。另外，31.5%患者表示對自我形象有正面轉變（表3.6）。

表3.6：乳癌為患者帶來的心理影響

	人數	%
<b>得悉確診時的感受（總人數 = 3,237）</b>		
接受並以正面態度對抗	824	25.5
平靜接受	942	29.1
接受但情緒低落	632	19.5
拒絕接受（「不可能是事實！」）	785	24.3
憤怒地接受（「一定是搞錯了！」）	54	1.7
<b>接受治療後的感受（總人數 = 1,993）</b>		
癌症是一個惡耗，使患者感到好意外	531	26.6
人生不公平	1,229	61.7
癌症改變了人生觀	122	6.1
癌症帶走了患者重要的東西	111	5.6
<b>人生觀的轉變（總人數 = 3,334）</b>		
正面	1,364	40.9
沒有改變	1,685	50.5
負面	285	8.5
<b>自我形象的轉變（總人數 = 3,329）</b>		
正面	1,048	31.5
沒有改變	1,929	57.9
負面	352	10.6

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）。

3.10 受訪群組中，60歲以下的患者分別有32.0%至39.8%表示自我形象有正面的轉變，但該比率於60歲或以上的患者中則下降至21.2%至23.0%（圖3.10）。

圖3.9：按年齡組別分析人生觀的轉變（總人數 = 3,257）

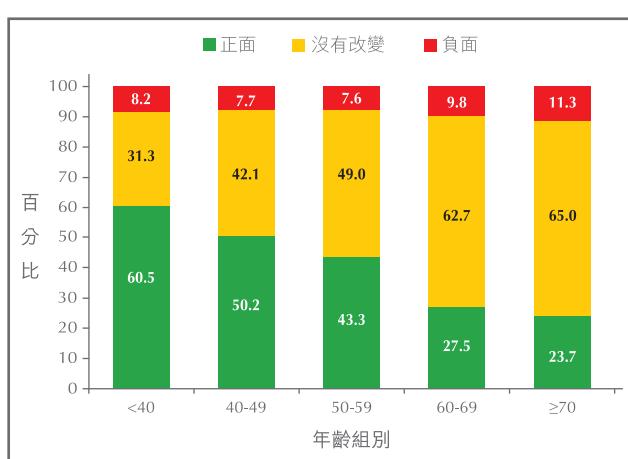
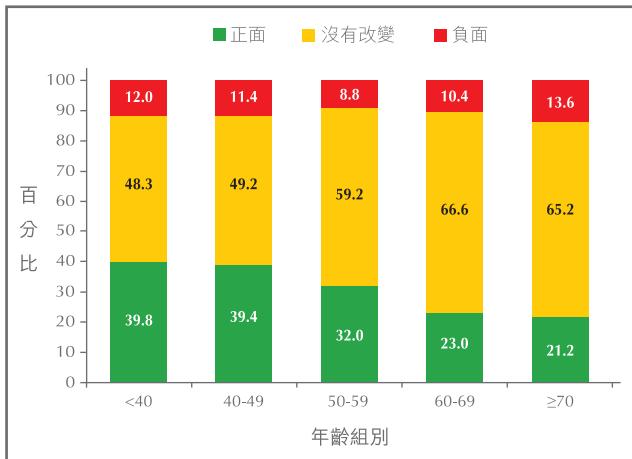




圖3.10：按年齡組別分析自我形象的轉變  
(總人數 = 3,249)



### B. 心理和生活調節及對應策略

- 3.11 在3,380名受訪患者中，約四分之三(73.5%)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(68.5%)，其次是增加運動量(58.2%)。此外，有11.7%患者辭去工作(表3.7)。
- 3.12 受訪群組中，最常見的兩種處理負面情緒方法是患者直接向人傾訴(50.3%)及把注意力移離負面情緒(25.2%)(表3.7)。

### C. 擔心復發的程度

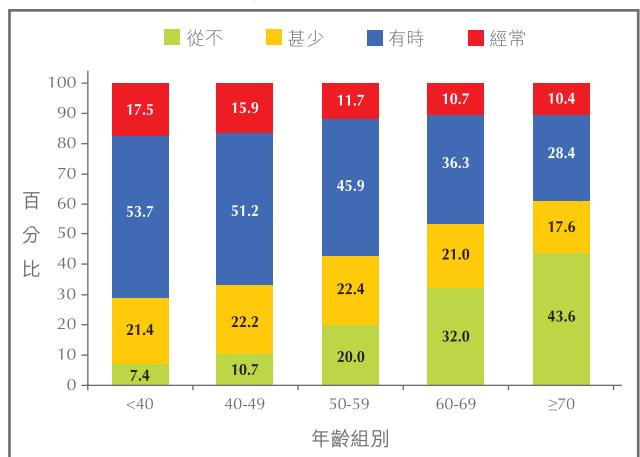
- 3.13 約有四分之一(21.4%)患者從不擔心復發，不過，略多於半數患者(57.2%)表示經常或有時擔心復發(表3.7)。擔心復發的程度與患者的年齡相關，從不擔心復發的患者隨著年齡增加而增加，經常擔心復發的患者隨著年齡的增加而減少(圖3.11)。

