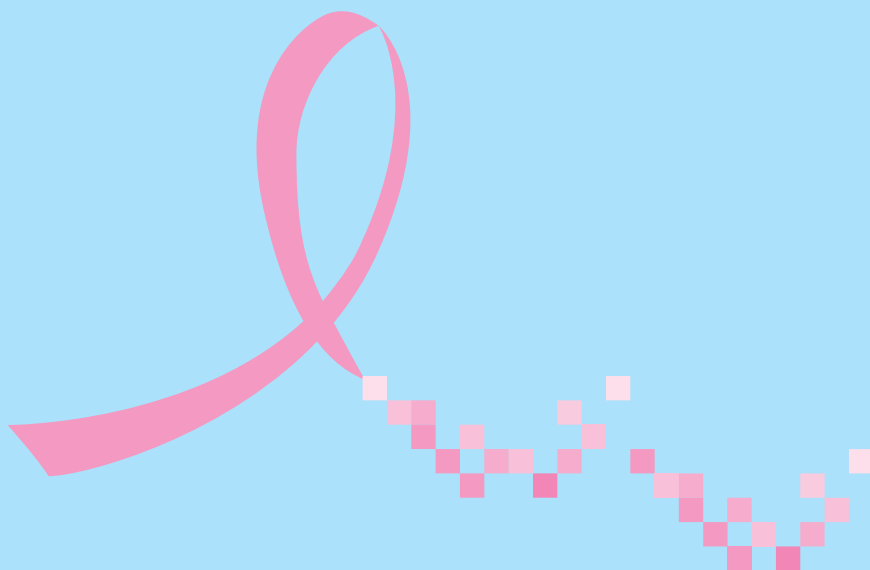
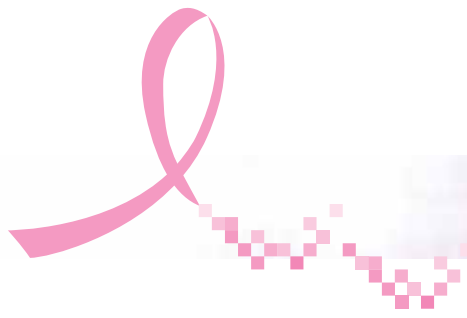




第二章 香港乳癌病況、治療趨勢 及臨床結果



第二章 香港乳癌病況、治療趨勢及臨床結果

本章審視共收集到的13,265個乳癌個案的臨床表現、癌症特性及治療方法。透過分析乳癌的臨床管理和辨別本

地的疾病及治療趨勢，相信這些資料有助於發展和提高對香港乳癌患者的治療水平。

主要分析結果

臨床表現

- ▶ 無意中自我發現是受訪患者群組中最主要發現乳癌的方式 (83.0%)。相比原位乳癌，較多入侵性乳癌是經由患者無意中自我發現的 (54.6%比87.2%)。
- ▶ 大部分 (91.7%) 無意中自我發現乳癌的患者均發現她們乳房中有無痛腫塊。
- ▶ 自我發現乳癌的患者在徵狀出現後，有四分之一 (25.2%) 的患者在出現徵狀後三個月或以上才首次求醫。
- ▶ 受訪患者大部分 (92.0%) 患有單側乳癌。
- ▶ 受訪患有入侵性乳癌的患者中，約四分之一 (24.0%) 患者沒有接受癌症期數檢定為治療的程序之一。在接受過期數檢定為治療程序之一的患者之中，最常用的方法是胸部X光及超聲波腹部掃描 (31.2%) 及正電子掃描 (31.0%)。
- ▶ 受訪患者群組最常見的確診期數是II期 (36.9%)。大約15.2%被診斷為III至IV期，而12.0%被診斷為原位乳癌。

癌症特徵

- ▶ 受訪患者群組中，入侵性乳癌的平均大小為2.2厘米 (標準偏差：±1.4厘米)。
- ▶ 46.6%入侵性乳癌患者的腫瘤大小在2厘米或以上。
- ▶ 經檢查發現的入侵性乳癌腫瘤大小遠遠小於自己無意中發現的腫瘤，(平均大小：1.3厘米比2.3厘米)。
- ▶ 59.5%的入侵性乳癌患者沒有陽性淋巴結。
- ▶ 最常見的種類是入侵性乳腺管癌 (沒指定類別) (86.5%)。入侵性乳癌中，80.0%腫瘤的雌激素受體或黃體素受體呈陽性，21.3%第二型人類上皮生長因子受體 (c-erbB2/HER2) 呈陽性，11.5%是屬於三陰性 (雌激素、黃體素及第二型人類上皮生長因子受體呈陰性)。
- ▶ 受訪患者群組中，原位乳癌的平均大小是2.0厘米 (標準偏差：±1.6厘米)。
- ▶ 35.2%的原位乳癌腫瘤大於2厘米。
- ▶ 在有接受乳房X光造影檢查的原位乳癌患者中，62.2%被偵測到有微鈣化點。
- ▶ 乳腺管癌是原位乳癌的最主要類型 (93.7%)。原位乳癌中，82.5%腫瘤的雌激素受體或黃體素受體呈陽性，27.0%第二型人類上皮生長因子受體 (c-erbB2/HER2) 呈陽性。

治療方法

► 受訪的13,265名患者之中，14.7%只在私營醫療機構接受治療，51.3%只在公營醫療機構接受治療。大約三分之一（34.0%）的患者曾在公營及私營醫療機構接受治療。

► 手術治療

- 我們的患者大部分（98.3%）都接受了手術治療。50.3%在私營醫療機構接受手術，49.7%在公營醫療機構接受手術。
- 少於半數（48.3%）患有原位乳癌的患者接受了乳房切除手術，接受了乳房切除手術的患者中，只有21.8%接受乳房重建手術。接受淋巴結手術的患者中，有83.4%只接受前哨淋巴結切片檢查，而12.7%只進行了腋下淋巴切除手術而沒有接受前哨淋巴結切片檢查。
- 在患有入侵性乳癌的患者中，有三分之二（64.8%）接受了乳房切除手術，當中只有12.2%接受乳房重建手術。少於一半（39.5%）入侵性乳癌患者只接受前哨淋巴結切片檢查，而有42.5%只進行了腋下淋巴切除手術而沒有接受前哨淋巴結切片檢查。
- 接受乳房切除手術的患者百分比與患者確診年齡和癌症期數成正比。
- 相比臨床淋巴結狀況呈陽性的患者，較多臨床淋巴結狀況呈陰性的患者接受了前哨淋巴結切片檢查（51.4% vs. 14.6%）。
- 接受腋下淋巴切除手術的患者比例與癌症期數成正比。

► 化學治療

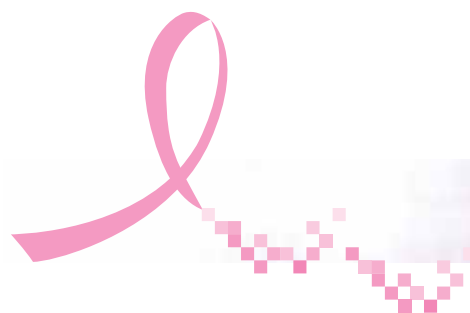
- 患有入侵性乳癌的患者中，有三分之二（68.4%）的患者接受了化療，當中有10.5%接受手術前的前置化療。
- 86.2%患者在公營醫療機構接受化療，13.8%則在私營醫療機構接受化療。
- 受訪患者群組中，除了第IV期患者外，接受化療的患者比例與癌症期數成正比。

► 放射性治療

- 受訪群組中，有62.0%患者接受電療作為治療的一部分，當中93.0%患者在公營醫療機構接受電療，7.0%則在私營醫療機構接受電療。
- 在曾接受乳房保留手術的原位乳癌患者中，大部分（94.3%）都會隨後接受電療，只有3.0%接受了乳房切除手術的原位乳癌患者曾接受電療。
- 超過90%接受乳房保留手術的入侵性乳癌患者曾接受電療，而接受乳房切除手術的患者接受電療的比例與癌症期數成正比，乳癌IV期患者除外。

► 內分泌治療

- 受訪患者群組中，有67.3%曾接受內分泌治療，當中有97.1%患者在公營醫療機構接受內分泌治療，2.9%則在私營醫療機構接受內分泌治療。
- 有11.9%的原位乳癌患者接受內分泌治療，但有超過74.0%的入侵性乳癌患者接受內分泌治療。



► 靶向治療

- 受訪患有第二型人類上皮生長因子受體呈陽性的入侵性乳癌患者的群組中，53.7%接受了靶向治療，當中大部分（95.7%）患者在公營醫療機構接受靶向治療，4.3%則在私營醫療機構接受靶向治療。
- 使用靶向治療的百分比與癌症期數成正比。最常用的靶向治療藥物是曲妥珠單抗（95.3%）。

► 輔助及另類療法

- 受訪患者群組有40.0%接受了輔助及另類療法，當中有66.5%患者採用傳統的中醫中藥治療。

► 綜合使用多種療法能夠有效治療乳癌。一般而言，治療數目與癌症期數成正比。

患者現況

- 患者的平均跟進年期為3.6年，中位數為3.2年。
- 受訪群組中有508名（4.3%）患者曾出現復發，1.2%只出現局部區域性復發，2.0%只現遠端復發，1.1%同時出現局部區域性及遠端復發。
- 最常見的局部區域性復發部位是胸壁（39.6%）和腋下淋巴結（30.0%）。此外，最常見受遠端復發影響的器官是骨（53.4%），其次是肺部（44.7%）和肝臟（41.6%）。

2.1 臨床表現

受訪群組中，無意中自我發現是主要最初發現乳癌的方式（83.0%）（圖2.1）。相對而言，群組中較少患者是通過醫療機構協助的檢查方法發現癌症的，這些方法包括臨床乳房檢查、乳房X光造影檢查和乳房超聲波檢查。美國一項研究²⁴發現有43%的乳癌個案都是經由乳房X光造影檢查發現的，有關比例遠高於我們患者群組（10.6%）。

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

研究發現當患者或醫療人員都觀察不到任何乳癌跡象或徵狀時，乳房X光造影檢查是檢測早期乳癌的有效方法²⁵。受訪群組中，經由乳房X光造影檢查發現的入侵性乳癌比例（6.8%）遠低於原位乳癌（35.7%）（表2.2）。此外，較多0期或I期的患者是經由乳房X光造影檢查發現（分別為35.1%和13.1%），遠高於III期或IV期的患者（分別為3.2%和1.7%）。超過90%屬於IIB期，III期或IV期患者都是經由無意中發現（表2.3）。

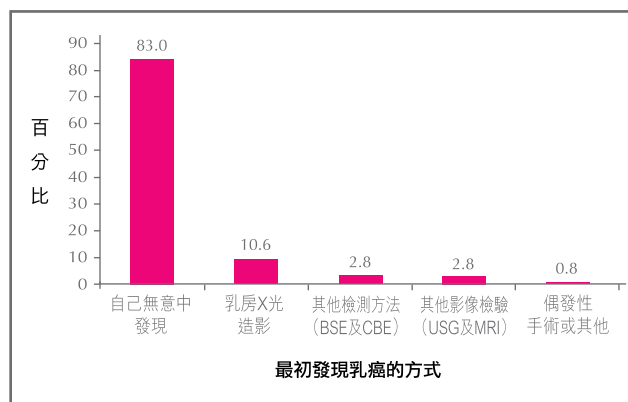


圖2.1 患者群組最初發現乳癌的方式 (人數=12,589)

