



香港防癌會

HONG KONG ANTI-CANCER SOCIETY

Since 1963

睇多面乳癌

獻給患者的實用手冊

仔細分析乳癌的診斷及手術的選擇

手術後的輔助治療

化學治療、荷爾蒙治療、放射治療和標靶治療

闡述何謂原位癌、HER2型及三重陰性乳癌

解釋護理和保健要訣

關注復發情況和遺傳性乳癌

第五版



作者簡介

游子覺醫生

臨床腫瘤科專科醫生。1986年開始於伊利沙伯醫院接受癌病專業培訓，1995年至2012年間擔任東區醫院臨床腫瘤科顧問醫生，現已私人執業。其醫學博士論文是研究保乳治療在香港的應用。游醫生為本特輯的主編及主要作者，他亦曾協助香港防癌會及醫管局智友站審閱有關乳癌及前列腺癌的網頁。

陳嘉亮醫生

外科專科醫生，曾任東區醫院外科副顧問醫生，負責乳病的診斷及外科手術。現已轉為私人執業。

林道儀博士

香港註冊護士及註冊中醫師，廣州中醫藥大學中西醫結合臨床腫瘤科醫學博士。林醫師曾任職東區醫院臨床腫瘤科日間寧養中心，主講香港防癌會護理課程和提供癌症病人中醫飲食資訊，現正私人執業。

陳穎琦姑娘

一級職業治療師，現職於東區尤德夫人那打素醫院職業治療部。陳姑娘曾參與制訂醫管局職業治療籌委會之乳癌復康指引及為醫管局智友站提供有關乳癌復康的資訊。

鄺靄慧教授

外科專科醫生，現任香港大學外科學系及瑪麗醫院乳腺外科主任及東華醫院乳病中心主任。鄺醫生近年專注研究香港遺傳性乳癌，現為香港遺傳性乳癌家族資料庫主席。

目錄

序	P.12-13
乳癌的診斷及手術選擇	P.14-25
個人化的輔助治療	P.26-31
化療篇	P.32-51
荷爾蒙治療篇	P.52-65
棘手的HER2型和三陰性乳癌	P.66-75
放射治療篇	P.76-83
原位癌的疑惑	P.84-87
護理保健篇	P.88-103
復發的監測和治療	P.104-109
遺傳性乳癌	P.110-115
附錄一：乳癌常用藥物名稱索引	P.116-117
附錄二：香港乳癌概況和趨勢	P.118-119
附錄三：癌症的分期	P.120-121
鳴謝及作者	P.128-129

乳癌診斷及手術的選擇

我的左邊乳房懷疑有硬塊，醫生建議安排乳房X光造影檢查，其準確度高嗎？是否需要加做超聲波掃描或磁核共振掃描呢？ P.15

我被確診患了乳癌，照肺和驗血報告都正常，下星期正準備做手術。我須在手術前再安排其他掃描以檢查癌細胞有否轉移到其他器官嗎？ P.16

本人48歲，上星期發現左乳有約一厘米大的硬塊，現經家庭醫生轉介往公立醫院的外科部，但輪候期頗長，我擔心情況會惡化，該怎麼辦呢？ P.17

哪些乳癌病人適合接受保乳治療呢？安全程度高嗎？ P.18

我的乳癌經局部切除後，病理報告指切割邊緣仍有癌細胞，醫生於是建議進行多一次手術，但這是否必要呢？其後的放射治療不是也可殺死殘留的癌細胞嗎？ P.20

聽說切除腋下淋巴會引致手腫和肩膊不靈活等後遺症。我可否以放射治療或化療等代替淋巴切除呢？ P.21

是否任何年紀的乳癌病人都可以採用保乳治療呢？ P.22

本人剛接受了全乳切除手術，應配戴義乳嗎？在哪裏可選購合適的義乳？ P.23

醫生說我的乳癌不適合採用保乳治療法，但可考慮在切除乳房時一同進行整形手術。這些整形手術安全嗎？會否令復發不易察覺？ P.24

本人母親現年78歲，一向健康良好，但最近患上早期乳癌，我們家人對她應否接受手術持不同意見。她可否服藥控制乳癌，免除手術的痛苦呢？ P.25

個人化的輔助治療

醫生說我的腫瘤已被完全切除，連最先進的正電子掃描(PET scan)也找不到殘餘的癌細胞，我為何手術後還要接受放射治療和化療呢？ P.27

乳癌是否有不同類型？為什麼有些一期病人的治療方案比二期的還冗長複雜呢？ P.28

醫生建議將我的腫瘤樣本送往外國做一個很昂貴的基因測試，以決定是否需要接受化療。這些基因測試是否必要呢？可以在香港進行嗎？ P.30

化療篇

何謂化療，和其他藥物治療有什麼不同呢？ P.33

我認識幾位病友，她們的化療都是切除手術前做的，為什麼我在手術前又不需要化療呢？ P.34

我很怕打針，可以選擇口服的化療藥嗎？ P.35

我曾徵詢不同醫生，他們建議的輔助化療組合都不同，醫學界不是有統一標準的嗎？ P.36

我母親在十多年前做過化療，嘔吐得很厲害。我很擔心下星期開始的化療，也會有類似情況，怎麼辦呢？ P.38

手術後醫生建議我接受輔助化療，但我想多休息三至四個月，待身體復元較佳才開始，可以嗎？ P.39

聽說中藥可以固本培元，減少化療的副作用。我在化療期間可以服用中藥嗎？ P.40

化療篇

我現年34歲，很擔心化療會引致我提前收經，這風險高嗎？ P.41

在化療後，我的白血球復原較慢，導致每次化療都要延遲一星期，有什麼方法可加速白血球復元呢？ P.42

我很擔心化療會引致脫髮，怎樣才可減低這些副作用呢？ P.44

醫生建議我在接受化療期間使用白血球生長素，我擔心有其他副作用，有必要使用嗎？ P.45

我要接受化療和標靶治療，需作定期靜脈輸注，但我手臂的血管很細和難找，有其他解決方法嗎？ P.46

我是乙型肝炎帶菌者，化療會進一步影響我的肝功能嗎？ P.48

醫生提議我參加一項大型的國際臨床研究，可以測試一種新藥能否有效控制我的乳癌。我很擔心變成「白老鼠」，我應否答應參加呢？ P.49

化療期間若不幸被細菌感染，會有什麼徵狀和該怎麼辦呢？ P.50

我今年35歲，剛於去年結婚，本來打算生兒育女，但最近被確診患上乳癌，手術後醫生建議進行化療和荷爾蒙療法，我很擔心會影響以後生育，該怎麼辦呢？ P.51

荷爾蒙治療篇

是否所有乳癌病人都適合荷爾蒙治療呢？ P.53

醫生建議我採用荷爾蒙治療以減低乳癌的復發機會，荷爾蒙不是會增加患乳癌的風險嗎？ P.54

荷爾蒙治療可否和化療或標靶治療一同進行呢？ P.57

本人36歲，乳癌手術後醫生原先建議進行化療和服用三苯氧胺(Tamoxifen)作為輔助治療。因我很擔心化療的副作用，醫生於是建議我接受三年的「收經針」來代替化療。這些「收經針」效用如何呢？ P.58

醫生建議我接受為期五年的三苯氧胺(Tamoxifen)作為輔助治療，可否將治療期縮短至一兩年呢？ P.60

本人現年50歲，化療開始後經期已停了一年多，我一直服用Tamoxifen作為荷爾蒙治療，現在可否轉用療效較佳的芳香雌激素抑制劑呢？ P.61

報章指治療乳癌的荷爾蒙藥物可能會被抗抑鬱藥干擾而減低效用。本人服用芳香雌激素抑制劑和抗抑鬱藥已有數年，我應該停止服用抗抑鬱藥嗎？ P.62

本人在乳癌手術後便開始服用一種名為Femara(Letrozole)的芳香雌激素抑制劑作為輔助治療。最近聽說另一種芳香雌激素抑制劑的副作用較少，我應否轉用它呢？ P.64

媽媽最近被診斷出患有晚期乳癌，已擴散至肺部，醫生建議用荷爾蒙藥(AI)再配合一隻昂貴的新藥，我們擔心它的副作用和費用，可以先單用荷爾蒙藥嗎？ P.65

棘手的HER2型和三陰性乳癌

何謂HER2型乳癌，和其他乳癌有何分別？ P.67

怎樣得知是否患上HER2型乳癌呢？ P.68

如患上HER2型乳癌，是否必需接受標靶治療呢？標靶治療可以取代化療和荷爾蒙治療嗎？ P.69

我的HER2型乳癌已擴散至其他器官，曾用過Herceptin(標靶治療)和紫杉醇(化療)，但效果不大理想，該怎麼辦呢？還有其他HER2標靶藥嗎？ P.70

HER2標靶治療的副作用和化療有什麼不同呢？ P.72

何謂三陰性乳癌？在香港普遍嗎？ P.73

在治療上三陰性乳癌和其他乳癌有什麼分別呢？ P.74

放射治療篇

什麼是放射治療？每個乳癌病人都需要嗎？ P.77

胸部放射治療有什麼副作用？會引致脫髮和吞嚥困難嗎？會否影響心肺功能？ P.78

我下星期將開始接受胸部放射治療，皮膚護理方面有什麼要注意呢？ P.80

我是接受保乳治療的，在全乳放射治療後，醫生說要「加電」五次，為什麼有些病友又不需要「加電」呢？ P.82

原位癌的疑惑

什麼是原位癌，和一般乳癌有何不同？原位癌在香港普遍嗎？ P.85

原位癌是否也可選用保乳治療？還要切除腋下淋巴結化驗嗎？ P.86

化療、荷爾蒙治療、放射治療和標靶治療是否同樣適用於原位癌？ P.87

護理保健篇

我很擔心在化療期間因抵抗力低而被細菌感染，在日常生活上有什麼方法可減低這風險呢？ P.89

乳癌病人在治療期間，飲食上除注意清潔衛生外，還有什麼要留意？ P.90

可否介紹一些湯水，幫助病人在康復過程中調理身體？ P.91

如果食慾不振，有沒有合適的食療呢？ P.94

治療完成後，是否要定期抽血、照X光或掃描以偵測是否有復發？ P.95

如果治療期間噁心嘔吐，有沒有合適的食療呢？ P.96

可否介紹一些食療，幫助脫髮重生呢？ P.97

我在報章上看見推介一種草藥的全版廣告，當中引述多篇研究和專家報告，證明這草藥的治癌功效。我始終有點半信半疑，況且這些草藥非常昂貴，請問值得一試嗎？ P.98

大豆含植物雌激素，哪麼乳癌病人進食大豆類食品是否安全呢？ P.99

我在去年接受乳癌切除手術後，近月發覺有手腫的情況。請問有什麼方法可改善這些後遺症呢？ P.100

我在三個月前接受了全乳和腋下淋巴切除手術，擔心日後會有手腫等後遺症。請問有什麼早期徵狀要留意呢？ P.102

復發的監測和治療

乳癌過了五年沒有復發，是否表示完全康復呢？ P.105

我的乳癌已轉移至骨骼，幸而未有影響肝肺等內臟器官。醫生建議我採用荷爾蒙治療和一種「骨針」去防止骨折，這種「骨針」有什麼副作用呢？ P.106

我接受了保乳治療後，最近乳房造影檢查發覺有可疑鈣化點。若證實是局部復發，還可進行局部切除和放射治療嗎？ P.108

我的乳癌細胞已轉移至頸部淋巴結和骨骼，現正在接受化療，腫瘤正逐漸縮小，我的病有機會根治嗎？ P.109

遺傳性乳癌

有多少婦女的乳癌是和遺傳基因有關的？這類乳癌是否比較難醫治？ P.111

我現年30歲，剛在兩星期前接受了乳癌切除手術，我和我的姊妹應否安排遺傳基因測試呢？ P.113

在香港，哪裏有提供遺傳性乳癌基因測試服務呢？ P.114

序

乳癌由診斷至治療，近年的發展都非常迅速，其他專科的醫生也未必能準確掌握，更何況一般病人和她們的家人呢？因在診症室非常繁忙，難以逐一詳細解答病人種種疑問，所以我在2009年編寫了一個名為「乳癌多面睇」的網頁，希望能幫助病人在治療方案上作出抉擇和了解正確的護理知識。部分內容我亦邀請了外科的陳嘉亮醫生和鄺靄慧醫生、林道儀中醫師和職業治療師陳穎琦姑娘執筆。

這專輯內容以答問形式編寫，嘗試以比較簡易的方式去解釋複雜的醫學資訊。為方便一些不習慣上網的病人查閱資料，在香港防癌會的支持下，網頁的主要內容於2010年被印製成小冊子，很多病人和醫護人員都表示很有幫助，令我們殊感鼓舞。不經不覺，很快又到籌備第五版的時候了。這版主要的修訂內容包括：

1. 新HER2 標靶藥的應用
2. 配合荷爾蒙治療的新標靶藥
3. 治療三陰性乳癌的新發展

最後，對於各方的支持和鼓勵，令這專輯能繼續服務市民，我們特此致謝！

游子覺
臨床腫瘤科專科醫生

2019年6月

乳癌的 診斷及 手術 選擇

問

我的左邊乳房懷疑有硬塊，醫生建議安排乳房X光造影檢查，其準確度高嗎？是否需要加做超聲波掃描或磁核共振掃描呢？

游子覺醫生答：

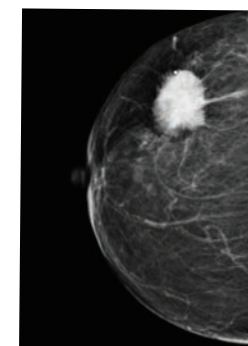
乳房X光造影檢查 (Mammogram) 是診斷乳癌的標準檢查，可以幫助醫生判定有惡性腫瘤的機會和是否有可疑組織在乳房的其他部位(包括另一邊乳房)。超聲波掃描 (Ultrasound) 則是常用的輔助檢查，很多時會和X光造影檢查一併進行。超聲波掃描對於年輕婦女尤其重要，因她們的乳房密度一般較高，和腫瘤的密度接近，令X光造影檢查的靈敏度相對降低。整體來說，乳房X光造影檢查和超聲波檢查是相輔相成的，約有10%未能透過其中一種檢查偵測到的乳癌，可以靠另一種方法偵測得到。

近年不少醫生已續步轉用3D Mammogram (又名Digital Breast Tomosynthesis)，它利用多張不同角度的影像來合成3D圖像，因此比傳統的 2D Mammogram準確度更高(達30-40%)，對乳腺密度高的婦女，幫助尤大。3D Mammogram 的輻射劑量和傳統的乳房X光造影檢查若，但費用較貴。

醫學界亦研究以磁核共振掃描 (MRI) 來協助偵測乳癌，雖然它的靈敏度較上述傳統檢查為高，不過，大型研究指出，利用磁核共振掃描作乳癌手術前的例行檢查，反而可能將一些良性組織誤認為惡性腫瘤 (即所謂假陽性- false positives)，減低了病人接受保乳治療的機會。一項於2010年發表的大型研究 (COMICE) 也有類似結論，發現在手術前進行例行性磁核共振掃描的乳癌病人，局部切除後須再做手術的比率並沒有因MRI而下降。

除假陽性的問題外，磁核共振掃描的費用亦較高，所以一般只建議在特殊情況下使用，例如當傳統X光和超聲波掃描也不能清楚分辨是否有腫瘤，或用於定期監察有遺傳性乳癌基因的年輕女士。

正電子掃描 (PET-CT scan) 又是否比上述檢查更準確呢？正電子掃描主要用來偵測高危的乳癌有否擴散至淋巴或其他器官，它輻射量高、費用昂貴，而且也不能偵測到細小而生長緩慢的乳癌，所以不建議隨使用作一般乳房檢查。



乳房X光造影：腫瘤的密度較正常乳房組織為高，X光較難穿透，上方白色的物體顯示腫瘤的位置。

問

我被確診患了乳癌，照肺和驗血報告都正常，下星期正準備做手術。我須在手術前再安排其他掃描以檢查癌細胞有否轉移到其他器官嗎？

游子覺醫生答：

因手術前醫生往往未能準確掌握乳癌的病理特性，所以，除非腫瘤比較大，或有明顯的淋巴結轉移、或有可疑的轉移徵狀外，我們一般建議病人先進行手術切除，若病理報告顯示腫瘤轉移風險高，才安排額外的掃描檢查，如骨掃描 (bone scan)、超聲波肝臟掃描 (Ultrasound liver scan) 或腹部電腦掃描 (CT scan of abdomen) 等去偵測腫瘤有否轉移至其他器官。正電子掃描 (PET scan) 是一個更全面和靈敏度更高的檢查，近年已廣泛地取代上述的傳統檢查；它通常結合電腦掃描 (PET-CT) 或磁核共振掃描 (PET-MR) 一起使用。

很多研究均指這類掃描檢查在低風險乳癌病人的效益很低，除費用高昂外，也經常有「假陽性」出現，可能會引發更多不必要的其他檢查，包括一些需要入侵性手術來抽取組織的程序，平白再增加風險和醫療費用。美國臨床腫瘤學會(ASCO)近年一再發表報告，呼籲醫生應避免為低風險的乳癌病人在初診時進行正電子掃描、電腦掃描或骨掃描等不必要檢查。



電腦掃描機



骨掃描顯示腫瘤已擴散至骨骼(特別深色的部位)

問

本人48歲，上星期發現左乳有約一厘米大的硬塊，現經家庭醫生轉介往公立醫院的外科部，但輪候期頗長，我擔心情況會惡化，該怎麼辦呢？

游子覺醫生答：

本港乳癌病人延誤就醫仍然普遍，情況以低收入家庭的病人較為嚴重，相信這與婦女對乳癌的警覺性不足和公立醫院的輪候期(包括首次預約、X光檢查和手術排期)較長有關¹。

雖然我們要對乳房硬塊提高警惕，但不少乳房硬塊是良性的，基於資源問題，很多公立醫院會對眾多輪候的病人進行篩選，高危的會獲優先處理。篩選一般由資深醫護人員處理，主要是按轉介信的資料來判斷。如轉介資料指有可疑的徵狀(如皮膚侵蝕或淋巴發大)，或初步檢查(例如乳房X光造影術或超聲波掃描)有異常發現的話，他們會優先約見這些風險較高的病人。

所以，假如輪候期長而你經濟上又能負擔的話，你可考慮先行在私家化驗所進行乳房X光造影或超聲波掃描，費用約2,000元，如有異常發現，你的預約便會獲優先處理，輪候期便可大為縮短；此外，當你稍後約見外科醫生時，亦毋須在公院再輪候這些基本檢查了。

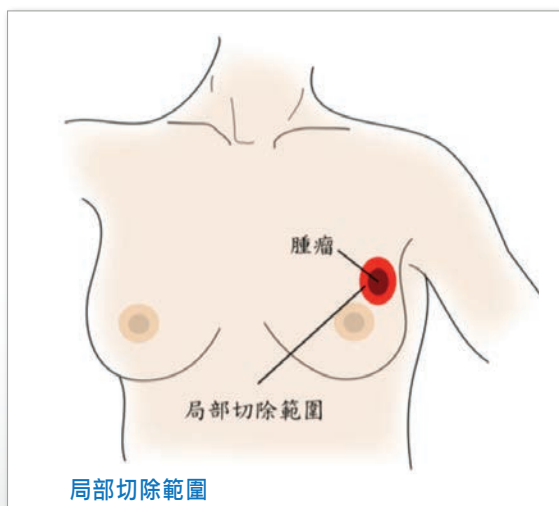
1. Yau TK, Choi CW, Ng E, et al. Delayed presentation of symptomatic breast cancers in Hong Kong : experience in a public cancer centre. HKMJ2010;16:373-377.