表3.7：應對乳癌而作出的心理和生活調節

	人數	%
<b>生活習慣的改變*(總人數=2,484)</b>		
改變飲食習慣	1,702	68.5
增加運動量	1,445	58.2
服用健康補充劑	434	17.5
減少工作量	470	18.9
辭去工作	290	11.7
<b>處理負面情緒的方法*(總人數=3,284)</b>		
直接向人傾訴	1,653	50.3
分散注意	826	25.2
忽視負面情緒	386	11.8
感到情緒低落	182	5.5
其他	455	13.9
<b>憂慮復發的程度(總人數=3,303)</b>		
從不	707	21.4
甚少	708	21.4
有時	1,466	44.4
經常	422	12.8

\*備註：患者可選擇多於一個選項，因此總百分比可能高於100%。

圖3.11：按年齡組別分析患者憂慮復發的程度  
(總人數=3,222)





## 附錄

---



## 詞彙

### 輔助化療

輔助化療是指手術後的化療，其作用是清除體內殘餘的微細癌細胞，以免這些微細癌細胞在體內而引致復發。

### 腋下淋巴結切除手術

若在觸診、影像檢查或前哨淋巴切除檢查中驗出淋巴結有癌細胞時，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。

### 雙側的乳癌

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

乳癌並不被視為單一疾病。它可以被進一步分類為多個生物學亞型。這些亞型經過多個生物標記的免疫組織化學染色法來斷定，這些標記包括雌激素受體 (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。通過在原發腫瘤結合這些生物學標記，而非獨立評核，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 過度表現型 (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)。<sup>46</sup>

### 乳房保留手術

乳房保留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。這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。

### 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。

### 癌症引發的死亡個案

由癌症造成的死亡個案。死於乳癌以外原因的個案，並不納入本報告的死亡個案統計中。

### 化療

利用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，在距離原發位置的器官或組織（例如肺、肝、骨髓或腦部）出現時為之遠端復發。

### 內分泌治療

利用荷爾蒙藥物或外科手術切除荷爾蒙腺體，以抑制荷爾蒙產生及發揮作用的治療方法。原理是干擾癌細胞生長。

### 雌激素受體呈陽性

雌激素受體呈陽性是指癌細胞上的受體與雌激素荷爾蒙結合的狀態。雌激素受體呈陽性的癌細胞，需要雌激素才可成長，假如其接受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

在HER2呈陽性的乳癌中，當每個癌細胞所含的HER2基因數量超乎正常水平，癌細胞表層的HER2蛋白便會過多，即HER2蛋白過度表現。過多的HER2蛋白會加速癌細胞的生長及分裂，因此HER2呈陽性乳癌是惡性較大的乳癌。

## 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，故此亦稱為前侵性乳癌。

## 侵入性乳癌

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。大多數乳癌都是侵入性癌症。相反原位癌則指維持在原發位置的癌症。

## Ki-67 生長指數

Ki-67 蛋白是細胞生長的標記，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生長指數是指利用免疫組織化學染色 (IHC) 方法，來量度腫瘤細胞染色呈陽性的百分比，是細胞擴散的特定細胞核標記。Ki-67指數高顯示腫瘤具較大侵略性。目前，指數高於14%被界定為Ki-67生長指數高。

## 背闊肌肌皮瓣 (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。

## 局部區域復發

治療後癌細胞再次出現在原先癌症的位置或其附近的淋巴結。

## 乳房切除手術

將整個乳房切除的外科手術，通常用於乳癌及其他嚴重乳房疾病。

## 擴散

當癌細胞在身體內其他器官出現時，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

把乳房分為四個四分一部分（四象限），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侵襲性強，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

黃體酮受體呈陽性的癌細胞需要黃體酮與蛋白（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。



## 非典型增生性病變

是一種良性乳房疾病，即有細胞在乳房組織內的導管或小葉過度生長，而當中某些細胞不再屬於正常。非典型增生性病變的例子有非典型導管增生及葉狀增生，葉狀增生包括非典型乳小葉增生及乳小葉原位癌。

## 放射性治療

又稱電療，是利用放射線消滅癌細胞的治療方法。這種治療法適用於手術前以縮小腫瘤體積，或在手術後消滅殘餘的癌細胞。

## 風險因素 / 高危因素

當一個人受某項因素影響的風險愈高時，其出現相應的已知結果（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粒淋巴結。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的流域。

## 存活期

由初次確診至因病死亡相隔的時間。

## 靶向治療

利用藥物以抑制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。

## 移植橫腹直肌皮瓣手術 (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，此手術通常不涉及植入物，而下腹在肌肉及組織被抽走後，也會變平。

## 三陰性乳癌

通常用作形容入侵性腺管癌。癌細胞缺乏雌激素受體、黃體酮受體，表面亦沒有第二型人類上皮生長素受體(HER2)過度表現的乳癌。

## 美國癌症聯合委員會 (AJCC) 第8版的乳癌分期

本報告使用美國癌症聯合委員會 (AJCC) 有關乳癌的《癌症期數》(第八版)<sup>45</sup>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年 (患者現況的部份) 或2016年 (第一章至第三章) 至2017年期間確診，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。

### 解剖學分期

階段	腫瘤	淋巴結	腫瘤轉移
0	Tis	N0	M0
IA	T1*	N0	M0
	T0	N1mi	M0
IIA	T1*	N1mi	M0
	T0	N1**	M0
	T1*	N1**	M0
IIB	T2	N0	M0
	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：沒有陽性結；N1mi：>0.2-2.0毫米或多於200個細胞；