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

表2.1 按醫療服務種類分析最初發現乳癌的方式 (人數=12,589)

	私營醫療服務使用者 (人數 = 1,834)		公營醫療服務使用者 (人數 = 6,442)		混合公私营醫療服務 使用者 (人數 = 4,313)	
最初發現乳癌的方式	人數	(%)	人數	(%)	人數	(%)
自己無意中發現	1,351	(73.7)	5,416	(84.1)	3,682	(85.4)
乳房X光造影檢查	271	(14.8)	726	(11.3)	334	(7.7)
其他檢測方法 (BSE 及 CBE)	68	(3.7)	151	(2.3)	137	(3.2)
其他影像檢驗 (USG 及 MRI)	123	(6.7)	99	(1.5)	130	(3.0)
偶發性手術 / 其他	21	(1.1)	50	(0.8)	30	(0.7)

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

表2.2 按癌症種類分析最初發現乳癌的方式 (人數=12,526)

最初發現乳癌的方式	癌症種類，人數 (%)	
	原位癌 (人數 = 1,623)	入侵性乳癌 (人數 = 10,903)
自己無意中發現	886 (54.6)	9,512 (87.2)
乳房X光造影檢查	579 (35.7)	746 (6.8)
其他檢測方法 (BSE 及 CBE)	50 (3.1)	302 (2.8)
其他影像檢驗 (USG 及 MRI)	91 (5.6)	260 (2.4)
偶發性手術或其他	17 (1.0)	83 (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

表2.3 按癌症期數分析最初發現乳癌的方式 (人數=11,970)

最初發現乳癌的方式	癌症期數，人數 (%)					
	0 期 (人數=1,518)	I 期 (人數=3,888)	IIA 期 (人數=3,121)	IIB 期 (人數=1,523)	III 期 (人數=1,634)	IV 期 (人數=286)
自己無意中發現	855 (56.3)	3,045 (78.3)	2,770 (88.8)	1,422 (93.4)	1,529 (93.6)	265 (92.7)
乳房X光造影檢查	533 (35.1)	508 (13.1)	172 (5.5)	39 (2.6)	52 (3.2)	5 (1.7)
其他檢測方法 (BSE 及 CBE)	47 (3.1)	144 (3.7)	86 (2.8)	31 (2.0)	23 (1.4)	9 (3.1)
其他影像檢驗 (USG 及 MRI)	72 (4.7)	159 (4.1)	69 (2.2)	25 (1.6)	16 (1.0)	5 (1.7)
偶發性手術或其他	11 (0.7)	32 (0.8)	24 (0.8)	6 (0.4)	14 (0.9)	2 (0.7)

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

大部分 (91.7%) 無意中自我發現癌症的患者均是發現她們乳房中出現無痛腫塊。痛楚通常不是乳癌的徵狀，在受訪患者群組中只有6.6%在發現癌症時感到乳房痛楚。有8.9%的患者表示乳頭有變化 (例如乳頭有分泌物、乳頭下陷、紅腫、出現鱗片狀或乳頭變厚) (圖2.2)。

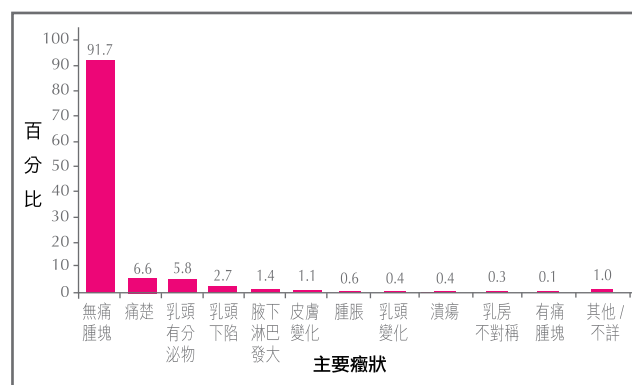


圖2.2 患者自己無意中發現乳癌的主要徵狀 (人數=10,449)

2.1.1 由出現徵狀到首次求醫相隔的時間

延遲求醫時間越長，越大可能出現局部區域性或遠端擴散，更可導致較差的預後情況²⁶。受訪群組中，自我發現乳癌的患者在徵狀出現後，約四分之一（25.2%）的患者在出現徵狀後三個月或以上才首次求醫（表2.4）。

受訪群組中，有32.4%的公營醫療服務使用者於出現徵狀後三個月或以上才首次求醫，比例高於私營醫療服務使用者（21.2%）（表2.5）。

表2.4 無意中發現乳癌的患者由出現徵狀至首次求醫相隔的時間（人數=2,838）

	人數	(%)
少於一個月	1,035	(36.5)
1-3 個月	1,088	(38.3)
4-12 個月	408	(14.4)
超過12個月	307	(10.8)

表2.5 按醫療服務種類分析無意中發現乳癌的患者由出現徵狀至首次求醫相隔的時間（人數=2,838）

	私營醫療服務使用者 (人數 = 619)		公營醫療服務使用者 (人數 = 1,273)		混合公私营醫療服務 使用者(人數 = 946)	
	人數	(%)	人數	(%)	人數	(%)
少於一個月	260	(42.0)	365	(28.7)	410	(43.3)
1-3 個月	228	(36.8)	496	(39.0)	364	(38.5)
4-12 個月	76	(12.3)	235	(18.5)	97	(10.3)
超過12個月	55	(8.9)	177	(13.9)	75	(7.9)

受訪群組中，屬於IV期的患者在出現徵狀12個月後才首次求醫的比例高於癌症期數較早的患者（癌症I、IIA或IIB期）（表2.6）。

表2.6 按癌症期數分析無意中發現乳癌的患者由出現徵狀至首次求醫相隔的時間（人數=2,470）

	癌症期數，人數 (%)				
	I 期 (人數 = 791)	IIA 期 (人數 = 795)	IIB 期 (人數 = 389)	III 期 (人數 = 406)	IV 期 (人數 = 89)
少於一個月	333 (42.1)	313 (39.4)	136 (35.0)	119 (29.3)	14 (15.7)
1-3 個月	292 (36.9)	315 (39.6)	155 (39.8)	163 (40.1)	28 (31.5)
4-12 個月	103 (13.0)	106 (13.3)	53 (13.6)	73 (18.0)	15 (16.9)
超過12個月	63 (8.0)	61 (7.7)	45 (11.6)	51 (12.6)	32 (36.0)

2.2 癌症特徵

乳癌可以發生在一邊（單側）或兩邊（雙側）乳房。我們的患者大部分（92.0%）患有單側乳癌，而5.0%的患者（人數=331）在首次確診時患有雙側乳癌（圖2.3）。109名（1.6%）患者在首次確診原發性乳癌之後，平均在3.3年（時間範圍：0.5年—8.7年，中位數：2.7年）後另一邊乳房相繼出現乳癌。此外，有179名患者（1.3%）於2006年之前首次確診乳癌，並於2006年之後發現另一邊乳房相繼出現乳癌，而本報告只包括這些患者於2006年或之後第二次確診的資料（圖2.3）。

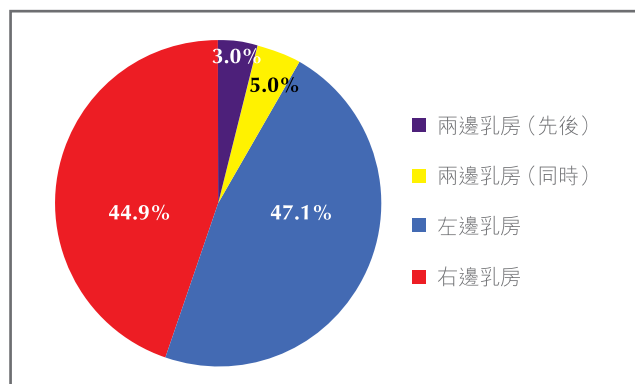


圖2.3 13,265名患者兩側乳房的發病位置

* 包括179名於2006年之前首次確診乳癌及於2006年之後發現另一邊乳房相繼出現乳癌的患者，而本報告只包括這些患者在2006年或之後第二次確診的資料。

圖2.4顯示乳癌出現部位。在我們的患者群組中，大約半數乳癌出現在左或右邊乳房的上外側（分別為47.4%及50.7%）。

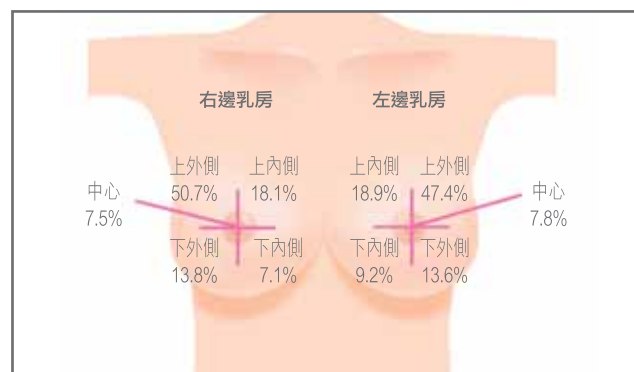


圖2.4 乳癌的位置（人數=13,265）

* 乳癌位置包括多中心性腫瘤的數據

2.2.1 乳癌診斷測試

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常見程序，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，檢查她們另一邊乳房是否有癌症或檢查癌症的擴散程度。

受訪群組有大約85.7%使用乳房X光造影，79.7%使用乳房超聲波，只有8.9%使用磁力共振掃描來診斷癌症（表2.7）。影像檢查的結果採用「乳房影像報告暨資料分析系統」（BIRADS）來分類。乳房X光造影呈現BIRAD 4級或5級的婦女會被懷疑患上癌症，醫護人員會建議她們做進一步的外科檢查，例如進行活組織切片檢查。

表2.7 乳房影像檢驗的敏感度及診斷結果 (人數=13,265)

	乳房X光造影檢查 (人數 = 11,370)	乳房超聲波檢查 (人數 = 10,573)	磁力共振掃描 (人數 = 1,178)
患者使用比例	85.7%	79.7%	8.9%
整體敏感度*	82.2%	90.4%	96.4%
BIRADS 類別			
確診 / 惡性 (BIRADS 5)	3,634 (32.0%)	3,974 (37.6%)	928 (78.8%)
懷疑不正常 (BIRADS 4)	5,715 (50.3%)	5,588 (52.9%)	208 (17.7%)
可能良性 (BIRADS 3)	647 (5.7%)	600 (5.7%)	16 (1.4%)
良性 (BIRADS 2)	474 (4.2%)	179 (1.7%)	10 (0.8%)
正常 (BIRADS 1)	829 (7.3%)	225 (2.1%)	15 (1.3%)
不完整 (BIRADS 0)	71 (0.6%)	7 (0.1%)	1 (0.1%)

BIRADS：乳房影像報告暨資料分析系統

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

在乳房X光造影呈現BIRADS 4或5級的患者當中，62.3% 患者的檢測顯示有陰影，50.4%則出現微鈣化現象 (表2.8)。乳房X光造影的乳房密度會影響乳房X光造影的敏感度，密度不均勻的乳房可能掩蔽了細小的硬塊，而密度極高的乳房則會降低乳房X光造影的敏感度。群組中三分之二 (68.9%) 患者有密度不均勻的異質密度乳房，而6.3%則有極高密度乳房 (圖2.5)。表2.9顯示受訪群組中不同年齡層的患者乳房X光造影中的乳房密度。相比年長的患者，較多年輕的患者有密度極高的乳房。