哪些乳癌病人適合接受保乳治療呢？安全程度高嗎？

陳嘉亮醫生及游子覺醫生答：

保乳治療(Breast Conservation Treatment)包括局部切除和放射治療兩部分，目的是要避免全乳切除為病人帶來的心理和外觀影響。如果病人條件合適，保乳治療相比全乳切除在整體療效上並沒有分別，所以近年日漸流行。雖然中國婦女的乳房通常較小，但本港的研究顯示¹⁻²，保乳治療不論在療效和保持外觀方面，都和外國的同類研究相若。

那麼，病人要有什麼合適條件呢？首先，相對於乳房而言，腫瘤的體積不可太大，否則局部切除後的外觀便不理想。腫瘤一般以不超過2-3cm為佳，如腫瘤只是稍微偏大，病人仍可考慮先進行化療，將腫瘤縮小才作局部切除。此外，腫瘤的數目和位置都很重要；如果有多個腫瘤在乳房不同部位，便不適宜作局部切除了。若乳頭太接近腫瘤而要一併切除的話，外觀亦會受影響。帶有遺傳性乳癌基因(BRCA)的病人，因在乳腺其他位置都容易會有惡性病變，所以也不適合局部切除。



因放射治療也是保乳療法的重要元素，所以病人亦必須同意和適合在手術後接受放射治療，否則，局部切除後的復發風險是很高的。如病人胸部附近曾接受放射治療，或患上較嚴重的結締組織病 (connective tissue disease，例如紅斑狼瘡和硬皮病等)，都不宜接受放射治療。年老和行動不便的，也未必適合為期數週的放療。正在懷孕的婦女，則可考慮先切除腫瘤，分娩後再進行放療。

此外，病人的意向和心態也很重要。技術上適合保乳治療，並不表示保乳治療是她的最佳選擇。基於種種個人原因或信念，有些病人即使適合保乳治療，也寧可選擇全乳切除。研究指醫生的經驗和意見也往往會影響病人的抉擇。

整體來說，在本港有約25-30%的乳癌病人會進行保乳治療，仍大幅低於外國的比率，這可能是由於乳癌普查在香港並不普及，和中國婦女乳房一般較小有關。不過，年齡在50歲以下或腫瘤體積不超過2cm的本港病人，選擇保乳治療的比率會分別升至39%及46%³。

1. Yau TK, Soong IS, Chan K, et al. Clinical outcome of breast conservation therapy for breast cancer in Hong Kong: prognostic impact of ipsilateral breast tumour recurrence and 2005 St Gallen risk categories. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2007;68:667-672.
2. Yau TK, Lau Y, Kong J, et al. Breast conservation treatment in Hong Kong - early results of 203 patients: retrospective study. *Hong Kong Med J.* 2002;8:322-328.
3. Yau TK, Soong IS, Sze H, et al. Trends and patterns of breast conservation treatment in Hong Kong: 1994-2007. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2009;74:98-103.

我的乳癌經局部切除後，病理報告指切割邊緣仍有癌細胞，醫生於是建議進行多一次手術，但這是否必要呢？其後的放射治療不是也可殺死殘留的癌細胞嗎？

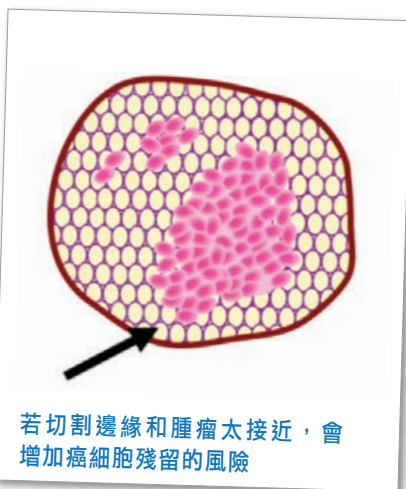
陳嘉亮醫生及游子覺醫生答：

癌病Cancer這個英文字，源自拉丁文，是「蟹」的意思，因為腫瘤周邊常有癌組織像蟹爪般伸延，入侵附近組織。醫生做切除手術時，會盡可能將腫瘤連同一些周邊的正常組織一併移除，避免有癌細胞殘留。這些額外的周邊組織，醫學上稱為切割邊緣(resection margin)。這好比一個安全距離，過少或甚至沒有的話，癌細胞殘留的機會便會相應增加；但過多又會影響外觀。放射治療雖然能殺死部分殘留的癌細胞，但若剩餘的癌細胞過多，療效便不理想¹。

要有多少安全距離才足夠呢？醫學界一直有不同意見，但根據最新發表的國際指引，侵蝕性乳癌(invasive breast cancer)只要切割邊緣不含癌細胞，距離不用多於1mm；原位癌(DCIS)由於生長特性不同，它要2mm距離才安全。若安全距離不足，而技術上又可行的話，便應進行多一次局部切除(re-excision)。如果連第二次局部切除都無法完全清除腫瘤的話，醫生便要考慮全乳切除了。



Cancer是「蟹」的意思



若切割邊緣和腫瘤太接近，會增加癌細胞殘留的風險

1. Society of Surgical Oncology–American Society for Radiation Oncology Consensus Guideline on Margins for Breast-Conserving Surgery With Whole-Breast Irradiation in Stages I and II Invasive Breast Cancer. Annals of Surgical Oncology. 2014; 21: 704-716.

聽說切除腋下淋巴會引致手腫和肩膊不靈活等後遺症。我可否以放射治療或化療等代替淋巴切除呢？

陳嘉亮醫生及游子覺醫生答：

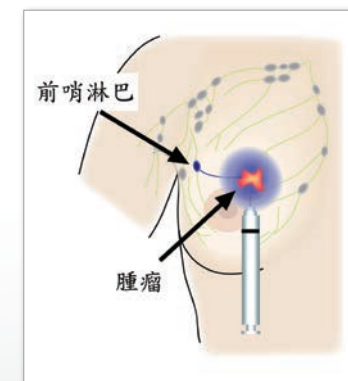
切除腋下淋巴的確會引起一些如手痺和手腫等後遺症，但如果淋巴結有明顯轉移的話，手術切除是標準的局部治療方法，而且也可提供更多病理資料，幫助決定病人的復發風險和日後的輔助治療。

對於沒有明顯淋巴轉移的病人，近年醫學界發展了前哨淋巴結檢測技術(sentinel lymph node biopsy)，希望能減少不必要的淋巴切除手術。簡單來說，外科醫生會在乳房腫瘤周圍注射少量放射性同位素或染色料，這些物質會模擬癌細胞可能轉移的路徑，到達前哨淋巴結(即第一站的淋巴結)。醫生會用儀器或肉眼去找尋這些前哨淋巴結，然後切一至數顆淋巴結出來即時化驗。淋巴轉移的路徑就像巴士的路線一樣，有規則地一站接一站的走，「飛站」的情況很少，所以，如果在這些前哨淋巴結沒有發現轉移的話，其餘淋巴結受牽連的機會便很低，病人便可避免進行傳統腋下淋巴切除手術。反之，若前哨淋巴結發現有癌細胞轉移的話，病人便須切除其餘約三分之二的腋下淋巴結了。

前哨淋巴結檢測須由經特別訓練的醫生進行，誤差率低於10%，目前已被廣泛應用。請注意，在手術時進行的即時初步化驗，有可能會遺漏了一些癌細胞，若在日後的詳細病理化驗中，發現前哨淋巴結其實有癌細胞轉移的話，病人便可能要再進行多一次手術，切除其他腋下淋巴了。

注意：

近年有研究(ZOO11)指出，在局部切除體積較小的腫瘤時，即使發現有一至兩顆的前哨淋巴結有少量轉移，也不一定要再切除腋下淋巴，因之後的輔助放療和藥物治療可能已足夠消滅殘留的癌細胞。



注射在腫瘤周圍的放射性同位素或染色料會沿腫瘤可能轉移的路徑，到達前哨淋巴結

問

是否任何年紀的乳癌病人都可以採用保乳治療呢？

游子覺醫生答：

有兩個年齡組別的病人在考慮保乳治療時是要特別留意的。第一類是年齡在40歲以下的女士，這些年青女士的局部復發風險不論在全乳或局部切除後都會稍高，近年海外及本地的研究均顯示¹，這些年輕病人同樣適合保乳治療，局部復發風險只是稍高於較年長婦女3%左右，存活率亦不低於同齡而接受全乳切除的病人。不過，一些有BRCA基因變異的年青病人，由於她們在其他乳腺組織再長乳癌的風險較高，一般不建議進行保乳手術。(可參閱<遺傳性乳癌>篇)

第二類是75歲以上的女士。理論上，年紀很大的病人也可選擇保乳治療，但手術前應認真考慮她們的意願和是否適合為期數星期的放射治療，以及往後的定期跟進 (如乳房X光造影檢查等)。不過，近年有研究指若婦女超過70歲，腫瘤小於1cm和切割周邊有不少於1cm正常組織，而又同時適合荷爾蒙治療的話，局部切除後的復發風險不高，亦可考慮免去放射治療。

1. Yau TK, Choi CW, Sze H, et al. Should young age be a contra-indication to breast conservation treatment in Chinese women? Twelve-year experience from a public cancer centre in Hong Kong. Hong Kong Med J. 2009;15:94-99



問

本人剛接受了全乳切除手術，應配戴義乳嗎？
在哪裏可選購合適的義乳？

游子覺醫生答：

全乳切除手術後應否配戴義乳，純粹是個人的選擇。不過，配戴義乳除可改善外觀，提升自我形象外，適當的義乳也能平衡身軀，避免肩膀不自覺地傾側。內置的義乳多使用鹽水袋等物料，需經整形手術植入體內。外置的義乳，應按照另一邊乳房的大小，選購合適尺碼的義乳，配合特製的乳罩使用，配戴方法簡單。現時市面上有數間醫療用品公司提供專人試身服務，產品款式新穎，種類繁多，配戴後可穿著晚裝或泳衣進行日常活動，價錢約1,000元左右。詳情可向腫瘤專科護士或癌症病人資源中心等查詢或索取相關資料。



義乳除可提升自我形象外，也能平衡身軀

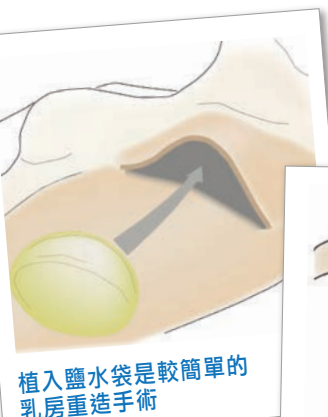
問

醫生說我的乳癌不適合採用保乳治療法，但可考慮在切除乳房時一同進行整形手術。這些整形手術安全嗎？會否令復發不易察覺？

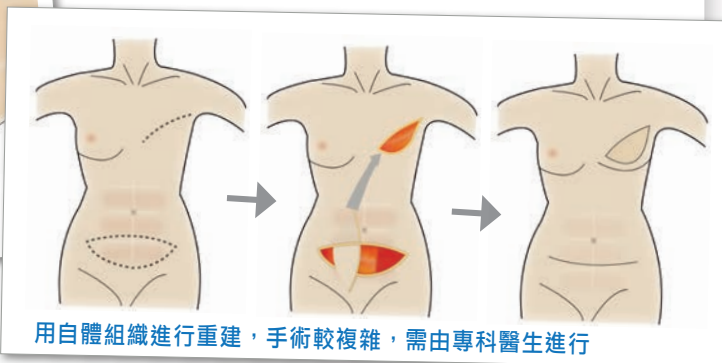
陳嘉亮醫生及游子覺醫生答：

對於需要做全乳切除手術的病人，應否同時進行整形手術，純粹看個人對外觀的要求而定；很多病人可能覺得配戴義乳已很足夠。整形手術的安全性近年進步良多，但亦要視乎醫生的經驗和整形手術的種類。有些手術比較簡單，例如植入鹽水袋或矽袋；有些則比較複雜，用自體組織進行重組，例如橫行下腹直肌肌皮瓣乳房再造術(TRAM Flap Breast Reconstruction)。各種整形手術互有優點和缺點，選擇時需視乎病人的體質和期望而定。

整形手術後對偵測復發一般沒有大影響。若病人在手術前已確定日後需要放射治療的話(例如有淋巴轉移)，自體組織重組整形手術是較理想的方法，因外觀受放療的影響較少¹；若植入鹽水袋或矽袋的話，隨後的放療會有較高機會引致併發症，引致變形和萎縮(capsular contracture)等。



植入鹽水袋是較簡單的乳房重造手術



用自體組織進行重建，手術較複雜，需由專科醫生進行

1. Soong IS, Yau TK, Ho CM, et al. Post-mastectomy radiotherapy after immediate autologous breast reconstruction in primary treatment of breast cancers. Clin Oncol. 2004;16:283-289.