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：沒有腫瘤轉移；M1：有腫瘤轉移證據

\*T1涵蓋T1mi

\*\* T0及T1腫瘤若只有微小淋巴結腫瘤轉移，會被排除於IIA期數外而歸納在IB期數內。

## 臨床預測分期

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	IA		
			陰性	IA		
		陰性	陽性	IA		
			陰性	IA		
		陰性	陽性	IA		
	G2		陰性	IA		
			陽性	IA		
			陰性	IA		
			陽性	IA		
			陰性	IA		
T0 N1** M0 T1* N1** M0 T2 N0 M0	G3	陽性	陽性	IA		
			陰性	IA		
		陰性	陽性	IA		
			陰性	IA		
		陽性	陽性	IA		
			陰性	IA		
			陽性	IA		
			陰性	IB		
			陽性	IB		

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	IB		
			陰性	IIA		
		陰性	陽性	IIA		
			陰性	IIA		
		陽性	陽性	IIA		
	G1		陰性	IIB		
			陽性	IIB		
			陰性	IIB		
			陽性	IIB		
			陰性	IIB		
T2 N1*** M0 T3 N0 M0	G1	陽性	陽性	IB		
			陰性	IIA		
		陰性	陽性	IIA		
			陰性	IIA		
		陽性	陽性	IIA		
	G2		陰性	IIB		
			陽性	IIB		
			陰性	IIB		
			陽性	IIB		
			陰性	IIB		
T3 N1*** M0 T3 N2 M0	G3	陽性	陽性	IB		
			陰性	IIB		
		陰性	陽性	IIB		
			陰性	IIB		
		陽性	陽性	IIB		
			陰性	III A		
			陽性	III A		
			陰性	III B		
			陽性	III B		
T0 N2 M0 T1* N2 M0 T2 N2 M0 T3 N2 M0	G1	陽性	陽性	IIA		
			陰性	III A		
		陰性	陽性	III A		
			陰性	III A		
		陽性	陽性	IIA		
			陰性	III A		
			陽性	IIA		
			陰性	III A		
			陽性	III B		
			陰性	III B		

## 臨床預測分期

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	G2	陽性	陽性	IIA	
T1* N2 M0			陰性	IIIA	
T2 N2 M0			陽性	IIIA	
T3 N1*** M0			陰性	IIIA	
T3 N2 M0		陰性	陽性	IIA	
			陰性	IIIA	
			陽性	IIIA	
			陰性	IIIB	
	G3	陽性	陽性	IIIB	
			陰性	IIIA	
			陽性	IIIA	
			陰性	IIIA	
		陰性	陽性	IIIA	
			陰性	IIIB	
			陽性	IIIB	
			陰性	IIIC	
T4 N0 M0	G1	陽性	陽性	IIIA	
T4 N1*** M0			陰性	IIIB	
T4 N2 M0			陽性	IIIB	
任何 T N3 M0			陰性	IIIB	
		陰性	陽性	IIIB	
			陰性	IIIB	
			陽性	IIIB	
			陰性	IIIC	
	G2	陽性	陽性	IIIA	
			陰性	IIIB	
			陽性	IIIB	
			陰性	IIIB	
		陰性	陽性	IIIB	
			陰性	IIIB	
			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	G3	陽性	陽性	IIIB	
T4 N1*** M0			陰性	IIIB	
T4 N2 M0			陽性	IIIB	
任何 T N3 M0			陰性	IIIB	
		陰性	陽性	IIIB	
			陰性	IIIC	
			陽性	IIIC	
			陰性	IIIC	
	任何 T 任何 N M1	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 N1mi 會分別被視作 T2 N1, T3 N1 和 T4 N1 處理。

## 病理學預測分期

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	G1	陽性	任何	任何	0	
T1*N0 M0			陽性	陽性	I A	
T0 N1mi M0			陰性	IA	I A	
T1*N1mi M0		陰性	陽性	IA	I A	
			陰性	IA	I A	
G2	陽性	陽性	陽性	IA	IB	
		陰性	陰性	IA	IB	
	陰性	陽性	陽性	IA	IB	
		陰性	陰性	IA	IB	
G3	陽性	陽性	陽性	IA	IB	
		陰性	陰性	IA	IB	
	陰性	陽性	陽性	IA	IB	
		陰性	陰性	IA	IB	
G1	陽性	陽性	陽性	IA	IB	
		陰性	陰性	IA	IB	
	陰性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
G2	陽性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
	陰性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
G3	陽性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
	陰性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
G1	陽性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
	陰性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
G2	陽性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
	陰性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
G3	陽性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
	陰性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
G1	陽性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
	陰性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	

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	G3	陽性	陽性	陽性	I A	
T1*N1** M0			陰性	IA	I A	
T2 N0 M0		陰性	陽性	IA	I A	
T2 N1*** M0			陰性	IA	I A	
陽性		陽性	IB	IB		
		T3 N0 M0	陰性	IB	IB	
G1	陽性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
	陰性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
G2	陽性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
	陰性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
G3	陽性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
	陰性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
G1	陽性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	
	陰性	陽性	陽性	IB	IB	
		陰性	陰性	IB	IB	