表2.8 以乳房X光造影檢查確診的患者群組檢測結果 (人數=9,349)

	人數	(%)
陰影	5,828	(62.3)
微鈣化點	4,712	(50.4)
乳腺結構異常	1,328	(14.2)
不對稱密度	872	(9.3)
其他	408	(4.4)

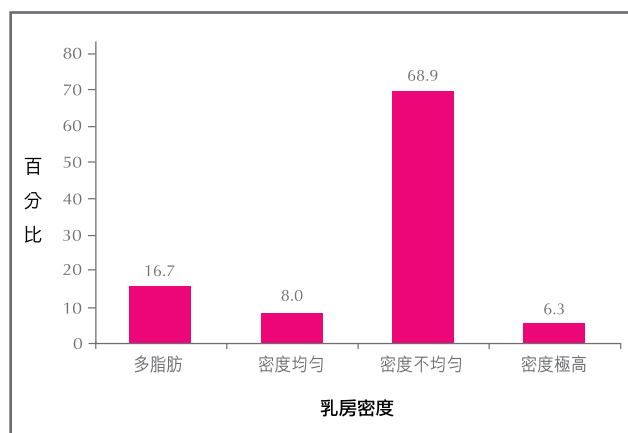


圖2.5 以乳房X光造影檢查確診的患者群組乳房密度 (人數=6,827)



表2.9 按年齡組別分析以乳房X光造影檢查確診的患者群組的乳房密度(人數=6,683)

乳房密度	年齡組別，人數 (%)					
	20-29 (人數=34)	30-39 (人數=521)	40-49 (人數=2,167)	50-59 (人數=2,312)	60-69 (人數=1,186)	70+ (人數=463)
多脂肪	3 (8.8)	35 (6.7)	204 (9.4)	393 (17.0)	309 (26.1)	177 (38.2)
密度均勻	1 (2.9)	17 (3.3)	118 (5.4)	205 (8.9)	129 (10.9)	64 (13.8)
密度不均勻	25 (73.5)	412 (79.1)	1,658 (76.5)	1,589 (68.7)	705 (59.4)	214 (46.2)
密度極高	5 (14.7)	57 (10.9)	187 (8.6)	125 (5.4)	43 (3.6)	8 (1.7)

為診斷乳癌所進行的活組織切片檢查(即抽取乳房細胞或組織樣本作化驗之用)包括幼針穿刺活組織抽取檢查、粗針活組織切片檢查及切除式切片檢查。標準醫療程序都會在手術前進行切片檢查以確定乳房病變是否惡性。幼針穿刺活組織抽取檢查和粗針活組織切片檢查是入侵性較少的取樣方法，故較常使用，相反，移除較多乳房組織的切除式切片檢查則較為少用。受訪患者群組當中，85.4%曾接受幼針穿刺活組織抽取檢

查和/或粗針活組織切片檢查，3,149人(27.8%)僅接受幼針穿刺活組織抽取檢查，5,688人(50.2%)僅接受粗針活組織切片檢查，2,495人(22.0%)則曾接受兩種檢查，只有11.6%患者接受切除式切片檢查。切除式切片檢查有最高的100%敏感度，其次是粗針活組織切片檢查(98.8%)及幼針穿刺活組織抽取檢查(89.9%)(表2.10)。

表2.10 乳房活組織切片檢查的敏感度及診斷結果(人數=13,265)

	幼針穿刺活組織 抽取檢查 (人數=5,644)	粗針活組織 切片檢查 (人數=8,183)	切除式 切片檢查 (人數=1,545)
患者使用率比例	42.5%	61.7%	11.6%
整體敏感度*	89.9%	98.8%	100.0%
等級			
確診/惡性(等級V)	3,467 (62.0%)	7,800 (95.3%)	1,545 (100.0%)
懷疑不正常(等級IV)	917 (16.2%)	137 (1.7%)	—
可能良性(等級III)	659 (11.7%)	145 (1.8%)	—
良性(等級II)	245 (4.3%)	71 (0.9%)	—
正常(等級I)	228 (4.0%)	27 (0.3%)	—
不完整(等級0)	98 (1.7%)	3 (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

2.2.2 確定乳癌期數的方法

癌症期數檢定是在確診乳癌後找出癌症擴散程度的程序。受訪患有入侵性乳癌的患者中，約四分之一（24.0%）患者沒有接受癌症期數檢定為治療的程序之一。在接受過期數檢定為治療程序之一的患者之中，最常用的方法是胸部X光及超聲波腹部掃描（31.2%）及正電子掃描（31.0%）（表2.11）。美國國家綜合癌症網絡於2010年發佈的臨床指引不建議初期乳癌患者（包括I期、II期或可動手術的III期乳癌）使用正電子掃描來斷定癌症的擴散程度²⁷。不過，在受訪患者群組中，卻有10.5%的I期和21.1%的IIA期患者曾接受正電子掃描來斷定她們的癌症期數（表2.12）。

表2.11 10,622名入侵性乳癌患者檢定乳癌期數的方法

乳癌期數檢定方法	人數	(%)
沒有接受期數檢定	2,551	(24.0)
胸部X光及超聲波腹部掃描	2,517	(31.2)
正電子掃描	2,505	(31.0)
骨骼掃描	184	(2.3)
電腦掃描（不同身體部位）*	330	(4.1)
磁力共振掃描（整個身體）	32	(0.4)
不詳	3,095	(38.3)

*身體部位包括腹部、喉部、盆骨、腦部或整個身體

表2.12 正電子掃描在不同期數患者的使用比例（人數=8,071）

	癌症期數，人數 (%)						總數
	I期	IIA期	IIB期	III期	IV期	未能分期	
使用正電子掃描	273 (10.5%)	468 (21.1%)	392 (34.2%)	781 (57.0%)	241 (84.0%)	350 (77.4%)	2,505 (31.0%)

根據美國癌症聯合委員會有關乳癌的《癌症期數》（第七版）²⁸，受訪群組中，最常見的確診期數是II期（36.9%）。大約15.2%被診斷為III至IV期，而12.0%被診斷為原位乳癌（圖2.6）。

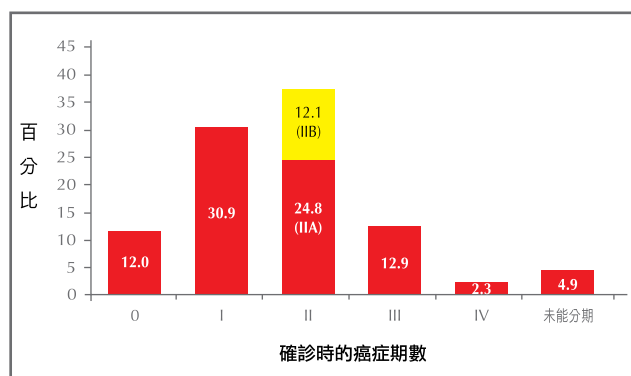
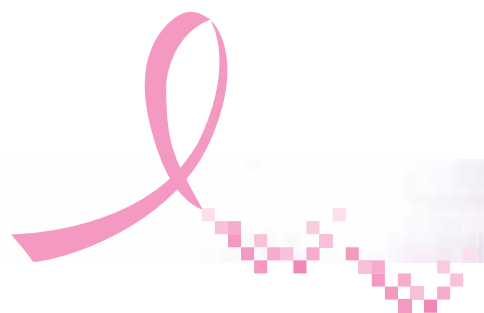


圖 2.6 患者群組確診時的癌症期數（人數=13,265）



在我們分析的13,265宗乳癌病例中，12,026宗具有可用的病理學數據，用作分析以下癌症特徵。10,313名病人（85.8%）患有入侵性癌症，1,704名病人（14.2%）患有原位癌。9宗病例（0.1%）被確診為隱匿性原發乳癌。

2.2.3 入侵性乳癌特徵

受訪群組當中，入侵性乳癌的平均大小為2.2厘米（範圍：0.01–19.1厘米；標準偏差： ± 1.4 厘米）。16.1%患者的腫瘤大小屬於1厘米或以下，而屬於2-5厘米的則有43.0%（圖2.7）。經乳房X光造影檢查發現的腫瘤大小遠遠小於無意中自我發現的腫瘤（平均大小： 1.3 ± 1.0 厘米比 2.3 ± 1.4 厘米）。

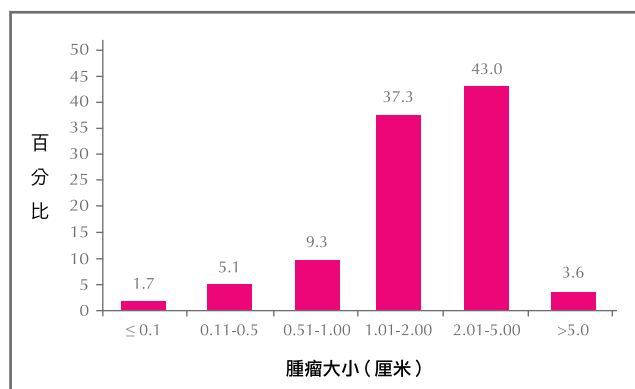


圖2.7 入侵性乳癌個案的腫瘤大小（厘米）分佈（人數=9,870）

淋巴結有否受癌細胞影響是決定乳癌期數的一個因素。患者受影響的淋巴結越多，癌症期數就越高。受訪罹患入侵性乳癌的患者當中，59.5%沒有陽性淋巴結，1.7%患者的淋巴結有零星癌細胞，3.1%有微轉移（轉移範圍>0.2毫米到≤2毫米），而35.7%則有至少一個陽性淋巴結（轉移範圍大於2毫米）（圖2.8）。

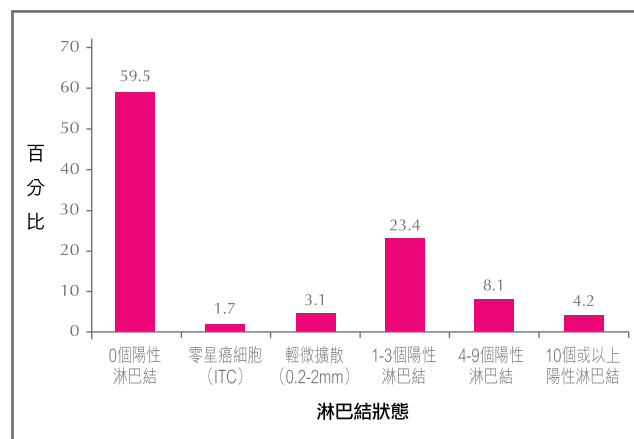


圖2.8 入侵性乳癌個案的淋巴結狀態（人數=10,253）

2.2.4 原位乳癌特徵

受訪群組中，原位乳癌的平均大小是2.0厘米（範圍：0.02–10.0厘米；標準偏差： ± 1.6 厘米）。34.8%患者的腫瘤屬於1厘米或以下；30.8%的腫瘤大小在2-5厘米之間（圖2.9）。只有少部分患者（4.4%）的原位乳癌大於5.0厘米。在有接受乳房X光造影檢查的原位乳癌個案裡，有62.2%在檢查中顯示有微鈣化點。