問

本人母親現年78歲，一向健康良好，但最近患上早期乳癌，我們家人對她應否接受手術持不同意見。她可否服藥控制乳癌，免除手術的痛苦呢？

游子覺醫生答：

除非病人體質很差，完全不適合接受麻醉和手術，又或有嚴重疾病，預期壽命不超過數年，否則，病人應盡可能進行切除手術。如乳癌不受控制的話，除會轉移至其他器官外，乳房被腫瘤進一步侵蝕，亦會流血、流膿和發臭，嚴重影響日常生活和照顧。口服的荷爾蒙治療藥物，未必人人適合，但即使有效，通常只能將乳癌暫時壓抑一段時間，絕不能替代切除手術。

對於年紀大的病人來說，全乳切除一般是較佳的選擇，若腫瘤細小，局部切除亦未嘗不可，但一般再需要接受為期數星期的放射治療。對於年長和身體弱的病人，醫生都會避免使用化療。可幸的是，大部分年長婦女的乳癌，都是適合使用口服荷爾蒙藥來減低復發的。荷爾蒙治療的副作用很少，請放心，詳情可參考本書的荷爾蒙治療篇。



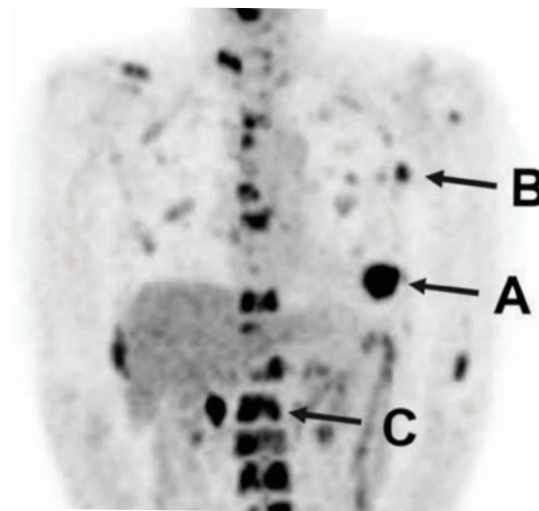
個人化的 輔助 治療

問

醫生說我的腫瘤已被完全切除，連最先進的正電子掃描(PET scan)也找不到殘餘的癌細胞，我為何手術後還要接受放射治療和化療呢？

游子覺醫生答：

絕大部分乳癌病人在手術切除後都沒有明顯殘餘腫瘤的，但為何有些仍會復發呢？這是因為有些殘餘癌細胞會逃過目前的監測技術，潛伏在身體不同地方，日後便會增大作惡。正電子掃描(PET scan)在偵測癌腫瘤上比一般電腦掃描或磁核共振掃描優勝之處，是它可以查找體內新陳代謝異常活躍的地方，所以即使受侵蝕的組織沒有發大或變形，腫瘤也可被偵測出來。不過，即使是最先進的正電子掃描，亦不能偵測到一些很小或生長較慢的腫瘤，所以我們不可過份依賴這些檢查，誤以為所有癌細胞已被徹底清除。醫生仍須依據個別病人復發或轉移的風險，決定是否需要其他輔助治療。



正電子掃描顯示，這病人在左乳的主瘤(A)，已擴散至左邊腋下的淋巴結(B)和骨骼(C)

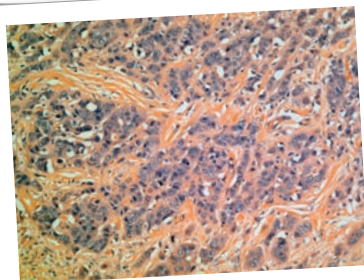
乳癌是否有不同類型？為什麼有些一期病人的治療方案比二期的還冗長複雜呢？

游子覺醫生答：

醫生為方便研究和統計，會依據腫瘤的大小(T,tumour)、淋巴結受影響的幅度(N,node)和是否有轉移至其他器官(M,metastasis)等三個因素，將乳癌病人分為四期，一至三期的腫瘤，影響範圍仍局限於乳房及附近的淋巴，四期的則表示已轉移至其他器官了(請參閱附錄三)。在傳統概念上，期數越低，復發風險便越低，需要的治療也越簡單。

增加乳癌復發風險的因素

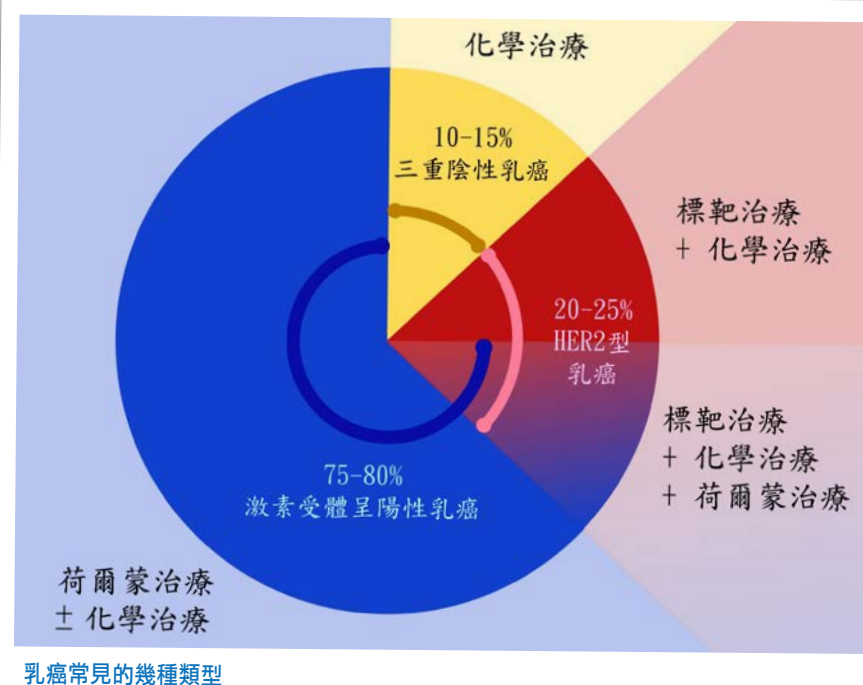
- 腋下淋巴結受影響的數量越多，風險便越高
- 乳房腫瘤較大或有侵蝕皮膚、胸肌等現象
- 腫瘤的組織學級別(histological grading)較高(最高為第三級)
- 荷爾蒙受體呈陰性反應
- H E R 2型或三陰性乳癌
- 癌細胞增生指標(proliferation index, 簡稱Ki-67)較高(表示癌細胞繁殖較迅速，一般以15%以上為高)
- 腫瘤附近小血管或淋巴有被侵蝕現象(lymphovascular invasion)
- 年齡小於三十五歲



組織學級別(histological grading)分為一至三級，第三級的腫瘤(如左圖)惡形惡相，和正常細胞有很大分別。組織學級別越高，癌病復發的風險便越高。

癌病期數的分類方法已沿用多年，深入人心，亦是很多病人最關心的資料。不過，近年研究顯示，這種分類方法未必能準確預測復發的風險和提供合適的治療指引，情況就有如我們單靠中英數三科成績去預測一名學生將來的發展一樣。事實上，還有很多其他風險因素，如荷爾蒙受體(hormonal receptors)、組織學級別(histological grading)、HER2型乳癌等病理資料，也應該充分考慮。一般來說，風險因素越多，復發的機會便越高，這些風險分析，對淋巴結沒有受影響的早期病人尤其重要。

此外，乳癌也有不同類型(如圖)，其所需要的輔助治療藥物也不同，這是近年發展迅速的「個人化治療」(Personalized Therapy)的典型例子(詳情可參閱其他問答)。因此，醫學界正發展各種網上工具，如Predict和 Breast Cancer Treatment Outcome Calculator等，去幫助醫生和病人作風險評估和決定輔助治療方案。



醫生建議將我的腫瘤樣本送往外國做一個很昂貴的基因測試，以決定是否需要接受化療。這些基因測試是否必要呢？可以在香港進行嗎？

游子覺醫生答：

相信你指的是一種名為Oncotype DX的基因測試，目前這項測試只可在美國加州一所實驗室進行，醫生須將已切除的乳癌樣本寄出，兩至三星期後便有報告，費用約三萬多港元。

這項基因測試只適合某些相對早期的病人，條件是要腫瘤較細，淋巴結又未有癌細胞轉移(或只有少量轉移)，而同時又適合荷爾蒙治療的非HER2型乳癌。符合上述所有條件的病人，有部分單用荷爾蒙治療可能已足以控制腫瘤，不需要額外的化療。這項Oncotype DX基因測試正正就是要幫助醫生更客觀地評估復發風險，以決定那些病人應加入化療。在未有這項基因測試前，在這「灰色地帶」的病人，很多時都「寧枉毋縱」，接受了額外(而可能不必要)的化療，以求安心。

預期復發風險

高

中

低

輔助藥物治療

荷爾蒙治療 + 化療

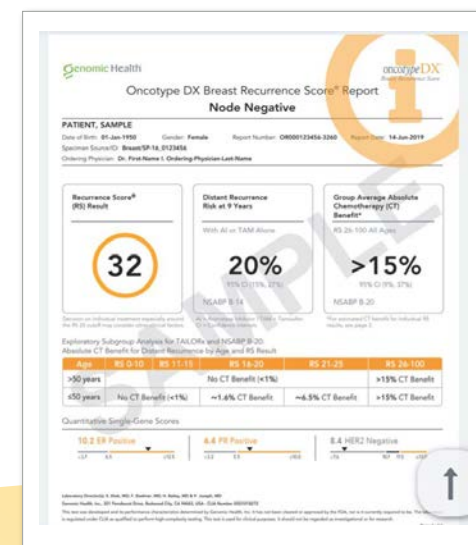
荷爾蒙治療 ± 化療

荷爾蒙治療

Oncotype DX基因測試可以幫助醫生決定治療方案

所有符合上述條件的病人都應該進行這項基因測試嗎？這又不然。一些腫瘤如果有多個高風險因素（如組織學級別第三級和細胞增生指標過高等），醫生已建議加入化療時，便毋須進行這昂貴的測試了。此外，因年紀或個人意向而已決定不採用化療的病人，這測試亦沒有多大幫助。

結果顯示這病人的復發分數（Reurrence Score）是32，代表若只用賀爾蒙治療而不加化療的話，九年內的轉移風險是20%，若加上化療的話，增益可達15%以上。



注意

1. Oncotype DX是較常用的多重基因預測方法，其他類似的測試還包括EndoPredict，Prosigna (PAM50) 和MammaPrint等，工作原理相若，亦互有長短。
2. 這類測試並非用作檢測遺傳性乳癌(BRCA)。
3. Oncotype DX 在未有淋巴結轉移病人的數據很強，有大型研究(TAILORx) 支持。但它在有淋巴結轉移病人的效用則較具爭議，未被廣泛應用。

化療篇

問

何謂化療，和其他藥物治療有什麼不同呢？

游子覺醫生答：

化療，全名化學治療，是由英語Chemotherapy直譯過來，是指用藥物 (Chemical drug)來直接殺死癌細胞。身體不少正常細胞，尤其是生長迅速的，都會易受藥物波及，引致嘔吐、脫髮和抵抗力下降等副作用。廣義來說，現今大部分藥物都是化學品，其他包括利用抗生素醫治細菌感染等，都可稱為化療。不過，在實際應用上，化療和抗癌已變成不可分割了。

化療攻擊細胞時的篩選性較低，適合用於多種類型的乳癌，但不少正常細胞都會受牽連，因此副作用較多，需以周期(cycle)形式進行，即每次化療後病人都要休息一段時間，待身體復原後才可再接受下一次化療。作為乳癌的輔助治療，化療組合一般包括兩至三種藥物，以兩至三星期為一周期，進行四至八周期。較短的四周期化療只適合較低風險的病人。除作為輔助治療外，化療亦適合用於腫瘤復發的病人。

現在大部分化療都可在日間治療室進行，病人毋須住院。很多新一代的抗癌藥物主要是針對癌細胞的特別生長基因和它們所產生的蛋白，副作用少很多，一般稱為標靶治療，以示區別。



著名的紅白針，紅針是 Doxorubicin (阿黴素，其商品名稱 Adriamycin 更為人所熟悉)；白針是 Cyclophosphamide (環磷醯胺)。醫生通常會用每種藥名的首個英文字母，併湊成該組合的簡稱，例如紅白針稱為A C。目前紅白針仍是乳癌化療中的主力。不過，新一代的化療組合，通常會再加上一種紫杉醇，如 Docetaxel (多西紫杉醇，商品名稱為 Taxotere) 或 Paclitaxel (太平洋紫杉醇，商品名稱為 Taxol) 等新藥，變成 TAC、AC-T 等組合。

我認識幾位病友，她們的化療都是切除手術前做的，為什麼我在手術前又不需要化療呢？

游子覺醫生答：

其實大部分的乳癌化療都是在手術後才進行的，因為醫生要清楚知道腫瘤的各項病理資料，尤其是腫瘤的體積和腋下淋巴結受影響的幅度，來評估病人的復發風險，以決定是否需要接受額外的輔助治療；這些病理資料在手術前往往都不完整。

不過，亦有三類病人可能需要考慮先用化療將乳癌縮小才進行手術的。第一類是腫瘤太大或已有多顆淋巴結明顯受影響，即使做全乳和腋下淋巴切除也不容易徹底割除癌腫的病人。第二類是腫瘤不太大，全乳切除手術雖然可行，但病人希望能用局部切除以保留乳房，這時便需要用化療先行將腫瘤縮小了。第三類是HER2型乳癌或三陰性乳癌，可以先大幅縮小腫瘤，和測試它的反應，以調節日後的藥物治療方案。

術前化療的效果要視乎乳癌的類型而定，一般以HER2型和荷爾蒙受體陰性型的較顯著，有部分更可完全被化療消滅，在切除樣本上找不到癌細胞。整體而言，不論在手術前或手術後進行化療，其減低復發的療效都是相若的。不過，除上述三種情況外，在手術及詳細評估病理報告後才進行，便可避免不必要的化療了。

我很怕打針，可以選擇口服的化療藥嗎？

游子覺醫生答：

化療藥物的副作用較多，但為了徹底消滅癌細胞，醫生須按照病人的身高和體重精確計算劑量，以期達至最強的療效。口服藥物雖然使用方便和對病人生活質素影響較少，不過，大部分的乳癌化療藥物都不適合口服，又或者在消化系統中的吸收不穩定，有可能導致頗大的劑量誤差。所以，絕大部分的化療藥，都是經靜脈輸注的。

適用於乳癌的口服化療藥目前只有Cyclophosphamide(環磷醯胺)、Capecitabine(Xeloda, 希羅達)和Vinorelbine(長春瑞濱)三種。口服的Cyclophosphamide雖可用作輔助化療，但亦須配合其他經靜脈輸注的化療藥物(Methotrexate和Fluorouracil)一同使用。這個簡稱為CMF的組合，在上世紀八十至九十年代期間盛極一時，現在已差不多全面淡出，只偶然用於體質較弱的病人。

其餘兩種口服藥物主要用於復發或已擴散轉移的病人，其中以Xeloda最為常用，是標準的二、三線化療藥。一般是在早晚餐後服用，使用十四天後休息七天，待身體復元才開始下一周期。它既可單獨使用，亦可配合其他化療藥或標靶治療。該藥物除使用方便外，所引起的副作用亦比一般化療少，尤其在脫髮和影響骨髓造血功能方面。不過，約有一成病人可能出現較嚴重的腹瀉、口腔發炎或手腳紅腫及脫皮（即所謂「手足綜合症」），如情況嚴重，醫生除要處方止瀉藥或潤膚膏外，亦可能要調減劑量。近年研究指，部分術前化療效果不理想的病人，手術後服用半年Xeloda，可減低復發風險。



我曾徵詢不同醫生，他們建議的輔助化療組合都不同，醫學界不是有統一標準的嗎？

游子覺醫生答：

在十多年前，應用在乳癌的輔助化療組合只有兩三款，醫生和病人都不須花很多時間去選擇，非常簡單。

近年各地投放大量資源進行研究，衍生了很多所謂第二、三代的化療組合，這些不同的組合，只有小部分曾互相直接比較。所以，針對同一病情的乳癌病人，經國際認可使用的化療組合不下六、七款，不同醫生可能有不同取向。目前的輔助化療以第二、三代組合為主，整體來說，第三代組合的療效較強，副作用也較多。而同一代的各種組合中，療效則大致相若。病人不應盲目認為第三代的化療組合必定比第二代的好。對於風險比較低的病人，第二代的化療藥物可能已很足夠，若胡亂使用第三代化療藥，只會增加副作用和費用，對病情可能沒有實質幫助。

其實，手術後的輔助治療，概念和買保險很相近，目前並沒有所謂乳癌的標準化療組合。整體而言，選擇哪款並沒有絕對的對與錯。除療效外，其他因素如副作用、藥物費用、使用的方便程度、病人的體質和意向，也要一併考慮。

注意

病人不應盲目認為第三代的化療藥，必定比第二代的好。對於風險比較低的病人，荷爾蒙治療或第一、二代的化療藥物可能已很足夠。

較常用的輔助化療組合

不需要標靶藥(Herceptin)的組合：

- TC (x4) Taxotere, Cyclophosphamide (3週一次) (第二代)
- AC (x4)+P (x4) Adriamycin, Cyclophosphamide ; Paclitaxel (傳統式: 3週一次) (第二代)
- AC (x4)+P (x4) Adriamycin, Cyclophosphamide ; Paclitaxel (密集式: 2週一次) (第三代)
- AC (x4) (密集式: 2週一次)+P (每週一次x12) Adriamycin, Cyclophosphamide ; Paclitaxel (第三代)
- AC (x4)+D (x4) Adriamycin, Cyclophosphamide; Docetaxel (3週一次) (第三代)
FEC (x3)+D (x3) Fluorouracil, Epirubicin, Cyclophosphamide;
Docetaxel (3週一次) (第三代)
- TAC (x6) Taxotere , Adriamycin, Cyclophosphamide (3週一次) (第三代)

需配合標靶藥(Herceptin) 的組合: (總共需一年的標靶藥)

- weekly paclitaxel (x12) + Herceptin
- TC (x4) Taxotere, Cyclophosphamide (3週一次) + Herceptin
AC-PH (4+ 4) (包括傳統式和密集式) Adriamycin, Cyclophosphamide;
Paclitaxel; Herceptin (2或3週一次)
- TCH (x6) Taxotere, Carboplatin, Herceptin (3週一次)

括號內為所需的化療週期數目，Paclitaxel(太平洋紫杉醇)亦常以英文字母T (Taxol)代表，為避免混淆，這裏以P代表，而T或D則指Taxotere(Docetaxel，多西紫杉醇)。

問

我母親在十多年前做過化療，嘔吐得很厲害。我很擔心下星期開始的化療，也會有類似情況，怎麼辦呢？

游子覺醫生答：

很多癌症病人在化療時最擔心的副作用並非是脫髮或細菌感染，而是噁心嘔吐！以往很多病人都拿著膠袋進入化療室，有些甚至未打針已有嘔吐，這可能是由於藥味和環境勾起了上次化療的不適吧！

近年醫學界發展了多種強力的止嘔藥物，藥效強勁，雖然少部分病人可能仍有輕微「作悶」的感覺，但嘔吐已大為減少！化療引致的嘔吐反應大致可分為急性（化療後24小時內，主要是頭數小時）、延遲性（即化療後1-7天）和預期性（即「未打先嘔」）三類，每類都需用不同的止嘔藥物，所以醫生一般是同時使用兩種至三種的止嘔藥，互補長短，以達至最佳效果。要避免「未打先嘔」的預期性嘔吐，最好是在首次化療時就用足夠的止嘔藥，避免嘔吐引起的心理反應。