## 病理學預測分期

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	G2	陽性	陽性	陽性	IB
T1* N2 M0			陰性	III A	
T2 N2 M0			陽性	III A	
T3 N1*** M0			陰性	III A	
T3 N2 M0		陰性	陽性	IB	
			陰性	III A	
			陽性	III A	
			陰性	III B	
G3	陽性	陽性	陽性	II A	
		陰性	陰性	III A	
		陽性	陽性	III A	
		陰性	陰性	III A	
	陰性	陽性	陽性	II B	
		陰性	陰性	III A	
		陽性	陽性	III A	
		陰性	陰性	III C	

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	G3	陽性	陽性	陽性	IIIB
T4 N1*** M0			陰性	IIIB	
T4 N2 M0		陰性	陽性	IIIB	
任何 T N3 M0			陰性	IIIB	
任何 T 任何 N M1	陽性	陽性	陽性	IIIB	
			陰性	IIIC	
		陰性	陽性	IIIC	
	陰性	陽性	陽性	IIIC	
			陰性	IIIC	
		陰性	陽性	IIIC	

\* 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 肿瘤若同時 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所用作分析的患者數目	10
表1.1 確診前的體重指數 (總人數 = 4,820)	19
表1.2 確診前的家族乳癌病史 (總人數 = 4,820)	19
表1.3 確診前的個人非乳房腫瘤病歷 (總人數 = 4,820)	20
表1.4 患者曾患惡性腫瘤的身體部位 (總人數 = 94)	20
表1.5 確診前的良性乳房疾病病歷 (總人數 = 4,820)	20
表1.6 確診前初經、收經及生育紀錄	21
表1.7 受訪群組的生育次數 (總人數 = 3,565)	22
表1.8 確診前使用荷爾蒙避孕劑的情況 (總人數 = 4,820)	22
表1.9 確診前使用荷爾蒙補充劑的情況 (總人數 = 2,840)	22
表1.10 受訪群組罹患乳癌的十大高危因素 (總人數 = 4,820)	23
表1.11 按年齡組別分析乳房檢查習慣 (總人數 = 4,742)	24
表1.12 按教育程度分析乳房檢查習慣 (總人數 = 4,789)	25
表1.13 按每月家庭收入 (港幣) 分析乳房檢查習慣 (總人數 = 2,287)	26
表1.14 按居住地區分析乳房檢查習慣 (總人數 = 4,573)	27
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)	33
表2.2 按癌症種類分析最初發現乳癌的方式 (總人數 = 3,796)	33
表2.3 按癌症期數分析最初發現乳癌的方式 (總人數 = 3,580)	34
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)	35
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)	35
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)	36
表2.7 受訪患者人數及乳癌個案數目	36
表2.8 乳房影像檢查的敏感度及診斷結果 (總人數 = 3,998)	37
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)	38
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)	38
表2.11 乳癌活組織檢查的敏感度及診斷結果 (總人數 = 3,998)	39
表2.12 入侵性乳癌患者檢定乳癌期數的方法 (總人數 = 1,471)	40

	頁
表2.13 入侵性乳癌的組織學類別 (總人數 = 3,318)	43
表2.14 入侵性乳癌的級別、腫瘤的多灶性及多中心性 (總人數 = 3,318)	43
表2.15 入侵性乳癌的生物學特性 (總人數 = 3,318)	44
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)	45
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)	46
表2.18 原位乳癌的生物學特性 (總人數 = 520)	46
表2.19 入侵性乳癌及原位乳癌患者的手術治療	48
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)	52
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)	53
表2.22 按癌症期數分析治療方法的使用數目 (總人數 = 3,747)	61
表2.23 跟進訪問的結果 (總人數 = 17,877)	62
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	63
表2.25 患者出現局部區域性復發的位置 (總人數 = 579)	63
表2.26 遠端擴散影響的器官 (總人數 = 706)	64
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	64
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)	65
表2.29 乳癌死亡個案的特性 (總人數 = 226)	66
表3.1 手術後五種最常見的身體不適 (總人數 = 3,348)	70
表3.2 放射性治療後五種最常見的身體不適 (總人數 = 1,839)	71
表3.3 化療後五種最常見的身體不適 (總人數 = 1,630)	71
表3.4 內分泌治療後五種最常見的身體不適 (總人數 = 2,043)	71
表3.5 抗HER2靶向治療後五種最常見的身體不適 (總人數 = 478)	72
表3.6 乳癌為患者帶來的心理影響	73
表3.7 應對乳癌而作出的心理和生活調節	74