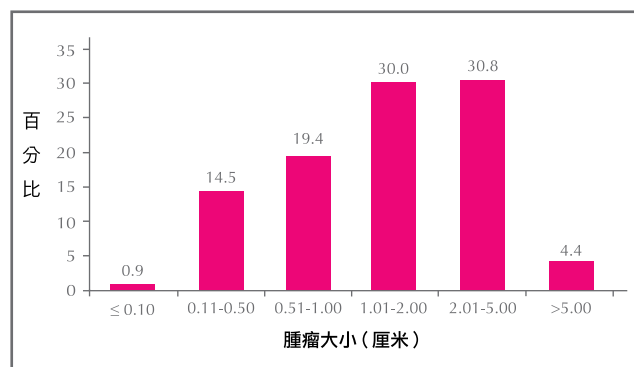


圖2.9 原位乳癌個案的腫瘤大小（厘米）分佈（人數=1,453）

2.3 組織學及生物學特性

乳癌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資料。它與其他數據，包括腫瘤大小、級別、淋巴結狀況、賀爾蒙受體狀況和第二型人類上皮生長因子受體的狀況，可以幫助預測復發的可能性及對治療的反應。

2.3.1 入侵性乳癌

表2.13顯示受訪患者群組中的入侵性乳癌的組織學特性、級別、多灶性及多中心性。最常見的種類是入侵性乳腺管癌（沒指定類別）（86.5%）。

表2.13 入侵性乳癌的組織學分類、級別、腫瘤的多灶性及多中心性（人數=10,313）

組織學類別	人數	(%)		人數	(%)
入侵性乳腺管癌（沒指定類別）	8,923	(86.5)	級別		
乳小葉癌	377	(3.7)	第1級	1,834	(17.8)
黏液性癌（膠態）	370	(3.6)	第2級	4,328	(42.0)
乳突狀癌	109	(1.1)	第3級	3,415	(33.1)
管狀癌	77	(0.7)	資料不詳	736	(7.1)
髓狀癌	63	(0.6)	淋巴管入侵	2,987	(29.0)
乳腺管及乳小葉混合型	48	(0.5)	腫瘤多灶性	1,023	(9.9)
臨界性 / 惡性葉狀莖瘤	43	(0.4)	腫瘤病灶數目		
微小乳突狀癌	39	(0.4)	2	554	(54.2)
化生癌	38	(0.4)	3-4	175	(17.1)
神經內分泌癌	19	(0.2)	≥5	109	(10.7)
腹樣囊性癌	15	(0.1)	資料不詳	185	(18.1)
篩狀癌	11	(0.1)	腫瘤多中心性	304	(2.9)
乳頭拍哲氏病	5	(<0.01)	涉及乳房範圍		
炎性癌	4	(<0.01)	2	261	(85.9)
乳腺分泌癌	2	(<0.01)	3	17	(5.6)
脂性癌	1	(<0.01)	4	9	(3.0)
其他	90	(0.9)	資料不詳	17	(5.6)
資料不詳	79	(0.8)			



表2.14顯示受訪群組中入侵性乳癌的生物學特徵。罹患入侵性乳癌的患者而又曾經接受雌激素或黃體素受體的狀況測試的，超過四分之三（80.0%）的雌激素受體或黃

體素受體呈陽性。2,137人（21.3%）的入侵性乳癌的第二型人類上皮生長因子受體（c-erbB2/HER2）呈陽性。

表2.14 入侵性乳癌的生物學特性（人數=10,313）

	人數	(%)
雌激素受體 (ER) (97.9%患者接受測試)		
呈陽性	7,881	(78.1)
呈陰性	2,214	(21.9)
黃體素受體 (PR) (97.7%患者接受測試)		
呈陽性	6,650	(66.0)
呈陰性	3,424	(34.0)
第二型人類上皮生長因子受體 (97.3%患者接受測試)		
呈陽性 (IHC 3分)	1,948	(19.4)
呈輕微陽性 (IHC 2分)	3,157	(31.5)
<i>FISH / CISH測試呈陽性</i>	<i>189</i>	<i>(6.0)</i>
呈陰性 (IHC 0/1分)	4,927	(49.1)
Ki-67指數 (54.0%患者接受測試)		
<14%	2,264	(40.6)
≥14%	3,308	(59.4)

乳癌並非單一疾病，我們可以用免疫組織化學染色法去測試在表2.14所列明的生物學指標，而將乳房分為不同生物學亞型²⁹。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。以癌症期數分析我們患者群組的生物學亞型的資料詳見表2.15。

表2.15 以癌症期數分析入侵性腫瘤的生物學亞型 (人數=9,921)

生物學亞型	癌症期數，人數 (%)					總數
	I	IIA	IIB	III	IV	
管腔A型*	1,059 (27.1)	541 (17.3)	243 (16.6)	176 (13.0)	3 (5.0)	2,022 (20.4)
管腔B型 (第二型人類上皮生長因子受體呈陰性) #	595 (15.2)	630 (20.2)	300 (20.4)	304 (22.4)	11 (18.3)	1,840 (18.5)
管腔A/B型 (第二型人類上皮生長因子受體呈陰性) †	1,126 (28.8)	831 (26.6)	435 (29.7)	381 (28.0)	22 (36.7)	2,795 (28.2)
管腔B型 (第二型人類上皮生長因子受體呈陽性) ^	444 (11.3)	399 (12.8)	197 (13.4)	226 (16.6)	13 (21.7)	1,279 (12.9)
第二型人類上皮生長因子受體呈陽性 ※	295 (7.5)	276 (8.8)	120 (8.2)	144 (10.6)	6 (10.0)	841 (8.5)
三陰性 §	393 (10.0)	446 (14.3)	172 (11.7)	128 (9.4)	5 (8.3)	1,144 (11.5)
總和	3,912 (39.4)	3,123 (31.5)	1,467 (14.8)	1,359 (13.7)	60 (0.6)	9,921 (100.0)

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

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

† 管腔A / B型 (第二型人類上皮生長因子受體呈陰性)：ER+及 / 或PR+、HER2-及Ki-67指數不詳

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

※ 第二型人類上皮生長因子受體呈陽性：ER-、PR-、HER2+及任何Ki-67指數

§ 三陰性：ER-、PR-、HER2-及任何Ki-67指數

2.3.2 原位乳癌

表2.16顯示受訪群組的原位乳癌的組織學特性、級別、多灶性和多中心性。乳腺管癌是原位乳癌最常見的類型(93.7%)。

表2.16 原位乳癌個案的組織學分類、級別、腫瘤的多灶性及多中心性(人數=1,704)

	人數	(%)
組織學類別		
乳腺管癌	1,597	(93.7)
混合癌	44	(2.6)
乳突狀癌	25	(1.5)
囊內乳頭狀癌	14	(0.8)
包裹性乳頭狀癌	8	(0.5)
大汗腺癌	5	(0.3)
神經內分泌癌	2	(0.1)
資料不詳	9	(0.5)
壞疽	604	(35.4)
核級別		
低	429	(25.2)
中	567	(33.3)
高	639	(37.5)
資料不詳	69	(4.0)
腫瘤多灶性	211	(12.4)
腫瘤病灶數目		
2	97	(46.0)
3	18	(8.5)
4或以上	8	(3.8)
資料不詳	88	(41.7)
多中心性	40	(2.3)
涉及乳房範圍		
2	33	(82.5)
3	2	(5.0)
資料不詳	5	(12.5)

表2.17列出受訪群組的原位乳癌的生物學特性。罹患原位乳癌的患者而又曾經接受雌激素或黃體素受體的狀況測試的，82.5%的雌激素受體或黃體素受體呈陽性。313名(27.0%)原位乳癌的患者第二型人類上皮生長因子受體(c-erbB2/HER2)呈陽性。

表2.17 原位乳癌個案的生物學特性(人數=1,704)

	人數	(%)
雌激素受體(ER)(73.9%患者接受測試)		
呈陽性	1,022	(81.2)
呈陰性	237	(18.8)
黃體素受體(PR)(72.6%患者接受測試)		
呈陽性	898	(72.6)
呈陰性	339	(27.4)
第二型人類上皮生長因子受體(68.0%患者接受測試)		
呈陽性(IHC 3分)	311	(26.8)
呈輕微陽性(IHC 2分)	410	(35.4)
<i>FISH / CISH</i> 測試呈陽性	2	(0.5)
呈陰性(IHC 0/1分)	438	(37.8)
Ki-67指數(42.5%患者接受測試)		
<14%	494	(68.1)
≥14%	231	(31.9)

2.4 治療方法

受訪13,265名患者之中，14.7%只在私營醫療機構接受治療，51.3%只在公營醫療機構接受治療。大約三分之一（34.0%）的患者曾在公營及私營醫療機構接受治療。患有入侵性乳癌的患者通常會接受綜合治療，包括手術治療、化學治療、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則會需要較少入侵性的治療方案，包括手術治療、內分泌治療，和放射性治療。原位乳癌的患者普遍不需要接受化學治療和靶向治療。

2.4.1 手術治療

手術可說是治療入侵性及原位乳癌的最關鍵「元素」。隨著近年乳癌治療的發展趨向成熟，乳癌手術的創傷性逐漸降低。現時可供選擇的局部性治療包括乳房保留手術或乳房切除手術。接受乳房保留手術加上隨後的放射性治療的患者，在存活率上與只接受乳房切除手術的患者相近。進行乳房切除手術的婦女可以考慮同時或稍後接受乳房重建手術。

淋巴結手術通常與乳房手術一起進行以確定疾病的擴散程度。淋巴結手術包括前哨淋巴結切片檢查或腋下淋巴切除手術。臨床淋巴結狀況呈陰性的患者會先進行前哨淋巴結切片檢查，以斷定淋巴結是否受到癌細胞影響。這是為了預防因為大量腋下淋巴結被切除後所引發的問題如淋巴水腫。

受訪群組當中，50.3%在私營醫療機構接受手術，49.7%在公營醫療機構接受手術。

大部分（99.5%）患有原位乳癌的患者都接受了手術治療。當中少於一半（48.3%）接受了乳房切除手術。接受了乳房切除手術的患者中，只有21.8%接受了乳房重建手術。有三分之一（32.4%）患者沒有接受淋巴結手術。接受淋巴結手術的患者中，有83.4%只接受前哨淋巴結切片檢查，並有12.7%只進行了腋下淋巴切除手術而沒有接受前哨淋巴結切片檢查（表2.18）。

在患有入侵性乳癌的患者中，大部分（98.1%）接受了手術治療。有三分之二（64.8%）入侵性乳癌患者接受了乳房切除手術，而當中只有12.2%接受乳房重建手術。少於一半（39.5%）入侵性乳癌患者只接受前哨淋巴結切片檢查，而有42.5%只進行了腋下淋巴切除手術而沒有接受前哨淋巴結切片檢查。17.0%則接受前哨淋巴結切片檢查後再進行腋下淋巴切除手術（表2.18）。