除使用止嘔藥外，一些生活小貼士也有幫助，例如在注射前吃點簡單的食物，盡量多喝液體，例如飲湯、吃粥；慢慢進食，進食後躺下來休息，仔細咀嚼；少吃多餐，多吃簡單而容易消化的食物，和一覺得噁心就用口深呼吸等。



常用的三重架構止嘔藥：第一重是類固醇(Dexamethasone)，第二重是5-HT3受體拮抗劑，如 zofran 或 kytril；第三重是Emend (或其他類似新藥)。嘔吐較輕的化療只需頭兩重藥物，較嚴重的則要三重防預了。

注意

化療期間，胃酸倒流(gastric reflux)和「火燒心」(heartburn)等症狀很普遍，病人胃部不適，以為是作嘔，不斷服用止嘔藥也幫助不大。其實只要加上一些中和或減低胃酸的藥物便可舒緩不適，避免煙酒、咖啡、朱古力、橙汁和濃茶等也有幫助。

問

手術後醫生建議我接受輔助化療，但我想多休息三至四個月，待身體復元較佳才開始，可以嗎？

游子覺醫生答：

病人在手術後要接受化療，目的是將殘留在身體的癌細胞殲滅，減低復發的風險。如病人多休息幾個月，癌細胞會在這段時間內不斷增生，化療的效果便會大打折扣。所以一般在手術後三至四星期，當身體大致康復後，病人便應開始化療。不過，若傷口還未癒合，化療會增加病人受細菌感染的機會，醫生便須將化療押後多一兩星期了。整體來說，輔助化療的開始時間應盡量安排於手術後的六至八星期內。



問

聽說中藥可以固本培元，減少化療的副作用。
我在化療期間可以服用中藥嗎？

游子覺醫生答：

理論上，中西醫藥互補不足的空間很大，如果協調得當，可以相輔相成。不過，在實際使用上，中西醫藥應如何結合，目前並沒有科學化的大型研究作為指引，效用亦不清晰。西醫知道有些西藥是不可同時使用的，例如化療藥和荷爾蒙治療藥，三苯氧胺(Tamoxifen)和部分精神科藥物，又例如Adriamycin(一種常用化療藥)和Herceptin(一種標靶治療藥)。前兩者會互相干擾，令抗癌的療效大減！後者的組合會令心臟受損的機會增加。在中醫藥方面，亦有不少不能共同使用的例子。至於中藥加西藥，可能的配搭會有幾百種，難以簡單說明哪一種好、哪一種不好。再者，目前抗癌藥物發展神速，有些新藥，例如標靶治療藥物，連一般西醫也未必能掌握其特性，又何況中醫呢？即使是使用了超過二十年的三苯氧胺，也只是在近年才證實會受部分精神科藥物干擾。另一方面，就我們診治病人的經驗來說，一些較溫和的中草藥，例如靈芝、雲芝等，亦可能令病人的肝酵素升高數倍，雖然對身體沒有構成嚴重影響，但就可能延遲或中斷化療療程了。

簡單來說，由於化療藥物藥性強，故除進行臨床研究外，最安全的做法還是避免和中藥共同使用；不過，一般食療應該是安全的。至於荷爾蒙治療和放射治療，副作用較溫和，相信和中藥衝突的機會較小。

健康貼士

你可知道靈芝會干擾正電子掃描檢查的準確性嗎？因這原因，本港很多診斷部門都要求病人在檢查前三天停止服用這類中藥。



問

我現年34歲，很擔心化療會引致我提前收經，
這風險高嗎？

游子覺醫生答：

化療期間，大部分婦女的經期都會變得不規則或暫時停止，化療後的復元時間可由數月至數年不等，平均約大半年左右，部分更不能回復，即提前收經。這風險的高低主要視乎病人的年紀和所用的化療療程。年齡在40歲以下的病人，約70-80%的經期在化療後會漸回復正常。若病人的歲數接近正常收經年齡，例如45歲以上，提前收經的機會便很高了。提前收經除引致不育和其他負面心理影響外，亦會增加病人患心血管病和出現骨質疏鬆的風險。所以康復者更應維持健康的飲食和生活習慣，多運動，並服用維他命D和鈣的補充劑，以減低上述風險。

註

即使病人的經期回復正常，也不表示生育能力完全沒有受影響。請參閱另題。

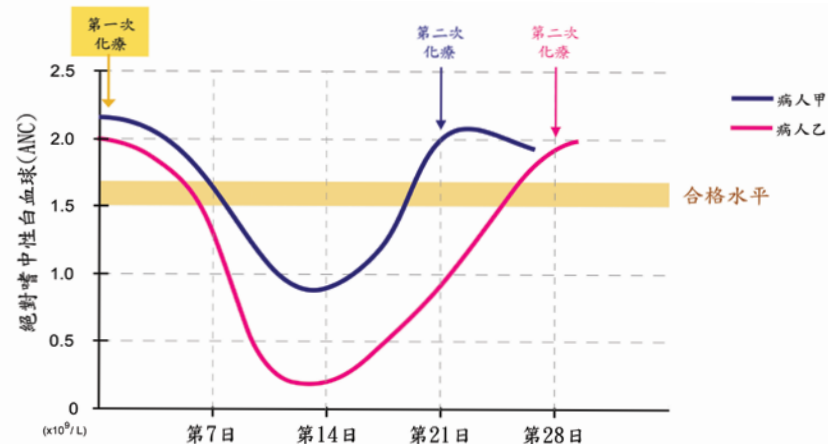
在化療後，我的白血球復元較慢，導致每次化療都要延遲一星期，有什麼方法可加速白血球復元呢？

游子覺醫生答：

我們身體有不同類型的白血球，化療期間醫生最關注的是嗜中性白血球(Neutrophil)的數量，因它們是對抗細菌入侵的「戰士」。嗜中性白血球一般佔白血球的總數約40-60%左右，其絕對數量(Absolute Neutrophil Count, ANC)要有($1.5 \times 10^9/L$)或以上，才可安全地開展下一個化療周期，若白血球復元較慢，化療便可能要延期(俗稱「留班」，即比別人遲「畢業」也)。有些病人亦會因血小板未達標($100 \times 10^9/L$)而「留班」，不過這遠不及白血球「不及格」那麼普遍。紅血球(即血色素)雖然亦會受影響而輕微下降，但一般很少會影響化療的進度。



嗜中性白血球
(Neutrophil)



舉例說，病人甲的白血球在化療後及時回升，在三星期後可順利進行下一次化療。病人乙的復元較慢，白血球要到四星期後才達基本要求，而且其白血球也曾跌得很低，受感染的風險較高，所以要延期進行化療。

化療通常定為每三星期一次，是預計一般病人平均會在三星期內復元。白血球受化療影響，在一至兩星期內會急降，然後在第三星期急速回升，升降的時間、速度和波幅則視乎體質和化療組合而定。醫生計算病人所需的化療劑量，主要是基於病人的身高和體重。可以想像得到，同一身高體重的病人，體質可能有很大差異，復元的速度亦不盡相同。如果你的復元速度較慢，對你來說，每三星期的化療周期是太急了。

坊間流傳着各式各樣幫助白血球提升的食療，就筆者接觸過的個案來說，效果並不明顯。除調減化療劑量外，目前能有效加速白血球復元的方法，是使用白血球生長素(growth factors, 俗稱「升白針」)，但不建議隨便使用這類藥物，而應先和醫生商討。「升白針」亦可引致骨痛等症狀，目前只建議在細菌感染風險較高，或密集式(dose-dense, 即每兩星期一次化療)的化療組合中使用。

市面上亦有些聲稱含特高Arginine(精胺酸)、Glutamine(谷胺酸)和Omega 3脂肪酸的貴價奶粉，聲稱可提升癌症病人的抵抗力，減低癌症治療時的副作用。這套泛稱為免疫營養學(immunonutrition)的理論，是利用精胺酸類物質來調節免疫細胞功能，藉此維持身體正常且適度的免疫反應。不過，臨床研究指出，這些特製奶類製品，雖能減少某些受嚴重創傷和頭頸癌或消化系統癌手術病人的傷口感染，但對接受化療或放射治療的病人，沒有顯著效果。權威的美國營養學會(The American Dietetic Association, ADA)亦不建議進行化療或電療的病人進食這些昂貴的免疫營養奶粉，若胃口欠佳，一般營養奶其實已很足夠。

健康貼士



如胃口欠佳，可考慮以各種營養奶作補充。這些營養奶並非越貴越好，最重要是選擇適合自己口味的。

香港中文大學亦曾就一些中藥能否幫助病人減低化療的副作用進行研究¹，結果顯示此類中藥除了輕微減低「作悶」外，對其他副作用，包括對白血球的復元，都沒有明顯效用。

1. Mok TS, Yeo W, Johnson PJ et al. A double-blind placebo-controlled randomized study of Chinese herbal medicine as complimentary therapy for reduction of chemotherapy-induced toxicity. Ann Oncology 2007; 18:768-774

我很擔心化療引致脫髮，怎樣才可減低這些副作用呢？

游子覺醫生答：

脫髮是很多病人最擔心的問題。不幸的是，絕大部分的乳癌化療都會引致脫髮，一般在開始後三至四星期便很明顯，其嚴重程度需視乎所選用的藥物和病人體質而定。在進行化療時用「冷帽」(Cold cap) 將頭皮降溫，可減低含化療藥的血液流經毛囊以減少脫髮，不過效果不一，將頭皮冷凍亦會令人不適，而且病人亦要在化療中心多逗留個多小時，因化療開始前45分鐘直至完後45分鐘都要戴上「冷帽」，「冷帽」亦要每20-30分鐘更換一次，以保持冷凍效果。因使用麻煩，所以在香港並不普遍。

開始脫髮時，頭髮會一束一束的脫落，病人宜先將頭髮剪短，比較容易打理，亦可減低脫髮造成的心理壓力。脫髮雖然對心理和外觀有影響，但身體機能卻沒有實質受損，因此不用過分擔心。化療期間，病人可利用假髮、帽子或絲巾改善外觀，各適其適。一般來說，病人會在化療後三至六個月內逐漸長出頭髮。



醫生建議我在接受化療期間使用白血球生長素，我擔心有其他副作用，有必要使用嗎？

游子覺醫生答：

有部分化療療程，尤其是些較強的新一代組合，可以令白血球降得很低，病人受細菌感染的機會較高。化療期間受感染是很危險的，病人要立刻入院接受觀察和強力抗生素治療，嚴重的更要入深切治療病房。根據國際標準，如果化療期間發燒或感染的風險高達20%以上的話，病人便要接受白血球生長素(即「升白針」)，刺激骨髓加速製造白血球，以維持白血球的數量，減低感染的風險。對於一些所謂密集式(dose-dense)的化療療程，每個化療周期由平常的三星期縮短為兩星期，亦要借助白血球生長素，令白血球盡快復元。

白血球生長素的學名為Filgrastim(商品名包括Neupogen和Nivestim)，一般在化療後三、四日開始作每天皮下注射一次，約四至七天不等。開始注射的時間和總日數可能有不同建議，但化療完成後的24小時內不可開始。

「升白針」副作用不多，較常見的包括短暫的骨痛、肌肉痛或注射部位疼痛等，這類輕微不適一般服用「必利痛」等簡單的止痛藥便可。很多病人經簡單指導後可以自行打針(一般在肚皮位置)，沒有信心的話亦可找家人或護士代勞。近年亦發展了一種每化療周期只須一次皮下注射的「升白針」，名為Neulastim，雖然方便，但價錢非常昂貴。而且，對部分病人來說，「升白」效果可能太強了。

還有一點要注意的，是乳癌化療對中國婦女體內白血球的壓抑，往往比西方婦女嚴重。例如近年筆者的研究顯示¹，香港婦女因接受TC(Taxotere-Cyclophosphamide)化療受感染而入院的機會是21%，遠高於外國的5%。因此，我們決定是否要用白血球生長素時，還須考慮本地病人的體質，不能單靠外國的數據。

1. Yau TK, Ng TY, Soong S, et al. Toxicity of Docetaxel plus Cyclophosphamide (TC) as adjuvant therapy for breast cancer in Chinese patients—the Hong Kong experience. Asia-Pacific J of Clin Oncol. 2009;5:123-128.

安全警告

「升白針」有一罕見副作用，就是脾臟(spleen)發脹，嚴重的甚至會令其爆裂。如果病人左上腹(或左膊)突然劇痛，便應從速找醫生診治了。

我要接受化療和標靶治療，需作定期靜脈輸注，但我手臂的血管很細和難找，有其他解決方法嗎？

游子覺醫生答：

為減低手腫的風險，醫護人員會避免在乳癌手術那邊的手臂進行化療和抽血等程序。若病人兩邊都曾接受乳癌腋下手術，或手臂的血管很難找，尤其是要長期輸注治療的話，便要考慮接受一項小手術，安裝下列其中一款裝置了：

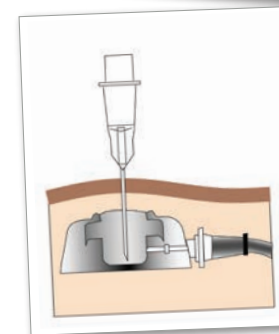
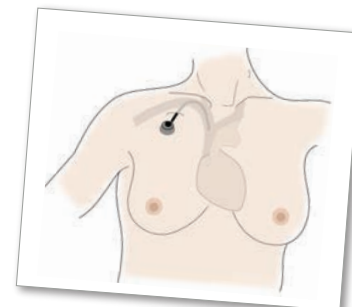
1. 外置式中央導管（PICC）

此特製導管從病人手肘附近的靜脈置入，延伸至心臟附近的大靜脈。PICC無論安裝或拆除都比較簡單，但由於導管裝置於手臂，所以該手臂應避免劇烈運動、提取重物或穿太緊的長袖衣服。此外，由於導管會伸出體外，所以亦要避免游泳或浸浴。此外，即使不曾使用，導管都需由有經驗的專科護士每週沖洗和護理一次，以保持導管暢通及清潔。



2. 內置式輸送導管

簡稱Port-A 或Port-A-Cath (PAC)。是利用外科手術方法把Port (一個五毫硬幣大小的矽膠注射口及底座) 植入胸部近鎖骨位置，導管與人體的大靜脈相接。植入Port後可摸到皮膚下面有輕微突出的小鼓形接口。整個注射系統屬密閉式系統，可減少感染的風險，日常護理相當簡單，沖洗或使用後一個月內都不需再作護理。由於Port乃埋於皮下，所以病人的日常生活也不受限制，可如常游泳或浸浴。缺點是安裝或拆除都較複雜和昂貴(包括要使用特別設計的針咀)，而且每次化療或抽血時仍須刺穿皮膚。胸口亦留有一吋長的小疤痕。



以上兩種裝置均能減低因化療藥物滲漏而引致組織損傷的風險，並可用於輸送藥物、輸液及抽血等。

健康貼士

整體來說，若需長期使用的話，內置式輸送導管(Port-A)是較佳選擇。

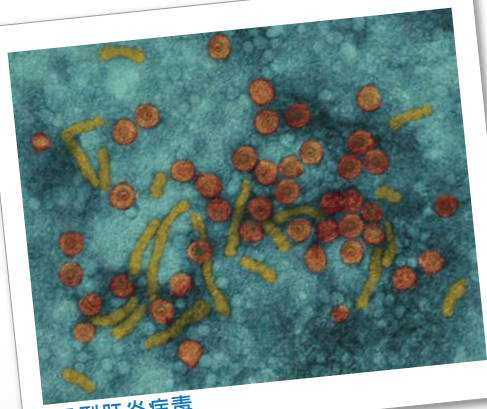
問

我是乙型肝炎帶菌者，化療會進一步影響我的肝功能嗎？

游子覺醫生答：

香港約有8%的人口是乙型肝炎帶菌者(Hepatitis B carrier)，他們主要是孩童時代受感染而未能徹底將病菌清除。化療期間，當身體的抵抗力下降時，這些一直潛伏在體內的乙型肝炎病毒，很可能會借機作亂，引致急性肝炎等併發症，嚴重的更可致命。此外，肝炎亦可能令化療要暫時終止，因為大部分化療藥都有賴肝臟將其毒素分解。

測試血液中的乙肝抗原(HBsAg)，已是化療開始前的指定動作。因近年發展了針對乙型肝炎病毒的有效藥物，如Entecavir(恩替卡韋)等，只要在化療開始前直到化療完成後六個月期間，服用這些藥物，便可大幅減低乙型肝炎發作的機會。



乙型肝炎病毒



常用於對抗乙型肝炎病毒的口服藥物

問

醫生提議我參加一項大型的國際臨床研究，可以測試一種新藥能否有效控制我的乳癌。我很擔心變成「白老鼠」，我應否答應參加呢？

游子覺醫生答：

應否參加這些臨床研究，純粹是個人決定，醫生會事前詳細解釋研究的細節和風險，讓你考慮。一般研究都要通過相關機構的嚴格篩選和醫學道德委員會的審核，所用的測試藥物，很多已有前期研究資料支持其安全性和藥效。再進行大型研究，目的是要收集更多臨床資料，以進一步確定其療效是否比原本的治療方案為佳。有些藥物的療效甚至已在西方國家被確定，在亞太區再重複研究，主要是探討亞洲人對藥物反應是否和西方人一致。這些臨床研究對醫學界改良治療方案是很重要的，若從前沒有病人參與這類臨床研究，我們便沒有今天的醫療技術。其次，被測試的新藥，很多還未推出市場，正是俗語所謂「有錢都買不到」；有些雖然已在市場有售，用作其他治療，但價格高昂，非一般病人所能負擔，醫生期望能通過這些研究計劃，給予病人多一個選擇和希望。