## 圖索引

	頁
圖I 香港乳癌資料庫參加者的確診年份分佈	6
圖II 香港乳癌資料庫報告書的患者來源分佈	10
圖1.1 確診年齡的分佈 (總人數 = 20,057)	15
圖1.2 受訪群組的職業 (總人數 = 4,820)	16
圖1.3 受訪群組的教育程度 (總人數 = 4,820)	16
圖1.4 受訪群組的每月家庭收入 (港幣) (總人數 = 2,287)	16
圖1.5 受訪群組的居住地區分佈 (總人數 = 4,820)	17
圖1.6 受訪群組的胸圍尺碼 (總人數 = 4,820)	17
圖1.7 受訪群組的胸圍罩杯大小 (總人數 = 4,820)	17
圖1.8 確診前的飲食習慣 (總人數 = 4,820)	18
圖1.9 確診前的運動習慣 (總人數 = 4,820)	18
圖1.10 確診前的精神壓力水平 (總人數 = 4,820)	19
圖1.11 患者確診前所擁有的高危因素數目分佈 (總人數 = 4,820)	23
圖2.1 受訪群組最初發現乳癌的方式 (總人數 = 18,602)	32
圖2.2 患者自我發現*乳癌的主要症狀 (總人數 = 3,059)	34
圖2.3 乳癌的位置 (總人數 = 3,998)	37
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)	38
圖2.5 確診時的癌症期數 (總人數 = 3,998)	41
圖2.6 入侵性乳癌的腫瘤大小 (厘米) 分佈 (總人數 = 2,682)	41
圖2.7 入侵性乳癌患者的腋下淋巴結狀態 (總人數 = 3,064)	42
圖2.8 原位乳癌的腫瘤大小 (厘米) 分佈 (總人數 = 418)	42
圖2.9 按年齡組別分析手術類型 (總人數 = 3,798)	49
圖2.10 按入侵性腫瘤大小分析手術類型 (總人數 = 2,843)	49
圖2.11 按癌症期數分析手術類型 (總人數 = 3,669)	49
圖2.12 按患者接受治療的醫療服務機構種類分析手術類型 (總人數 = 3,713)	49
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)	50
圖2.14 按臨床淋巴結狀況分析入侵性乳癌患者的淋巴結手術的種類 (總人數 = 3,132)	50
圖2.15 按臨床淋巴結狀況分析入侵性乳癌的腫瘤大小 (總人數 = 2,576)	50

	頁
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)	51
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)	52
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)	52
圖2.19 按癌症期數分析患者接受化療的比率 (總人數 = 3,217)	53
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)	54
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)	55
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)	55
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)	55
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)	55
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)	56
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)	57
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)	58
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)	59
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)	59
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)	60
圖2.31 輔助及另類療法的種類 (總人數 = 950)	61
圖3.1 手術後身體不適的程度 (總人數 = 17,228)	69
圖3.2 按手術類型分析身體不適的程度 (總人數 = 3,330)	70
圖3.3 放射性治療後身體不適的程度 (總人數 = 1,839)	70
圖3.4 按接受放射性治療部位分析身體不適的程度 (總人數 = 1,009)	70
圖3.5 化療後身體不適的程度 (總人數 = 1,630)	71
圖3.6 內分泌治療後身體不適的程度 (總人數 = 2,043)	71
圖3.7 抗HER2靶向治療後身體不適的程度 (總人數 = 478)	72
圖3.8 輔助及另類療法後身體不適的程度 (總人數 = 931)	72
圖3.9 按年齡組別分析人生觀的轉變 (總人數 = 3,257)	73
圖3.10 按年齡組別分析自我形象的轉變 (總人數 = 3,249)	74
圖3.11 按年齡組別分析患者憂慮復發的程度 (總人數 = 3,222)	74



## 參考資料

1. Hong Kong Cancer Registry, Hospital Authority. Hong Kong Cancer Statistics 2017. Published October 2019.
2. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Painting, firefighting, and shiftwork. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks to Humans*. 2010;98:9-764.
3. International Agency for Research on Cancer. List of Classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, Volumes 1 to 127. [https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2019/07/Classifications\\_by\\_cancer\\_site\\_127.pdf](https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2019/07/Classifications_by_cancer_site_127.pdf). Updated June 26, 2020. Accessed September 1, 2020.
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). 2019 Report on Annual Earnings and Hours Survey. <https://www.statistics.gov.hk/pub/B10500142019AN19B0100.pdf>. Published April 2020. Accessed September 1, 2020.
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 Pacific 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. Senie RT, Saftlas AF, Brinton LA, Hoover RN. Is breast size a predictor of breast cancer risk or the laterality of the tumor? *Cancer Causes Control*. 1993;4(3):203-208. doi:10.1007/BF00051314.
11. 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.
12. Egan KM, Newcomb PA, Titus-Ernstoff L, et al. The relation of breast size to breast cancer risk in postmenopausal women (United States). *Cancer Causes Control*. 1999;10(2):115-118. doi:10.1023/A:1008801131831.
13. Ooi BNS, Loh H, Ho PJ, et al. The genetic interplay between body mass index, breast size and breast cancer risk: A Mendelian randomization analysis. *Int J Epidemiol*. 2019;48(3):781-794. doi:10.1093/ije/dyz124.
14. 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.
15. National Cancer Institute. Dense Breasts: Answers to Commonly Asked Questions. <https://www.cancer.gov/types/breast/breast-changes/dense-breasts>. Updated July 14, 2020. Accessed September 1, 2020.
16. Census and Statistics Department (HK). Thematic Household Survey Report No. 70: Pattern of Smoking. <https://www.statistics.gov.hk/pub/B11302702020XXXXB0100.pdf>. Published June 2020. Accessed September 1, 2020.