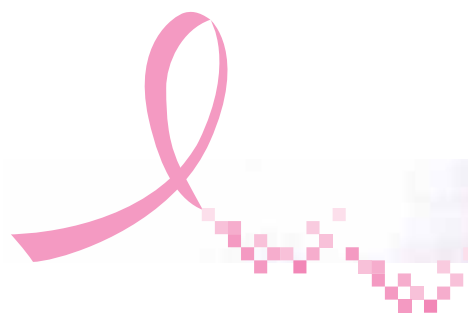


表2.18 患者群組接受乳房手術的種類 (人數=13,194)

	入侵性乳癌患者 (人數=11,480)		原位乳癌患者 (人數=1,714)	
	人數	(%)	人數	(%)
沒有接受手術治療	186	(1.6)	8	(0.5)
乳房保留手術	3,785	(33.0)	879	(51.3)
乳房切除手術	7,447	(64.8)	824	(48.1)
只進行淋巴結手術	7	(0.1)	0	(0.0)
手術類別不詳	19	(0.2)	3	(0.2)
有否接受手術治療不詳	36	(0.3)	0	(0.0)
乳房切除手術種類 (人數=8,271)				
全乳切除手術	7,004	(94.1)	717	(87.0)
保留皮膚切除手術	334	(4.5)	86	(10.4)
保留乳暈切除手術	13	(0.2)	4	(0.5)
保留乳頭切除手術	77	(1.0)	16	(1.9)
資料不詳	19	(0.3)	1	(0.1)
乳房重建手術種類 (人數=1,087)				
橫向腹直肌皮瓣 (TRAM瓣)	627	(69.1)	112	(62.2)
植入物	142	(15.7)	50	(27.8)
LD瓣	72	(7.9)	8	(4.4)
LD瓣及植入物	48	(5.3)	9	(5.0)
資料不詳	18	(2.0)	1	(0.6)
淋巴結手術 (人數=12,265)				
前哨淋巴結切片檢查	4,391	(39.5)	958	(83.4)
腋下淋巴切除	4,728	(42.5)	146	(12.7)
前哨淋巴結切片檢查及腋下淋巴切除	1,889	(17.0)	30	(2.6)
資料不詳	108	(1.0)	15	(1.3)

接受乳房切除手術的患者百分比與患者確診年齡成正比（圖2.10）。

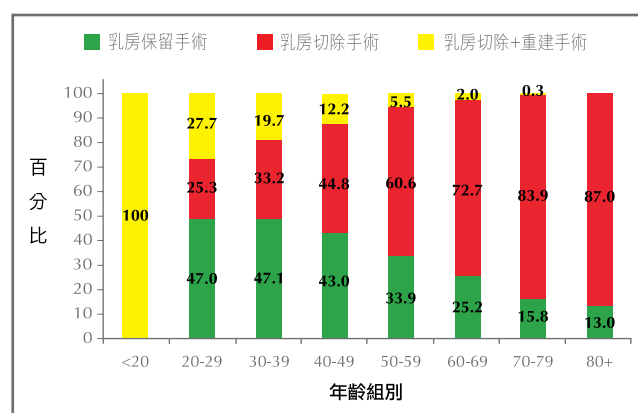


圖2.10 按年齡組別分析手術類型 (人數=12,708)

受訪群組之中，腫瘤大於0.5厘米的，接受乳房保留手術的百分比與腫瘤大小成反比（圖2.11）。

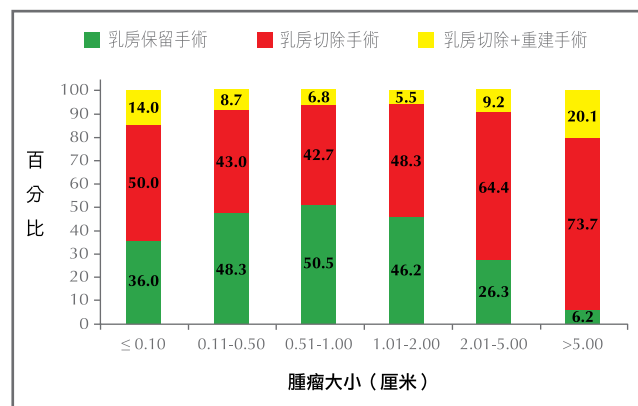


圖2.11 按腫瘤大小分析手術類型 (人數=11,362)

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

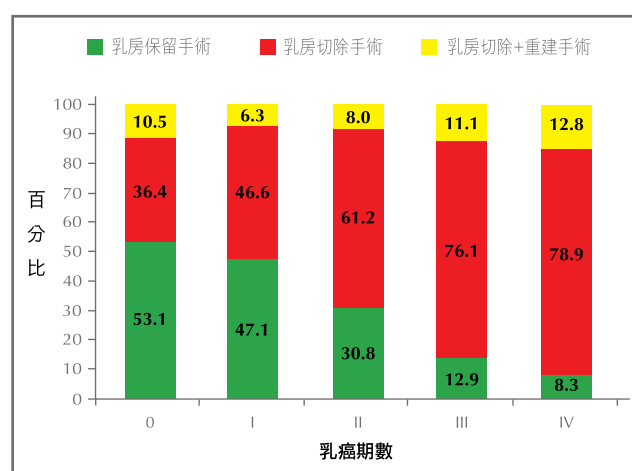


圖2.12 按癌症期數分析手術類型 (人數=12,444)

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

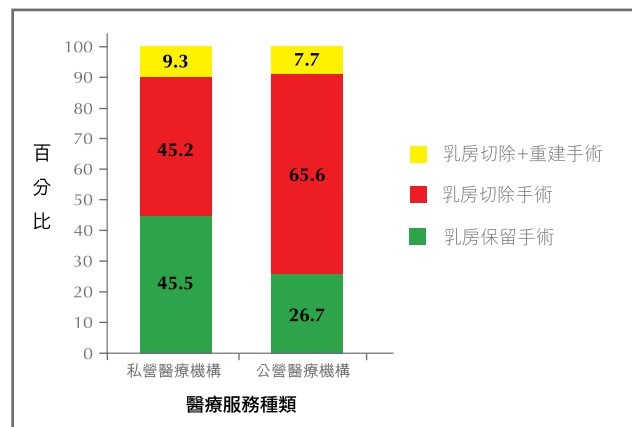


圖2.13 按患者接受治療的醫療服務種類分析手術類型 (人數=12,560)

圖2.14顯示群組中臨床淋巴結狀況呈陽性或陰性的患者接受的淋巴結手術的種類。相比臨床淋巴結狀況呈陽性的患者，較多臨床淋巴結狀況呈陰性的患者接受了前哨淋巴結切片檢查（51.4%比14.6%）。相反，比較臨床淋巴結狀況呈陰性的患者，較多的臨床淋巴結狀況呈陽性的患者則沒有先接受前哨淋巴結切片檢查，而直接進行腋下淋巴切除手術（72.4%比32.2%）。

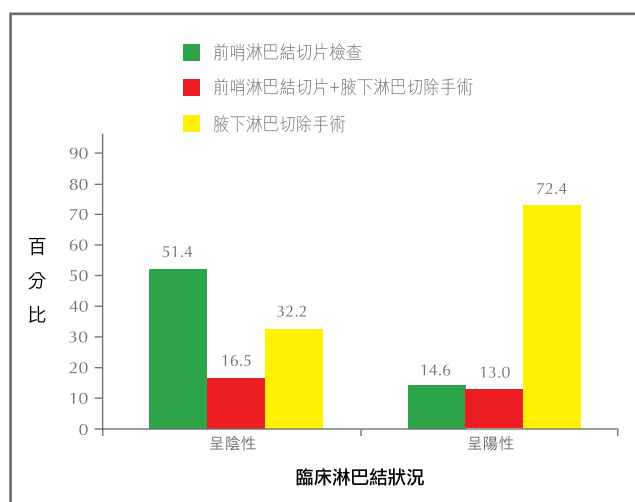


圖2.14 按臨床淋巴結狀況分析淋巴結手術的種類（人數=12,163）

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

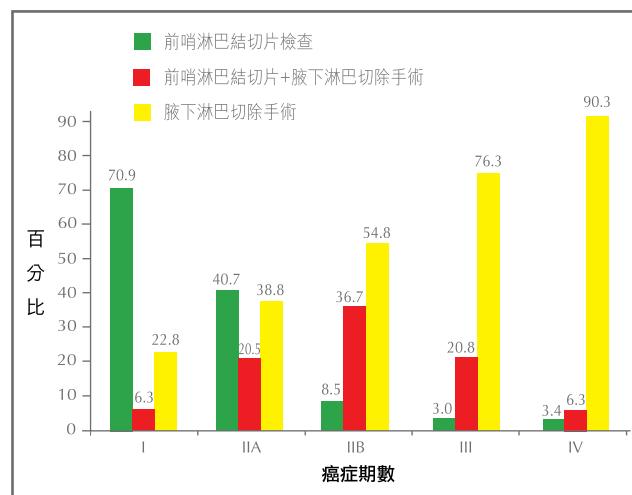


圖2.15 按癌症期數分析入侵性乳癌患者接受的淋巴結手術的種類（人數=10,648）

大約一半（55.9%）淋巴結呈陽性的入侵性乳癌患者有2-5厘米的腫瘤，6.4%患者的腫瘤則大於5厘米。在受訪群組中，相比淋巴結呈陽性的入侵性乳癌患者，較多淋巴結呈陰性的入侵性乳癌患者的腫瘤小於2厘米（63.7%比37.7%）（圖2.16）。

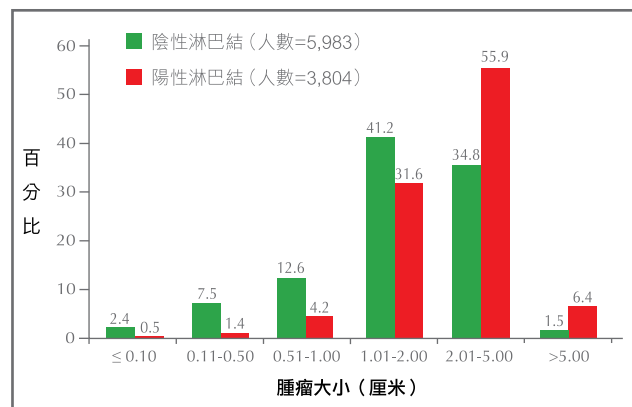


圖2.16 淋巴結呈陰性或陽性的入侵性腫瘤大小分佈（人數=9,787）

96.4%只接受前哨淋巴結切片檢查的患者沒有淋巴結呈陽性，而大約半數（45.6%）接受了腋下淋巴切除手術的患者及17.0%接受前哨淋巴結切片檢查後再接受腋下淋巴切除手術的患者沒有淋巴結呈陽性（圖2.17）。

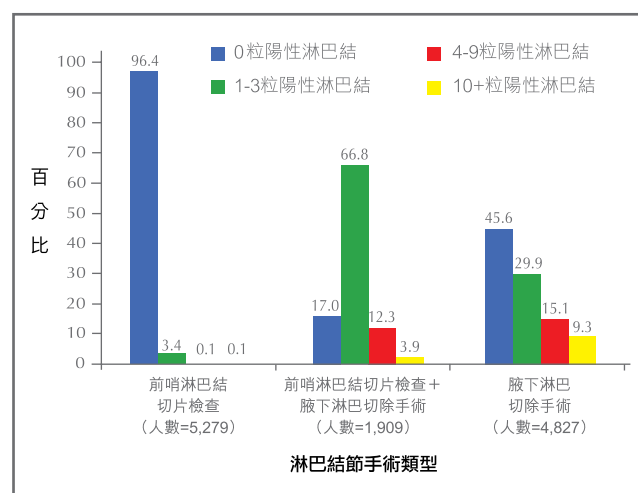


圖2.17 按淋巴結手術類型分析陽性淋巴結數目 (人數=12,015)