若你參閱相關資料後仍然有顧慮的話，請坦白告訴醫生，他們會非常尊重你的決定的。

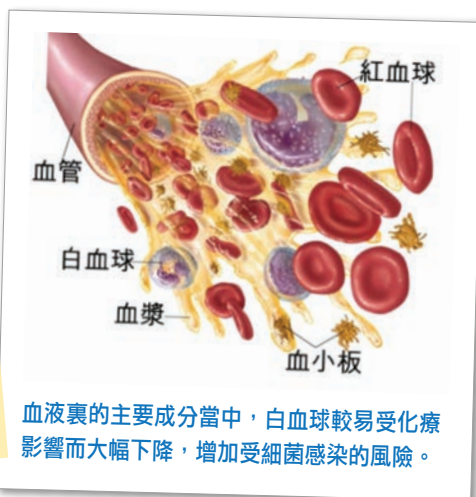
化療期間若不幸被細菌感染，會有什麼徵狀和該怎麼辦呢？

游子覺醫生答：

白血球是我們身體抵抗細菌入侵的自衛兵，病人接受化療後，白血球會在第五天至第十四天左右下降至很低水平，在這段時間，由於身體失去白血球的保護，被細菌感染的風險便會大增。受感染的病人會發燒，這是一個很重要的警號，病人應立刻入院醫治，包括身體檢查、照肺部X光、「種菌」、隔離監察和接受強力的抗生素等。有小部分受感染的病人初時沒有明顯發燒，只覺得非常不適，如有懷疑，由醫護人員先作檢查會比較妥當。

注意

請記着，由於病人抵抗力低，病情可能會急劇惡化，所以治療細菌感染是分秒必爭的，若延遲診治，病人可能會休克甚至死亡。很多公立醫院腫瘤科的門診部都會優先處理發燒的化療病人，在辦公時間內直接到門診部求醫便可。若在非辦公時間，可先經急症室然後入院醫治。



健康貼士

1. 接受化療期間應避免到人多地方，若要外出，一個普通的口罩就能提供不少保護了。
2. 化療期間要特別注意飲食衛生，避免未煮熟的食物，包括沙拉等。生果亦要清潔好，有皮的(如橙等)會更好。

我今年35歲，剛於去年結婚，本來打算生兒育女，但最近被確診患上乳癌，手術後醫生建議進行化療和荷爾蒙療法，我很擔心會影響以後生育，該怎麼辦呢？

游子覺醫生答：

目前資料顯示，曾接受化療的乳癌病人，日後若成功生育，並不會增加癌病復發的風險，化療亦不會增加日後畸胎的機會。但化療的確會令卵巢的功能下降，減低生育的機會，甚至提早停經，風險由10-75%不等，需視乎所用的化療組合和時間、病人的年齡等。當然，病人愈年青，復元的機會便愈高。

若化療後需要進行荷爾蒙治療的話，情況就更複雜，因荷爾蒙治療需時五年或以上，期間也不能懷孕，因荷爾蒙藥(Tamoxifen)會增加畸胎的風險。到完成所有治療後，病人年紀已漸長，生育能力亦進一步下降。基於這原故，若病人復發風險不高的話，很多專家建議先服用兩年Tamoxifen，然後暫停荷爾蒙治療，嘗試生育，之後再繼續餘下的程療。

要提高化療後的生育機會，較簡單的方法，是在化療開始前注射「停經針」(性腺激素釋放類似物, GnRH analogues)，暫時壓抑卵巢的運作，減低卵巢受化療的影響。以往這方法的成效很富爭議，但2014年發表的研究報告指，在化療最少一星期前開始接受「停經針」Goserelin (每月作皮下注射) 的年青乳癌病人，化療後的停經風險會由45%降至20%，實際生育的機率亦由7%升至15%。請注意，所有參加這項研究的病人都是不適合使用荷爾蒙治療的，所以在化療後毋須服用Tamoxifen，很快便可開始計劃生育。

最穩妥確保日後生育的方法，是在化療開始前利用人工受孕技術，儲存卵子或胚胎。因為病人需要接受大劑量的荷爾蒙來刺激卵巢排卵，有令腫瘤增生的潛在風險，有些中心已改用Letrozole(即Femara，一種用於已收經乳癌病人的抗荷爾蒙藥物)來刺激排卵，較為安全。由於醫護人員需要相當長的時間給病人解釋及籌劃整個過程，可能會對化療造成一定延誤。此外，這類服務收費高昂，若病人在化療後不宜自己懷孕，基於本港法例問題，更要到外國安排「代母」，詳細資料，可向本港的生殖科技中心查詢。

綜合來說，你可與醫生詳細討論乳癌的復發風險和治療效益，並考慮生育對你的家庭生活的重要性，取其平衡，又或者索性順其自然吧。若你的復發風險高，我們絕不建議你放棄治療來保留生育能力；沒有健康的身體，你又怎能照顧將來的兒女呢？

是否所有乳癌病人都適合荷爾蒙治療呢？

游子覺醫生答：

荷爾蒙治療的副作用遠低於化療，如病人適合使用的話，療效比化療有過之而無不及。不過，並非每個乳癌病人都適合用荷爾蒙治療的。病理化驗員會先測試腫瘤組織樣本的兩種激素受體，包括雌激素受體ER(Estrogen Receptor)及黃體素受體PR(Progesterone Receptor)，各給予一個評分(Allred score)，最高是8分，3分或以上便屬於陽性(positive)。如兩種受體都呈陰性(negative)的話，即表示乳癌不適合荷爾蒙治療。反之，若有一種或以上的受體呈陽性，病人便適合採用荷爾蒙治療。

乳癌即使被界定為適合荷爾蒙治療，療效亦有強弱之分：如果兩種受體(ER及PR)都呈強烈陽性(即高分)的話，相對於只得單一種受體呈輕微陽性反應的療效會好得多。對於雌激素受體反應弱的腫瘤，我們便不能太倚賴荷爾蒙療法了。

廣義來說，荷爾蒙治療其實是最早發展的標靶和個人化治療。整體而言，有七成的乳癌病人是適合使用荷爾蒙治療的。相比不適合使用荷爾蒙治療的病人，她們的腫瘤普遍生長較慢。不過，可能由於生長慢的關係，這些病人在第五年至十年的復發率，竟和頭五年的沒有大分別，所以切勿掉以輕心，以為痊癒超過五年便很少會復發。亦因如此，近年荷爾蒙治療已由五年增至十年，尤其是較高風險的病人。相反，雌激素受體呈陰性的腫瘤雖然一般較惡和生長較快，但過了五年後復發的機會便大減了。

荷爾蒙 治療篇

醫生建議我採用荷爾蒙治療以減低乳癌的復發機會，荷爾蒙不是會增加患乳癌的風險嗎？

游子覺醫生答：

女性賀爾蒙會刺激乳癌細胞生長，因此許多乳癌的高危因素都和女性賀爾蒙水平的高低和影響身體的時間長短有關，如更年期婦女長時間接受雌激素補充治療，便會增加患乳癌的風險。不過，醫學界所謂的荷爾蒙治療(Hormonal therapy，亦可稱為激素治療)，可以是指加入身體正常的荷爾蒙(hormone)，或相反地用一些抗荷爾蒙藥(hormone antagonist)來達致治療效果。這名稱確實容易令病人混淆。我們用於乳癌治療的是抗荷爾蒙藥(或抗雌激素藥)，可減少癌細胞受雌激素的刺激而增生，這些藥物是抗癌專用的，並非一般的荷爾蒙補充劑。

目前較常用的乳癌荷爾蒙治療藥物包括：

1. 三苯氧胺(Tamoxifen或他莫昔芬)

可減低身體內雌激素附著癌細胞，未收經或已收經的病人皆適合使用，只須每天口服一次。常見副作用包括潮熱(即間歇性面紅及發熱，與女性更年期徵狀相似)、月經不規則甚至停經、陰道分泌增加、噁心及消化不良等(若在飯後或睡前服藥，可減低不適。)接受治療期間不能懷孕，因它會增加畸胎的風險，仍未收經的病人應採用避孕套避孕。三苯氧胺亦可引致子宮內膜增厚或長出息肉，服用期間最好能每年接受婦科檢查。如發現陰道異常出血，應從速諮詢婦科醫生。



三苯氧胺有兩種罕有副作用值得注意，第一是子宮(內膜)癌的風險會輕微增加，不過在年青婦女就極為罕見；第二是靜脈血栓塞(Venous Thromboembolism)，有點像機艙綜合症，血液會在流動較慢的靜脈內凝固成小血塊，阻塞血管，引致深部靜脈血栓和肺栓塞等疾病，這副作用在亞洲人亦極少見到。整體而言，三苯氧胺的療效遠勝其潛在的副作用，況且它價錢廉宜，又同時適用於未收經或已收經的婦女，所以雖然已面世三十年，目前仍是相當普遍使用的荷爾蒙治療藥。

2. 芳香酶抑制劑(Aromatase Inhibitor，簡稱AI)

包括Femara(Letrozole)、Aromasin(Exemestane)和Arimidex(Anastrozole)三種藥物。它只適合用於已收經的婦女，亦是每天口服一次。婦女收經後，卵巢停止製造雌激素，體內的雌激素主要由腎上腺和皮下脂肪組織經芳香酶幫助製造。這類藥物能抑制芳香酶，所以可進一步抑制已收經婦女的雌激素水平，達致治療效果。



AI的療效比三苯氧胺略強，又不會引致子宮癌或血管栓塞等問題。常見副作用包括關節疼痛、潮熱、頭痛、疲倦、噁心等，骨質疏鬆的機會亦會稍增2-3%。最近亦有大型綜合研究指出，芳香酶抑制劑也會輕微增加心血管疾病(心臟病、心絞痛和心衰竭)的風險，雖然只相差1%，但本身屬於心血管疾病高危族(肥胖、高血壓、糖尿、高血脂)的病人，就要特別小心了。以上三種AI藥物的效用和副作用都很近似，其中以Letrozole較為普遍。AI亦可配搭標靶藥(如Palbociclib)來治療乳癌復發的病人。

有些已收經的病人亦會選擇「混合」荷爾蒙療法，即在治療期裏，部分時間用三苯氧胺，部分時間用芳香酶抑制劑，以「攤分」部分副作用，詳情可參閱另題。

3. 性腺激素釋放類似物(GnRH analogues)

例如Zoladex(Goserelin)，俗稱「停經針」，它可壓抑腦下垂體的內分泌，從而間接令卵巢停止製造雌激素，病人亦會暫時停經。它當然只適合未收經的婦女，須每隔一至三個月進行皮下注射一次，為期數年。它可和三苯氧胺一起使用，但近年研究指它和芳香酶抑制劑配搭的療效可能更好。由於「停經針」使用較麻煩和昂貴，亦會引致停經的不適，所以一般是用於較高危的年青患者。

以上三種荷爾蒙藥，均可用於輔助治療或有復發的病人，作為一線藥物。

4. Faslodex (Fulvestrant)

只適合已收經的婦女，須作肌肉注射，首月是每兩星期一次，之後便每月一次。目前只獲認可用於有復發或轉移的乳癌病人，作為第二、三線荷爾蒙治療藥物。Faslodex是靠阻斷雌激素和激素受體結合，從而壓抑乳癌生長。除肌肉注射部位有些不適外，病人可能有熱潮紅、疲倦及頭痛等輕微反應。這針藥最初面世時的劑量是250mg(5ml)，每次要在其中一邊臀部注射便可。後來研究指將每次劑量增至500mg時，療效更好而副作用並沒有增加，不過每次兩邊臀部都要同時接受注射，因單一位置不能接受10ml的溶液注射。除單獨使用外，最新研究指它亦可配搭芳香酶抑制劑或標靶藥(如Palbociclib或Alpelisib)，作為乳癌復發病人的荷爾蒙治療藥物。

對於未收經的乳癌病人，除藥物外，醫生亦可能建議用低劑量的放射治療或手術令卵巢失去分泌雌激素的功能，使病人提前收經。由於這效果是不可逆轉的，一般只用於晚期的乳癌病人。



健康貼士

1. 不論是用那一種荷爾蒙治療藥物，勤做運動和 keep fit 都可大幅增強療效，切記。
2. AI 引至的關節疼痛一般輕微，主要是手指關節，在早上會較僵硬(morning stiffness)，活動一下便可回復正常了。
3. 所有已收經的婦女，不論是否正在服用芳香酶抑制劑，都會面對骨質疏鬆的風險。她們應維持健康的飲食和生活習慣，多運動(以負重運動為佳)，並服用維他命D和鈣的補充劑，以及考慮定期接受骨質密度測試 (DEXA scan)。

問

荷爾蒙治療可否和化療或標靶治療一同進行呢？

游子覺醫生答：

腫瘤是靠細胞分裂，即一變二、二變四的方式來增大。癌細胞在分裂過程時最易受化療藥物干擾而死亡，所以生長速度越快（即細胞分裂越頻密）的腫瘤，化療療效一般較好；相反，抗荷爾蒙藥則靠減慢癌細胞的分裂過程去壓抑其增生，可想而知，荷爾蒙治療和化療不宜同期進行，否則兩者的效用都會打折扣，以往的臨床研究亦證實了這理論。化療一般亦不適宜和放射治療同期進行，主要是擔心會增加放療的副作用。

因抗癌原理不同，荷爾蒙治療和標靶治療和放射治療則沒有衝突，可以同期進行。一般來說，如果病人需要多種抗癌治療的話，通常是先完成化療，然後才開始放射治療和荷爾蒙治療。如病人需要抗HER2標靶治療，它可以和以上各類治療同時使用，惟一是不可和Adriamycin或Epirubicin等化療藥同用，因可能會增加心臟受損的風險。

注意

有部分醫生可能擔心荷爾蒙治療會減低放射治療的療效，會建議完成放療後才開始荷爾蒙治療。其實醫學研究中並沒有數據證實這干擾的存在。筆者的建議是，高危病人不應因放療而推遲荷爾蒙治療，低風險的則推遲數星期也影響不大。



荷爾蒙治療和化療不可同期進行

本人36歲，乳癌手術後醫生原先建議進行化療和服用三苯氧胺(Tamoxifen) 作為輔助治療。因我很擔心化療的副作用，醫生於是建議我接受「收經針」來代替化療。這些「收經針」效用如何呢？

游子覺醫生答：

腦下垂體會分泌一種名為促黃體生成素(Luteinising hormone, LH)的荷爾蒙，調控卵巢製造雌激素。性腺激素釋放類似物(LHRH agonists，例如Zoladex，學名goserelin)是一種干擾腦下垂體的荷爾蒙針藥，可減低促黃體生成素的分泌，從而間接壓抑卵巢製造雌激素，達致治癌效果，而病人亦會暫時停經。臨床研究發現，這種「停經針」的療效和較溫和的化療（例如第一代的CMF組合）相若，所以有些年青的病人會考慮採用這療法來代替化療，避免化療的不適。這些藥物須每月在肚皮注射一次（現在已有每三個月才注射一次的新藥，但每月一次的可能較可靠），病人一般會同時接受口服藥三苯氧胺(Tamoxifen)或芳香酶素抑制劑五年，以加強療效。

這種療法當然只適合尚未收經而又適合荷爾蒙治療的乳癌病人，其療效以40歲或以下的女士較佳。除在注射部位有輕微刺痛或膚色較深外，這種針藥的副作用不多。但要注意，這些針藥並非避孕藥，所以在停經期間請繼續使用避孕套等，以策安全。當停止注射後，經期一般會在六至十二個月內逐漸回復，如果你已接近正常的收經年齡，幾年的治療過後，亦可能會真正收經。

在暫時停經期間，很多病人會有熱潮紅、流冷汗、情緒起伏、性慾減退、陰道乾澀、輕微體重增加或較易疲倦等，這些都是一般婦女收經時常有的不適；熱潮紅通常在幾個月後會逐漸減退，避免濃茶、咖啡和煙酒等，對情況會有幫助。

除非病人不適宜進行化療，否則都不建議以這類「停經針」來代替化療，因現時的第二、三代化療都比上述的第一代強很多。這類「停經針」現時最常見的用途，反而是在高危年青病人化療後，用「停經針」配合口服藥（如芳香酶素抑制劑），進一步減低復發風險。¹

這些「停經針」亦可用於有轉移的晚期病人，但這些病人需要長期壓抑雌激素作為荷爾蒙治療，因此採用手術切除來直接令卵巢永久失去功能，可能是較佳的選擇。

1. Francis PA et al. Adjuvant ovarian suppression in premenopausal breast cancer. N Engl J Med. 2015;372:436-446.

醫生建議我接受為期五年的三苯氧胺(Tamoxifen)作為輔助治療，可否將治療期縮短至一兩年呢？

游子覺醫生答：

十多二十年前，有些病人確實只接受一兩年的三苯氧胺治療。不過，後來研究確定，兩年的療程比一年的療效好，而五年的又比兩年的為佳。所以，現今國際標準的荷爾蒙療程都不少於五年，這包括使用新一代芳香雌激素抑制劑的病人。這道理很簡單，因為適合使用荷爾蒙治療的腫瘤都一般生長較慢，康復多年後都有一定的復發風險，它們自然需要較長的療程了。