17. Chapter 6 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. Hong Kong Breast Cancer Foundation. *Hong Kong Breast Cancer Registry Bulletin Issue 9: Risk factors for breast cancer in Hong Kong women: A case-control study*. Hong Kong Breast Cancer Foundation; 2018.
19. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and breast cancer. *Continuous Update Project Expert Report 2018*. <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Breast-cancer-report.pdf>. Published May 2018. Accessed September 1, 2020.
20. Centre for Health Protection Department of Health (HK). Behavioural Risk Factor Survey (April 2016). [https://www.chp.gov.hk/files/pdf/brfa\\_report\\_april\\_2016\\_eng.pdf](https://www.chp.gov.hk/files/pdf/brfa_report_april_2016_eng.pdf). Published May 2017. Accessed September 1, 2020.
21. Cheraghi Z, Poorolaja IJ, 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.
22. Body Mass Index (BMI) Distribution. Centre for Health Protection, Department of Health (HK). <https://www.chp.gov.hk/en/statistics/data/10/280/6621.html>. Updated December 2017. Accessed September 1, 2020.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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 Diagnostics*. 2016;18(4):580-594. doi:10.1016/j.jmoldx.2016.03.005.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.



33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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 Women's Heal.* 2011;20(8):1135-1139. doi:10.1089/jwh.2010.2493.
43. 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.
44. 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.
45. Amin MB, Edge S, Greene F, et al. (eds). *AJCC Cancer Staging System (8th Edition)*. New York, NY: Springer International Publishing; 2017. doi:10.1007/978-3-319-40618-3\_48.
46. 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.
47. 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.

## 香港乳癌資料庫發表的刊物及簡報資料

### 刊物

#### 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)

### 簡報

期數	研究題目	出版年份
1.	<u>研究一</u> ：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； <u>研究二</u> ：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.	患者在有徵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
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



## 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.

## 簡報資料

1. Screen-detected breast cancer showed earlier staging than incidental self-detected cancer, Dr. Polly Cheung (Breast Cancer Conference 2009, The Chinese University of Hong Kong)
2. Breast cancer facts in Hong Kong Report No.2, Dr. Hung Wai Ka (International Surgical Week 2011, Japan) (Nominated for Breast Surgery International Best Paper Award)
3. Risk factors for breast cancer in Hong Kong, Ms. Amy Chan (33rd Annual meeting of the International Association of Cancer Registries 2011, Mauritius)
4. Local data from the Hong Kong Breast Cancer Registry, Dr. Polly Cheung (Breast Cancer Conference 2011, The Chinese University of Hong Kong)
5. Breast cancer facts in Hong Kong, Dr. Carol Kwok (4th Global Chinese Breast Cancer Organizations Alliance Conference 2012, USA)
6. Hong Kong Breast Cancer Registry: Evidence for improving cancer control and treatment, Dr. Polly Cheung (Breast Cancer Conference 2015, The Chinese University of Hong Kong)
7. Pathological response rate: Analyzing the outcome of neoadjuvant chemotherapy for patients enrolled in Hong Kong Breast Cancer Registry, Dr. Carol Kwok (24th Annual Scientific Meeting of Hong Kong College of Radiologists 2016, Hong Kong)
8. Elders with Breast Cancer Tend to Delay Seeking Medical Care and Present with a Later Cancer Stage, Dr. Janice Tsang (Symposium on Elderly Primary Breast Cancer Women 2017, England)
9. Hong Kong Breast Cancer Registry, Dr. Polly Cheung (Breast Cancer Conference 2017, The Chinese University of Hong Kong)
10. Breast cancer in elderly patients: Tumour characteristics, treatment choices and clinical outcomes, Dr. Stephanie Lau (48th World Congress of Surgery 2019, Poland)
11. Neoadjuvant chemotherapy in Hong Kong breast cancer patients and its clinical implications, Dr. Yolanda Chan (48th World Congress of Surgery 2019, Poland)
12. Risk factors for breast cancer in Hong Kong women: A case control study, Dr. Polly Cheung (Breast Cancer Conference 2019, The Chinese University of Hong Kong)

## 第一至十一號報告摘要

### 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) 沒有餵哺母乳經驗 (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) 不曾生育 / 35歲後首次生育 (28%)
- (7) 提早初經 (<12歲) (17%)
- (8) 多吃肉類 / 奶類製品 (15%)
- (9) 更年期後使用荷爾蒙補充劑 (14%)
- (10) 有飲酒習慣 (9%)
- (11) 延遲更年期 (>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%的患者均具有以上兩或三項高危因素；只有不足3%患者完全沒有已知高危因素。

要減低患乳癌的風險，香港乳癌基金會建議婦女參考美國癌症協會2002年制定的防癌營養和運動指引：

- 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%患者杯罩尺碼為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大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。

研究將受訪群組中2,130名患者按其使用醫療服務的類別分為三組：私營醫療服務（23.1%）；公營醫療服務（24.0%）；混合使用公私營醫療服務（52.9%）。

患者的癌症期數分佈在醫療服務組別上存在差異，原位乳癌（0期）個案佔私營醫療服務使用者13.6%，佔公營醫療服務使用者5.7%。另外，在公營醫療服務組別中入侵性乳癌患者的腫瘤明顯較大。

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較低，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。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大小中位值為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。這反映有定期乳房檢查習慣的好處。