2.4.2 化學治療

化學治療（或稱化療）是採用一種或多種細胞毒性藥物來消滅或抑制體內癌細胞增長的全身性治療。藥物干預乳癌細胞生長和分裂的方式，將其破壞。患有原位乳癌的患者普遍不用接受化療。化療可於手術前（手術前的前置化療）或手術後（術後輔助性化療或舒緩性化療）進行。

於患有入侵性乳癌的患者中，有7,849名（68.4%）接受了化療。86.0%患者接受術後輔助性化療，10.5%接受手術前的前置化療，3.5%接受舒緩性化療。86.2%患者在公營醫療機構接受化療，13.8%則在私營醫療機構接受化療。

在受訪群組中，除了第IV期患者外，接受化療的患者比例與癌症期數成正比（圖2.18）。第IV期患者接受化療的比例較低，可能是因為對雌激素受體呈陽性的IV期乳癌患者的一般臨床做法，都是給予包含內分泌治療及/或放射性治療的舒緩性治療，而不會使用化療。

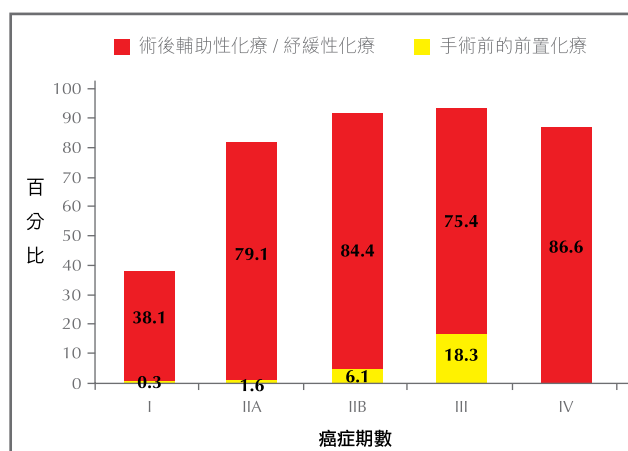


圖2.18 按癌症期數分析患者接受化療的比率 (人數=10,794)

表2.19顯示我們群組的不同年齡組別和癌症期數的患者接受化療的百分比。一般而言，不論癌症期數是多少，70歲或以上患者接受化療的比例遠低於70歲以下的患者。另外，第I期或IIB期患者接受化療的比例與年齡成反比。



表2.19 以確診年齡及癌症期數分析接受化療的比率（人數=10,779）

年齡組別	接受化療的患者人數（同年齡組別及癌症期數患者百分比，%）				
	I期	IIA期	IIB期	III期	IV期
20-29	18 (75.0)	18 (94.7)	13 (100.0)	10 (100.0)	3 (100.0)
30-39	201 (56.5)	280 (91.5)	131 (99.2)	135 (99.3)	19 (90.5)
40-49	636 (45.4)	887 (90.2)	498 (97.5)	565 (98.3)	93 (95.9)
50-59	492 (38.3)	952 (87.6)	503 (95.8)	534 (96.9)	97 (87.4)
60-69	159 (24.8)	393 (69.7)	255 (89.2)	276 (93.9)	29 (82.9)
70-79	7 (3.2)	19 (10.9)	10 (12.0)	30 (37.5)	9 (47.4)
80+	1 (2.2)	1 (2.0)	0 (0.0)	2 (10.0)	2 (28.6)

2.4.2.1 手術前的前置化療

在7,849名曾接受化療的患者中，有825名（10.5%）接受了手術前的前置化療。手術前的前置化療的使用比例隨着癌症期數上升而增加，由第I期的0.3%遞增至第III期的18.3%（圖2.18）。不同癌症期數患者所用的化療藥

物種類可見於圖2.19。約有三分之一（30.5%）曾接受手術前的前置化療的患者，於手術後繼續接受術後輔助性化療。

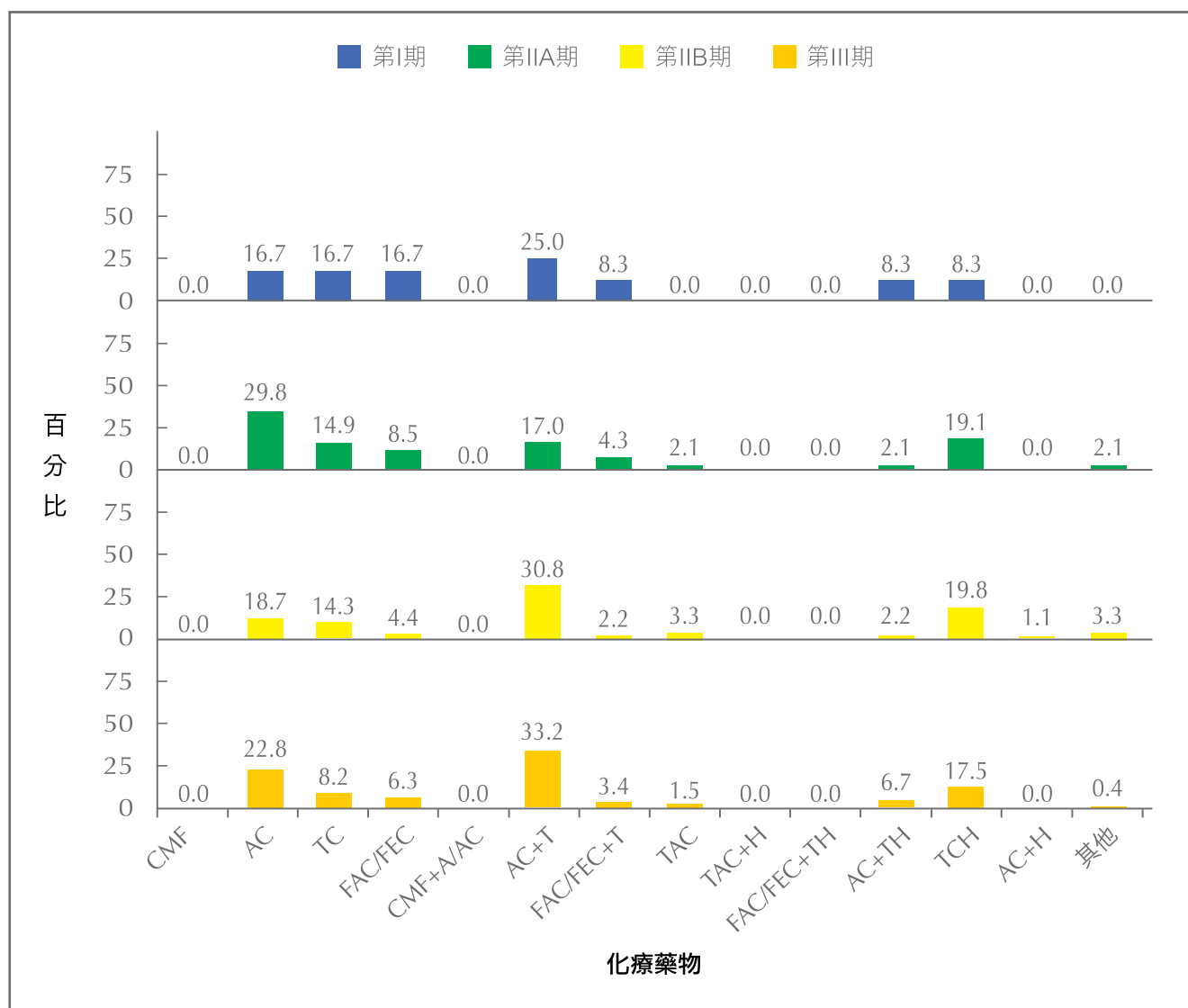


圖2.19 以癌症期數分析患者在手術前的前置化療使用的藥物種類 (人數=418)

C: Cyclophosphamide;

M: Methotrexate;

F: Fluorouracil (5FU);

A: Adriamycin / Doxorubicin;

E: Epirubicin;

T: Taxane (Docetaxel in TC and TAC, Paclitaxel or Docetaxel in AC+T);

H: Trastuzumab;

TCH: Docetaxel / Carboplatin / Trastuzumab or Paclitaxel / Carboplatin / Trastuzumab

Others: Capecitabine, Gemcitabine or Vinorelbine

2.4.2.2 術後輔助性或舒緩性化療

在7,849名曾接受化療的患者中，有7,024名（89.5%）接受了術後輔助性（第I至III期患者）或舒緩性（第IV期患者）化療。圖2.20顯示在受訪群組中於不同癌症期數所採用的化療藥物種類的相對百分比。

