

當…乳房拉警報

乳癌需要全人醫療

文／乳房外科 醫師 劉良智

乳癌高居台灣女性癌症發生率的第1位，但只要及時治療，零期乳癌的存活率接近100%，第1期乳癌的存活率也高達90%，因此衛生署國民健康局全力推廣婦女「乳房健康三部曲」，也就是「每月定期自我檢查乳房；35歲以上婦女，每年接受專科醫師檢查；45歲以上婦女，每兩年至少接受1次乳房X光攝影」，希望藉由早期發現，早期治療，讓乳癌婦女重拾健康。

4種篩檢方式

乳房超音波

年輕女性篩檢乳房疾病的第一選擇。用於觸診或X光攝影發現乳房有腫塊時的檢查，以及疾病的追蹤、術前的定位，是最常用來診斷乳房疾病的工具。尤其年輕女性乳房密度較高，乳房攝影判讀不易，超音波可以提供較高的診斷率。但超音波有其限制，例如較小的腫瘤，可能不易發現；乳房內的正常組織如脂肪和小針美容後的乳房，也可能被誤判為腫瘤。

乳房X光攝影

45歲以上婦女篩檢乳癌的第一選擇。乳房攝影可發現無症狀或觸摸不到的零期或第1期乳癌，以及用於臨床定位。歐美國家研究證實，45歲以上婦女定期做乳房攝影檢查，約可降低20-30%的乳癌死亡率。但乳房攝影準確度並非100%，約15%的乳癌是偵測不到的。另外，孕婦不適合放射線的暴露，也就不能做乳房攝影。曾經隆乳的婦女進行乳房篩檢時，應主動告知醫護人員，改用乳房超音波來篩檢，以免填充物因擠壓而破裂。

乳房磁振造影

乳癌篩檢敏感性特高，適用於BRCA基因突變遺傳的婦女，以及小針美容後的乳房篩檢。但也正因其對一般女性乳房磁振造影檢查的敏感度過高，容易將良性腫瘤誤判為惡性，造成不必要的恐慌，所以醫師不以此法替一般婦女做乳癌篩檢。

乳房切片檢查

在以上的乳房影像學檢查中發現有腫瘤，即可利用乳房切片，取得腫瘤組織，診斷為良性或惡性。臨床採用3種方式：一為細針細胞學檢查（fine needle aspiration），由超音波或乳房攝影定位，用細針抽取腫瘤細胞，進行細胞學檢查；一為粗針切片（core needle biopsy），經由超音波或乳房攝影定位，抽取腫瘤組織做組織學檢驗，所得組織切片較大，準確性較高。若以上兩種檢查仍無法確定診斷，可選擇切除式切片（excisional biopsy），在局部麻醉下，切除疑似的腫瘤，並送病理檢查。這些檢查在門診即可完成。

6大治療途徑

術前治療（neoadjuvant or preoperative）

腫瘤過大侵犯到胸壁的病人，或想接受乳房保留手術者，可於術前接受藥物治療，將原發病灶縮小至一定程度，再接受手術。



外科手術治療

- A.改良型乳房根除手術：**適用於腫瘤在乳暈下方、多發性乳癌，以及不適直接受術後輔助放射線治療的患者。手術方式包括乳房全切除及腋下淋巴結廓清術。腋下淋巴結為乳癌最容易轉移的部位，是乳癌預後最重要的指標之一，因此腋下淋巴結廓清術兼具診斷及治療的目的。
- B.乳房保留手術：**為目前最常使用的手術方式，適用於乳房腫瘤不在乳頭或乳暈下方、無多發病灶、術後無放射線治療禁忌症的乳癌患者。手術方式包括部分乳房腫瘤切除及腋下淋巴結廓清術，通常術後須加做放射線治療。
- C.單純性乳房全切除手術：**適用於乳房原位癌患者，原位癌甚少轉移，手術不包括腋下淋巴結廓清術。
- D.部分乳房組織切除術：**可用於乳房原位癌，視原位癌分化情況及腫瘤大小，決定是否加做術後輔助放射線治療。
- E.乳房重建：**乳房全切除之後，可立即接受乳房重建，避免乳癌婦女術後因外貌改變產生心理創傷，也可於術後2-3年後再行乳房重建。不過，健保不給付乳房重建手術的費用。

放射線治療

放射線治療在乳癌治療的目的性上，主要分為術後輔助放射線治療及緩和性放射線治療兩種，前者於術後對剩餘乳房或腋下進行放射線照射，避免局部復發；後者是針對骨頭及腦部轉移做腫瘤照射，以殺死癌細胞，使症狀緩解。