那麼，十年的療程會否比五年的好呢？多年前開展的一項大型國際研究(ATLAS — Adjuvant Tamoxifen, Longer Against Shorter)¹，探討病人接受十年的三苯氧胺會否比只接受五年的為佳。2013年公布的研究結果指，接受十年三苯氧胺的病人，十五年內的復發率和死亡率，均比傳統五年的組別再減低3%左右。

鑑於三苯氧胺有一定副作用，低風險的病人不一定要將療程加長；但對於稍高風險的病人來說，十年三苯氧胺會成為新標準。雖然多用三苯氧胺五年會將子宮(內膜)癌的風險由1.6%增至3.1%，但這些個案在年輕病人很少見，而已收經的病人亦可轉用不會增加子宮癌風險的芳香雌激素抑制劑。

最近另一類荷爾蒙藥芳香雌激素抑制劑(AI)亦有類似的大型研究(如MA 17R)指，服用十年可進一步減低復發風險，對另一邊乳房亦有保護作用。視乎個別情況，低風險的病人亦不一定要將療程加長。由於芳香雌激素抑制劑對心血管和骨質有一定的負面影響，病人亦可考慮先服用芳香雌激素抑制劑五年，再轉用三苯氧胺多五年，以延長荷爾蒙治療的時間。

1. Davies C, et al. Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised trial. Lancet. 2013;381:805-816.

本人現年50歲，化療開始後經期已停了有一年多，我一直服用Tamoxifen作為荷爾蒙治療，現在可否轉用療效較佳的芳香雌激素抑制劑呢？

游子覺醫生答：

化療常會引致經期紊亂甚至提早停經，不過，年輕婦女即使在化療後停經數年，也不肯定是否已真正收經，有些病人及後或會重新再有經期。此外，病人即使表面上停經，其卵巢亦可能仍然分泌着一定份量的雌激素，足以影響芳香雌激素抑制劑(AI)的療效。在這情況下，芳香雌激素抑制劑便不能發揮正常效用。

如果你考慮轉用芳香雌激素抑制劑，醫生須先為你抽血檢驗濾泡促進激素(FSH)及雌二醇(E2)兩種荷爾蒙是否已達至收經水平，以策安全。此外，若果你屬較高風險而需十年荷爾蒙治療的話，可考慮完成五年的三苯氧胺治療後，才和醫生商議是否轉用芳香雌激素抑制劑多五年，作為伸延性荷爾蒙治療(extended hormonal therapy)。

報章指治療乳癌的荷爾蒙藥物可能會被抗抑鬱藥干擾而減低效用。本人服用芳香酵素抑制劑和抗抑鬱藥已有數年，我應該停止服用抗抑鬱藥嗎？

游子覺醫生答：

在2009年中發表的一項大型研究顯示，乳癌病人若同時服用三苯氧胺(Tamoxifen)和某些抗抑鬱藥，三苯氧胺的療效會被減低，令這些病人的復發風險會較其他的增加一倍！

然而，是否任何抗抑鬱藥也不能同時服用呢？研究人員發現，有問題的主要是一類名為SSRI(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)和SNRI(Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitor)的藥物，其中包括Fluoxetine(Arozac)、Paroxetine(Seroxat)和Sertraline(Serloft)等。這些藥物除用以紓緩抑鬱外，亦可減低三苯氧胺所引致的熱潮紅。原來，三苯氧胺被人體吸收後，要先由一種稱為CYP2D6的肝酵素轉化，才能發揮效用，而這類SSRI/SNRI抗抑鬱藥卻會減低這些肝酵素的轉化功能，因而阻止三苯氧胺發揮正常的抗癌效用。



這些抗精神病藥物(Perphenazine、Thiothixene和Pimozide)也不宜和三苯氧胺一同使用。

上圖的SSRI/SNRI類抗抑鬱藥(Fluoxetine、Paroxetine、Sertraline、Bupropion和Duloxetine)，都不宜和三苯氧胺一同使用。

一些效能較弱的SSRI/SNRI抗抑鬱藥(例如Celexa、Lexapro和Luvox)，並未發現有明顯的干擾問題。研究人員建議，服用三苯氧胺的病人如需使用抗抑鬱藥，應考慮較弱的SSRI/SNRI或其他非SSRI類藥物，例如Effexor(Venlafaxine)。

至於其他治療乳癌的抗荷爾蒙藥物，包括芳香酵素抑制劑，特性和化學成分與三苯氧胺完全不同，並不會和上述的抗抑鬱藥互相干擾，請放心。

可能會減低三苯氧胺抗癌效能的藥物還有很多，請參閱下表：

應避免使用	可安心使用
治療抑鬱症的藥品 Fluoxetine (Prozac) Paroxetine (Paxil) Sertraline (Zoloft, Serlift) Bupropion (Wellbutrin, Zyban) Duloxetine (Cymbalta, Yentreve)	Venlafaxine (Efexor, Velaxin) Desvenlafaxine (Pristiq) Mirtazapine (Remeron) Reboxetine (Edronax) Escitalopram (Lexapro)
抗精神病劑 Perphenazine (Synazin) Thiothixene (Navane) Pimozide (Orap)	Ziprasidone (Zeldox) Olanzapine (Zyprexa, Olexar) Quetiapine (Seroquel) Risperidone (Risperdal) Thiothixene (Navane) Clozapine (Clozaril, Clopine)
其他藥物 Cimetidine (Tagamet) 不在右列安全名單內的抗敏感藥 Quinidine Ticlopidine Terfenadine (Seldane) Cinacalcet (Regpara)	Ranitidine (Zantac) Antihistamines (抗敏感藥): chlorpheniramine (piriton), cetirizine (zyrtec), loratadine (Clarityne) Diltiazem (Herbesser) Indinavir (Crixivan) Saquinavir (Invirase) Nelfinavir (Viracept) Nevirapine (Viramune Nevipan) Gabapentin (Neurontin) Delavirdine (Rescriptor) Efavirenz (Stocrin, Atripla)

問

本人在乳癌手術後便開始服用一種名為Femara(letrozole)的芳香酵素抑制劑作為輔助治療。最近聽說另一種芳香酵素抑制劑的副作用較少，我應否轉用它呢？

游子覺醫生答：

目前有兩類芳香酵素抑制劑(Aromatase Inhibitors, AI)供已收經的乳癌病人作為荷爾蒙治療，其一為固醇類(steroidal)，包括Femara(letrozole)和Arimidex(anastrozole)，另一為非固醇類(nonsteroidal)，即Aromasin(exemestane)。

三種藥物的特性和副作用極其相似，最初在進行臨床研究時，各自被用於不同情況的病人身上，所以就科學數據來說，個別藥物在某些用途上會比其他的強，例如在伸延性荷爾蒙治療方面，Femara就是臨床經驗最多的藥物。然而，在隨後的研究，每種芳香酵素抑制劑都逐漸累積了在不同情況下使用所得的臨床資料，它們的分別便越趨模糊了。

雖然有些芳香酵素抑制劑(如Aromasin)的副作用，如骨痛和骨質疏鬆等可能較少，但實際分別極微。根據北美癌病權威NCCN(National Comprehensive Cancer Network)的專家團意見，這三種芳香酵素抑制劑的療效和副作用並沒有實質分別(The panel finds no compelling evidence that there is meaningful efficacy or toxicity differences between the aromatase inhibitors, anastrozole, letrozole, and exemestane. All three have shown similar anti-tumor efficacy and toxicity profiles in randomized studies in the adjuvant settings.¹)，所以，如果你已服用某種芳香酵素抑制劑一段時間，又沒有特別不適的話，便毋須考慮轉藥了。

隨着芳香酵素抑制劑的專利權完結，市場上已有由「副廠」生產而較便宜的代用藥，價格的差異和對製藥廠的信心可能會是你更重要的考慮因素了。

注意

若果病人服用了固醇類AI一段時間後，病情惡化而需轉用某一種AI的話，通常會建議改用非固醇類AI，即Aromasin(exemestane)。

1. NCCN Practice Guidelines in Oncology – v .3.2015

問

媽媽最近被診斷出患有晚期乳癌，已擴散至肺部，醫生建議用荷爾蒙藥(AI)再配合一隻昂貴的新藥，我們擔心它的副作用和費用，可以先單用荷爾蒙藥嗎？

游子覺醫生答：

相信你是說新型標靶藥CDK4/6抑制劑，目前本港使用的有Palbociclib和Ribociclib兩種（另一款Abemaciclib還未進口）。它們是一種周期素依賴性激酶（Cyclin-dependent kinases, CDK）抑制劑，針對其中的CDK4和CDK6，調控癌細胞的生長周期，抑制癌細胞的分裂複製。Palbociclib或Ribociclib都是配合荷爾蒙藥(如Femara或Faslodex)使用，治療荷爾蒙受體陽性的晚期乳癌病人。比單獨使用荷爾蒙藥，它能夠延長疾病控制的時間超過一倍。Palbociclib和Ribociclib都是口服藥物，副作用不多，但白血球會明顯下降，所以需定期監察，但因白血球低而有細菌感染的個案很少。病人整體生活質素大多沒有影響。Palbociclib和Ribociclib在服用三星期後便要休息一星期，待白血球回升才可再開始。

在CDK4/6抑制劑面世之前，醫生常以mTOR抑制劑 (Everolimus /Afinitor)去配合荷爾蒙藥治療這類病人。Afinitor為口服標靶藥物，能抑制腫瘤生長關鍵因子mTOR，控制癌細胞生長。但副作用明顯較多，常見的包括口腔潰瘍、疲倦、皮疹、腹瀉、食慾降低等。現時多退居二線，在 CDK4/6抑制劑失效時才考慮使用。

對於晚期乳癌，還有一種嶄新的口服二線新藥Alpelisib，亦需配合荷爾蒙藥Faslodex使用。荷爾蒙受體陽性的乳癌約有40%含PIK3CA突變，Alpelisib 就是針對這基因突變，可延長腫瘤控制時間一倍。副作用包括高血糖和皮疹等。

上述的新藥都非常昂貴，病人可向醫生查詢是否有資助計劃。

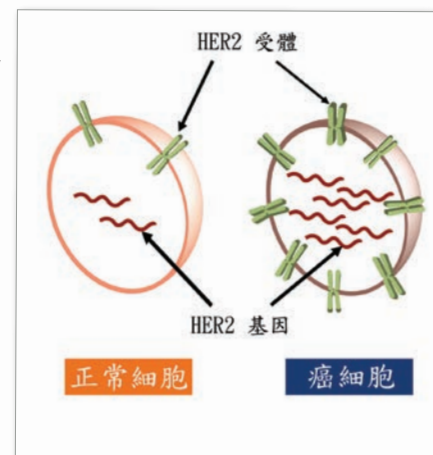
棘手的 HER2型 和 三陰性乳癌

問

何謂HER2型乳癌，和其他乳癌有何分別？

游子覺醫生答：

HER2 型乳癌是近年的熱門話題，HER2 是Human Epidermal Growth Factor Receptor 2(人類表皮生長因子受體二型)的英文縮寫。正常細胞有少量HER2基因，製造的HER2蛋白(又稱為HER2受體)會附在細胞表面，像天線般接收刺激生長的訊息，調控細胞的生長。不過，約20%的乳癌會有過量的HER2基因，製造了大量HER2蛋白，於是細胞面就像插滿天線去接受生長因子的刺激，所以癌細胞生長特別迅速。



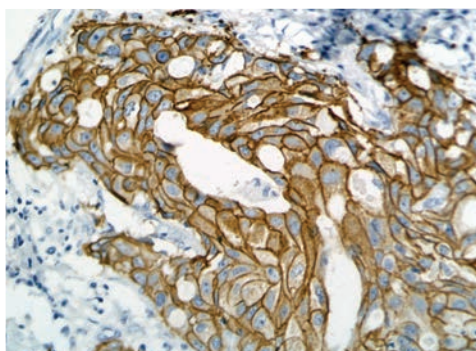
HER2型乳癌是一種非常棘手的腫瘤，其特性是擴散速度快、頑強兼具侵略性，因此患者的存活率較其他類型乳癌患者為低。現今醫學界已研發了針對HER2型癌細胞的標靶治療，配合化療或賀爾蒙治療去控制和消滅癌細胞，令療效大幅改善。不論是否HER2型乳癌，若能及早發現，治癒率會大為提升。女性踏入成年後，應開始關注自己的乳房健康。如發現異常情況，應及早求醫，避免病情進一步惡化。

怎樣得知是否患上HER2型乳癌呢？

游子覺醫生答：

HER2 型乳癌，是泛指有HER2受體基因過度活躍 (HER2 overexpression) 的乳癌。HER2測試已成為乳癌的基本病理化驗，要先用癌組織進行較簡單的免疫組織化學分析 (immunohistochemistry, 簡稱IHC)，根據癌細胞的染色反應，將乳癌的 HER2 指數分為0,1,2,3級，有強烈染色反應的便屬於第3級，亦即是 HER2 型乳癌了。第2級屬於灰色地帶，病人須再進行較複雜的 FISH (fluorescence in-situ hybridization) 測試來確定，約有10%屬第2級的乳癌，經 FISH 測試後會被界定為 HER2 型乳癌。

有極少數在灰色地帶的病人在FISH測試後依然屬模稜兩可(equivocal)，醫生便要按個別病人情況，決定是否再重複測試或使用標靶藥了。



如有超過30%的癌細胞在IHC下有強烈的染色反應，便會界定為HER2型乳癌。

如患上HER2型乳癌，是否必須接受標靶治療呢？標靶治療可以取代化療和荷爾蒙治療嗎？

游子覺醫生答：

HER2 型乳癌的細胞面插滿天線(HER2蛋白)去接受生長訊息，醫學界近年發展了標靶藥Herceptin (赫賽汀，又名Trastuzumab，曲妥珠單抗) 去將這些天線封印，令它們不能正常運作。經多項國際臨床試驗確定，Herceptin是有效對抗 HER2 型乳癌的一線標靶藥物，如在手術後的輔助化療加入為期一年的標靶治療，可令復發的風險進一步減低8-10%。視乎病人所採用的化療組合，標靶治療可以和化療同步開始，或待完成Doxorubicin或Epirubicin後才加入(因它們一同使用會增加心臟副作用)。標靶藥一般是每三星期經靜脈輸注一次，共18次，即化療完成後還要接受大半年的療程。

並非所有HER2型乳癌的病人都要接受標靶治療和化療，若你患的是極早期的侵入性乳癌(如5mm或以下，而且沒有淋巴擴散)，即使是HER2型乳癌，復發風險依然很低，你可和醫生個別討論，但一般不建議採用標靶治療和化療。5mm以上至10mm的HER2型乳癌，傳統上認為風險不高，所以亦沒有被包括在當初的標靶藥研究內；不過，近年有研究指這些病人的復發風險比以往預測的為高，可達15-20%，所以現在一般都已建議考慮加入化療和標靶治療。

標靶治療用於晚期的 HER2 型乳癌的成效同樣顯著，可配合化療或荷爾蒙治療去延長病人壽命及改善其生活質素。這類標靶藥物主要用以增強傳統治療的療效，不宜全面取代化療和荷爾蒙治療，否則療效會大打折扣。除曲妥珠單抗外，目前已發展出多種嶄新的HER2標靶藥，用於晚期病人，請參閱另題。

HER2 標靶藥物曲妥珠單抗非常昂貴，在公立醫院也屬自費藥物，為期一年的輔助治療費用超過港幣20萬元。有經濟困難而符合資格的病人，可申請撒瑪利亞基金資助。

注意

HER2標靶藥Herceptin需每三星期作靜脈輸注60分鐘，但新面世的Herceptin SC (Subcutaneous) 只需作數分鐘的皮下注射，方便很多，價格相若，亦是每三星期一次。

我的HER2型乳癌已擴散至其他器官，曾用過Herceptin (標靶治療)和紫杉醇(化療)，但效果不太理想，該怎麼辦呢？還有其他HER2標靶藥嗎？

游子覺醫生答：

對於 晚期HER2 型乳癌，醫生會盡量保留其中一種HER2標靶藥物，再配合化療或賀爾蒙治療去控制腫瘤。根據外國研究，如果乳癌不受 Herceptin 和化療控制，病人可換上另一種化療藥物，而繼續採用 Herceptin，療效仍較單獨使用新化療藥為佳。

近年醫學界亦研發了多種針對HER2 型乳癌的標靶藥物，包括Tykerb (Lapatinib, 泰康達)，Perjeta (Pertuzumab) 和Kadcyla (T-DM1)，除Tykerb是口服外，其他都是針劑。

Tykerb是二線HER2標靶藥物，用於晚期病人，療效雖略遜於Herceptin，但當配合口服化療藥物Xeloda (capecitabine)或芳香酵素抑制劑共同使用時，便成為一個全口服的組合，使用非常方便。Tykerb較常見的副作用是肚瀉，嚴重的話便要減低藥量。其他的副作用不多，包括疲倦、作悶和紅疹等，有小部分病人亦可能出現肝炎情況。目前的研究資料顯示，Tykerb 對心臟的不良影響較Herceptin 更少。