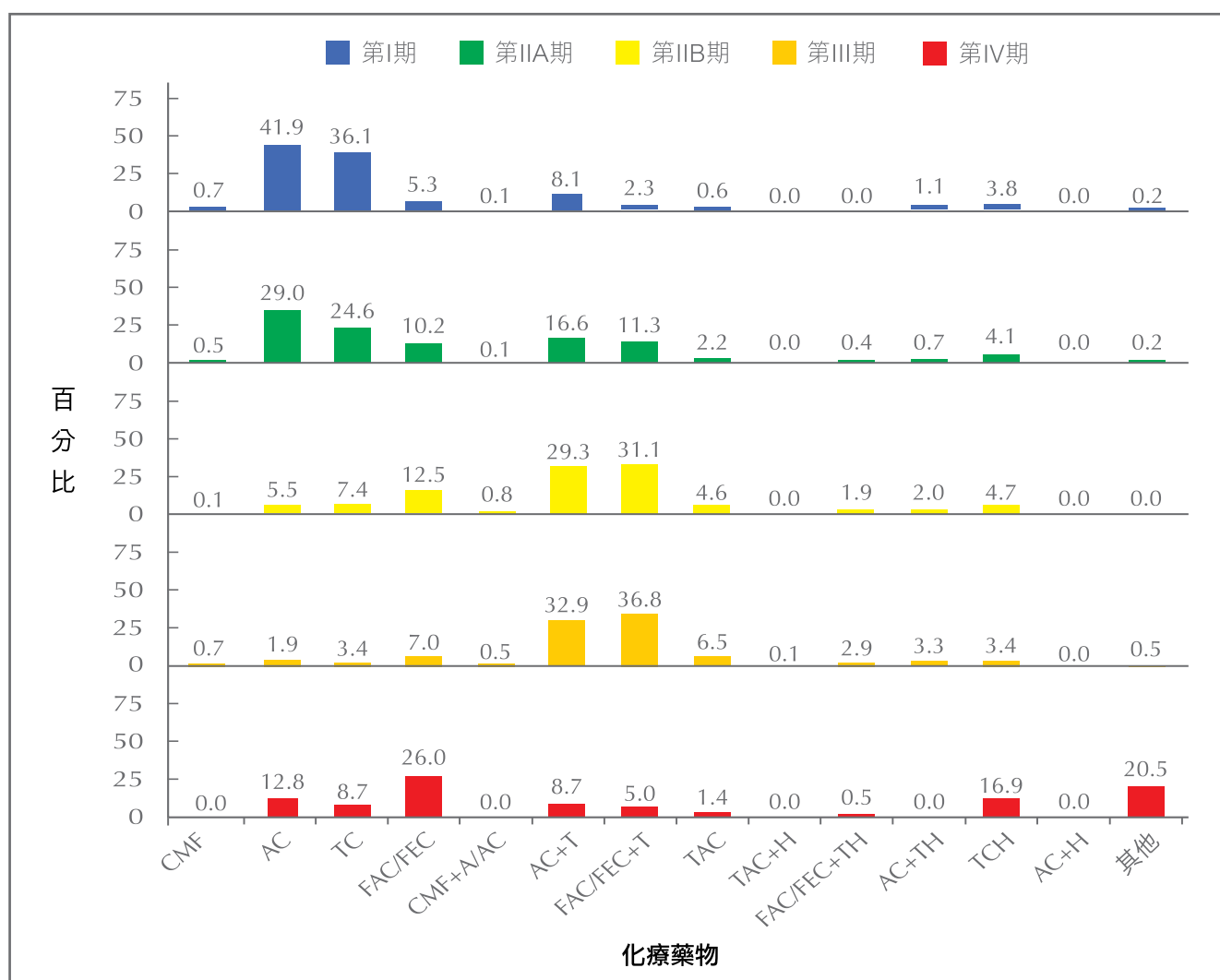


圖2.20 以癌症期數分析患者在術後輔助性或舒緩性化療使用的藥物種類（人數=6,099）

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

T: Taxane (Docetaxel in TC and TAC, Paclitaxel or Docetaxel in AC+T);
H: Trastuzumab;
TCH: Docetaxel / Carboplatin / Trastuzumab or Paclitaxel / Carboplatin / Trastuzumab
Others: Capecitabine, Gemcitabine or Vinorelbine

2.4.3 放射性治療

放射性治療（或稱電療）是治療乳癌的其中一種方法，透過游離輻射在細胞基因層面上破壞癌細胞，停止癌細胞繁殖。

乳房保留手術隨後接受電療是乳房保留療法的一部分，目的是希望達到與乳房切除手術一樣的預後效果。這個做法適用於所有入侵性乳癌和大部分原位癌的患者。部份接受乳房切除手術的患者，如癌腫瘤體積較大，有多粒淋巴結遭癌細胞入侵，或者於血管或淋巴管道中發現癌細胞者，都需要接受電療。

受訪群組中有8,219名（62.0%）患者接受電療作為治療的一部分，當中97.8%屬於術後輔助性治療，0.2%屬於手術前的前置治療，而1.9%屬於舒緩性治療。93.0%患者在公營醫療機構接受電療，7.0%患者則在私營醫療機構接受電療。

在曾接受乳房保留手術的原位乳癌患者中，大部分（94.3%）都會隨後接受電療（圖2.21），只有3.0%的原位乳癌患者進行了乳房切除手術後接受電療（圖2.22）。

圖2.21及2.22分別顯示接受了乳房保留手術及乳房切除手術的入侵性乳癌患者在不同癌症期數接受電療的比例。超過90%接受乳房保留手術的入侵性乳癌患者隨後接受電療，而接受乳房切除手術的患者再接受電療的比例與癌症期數則成正比，乳癌IV期患者除外。

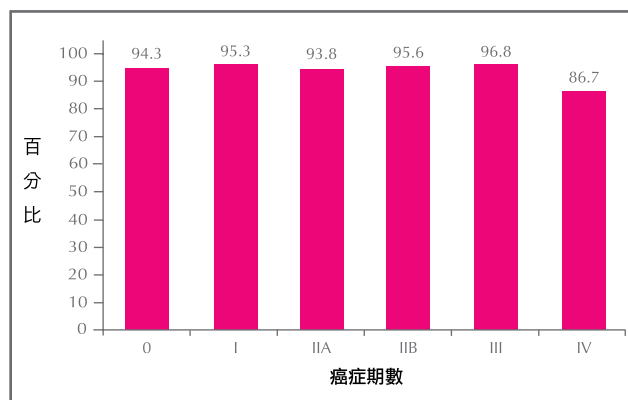


圖2.21 按不同癌症期數分析接受乳房保留手術的患者接受放射性治療的比率（人數=4,531）

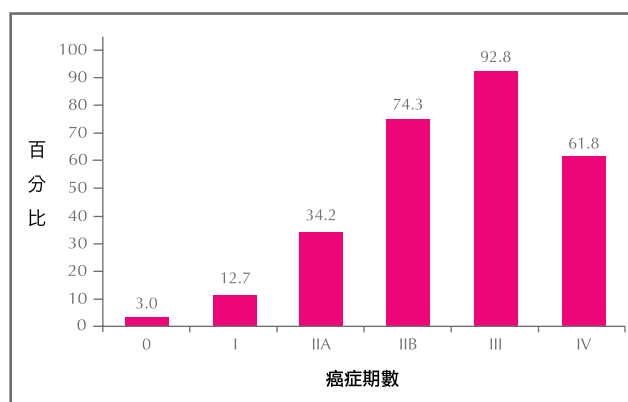


圖2.22 按不同癌症期數分析接受乳房切除手術的患者接受放射性治療的比率（人數=7,913）

電療會在不同局部位置發出游離輻射，例如乳房 / 胸壁及 / 或周邊淋巴結。表2.20顯示按我們患者所接受的手術種類而分析接受電療的位置。



表2.20 按接受不同手術種類的患者分析接受電療的位置 (人數=5,478)

	總人數 # (人數 = 5,478)	乳房保留手術 (人數 = 2,831)	乳房切除手術 (人數 = 2,591)
電療位置	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)
乳房	2,381 (43.5)	2,360 (83.4)	0 (0.0)
乳房 + 周邊淋巴結*	502 (9.2)	471 (16.6)	0 (0.0)
胸壁	669 (12.2)	0 (0.0)	668 (25.8)
胸壁 + 周邊淋巴結*	1,926 (35.2)	0 (0.0)	1,923 (74.2)

* 周邊淋巴結：包括鎖骨上窩及 / 或腋下淋巴區及 / 或內乳鏈

總人數包括 56名手術資料不詳的患者

2.4.4 內分泌治療

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

受訪群組中，8,922名 (67.3%) 患者曾接受內分泌治療，當中96.7%屬於手術後輔助性治療，0.5%屬於手術前的前置治療，2.8%屬於紓緩性治療。97.1%患者在公營醫療機構接受內分泌治療，2.9%則在私營醫療機構接受內分泌治療治療。只有11.9%的原位乳癌患者接受內分泌治療，但有超過74.0%的入侵性乳癌患者接受內分泌治療 (圖2.23)。

兩類藥物經常用於降低女性荷爾蒙的水平：抗雌激素和芳香環轉化酶抑制劑。抗雌激素藥物針對性地干擾乳癌細胞上的雌激素受體，從而延緩乳癌腫瘤生長。最常見的抗雌激素是三苯氧胺，適用於收經前後的婦女。

芳香環轉化酶抑制劑有助減低身體中雌激素的水平。芳香環轉化酶抑制劑，包括Anastrozole、Letrozole及Exemestane則只適用於已停經婦女使用。圖2.24顯示患者群組中三個年齡組別使用三苯氧胺和芳香環轉化酶抑制劑的情況。

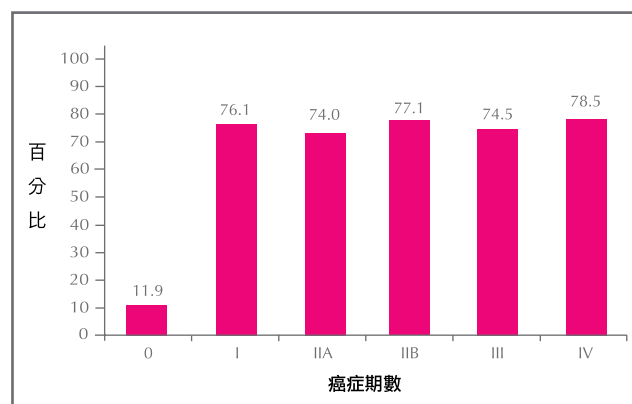


圖2.23 不同癌症期數患者接受內分泌治療的比率 (人數=12,610)

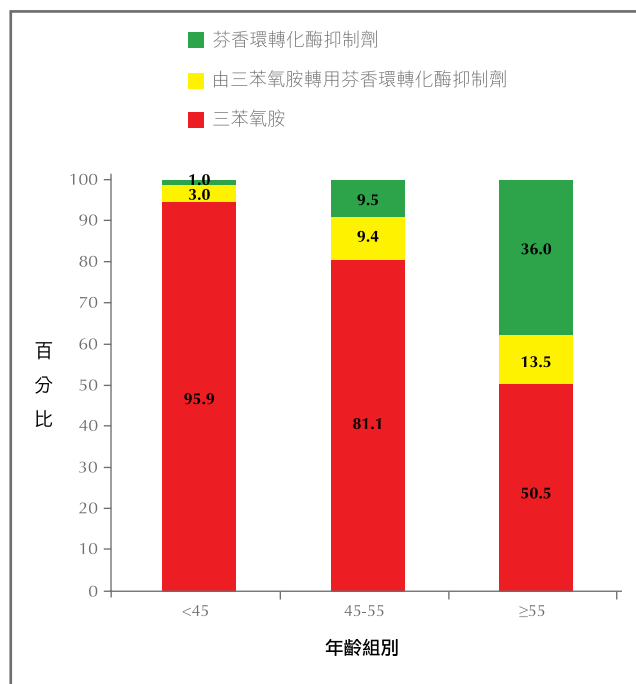


圖2.24 按年齡組別分析患者使用內分泌治療的藥物 (人數=8,222)

2.4.5 靶向治療

靶向治療是利用藥物選擇地攻擊腫瘤細胞，阻截細胞傳遞不正常生長所需的訊息。它用於治療第二型人類上皮生長因子受體呈陽性的乳癌的患者。受訪群組中有2,136名有第二型人類上皮生長因子受體呈陽性的乳癌患者，1,146人 (53.7%) 接受了靶向治療，當中98.3%屬於術後輔助性治療，0.4%屬於手術前的前置治療，1.2%屬於舒緩性治療。大部分 (95.7%) 患者在公營醫療機構接受靶向治療，4.3%在私營醫療機構接受靶向治療。

使用靶向治療的百分比與癌症期數成正比 (圖2.25)。最常用的靶向治療藥物是曲妥珠單抗 (95.3%) (圖2.26)。

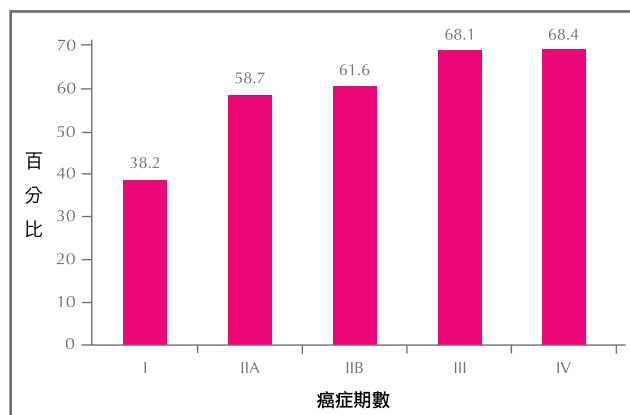


圖2.25 按癌症期數分析第二型人類上皮生長因子受體呈陽性患者接受靶向治療的比率 (人數=2,122)