化學治療

臨床上常用於手術後輔助性治療，作為預防轉移及轉移性乳癌的治療之用。化學治療藥物可經由血液循環全身，殺死手術及放射線治療無法接觸到的癌細胞，但也會對正常細胞造成傷害。常見的副作用在消化系統為噁心、嘔吐、食欲降低、口腔炎或腹瀉；在血液系統為虛弱易流血，或因白血球、血小板及紅血球降低而導致感染、出血或貧血、掉頭髮等。這些副作用發生的機率及嚴重度，依個人所接受的化學治療不同而有差別。

荷爾蒙療法

適用於腫瘤細胞荷爾蒙接受體陽性的患者，用來抑制癌細胞生長所需的荷爾蒙。Tamoxifen長久以來用在乳癌手術後的預防復發，停經前及停經後的婦女都可使用。芳香環酶抑制劑較Tamoxifen更能壓低體內荷爾蒙濃度，但僅適用於停經後的婦女。

標靶藥物治療

其作用原理是讓抗體進入體內，只攻擊特定的癌細胞，在阻斷抑制腫瘤細胞生長的同時，又不致傷害健康的細胞，能夠減少副作用，並提高患者的存活率。

研究發現乳癌細胞中的第一型上皮生長因子接受體（HER-1/EGFR）與第二型上皮生長因子接受體（HER-2/neu），比一般的正常細胞反應大，導致乳癌復發率高，預後較差。尤其是Her-2基因會產生過量的蛋白質，使癌細胞快速生長。臨床上約有25-30%的病患被發現HER-2呈強陽性反應，這類病

患局部復發或轉移的機率較高，且預後較差，若採取標靶治療可降低復發率。

過去只有對HER-2接受體的標靶治療藥物賀癌平Trastuzumab，目前最新的泰嘉錠Lapatinib則可同時針對HER-1和HER-2產生反應作用，因此比單一作用的藥物更能抑制腫瘤細胞的生長。

1. 賀癌平（Trastuzumab、Herceptin）：

「賀癌平」可與HER-2/neu結合，進一步阻止腫瘤細胞的生長與分化，不論對轉移性乳癌或早期乳癌都有優異的療效。用在轉移性乳癌，與紫杉醇類化療藥物併用，緩解率為49-61%，可將疾病再次惡化的時間延長約1倍；用在早期乳癌，能降低1/2的復發率與1/3的死亡率。

HER-2/neu呈陽性反應的早期乳癌患者，在輔助化學治療中或後，給予「賀癌平」1年，能減少乳癌復發率及死亡率。健保局已核准有淋巴轉移的高風險病人，手術後可使用1年「賀癌平」。不過，「賀癌平」會使心臟功能變差，因此在治療前與治療後3-6個月，醫師會評估患者的心臟功能。其他副作用還包括發燒、寒顫、腹瀉等，通常不嚴重。若發燒、寒顫的情形很明顯，應立即找醫護人員處理；若腹瀉則宜採取輕淡飲食，並多補充水分。

2. 泰嘉錠（Lapatinib，Tykerb）：

「泰嘉錠」可與HER-1/EGFR及HER-2/neu結合，阻止腫瘤細胞生長與分化。常見副作用為輕微噁心、嘔吐、厭食、腹瀉、疲倦、手腳出現刺痛感及斑點狀皮膚疹，可投以藥物治療。健保不給付。

3. 癌思停（Bevacizumab，Avastin）：

「癌思停」可與血管內皮生長因子（VEGF）結合，抑制腫瘤血管形成，並使腫瘤的血管正常化，剝奪腫瘤生長所需的養分，通常用於轉移性乳癌。副作用很輕微，少數人會出現高血壓、尿蛋白及流鼻血等情形，醫師會評估情況，必要時給予藥物治療。健保不給付。



乳癌患者需要全人醫療

乳癌的全人醫療是以個人為中心，家庭為單位，社區為範疇的整合性、協調性、持續性的預防保健及醫療照護，其中包括個別腫瘤的生物特性及病程、病患身心狀態、經濟環境及家庭狀況等個別因子的個人化治療。治療乳癌不是一種方式就可以全部概括，唯有在病前提供正確有效的預防及篩檢，病後提供以病人為中心的醫療照護，病人才能得到更好的醫療品質，近一步提高治癒率。🕒