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。居住在觀塘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八成，其他收入偏低地區如葵青、新界北區、屯門和大埔也有七成。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為18,000元低。

受訪群組中整體的晚期（第III及IV期）乳癌個案佔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%）的晚期乳癌個案的比率較高。若以醫療機構類別分析，公立醫院的晚期乳癌個案（16.7%）比私營醫院（7.4%）高出一倍多。

總括而言，研究顯示定期檢查與確診時乳癌期數有關，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。第三號報告的研究結果更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%），而受訪群組中有14.0%患者在40歲前確診乳癌，另外5.1%患者則為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%）和飲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，如不曾生育（43.4%）、沒有餵哺母乳經驗（74.6%）或提早初經（19.5%）等。

此外，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，包括腫瘤分級較高（第3級）（45.2%）、出現淋巴血管入侵現象（40.8%）及腫瘤多灶性（15.3%）、第二型人類上皮生長素受體呈陽性（28.7%）及三陰性（缺乏內分泌受體）（13.0%）的比率較高。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%）、放射性治療（67.8%）及抗第二型人類上皮生長素受體靶向治療（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，憂慮復發的恐懼也較大，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歲以上乳癌患者的乳癌特徵和治療情況，一組是在沒有顯露病徵的患者於定期乳房X光造影時確診（定期接受影像檢查組），另一組呈現病徵的患者是沒有進行定期檢查的（自我檢查組）。

結果顯示，40%的定期接受影像檢查組患者的乳癌屬於原位癌症，自我檢查組則為8%，等於說定期接受影像檢查組的「0期」癌症病例幾乎是自我檢查組的五倍。定期接受影像檢查組的侵性腫瘤小於自我檢查組，其平均值分別是1.3厘米與2.3厘米。

定期接受影像檢查組中接受全面乳房切除的患者少於半數（46%），而自我檢查組患者接受同類手術的比例達到三分之二（67%）。此外，與定期接受影像檢查組患者（25%）相比，自我檢查組有較多患者（66%）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，以增加及早發現病症的機會及減少使用侵性治療的需要。



## 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延誤求醫的嚴重程度和相關因素，「延誤求醫」指患者發現病徵後耽誤初次就醫的時間，而「延誤診治」即醫療系統因素令患者延遲接受診斷和 / 或治療。

分析顯示，「延誤求醫」的時間中位數為40.0天，32.5%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%患者在確診後一個月內開始首次治療，符合國際標準。45.7%患者在初次發現病徵至少三個月或以上後才接受首次治療。

「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（第三至第四期）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）或勞動工作者的患者，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」導致較複雜的治療和較高的醫療開支，同時帶來未解決的香港公共健康問題。

喪偶者或非文職 / 勞動工作者應被視為目標的婦女群組，加強關注該群組的乳房健康教育，特別是針對婦女對乳癌病徵的認識，婦女應注意乳房健康和留意乳房的變化，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）

### — 香港乳癌患者的前哨淋巴結切片檢查

《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。以前哨淋巴結切片檢查來取代常規的腋下淋巴切除術，好處是前者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。尤其值得注意的是，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術），相關比率在研究時段內呈正線性上升趨勢。就腫瘤≤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術）的比率從2006年的50.2%上升至2012年的80.6%，而介乎2-5厘米的腫瘤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%。

超過40.0%的早期乳癌患者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術），較為普遍，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 (10.8% 比 17.7%; 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三或四期癌症 (29.7% 比 14.5%; p=0.068)。與所有年齡患者比較，年長乳癌患者的侵性腫瘤在生物學角度上較好，包括較多腫瘤級別屬於一級 (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)。

較多年長患者的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) 和第二型人類上皮生長素受體呈陰性 (83.6% 比 78.7%; p=0.001)。相比所有年齡患者，較多年長患者接受乳房切除手術 (57.3% 比 81.7%; p<0.001)，但較少接受化學治療和放射性治療。再者，研究亦顯示患有較多並存病的年長患者多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，他們較多接受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，但卻不應該是唯一因素。

## 香港乳癌資料庫第九號報告（第九號報告，2017年出版）

### — 手術前的前置化療有助縮小香港乳癌患者第二型人類上皮生長素受體（HER2）呈陽性的腫瘤及降低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，乳癌患者接受手術前的前置化療的情況，並評估前置化療對本地乳癌患者的效果。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2006至2010年與2011至2015年期間顯著上升，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亞型的患者、HER2呈陽性（雌激素及黃體酮受體呈陰性）的患者、管腔B型（HER2呈陽性）的患者、以及臨床屬於第IIB期和第IIIC期癌症的患者。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IIIC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（雌激素及黃體酮受體呈陰性）亞型的患者有最佳效果，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）和三陰性亞型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期的患者在接受前置化療之後進行乳房保留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乳癌患者HER2呈陽性腫瘤及降低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進一步的術後輔助治療。進一步的研究將根據接受前置化療患者群組的存活成果來評估這個療法的效果。

## 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：一) 不可改變的；二) 可改變及與生活方式有關；三) 可改變及與行為有關；及四) 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)。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)。相比非肥胖的婦女，肥胖的婦女乳癌風險增加了46% ( $aOR=1.46$ ; 95%CI, 1.32-1.62)。