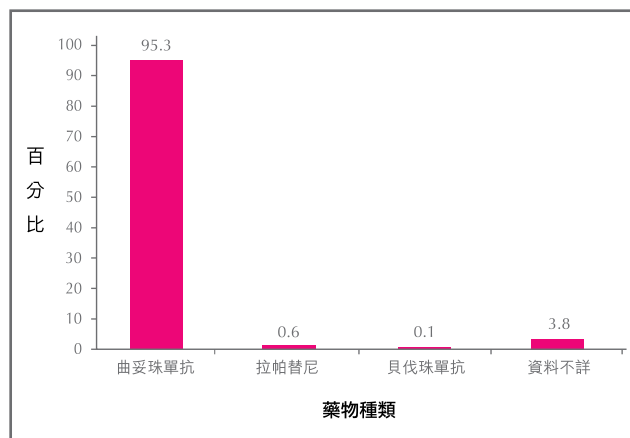


圖2.26 患者使用靶向治療的藥物種類 (人數=1,146)



2.4.6 輔助及另類療法

除了本章前述的各種乳癌標準療法之外，患者也可能選擇接受不同種類的輔助及另類療法，例如傳統的中醫中藥、健康食品 / 補充劑等等。受訪群組中的5,310名（40.0%）患者接受了輔助及另類療法。當中95.2%是屬於術後輔助性治療，3.9%是屬於手術前的前置治療，0.9%是屬於舒緩性治療。66.5%患者採用傳統的中醫中藥治療（圖2.27）。

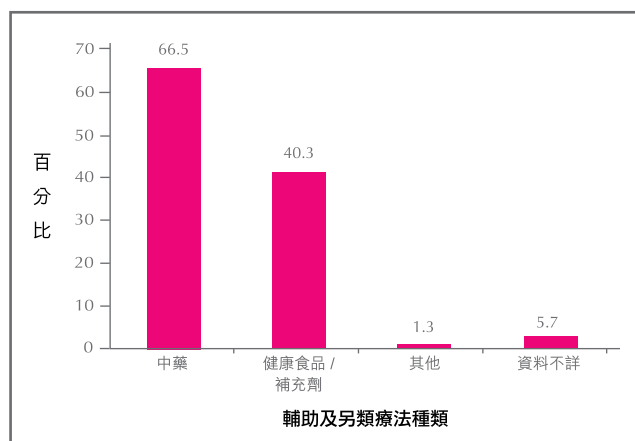


圖2.27 患者接受輔助及另類療法的種類
(人數=5,310)

其他包括：太極、氣功、自然療法、針灸及艾灸、按摩或瑜伽

2.4.7 綜合治療

綜合使用多種療法能夠有效治療乳癌。受訪患者群組的綜合治療模式詳列於表2.21。由於輔助及另類療法在香港並非乳癌患者的標準治療方法，因此本部分的分析並沒有包括其在內。一般而言，治療數目與癌症期數成正比。大部分（94.4%）乳癌0期患者都接受了兩項或以下治療，而超過半數的乳癌I期或II期患者接受三項或以上治療。有三分之二（76.0%）乳癌III期患者接受了四項或以上治療。

表2.21 不同癌症期數患者接受的治療數目（人數=12,610）

治療 數目	癌症期數，人數 (%)													
	0 (人數=1,597)		I (人數=4,102)		IIA (人數=3,291)		IIB (人數=1,608)		III (人數=1,710)		IV (人數=302)		總數 (人數=12,610)	
0	3	(0.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.1)	0	(0.0)	2	(0.7)	6	(< 0.05)
1	674	(42.2)	300	(7.3)	88	(2.7)	18	(1.1)	23	(1.3)	26	(8.6)	1,129	(9.0)
2	831	(52.0)	1,351	(32.9)	594	(18.0)	114	(7.1)	57	(3.3)	54	(17.9)	3,001	(23.8)
3	89	(5.6)	1,702	(41.5)	1,232	(37.4)	465	(28.9)	330	(19.3)	102	(33.8)	3,920	(31.1)
4	0	(0.0)	658	(16.0)	1,244	(37.8)	876	(54.5)	1,086	(63.5)	97	(32.1)	3,961	(31.4)
5	0	(0.0)	91	(2.2)	133	(4.0)	134	(8.3)	214	(12.5)	21	(7.0)	593	(4.7)

2.5 患者現況

患者完成療程後，乳癌資料庫每年都會跟進她們的狀況，以了解治療的效能。到目前為止，資料庫跟進了11,866名乳癌患者的狀況，當中有64.7%在過去兩年內曾經提供跟進數據。大約三分之二（67.3%）患者於首次確診後被跟進了最少兩年（表2.22）。平均跟進年期為3.6年，中位數則為3.2年。

受訪群組中有508名（4.3%）患者曾出現復發，1.2%只出現局部區域性復發，2.0%只出現遠端復發，和1.1%同時出現局部區域性及遠端復發。復發的平均時間及中位數詳列於表2.22。

表2.22 跟進訪問11,866名患者的結果

跟進時間	人數	(%)
<1年	1,400	(11.8)
1-2年	2,472	(20.8)
2-5年	4,929	(41.5)
5-10年	3,042	(25.6)
10-15年	23	(0.2)
平均跟進時間		3.6年
跟進時間中位數		3.2年
局部區域性復發		
局部區域性復發人數	143	(1.2)
平均復發時間		2.7年
復發時間中位數		2.4年
遠端復發		
遠端復發人數	235	(2.0)
平均復發時間		2.7年
復發時間中位數		2.4年
局部區域性及遠端復發		
局部區域性及遠端復發人數	130	(1.1)
平均復發時間		2.7年
復發時間中位數		2.4年
死亡率		
死於乳癌的人數	110	(0.9)
死於其他原因的人數	68	(0.6)
死亡原因不詳的人數	18	(0.2)

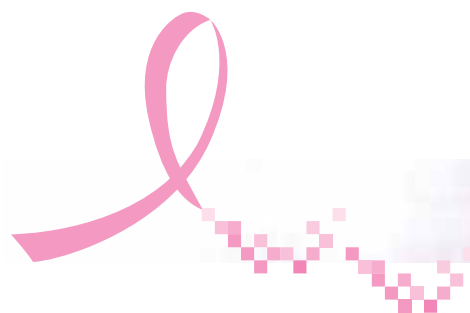


表2.23顯示按患者群組的手術種類和癌症期數，分析入侵性乳癌患者出現局部區域性復發的情況。受訪群組中接受乳房保留手術或乳房切除手術而出現局部區域性復發的整體比例相若（1.6%比2.1%）。不論患者接受了何

種手術，III期乳癌患者出現局部區域性復發的比例均高於其他期數的患者。最常見的局部區域性復發部位是胸壁（39.6%）和腋下（30.0%）（表2.24）。

表2.23 按手術種類及癌症期數分析局部區域性復發的個案數目

手術種類	癌症期數，人數（佔接受手術的患者群組百分比）				總數
	I	IIA	IIB	III	
乳房保留手術	19/1,938 (1.0)	28/1,150 (2.4)	4/364 (1.1)	8/219 (3.7)	59/3,671 (1.6)
乳房切除 手術	28/2,160 (1.3)	36/2,132 (1.7)	24/1,238 (1.9)	59/1,477 (4.0)	147/7,007 (2.1)

表2.24 患者出現局部區域性復發的位置（人數=273）

局部區域性復發位置	人數	(%)
胸壁	108	(39.6)
腋下	82	(30.0)
乳房	78	(28.6)
鎖骨上窩	61	(22.3)
內部乳腺	22	(8.1)
鎖骨下窩	3	(1.1)
其他	27	(9.9)

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

受訪群組中，365名（3.1%）患者曾出現遠端復發。最常受影響器官是骨（53.4%），其次是肺部（44.7%）和肝臟（41.6%）（表2.25）。

表2.25 受遠端復發影響的器官（人數=365）

受影響的遠端器官	人數	(%)	受影響的遠端器官	人數	(%)
骨	195	(53.4)	卵巢	4	(1.1)
肺	163	(44.7)	脾臟	4	(1.1)
肝臟	152	(41.6)	甲狀腺	3	(0.8)
腦	58	(15.9)	胸	2	(0.5)
縱隔腔淋巴結	57	(15.6)	胰臟	2	(0.5)
頸	22	(6.0)	子宮	1	(0.3)
遠端淋巴結	16	(4.4)	腎臟	1	(0.3)
對側淋巴結轉移	12	(3.3)	資料不詳	17	(4.7)
腎上腺	5	(1.4)			
腹部	4	(1.1)			

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

我們的群組中的入侵性乳癌患者，只出現局部區域性復發的比例在所有癌症期數中都頗為穩定（大約1%），而

只出現遠端復發或同時出現局部區域性復發及遠端復發的比例則與癌症期數成正比（表2.26）。

表2.26 不同癌症期數的入侵性乳癌患者的局部區域性復發率和遠端復發率

復發類型	癌症期數，人數 (%)				總數 (人數=10,711)
	I (人數=4,102)	IIA (人數=3,291)	IIB (人數=1,608)	III (人數=1,710)	
局部區域性復發	33 (0.8)	38 (1.2)	8 (0.5)	21 (1.2)	100 (0.9)
遠端復發	33 (0.8)	48 (1.5)	33 (2.1)	90 (5.3)	204 (1.9)
局部區域性復發 及遠端復發	14 (0.3)	26 (0.8)	20 (1.2)	46 (2.7)	106 (1.0)



受訪群組中有110名(0.9%)患者死於乳癌。約有半數(55.4%)死於乳癌的患者在最初確診時為III或IV期。

存活時間由0.8年到8.8年。這些患者的生物學亞型資料詳見於表2.27。

表2.27 乳癌死亡個案的特性(人數=110)

	確診時的癌症期數						期數不詳
	0	I	IIA	IIB	III	IV	
死亡人數(佔死亡個案%)	1 (0.9)	14 (12.7)	14 (12.7)	5 (4.5)	45 (40.9)	16 (14.5)	15 (13.6)
存活時間(年)	4.4	1.8—6.8	1.9—8.8	2.1—6.6	0.8—7.6	1.1—4.8	0.6—6.2
生物學亞型							
管腔A型*	0	2	1	1	3	0	3
管腔B型(第二型人類上皮生長因子受體呈陰性)#	0	3	3	0	7	2	2
管腔A/B型(第二型人類上皮生長因子受體呈陰性)◇	0	2	3	1	12	6	2
管腔B型(第二型人類上皮生長因子受體呈陽性)^	1	2	2	0	8	3	2
第二型類上皮生長因子受體呈陽性※	0	2	1	0	9	3	0
三陰性§	0	3	4	2	6	1	2
資料不詳	0	0	0	1	0	1	4

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

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

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

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

※ 第二型人類上皮生長因子受體呈陽性：ER-、PR-、HER2+及任何Ki-67指數

§ 三陰性：ER-、PR-、HER2-及任何Ki-67指數