四種用於針對HER2型乳癌的標靶藥物，Tykerb是口服藥，其餘皆須經靜脈輸注。

因不同標靶藥物會攻擊HER2受體的不同部位，工作原理不同，所以醫生可同時採用兩種標靶藥，再配合化療來增強療效。雙標靶療法在早期研究時用Herceptin和Tykerb(當時未有其他標靶藥)，有令人鼓舞的改善。更大的突破是同時使用Herceptin和新藥Perjeta (Pertuzumab)，副作用沒有增加之餘亦明顯改善了療效，所以已被批准用於晚期HER2型乳癌，尤其是一些未曾使用過Herceptin的病人。近年Perjeta亦逐步用於早期的HER2乳癌，在術前化療加雙標靶(Herceptin + Perjeta)，可進一步增強療效。雙標靶療法亦可用於術後治療，主要是給高危的病人使用。

另一突破性新藥Kadcyla (T-DM1) 則是一種將Herceptin和化療分子連結在一起的藥物，本身已含化療藥，所以可單獨使用。其原理是用Herceptin去辨認HER2癌細胞，同時引導化療去攻擊這些細胞，以減低化療對其他正常組織的影響。它比傳統的標靶藥另加化療的療效更好，副作用更少！較常見的副作用包括血小板下降、肝炎和疲倦等。Kadcyla最適宜用於以往曾使用Herceptin和化療的晚期病人，需每三星期輸注一次。

此外，Kadcyla亦剛於19年5月獲批用於術前化療和標靶藥後，手術時仍發現有腫瘤殘留的早期HER2型乳癌病人，相對傳統用Herceptin作為持續治療，復發風險可以減半！

健康提示

Tykerb是目前唯一的口服HER2標靶藥，但服用時可能會被部分食物或藥品影響其效能，所以應於空腹時以清水逐片吞服(如早餐前或後一小時)，此外，治療期間不可進食或飲用含西柚成分的產品，如你有服用其他藥物，亦要清楚告訴醫生，避免互相干擾。

問

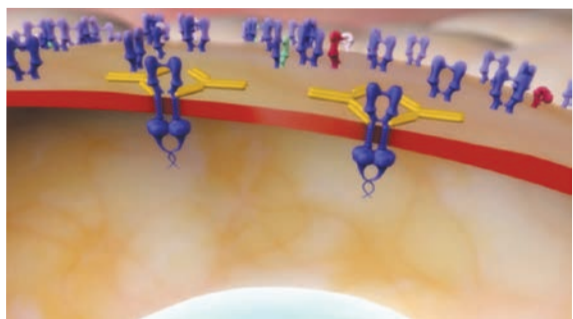
HER2標靶治療的副作用和化療有什麼不同呢？

游子覺醫生答：

化療會直接干擾細胞的分裂過程而令其死亡，但較易「殺錯良民」，對身體的正常細胞損害較大，生長速度越快(即細胞分裂越頻密)的組織受影響越多。常見副作用包括脫髮、嘔吐、白血球和血小板下降、疲倦和胃口欠佳等。

標靶藥物則像聰明炸彈，會選擇HER2型癌細胞來進行攻擊，副作用比化療藥物少得多，不會引致上述反應。Herceptin(Trastuzumab，曲妥珠單抗)為目前對抗HER2型乳癌最廣泛使用的標靶藥物，是一種由基因重組而成的人工單克隆抗體(monoclonal antibody)，經靜脈輸注入人體後，它會選擇性地黏附在HER2型癌細胞表面的HER2蛋白(即接收天線)，阻斷其生長訊息的傳遞，並促使免疫系統自動消滅癌腫。標靶藥物配合化療(或芳香酶抑制劑)使用時，療效更顯著和持久。

雖然有部分患者在首次靜脈輸注Herceptin後會有發燒和冷顫等症狀，不過，當持續治療後，這些反應會逐步減少及消失。此外，病人亦可能出現輕微肚瀉。HER2標靶藥物最主要的副作用，是會令少數病人的心臟功能下降，所以病人在開始HER2標靶治療前及使用期間，須三至四個月定期檢查心臟一次，例如安排心臟超音波檢查(Echocardiogram)或核醫心室功能檢查(MUGA scan)，以策安全。即使心臟功能有下降情況，六成以上病人在停藥後都會慢慢回復正常。



Herceptin會黏附在HER2型癌細胞表面，阻斷其生長訊息的傳遞。

問

何謂三陰性乳癌？在香港普遍嗎？

游子覺醫生答：

因為要知道乳癌是否適合賀爾蒙治療或HER2標靶治療，現今病理化驗必定包括三種受體測試，分別是兩種賀爾蒙受體(雌激素受體(ER)、黃體素受體(PR)) 和HER2受體。所謂三陰性乳癌(triple-negative breast cancer, TNBC)，是指這三種受體都呈陰性(negative)的乳癌。可想而知，賀爾蒙治療和HER2標靶治療都不適用於三陰性乳癌。



三陰性乳癌是近年才開始受注意的乳癌類別。科學家利用尖端的基因晶片技術(DNA microarray)，可分辨出傳統病理學無法辨別的乳癌亞型(subtype)。其中一種類基底(basal-like)細胞型是很頑強的乳癌，在傳統病理學分析中通常屬於三陰性乳癌。請注意，並非所有三陰性乳癌都屬於特別霸道的類基底細胞型，只是我們無法透過傳統病理學辨別出來而已。

三陰性乳癌較易轉移到其他器官，所以復發風險較高和較快，不過局部復發的機率與其他類型相同。目前對於三陰性乳癌的研究較少，人數約佔乳癌病人的10-15%左右，較常見於年輕婦女及遺傳性(BRCA1)乳癌。此外，三陰性乳癌亦較難透過定期的乳房X光造影發現。

在治療上三陰性乳癌和其他乳癌有什麼分別呢？

游子覺醫生答：

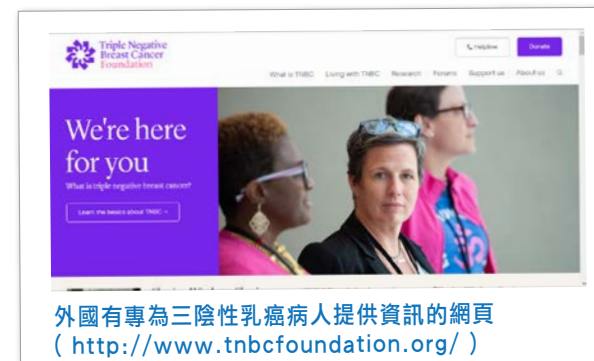
治療三陰性乳癌是目前醫學界一個棘手難題。在局部治療上和其他乳癌沒有分別，但在防止癌病擴散的藥物治療方面，則只可倚靠化療了，因為荷爾蒙治療和 HER2 標靶治療都不適用於三陰性乳癌。至於選擇化療藥物方面，和其他乳癌分別不大，不過有初步研究指，加入卡鉑(carboplatin) 可能較好。部分晚期三陰性乳癌亦可考慮將抗血管增生標靶藥Bevacizumab配合化療一同使用，以增強療效。

近年在治療三陰性乳癌上的突破較少，其中一個原因是它包含了多種不同特性的癌細胞，可能需要不同的治療，但在一般病理測試中又無法將其仔細再分類。

近年三陰性乳癌的新藥有兩類：

1. PARP 酵素抑制劑 (PARP inhibitors): 主要針對遺傳性的三陰性乳癌。這類癌細胞有BRCA基因缺陷，是非常依賴 PARP 酵素幫助細胞復修受損的DNA，所以PARP酵素抑制劑可以減低它們的復修能力，從而控制癌腫。現在有兩種PARP酵素抑制劑已被批准用於BRCA突變的非HER2型晚期乳癌，療效比傳統化療更優勝。這包括：Olaparib(商品名Lynparza) 和Talazoparib (商品名Talzenna)。這些口服藥的副作用包括疲倦、貧血、白血球下降、頭痛和作嘔作悶等。

2. 免疫治療藥: 當免疫治療在腎癌、肺癌、黑色素瘤等發展得如火如荼時，科學家卻發現它在乳癌上的效果並不顯著，直至最近有研究使用免疫治療藥Atezolizumab再配合化療藥(Abraxane)，用於晚期三陰性乳癌上，才有突破性發展，並於19年3月獲批使用。Atezolizumab(商品名Tecentriq)是一種封閉PD-L1蛋白的藥物，而PD-L1蛋白就是一些癌細胞用來避免受免疫系統攻擊的護身符。因Atezolizumab只適合用於一些製造PDL-1蛋白的癌細胞，所以要先測試腫瘤組織樣本的PD-L1反應(SP142, Ventana)，看看能否使用。



什麼是放射治療？每個乳癌病人都需要嗎？

游子覺醫生答：

放射治療(Radiotherapy, 簡稱RT或放療)，香港人俗稱「電療」，是用高能量的X光射線照射受腫瘤影響的部位，直接殺死癌細胞。「電療」的名稱很容易令人混淆，因為精神科和物理治療等也有採用所謂的「電療」，不過這些療法並非採用X光，和放射治療完全無關。

目前有兩類乳癌病人須在手術後接受胸部放療來減低局部復發的風險，第一類是接受保乳治療 (breast conservation treatment，即局部切除)的病人。研究指放射治療可將局部復發的風險由25%減至5%以下，局部切除的原位癌亦同樣適用。第二類是已接受全乳切除 (mastectomy) 但局部復發風險較高的病人，其中包括有明顯淋巴結轉移，或腫瘤體積大，或有侵蝕皮膚或切除邊緣 (resection margin) 不足的病人，放射治療亦可將局部復發的風險由25-35%減至10%以下。

怎樣才算是明顯的淋巴轉移呢？根據以往國際標準，如有四顆或以上的淋巴結受影響，病人便應接受放射治療以減低風險。有一至三顆淋巴結受影響的，屬灰色範圍，醫生要考慮其他的風險因素，部分亦要加入放射治療，因為這類腫瘤轉移至其他器官的風險較低，局部復發對病情的負面影響可能更大。以往的概念認為放射治療只可減低局部復發，對整體的存活率沒有幫助。不過，近年的研究指每當放射治療減少四名病人的局部復發，長遠來說便可增加一名病人的治愈機會。這亦不難理解，因為有些局部復發的癌腫，可能就是轉移往其他器官的源頭；消滅了源頭，自然可以增加生存率。

除作為手術後的輔助治療外，放射治療也可應用在晚期乳癌，用以舒緩骨骼或腦部等受腫瘤擴散引致的不適。

放射 治療篇

胸部放射治療有什麼副作用？會引致脫髮和吞嚥困難嗎？會否影響心肺功能？

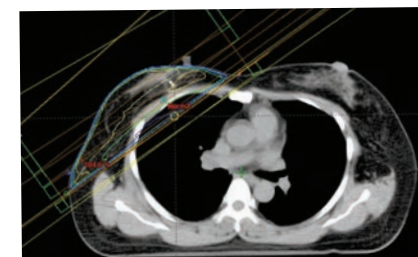
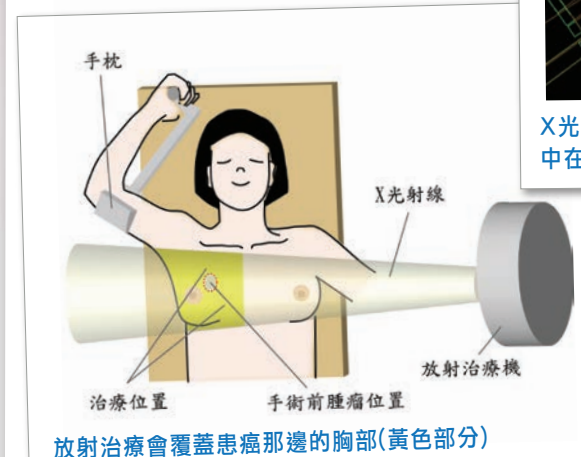
游子覺醫生答：

放射治療的過程與一般X光檢查很相似，每次進行時病人根本沒有特別感覺。與一般照X光不同的是，放射線的強度會大很多，技師亦要用頗多時間去對位，確保每次都能準確地把放射線送到要治療的部位。治療開始前數天要先做放療設計(Radiotherapy Planning)，病人先躺臥在模擬器(Simulator)上，將上臂拉高，避開放療射線的角度，然後技師會調整病人躺臥的位置，再在其前胸皮膚標示界線，然後再做電腦掃描，將各相關器官的形狀和位置輸入電腦軟件，再計算所需的射線強度和角度。以後每次放療時，技師會先確保病人位置準確，然後再啟動由電腦控制的放療機，執行預先計算好的程式。放射治療需一星期進行五天，每次需時約20至30分鐘，病人無須住院。傳統的療程為五至六星期，近年很多時已轉用三至四星期的簡便版，既方便又可保持療效。

放射治療屬於局部治療，乳癌病人的放療覆蓋範圍主要是患病的胸部，如淋巴結受影響，亦可能會包括附近的淋巴。所引起副作用，亦只限於這些部位，對身體其他部位不會產生副作用，所以不會引致脫髮和吞嚥困難等副作用。



放射治療機



X光射線在適當的角度進入身體，劑量集中在胸部(藍線範圍)，對心肺影響極微。

健康提示

使用短療程放療的病人，皮膚反應很多是治療完成後才開始，所以切忌在完成放療後便掉以輕心。

皮膚反應是放射治療的主要副作用，一般會滯後兩星期左右，即在最初兩星期並不明顯，病人可能只會覺得比較疲倦。在第三、四星期時，治療部位的皮膚好像被陽光灼傷一樣(X光其實和太陽的紫外光很相似)，會變紅、灼熱及乾燥，部分病人亦可能有脫皮和滲液等現象，反應高峯期大約在治療完成後一至兩星期。所以，如你發覺皮膚反應在治療完成後不減反加，亦不要過分驚訝。皮膚反應一般會在治療完成後兩個月內逐漸消退，初時皮膚就像曬黑了，稍後褪皮後，便會慢慢回復正常。視乎病人的體質，治療部位的皮膚可能較深色，好像許多人的前臂因受日光照射較多而較上臂深色一樣。鑒於放射治療會減低油脂分泌，病人可在治療部位塗上小量baby oil，令皮膚更柔軟和有彈性。

由於心肺接近放射治療的範圍，確實較易受波及。不過，近年放射技術進步，心肺受影響的風險很低，個別有需要者，還可加入呼吸控制技術，進一步減低心肺受影響的風險。很多病人亦擔心放療會引致手腫，因為當手術切除了腋下淋巴後，放射治療可能會令餘下的淋巴收窄，減慢淋巴排走多餘的水份。近年趨勢是除非有特殊情況，否則放療時會避開腋下的淋巴，因此治療後出現手腫的風險已大為降低。

我下星期將開始接受胸部放射治療，皮膚護理方面有什麼要注意呢？

游子覺醫生答：

有關皮膚護理的建議如下：

宜

保持皮膚乾爽。

治療開始後，每天可在治療部位塗 Physiogel 或 RadiaGel 兩次，滋潤皮膚；坊間亦有售賣供陽光灼傷用的啫喱，蘆薈純度最好在95%以上，效果也很好。如果你喜歡自製鮮蘆薈汁作外敷，請小心清潔植物的使用部分。(注意:在放射治療前兩小時內避免塗上)

用和暖清水及溫和梘液(例如嬰兒用梘液)清潔皮膚，花灑浴比浸浴為佳，然後用柔軟毛巾輕輕印乾。

忌

切勿刺激放射治療範圍的皮膚，不要按摩、搓擦、搔抓或放置過冷或過熱的冰袋和熱水袋等。同樣道理，要避免猛烈的陽光照射，如須於陽光下工作，請穿著保護衣物。(治療完成後一年內，也不要讓放射治療範圍的皮膚長時間暴露於陽光下。)

避免在治療部位或腋下使用爽身粉、香水、止汗劑等。這些物品可能含有香精、酒精或金屬成分，會加劇皮膚反應。

不宜使用加入香味的梘液。

宜

避免用力搓擦和水溫過冷或過熱小心保留劃定的放射治療界線。

宜選擇鬆身棉質衣服和胸圍，避免衣物磨擦治療的部位。可以的話，在家中暫停配戴胸圍。

若皮膚出現痕癢等不良反應，可請醫生處方藥膏 (1% hydrocortisone cream)，薄薄的塗在受影響的部位，切勿使用過量或用於破損的皮膚上。

如皮膚出現滲液或潰瘍等較嚴重的反應，請遵照醫生或護士的指導護理皮膚的傷口。

放射治療完畢後，部分皮膚傷口可能會結痂；隨著傷口慢慢康復，痂會逐漸變小和鬆脫。

保持適量運動。

忌

不可抹掉或塗改劃定的放射治療界線，也不可自行黏貼膠布保護該等界線。

避免穿著過緊的衣服和胸圍。

在放射治療前兩小時內不宜塗上藥膏。

除非經過醫護人員指導，否則不宜在傷口自行塗上藥物或黏貼膠布。

不要過早將痂扯脫，以免延誤傷口的痊癒。

放射治療期間及皮膚完全康復前，不宜游泳。

我是接受保乳治療的，在全乳放射治療後，醫生說要「加電」五次，為什麼有些病友又不需要「加電」呢？

游子覺醫生答：

俗語所謂「加電」(boost)，就是指在完成全乳放療後，將放射線集中在切除位置附近，再加強這裏的劑量。理由是保乳治療後若有局部復發的話，十之八九都會在切除位置附近，所以增加該處的劑量，有助進一步減低復發的風險。