對於更年期後的婦女，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)。沒有生育的更年期後婦女的乳癌風險，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。乳房篩查有助發現早期乳癌，降低因乳癌死亡的機會。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，沒有生育/35歲後首次生育，有家族乳癌病史，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劑治療。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顯著下降。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，採用前置性化療，接受抗HER2靶向治療和接受內分泌治療，然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性治療，相反，愈來愈多曾接受乳房切除手術的第IIB期患者接受放射性治療。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，但其採用前置性化療的比率顯著上升。第III期患者採用前置性化療的比率在過去幾年更是增加了一倍。接受抗HER2靶向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。



## 參與香港乳癌資料庫

### 1. 登記加入資料庫

所有乳癌患者，不論男女，都可以加入香港乳癌資料庫。無論你是剛確診、正接受治療、乳癌擴散或已完成療程，你的參與都彌足重要。

參加方法：

- I. 簽署同意書（可在[www.hkbcf.org/zh/our\\_research/main/54](http://www.hkbcf.org/zh/our_research/main/54)下載）。
- II. 郵遞或經你的主診醫生交回填妥的同意書，授權香港乳癌資料庫收集你的個人資料和你的醫療記錄，以作分析之用。
- III. 你將會收到香港乳癌資料庫的問卷，請你填寫後交回。
- IV. 資料庫工作人員將每年與你和你的主診醫生聯絡，以更新你的健康狀況及治療資料。跟進訪問以電話進行，你亦可選擇填寫問卷和以郵寄或電郵方式交回。

所有資料均絕對保密處理，只供資料庫分析及研究用途。資料庫只會發表總體的統計和分析結果，而不會披露參加者的個人身份。

登記 / 查詢電話：2525 6033      電郵：[hkbcr@hkbcf.org](mailto:hkbcr@hkbcf.org)

### 2. 訂閱香港乳癌資料庫第十三號報告（2021年9月出版）

姓名 \_\_\_\_\_ 機構 \_\_\_\_\_

通訊地址 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 電郵 \_\_\_\_\_

### 3. 捐款支持

你的捐款將支持香港乳癌基金會乳癌研究中心的研究工作，以助我們了解香港的乳癌實況和改善乳癌醫護方案。

#### 企業捐款

有意捐款的公司請與我們聯絡，商談捐助的安排。

#### 我願意捐款

- 一次過捐款 HK\$\_\_\_\_\_
- 每月捐款  
 HK\$1,000     HK\$500     HK\$300     HK\$200     HK\$\_\_\_\_\_

#### 捐款方法

銀行入數：請把善款直接存入香港乳癌基金會之滙豐銀行戶口：094-793650-838。  
請連同存款收據正本 / 自動櫃員機單據正本寄回。捐款者請保留收據副本。

按月自動轉賬：自動轉賬授權書將隨後寄上

劃線支票（抬頭寫上「香港乳癌基金會」）

信用卡     VISA     Master Card

有效日期：\_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_年    信用卡號碼：\_\_\_\_\_

持卡人姓名

持卡人簽名

姓名(先生 / 女士)：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_ 電郵：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

填妥後請連同相關文件寄回香港乳癌基金會 地址：香港北角木星街9號永昇中心22樓 傳真：2525 6233  
港幣壹佰元或以上的捐款可申請免稅 稅務局檔案號碼：91/7226

**捐款表格可以在下列網址下載或致電2525 6033索取表格。**

[https://www.hkbcf.org/zh/get\\_involved/main/367/](https://www.hkbcf.org/zh/get_involved/main/367/)



## 「乳癌在線」

「乳癌在線」是一個獨特的網上平台，讓已登記的醫療界用家獲取香港乳癌資料庫所搜集及分析的數據。香港乳癌資料庫是由香港乳癌基金會策動創立的。

「乳癌在線」是香港首個乳癌數據平台，也是專業醫護人員診治乳癌時的助診工具，其提供的服務為：

- 特別為醫護專業人員而設的乳癌應用程式；
- 協助醫療專業人士作出臨床決策，為患者提供最佳的護理方案；
- 讓醫療專業人員隨時隨地獲取經香港乳癌資料庫搜集及分析的本地乳癌數據。

透過這個網上平台，已登記的用家可揀選合適的參數，包括病理資料及治療類別，「乳癌在線」便會從數據庫中，篩選出與患者最接近的個案，分析治療趨勢，讓用家參考其中的治療方案。

請瀏覽及登記：<http://brcaonline.hkbcf.org/>



## 鳴謝

### 參與報告編撰

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
- 第十二號報告編輯委員會，包括陳英凝教授、陳健慧醫生、陳穎懷醫生、陳可恩醫生、張寬耀醫生、張淑儀醫生、趙穎欣醫生、蔡浩強醫生、郭子熹醫生、林鄭寶玲女士, BBS、劉曉欣醫生、羅振基醫生、李沛基醫生、魏月媚女士、曾詠恆醫生、謝文杰醫生、蔡錦輝教授、黃浪詩女士及邱振中醫生協助編審報告內容。



## 捐款人士 / 機構

香港乳癌基金會衷心感謝以下於2019-2020年捐款支持本會研究基金的機構及人士：



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，是國際癌症資料庫協會成員。

網址 : [https://www.hkbcf.org/zh/our\\_research/main/32/](https://www.hkbcf.org/zh/our_research/main/32/)