不過，亦不是所有接受保乳治療的病人都一定要「加電」的，醫生還需考慮病人局部復發的風險和腫瘤的位置。一般50歲以下、切除邊緣(resection margin)較窄的病人，局部復發的風險較高，較常需要增加放射劑量。

基於上述概念，外國有些研究寧可放棄全乳放療而將放射劑量全部集中在局部切除位置的附近，即所謂局部乳房放療(partial breast irradiation)。由於這技術的長遠療效尚未明確，所以不建議隨便採用，目前在本港亦不普遍。

注意

有些較複雜的放療技術，全乳放療期間已將切除位置附近的劑量加高，不需另外再「加電」。



什麼是原位癌，和一般乳癌有何不同？原位癌在香港普遍嗎？

游子覺醫生答：

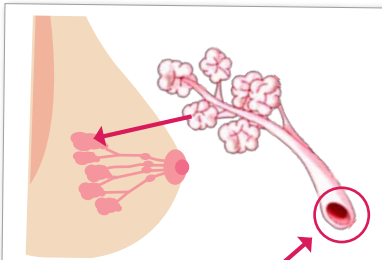
絕大部分乳癌都是由乳腺管的內層細胞病變所引致。所謂原位癌(ductal carcinoma in-situ, 簡稱DCIS), 是指這些癌細胞仍然被圍困在乳腺管內, 還沒有侵蝕附近組織, 所以沒有能力擴散至淋巴結或其他器官, 故可視為一種極早期的腫瘤, 在醫學上又稱為0期乳癌, 即比第一期更易治癒。原位癌若經全乳切除手術後, 復發的機會低於1%。

目前, 我們只知道有部分原位癌日後會侵蝕附近組織, 演變為常見的侵蝕性乳癌(invasive breast cancer), 但機會有多大, 需時多久, 醫學界還未有定論, 所以它就像一顆不知何時會引爆的計時炸彈。

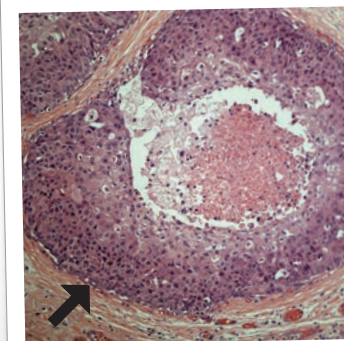
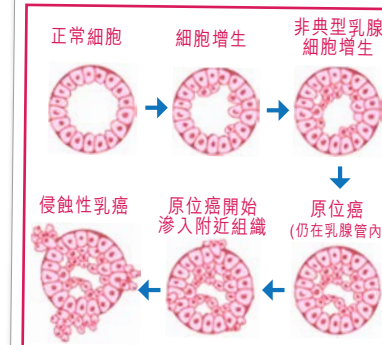
那麼, 乳腺原位癌普遍嗎? 原位癌本來不太普遍, 但近二十年西方國家的原位癌個案急劇上升, 主要是因為當地盛行乳癌普查, X光偵測到很多細小而毫無徵狀的原位癌。本港的乳癌普查比率一直偏低, 所以大部分患者都是由於有硬塊或乳頭滲血才發現患病的。根據香港癌症資料統計中心2016年的統計數字, 該年有乳腺原位癌599宗, 相當於乳癌總個案的12.7%。

注意

侵蝕性乳癌附近往往會發現有原位癌的踪影; 這裏討論的則是純原位癌(Pure DCIS), 是一種完全沒有侵蝕現象的腫瘤。



原位癌發展至侵蝕性乳癌的過程



原位癌的癌細胞被圍困在乳腺管內, 未能作惡, 好像被囚禁著的壞人。

原位癌的疑惑

原位癌是否也可選用保乳治療？還要切除腋下淋巴結化驗嗎？

游子覺醫生答：

原位癌的傳統療法是全乳切除手術，手術後的復發機會低於1%。但由於保乳治療應用在侵蝕性乳癌的效果良好，因此近年很多原位癌病人亦會同樣選擇局部切除，之後一般也要接受放射治療以減低局部復發的風險。歐美婦女的原位癌大部分都是經普查發現，體積小和沒有徵狀；相對而言，由於乳癌普查在香港並不普遍，香港七成的原位癌都是病人因有硬塊或乳頭滲血才發現的，腫瘤體積亦較大。雖然如此，本港的研究發現¹，患原位癌的中國婦女採用保乳治療的療效與海外的大致相同。

理論上，原位癌擴散到腋下淋巴結的機會是低於1%，所以毋需如侵蝕性乳癌般要切除腋下淋巴結化驗。但實際上，在未完全切除腫瘤作詳細化驗前，醫生根本不能確定是否有侵蝕性乳癌潛伏在內。為避免之後要進行多一次手術，醫生很多時會考慮在手術時一併進行前哨淋巴結檢查。對於接受全乳切除的病人，這做法亦可避免日後需要做後遺症較多的傳統淋巴結切除，因為在全乳切除後，若病理化驗發現有侵蝕性乳癌的話，也無法再進行前哨淋巴結手術了。

1. Yau TK, Chan K, Chan M, et al. Wide Local Excision and Radiotherapy for the Treatment of Ductal Carcinoma in situ of the Breast: the Hong Kong Experience. Clin Oncol 2006;18:447-452.

化療、荷爾蒙治療、放射治療和標靶治療是否同樣適用於原位癌呢？

游子覺醫生答：

原位癌因沒有侵蝕附近組織(non-invasive)，擴散機會極低，所以只需進行局部治療，如全乳切除或局部切除加上放射治療便可。即使原位癌是屬於HER2型或三陰型的，亦完全不需要化療和標靶治療等輔助治療。同樣道理，即使原位癌的雌激素受體呈陽性，病人也毋須使用荷爾蒙藥來防止擴散。不過有研究顯示，對於雌激素受體呈陽性的原位癌，病人可在保乳治療後服用三苯氧胺 (Tamoxifen)五年，來減低在乳房其他位置或另一邊乳房長出新腫瘤的機會。但要留意，這些新腫瘤並非復發，只是病人本身有發展乳癌的傾向，其他乳腺組織有較高機會再演化成乳癌而已。因這些新腫瘤大都是原位癌或早期乳癌，治癒機會很高，所以三苯氧胺對原位癌病人的整體存活率沒有大幫助。鑒於三苯氧胺亦有一定副作用，醫生一般只建議較高危再患乳癌的病人服用。2015年中發表的研究指，新一代荷爾蒙治療藥Anastrozole(芳香酵素抑制劑)，同樣適用於已閉經的原位癌病人，減低再長出新乳癌的機會。

我很擔心在化療期間因抵抗力低而被細菌感染，
在日常生活上有什麼方法可減低這風險呢？

游子覺醫生答：

化療期間，身體抵抗力較低，應減少到人煙稠密的公眾場所，此外亦可考慮在人多的地方戴上口罩，減低受感染的機會。細菌和病毒除經空氣外，亦可經食物進入人體。一般的飲食安全措施包括：

1. 進食前或準備食物和飲品前，要徹底清潔雙手。
2. 準備食物前後，要徹底清潔所有廚具、枱面和砧板等，處理生肉之後尤以然。
3. 使用經徹底清潔的餐具進食。木材較容易滋生細菌，應避免使用未經消毒的木筷子。
4. 肉類、家禽、海產和雞蛋必須徹底煮熟。飲品及奶類製品（如牛奶）必須經高溫殺菌。（香港市面出售的包裝奶品，都經高溫殺菌，除非你到農場參觀，才有可能飲到「鮮」奶。你倒要留意其保鮮日期。）
5. 不要直接飲用未經煮沸的水。
6. 將生和熟的食物分開存放，以避免交叉污染。
7. 避免進食易受病菌污染的食物，例如沙律、壽司、生或未經煮熟的肉類、家禽、海產和雞蛋。至於新鮮水果，建議食用厚皮的，例如橙、香蕉和西柚等。其他薄皮的，例如蘋果等，果皮須徹底清潔或去掉。



要經常洗手



建議食用厚皮的新鮮水果

護理 保健篇

乳癌病人在治療期間，飲食上除注意清潔衛生外，還有什麼要留意？

林道儀博士答：

病人的飲食，最重要是均衡，食量恰當。因為每樣食物所含的營養各有不同，只要能進食各種各類的食物，便可以吸收不同的營養，供應身體的需要。選擇食物時，應根據健康飲食金字塔的指引，適當地進食五穀類、蔬果類、奶類、肉類或乾豆類的食物，去確保攝取足夠的營養，即澱粉質、蛋白質、脂肪、纖維素、維生素和礦物質等。

改變飲食習慣中的不良嗜好，例如避免吃得太飽或過饑。進食時要細口慢吞，多飲開水，還要戒煙戒酒。

1. 最好避免進食的食品

- 油膩、辛辣、刺激的食品
- 煎炸的食品：蝦片、薯條、春卷等
- 醃製的食品：臘腸、臘肉、鹹魚等
- 動物性脂肪及動物皮層：雞皮、豬皮、肥豬肉等
(游子覺醫生註：雞皮的脂肪不但肥膩，亦可能含有可溶於油質的有害物質。雞肉其實是很健康的食物，脂肪主要在皮下層，只要去掉雞皮，脂肪含量便很低。不過，我們亦不用「日日食雞」，只要適量進食便可。)
- 發霉或腐壞的食物
- 含激素類食物：雪蛤膏、紫河車等
- 過甜、過鹹的食物
- 含添加劑食品
- 濃茶、咖啡



避免吃煎炸食物



應少飲濃茶和咖啡

2. 宜多吃的食品

- 含豐富蛋白質、維他命的食物：新鮮水果、蔬菜、穀類等
- 水果：蘋果、橙、梨、香蕉、桃、枇杷、士多啤梨等
- 蔬菜：蘿蔔、粟米、茄子、番茄、薯仔、百合、絲瓜、菠菜、西蘭花等
- 其他：羅漢果、無花果、竹蔗、馬蹄、雪耳、瑤柱、紫菜、海帶、蜂蜜、番薯、烏梅、山楂、薏苡仁、蓮子、紅菜頭等

可否介紹一些湯水，幫助病人在康復過程中調理身體？

林道儀博士答：

以下幾款湯水可供參考 (全以4人份量為準)：

1. 雪耳杏仁百合湯

材料：雪耳2朵，南杏、百合各30g，蜜棗5粒，瘦肉500g

做法：(1) 將所有材料洗淨，南杏、百合和蜜棗用水浸軟；雪耳浸開；瘦肉切件出水。

(2) 燒開水，加入所有材料，水滾後用慢火煲1個半小時，下鹽調味即可。

功效：清熱生津，養心潤肺



雪耳杏仁百合湯清熱潤肺

2. 雪梨潤肺湯

材料：雪梨、新鮮百合各2個，南、北杏各15g，瘦肉500g

做法：(1) 所有材料洗淨，雪梨切開去芯去核；新鮮百合洗淨剝瓣；杏仁用水浸軟；瘦肉切件出水。

(2) 燒開水，下雪梨、杏仁及瘦肉，水滾後用慢火煲1個半小時，再加入新鮮百合煮10分鐘，下鹽調味即可。

功效：生津潤肺，止咳化痰



雪梨生津止咳

3. 紅菜頭養顏湯

材料：紅菜頭、紅蘿蔔、粟米各1個，南、北杏各15g，雪耳2朵，瘦肉250g，豬脊骨250g

做法：(1) 將所有材料洗淨，紅菜頭、紅蘿蔔、粟米切件；杏仁用水浸軟；雪耳浸水分成小份。

(2) 燒開水，放入豬脊骨、瘦肉切件出水。

(3) 再燒開水，加入所有材料，水滾後用慢火煲2小時，下鹽調味即可。

功效：健脾益氣，補養氣血

4. 腐竹豬肚湯

材料：腐竹50g，白果50g，豬肚1個，瘦肉500g，生薑3片

做法：(1) 將所有材料洗淨，瘦肉切件出水。

(2) 豬肚洗淨，加入適量鹽抓洗10分鐘，再以生薑3片及滾水煮5分鐘，撈出後切片。

(3) 燒開水，加入所有材料，水滾後用慢火煲1個半小時，下鹽調味即可。

功效：補益虛損，健脾養胃



腐竹豬肚湯補益虛損

5. 蕃茄薯仔瘦肉湯

材料：番茄、薯仔、瘦肉各250g，生薑3片

做法：(1) 將所有材料洗淨切塊，瘦肉切件。

(2) 燒開水，加入所有材料，水滾後用慢火煲1小時，下鹽調味即可。

功效：開胃健脾



蕃茄開胃

6. 淮山蓮子栗子湯

材料：淮山、蓮子各30g，栗子肉15粒，瘦肉500g

做法：(1) 將所有材料洗淨，淮山及蓮子用水浸軟，瘦肉切件出水。

(2) 燒開水，加入所有材料，水滾後用慢火煲1個半小時，下鹽調味即可。

功效：健脾養胃，補腎養心



淮山蓮子栗子湯健脾補腎

7. 南瓜百合滋味湯

材料：南瓜150g、新鮮百合2個、南杏15g、瘦肉250g

做法：(1) 所有材料洗淨，南瓜去皮去核，洗淨切塊；新鮮百合洗淨剝瓣；南杏用水浸軟；瘦肉洗淨切塊。

(2) 燒開水，下南瓜、南杏及瘦肉，水滾後用慢火煲1小時，再加入新鮮百合煮10分鐘，下鹽調味即可。

功效：滋陰潤肺，化痰止咳

8. 雙寶海參湯

材料：海參2條，雲耳、雪耳各2朵，紅蘿蔔1根，去核黑棗、紅棗各5粒，南、北杏各20g，瘦肉500g

做法：(1) 所有材料洗淨，海參切斜塊，加薑葱煮20分鐘。

(2) 雲耳、雪耳以水泡發，去蒂洗淨切條；紅蘿蔔切件；大棗及杏仁用水浸軟；瘦肉切件出水。

(3) 燒開水，加入所有材料，水滾後用慢火煲1個半小時，下鹽調味即可。

功效：健脾益氣，補肺固腎



海參滋陰補腎

9. 蜂蜜

做法：蜂蜜以適量溫開水沖服

功效：清熱解毒，潤燥補虛

注意：腹瀉不宜



蜂蜜潤燥補虛

10. 雪梨/蘋果汁

做法：雪梨/蘋果去芯榨汁

兩者均有功效：清熱，生津，止渴

雪梨偏潤燥

蘋果偏健脾



蘋果健脾

如果食慾不振，有沒有合適的食療呢？

林道儀博士答：

1. 酸梅湯

材料：酸梅 30g，冰糖或黑糖適量

做法：酸梅洗淨，用8碗水煮至4碗，加入糖調味即可。

功效：生津開胃

2. 山楂水

材料：山楂 30g，冰糖或黑糖適量

做法：山楂洗淨，用8碗水煮至4碗，加入糖調味即可。

功效：消食導滯，散瘀消脂

注意：胃酸過多不宜

3. 青檸鱸魚湯

材料：鱸魚1條，青檸1個，紅棗或黑棗5粒，生薑3片，葱2根

做法：(1) 將鱸魚洗淨，去鱗與內臟，切塊；紅棗或黑棗去核浸軟；青檸切片；葱切段。

(2) 以少量油把薑葱及魚稍煎，再加入清水，水滾後下其他材料。再滾後，用慢火煲半個小時，下鹽調味即可。

功效：補益虛損，健脾開胃

4. 雪梨合蘋果汁

做法：洗淨雪梨及蘋果去芯，榨汁飲用。

功效：清熱生津，健脾潤燥

5. 熱檸檬

材料：檸檬 3-4片，蜂蜜適量

做法：將檸檬片及蜂蜜加入一杯暖水中，混和後服。

功效：開胃生津，潤燥補虛



山楂消食導滯



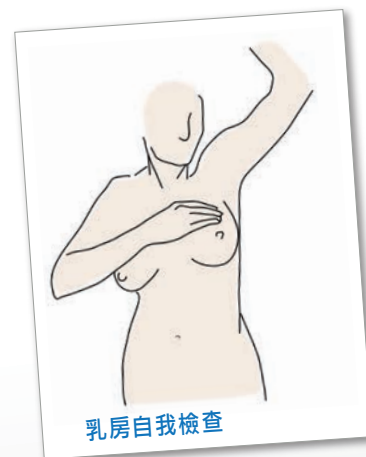
檸檬開胃生津

治療完成後，是否要定期抽血、照X光或掃描以偵測是否有復發？

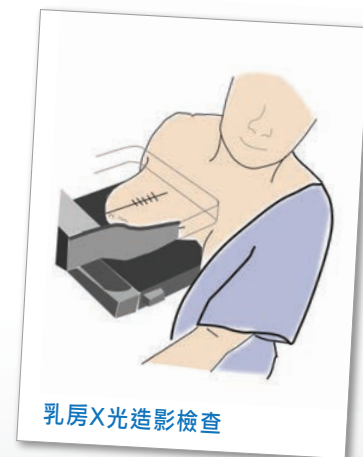
游子覺醫生答：

接受保乳治療的病人，須定期安排乳房X光造影檢查 (mammogram) 去監察是否有早期局部復發的跡象。即使接受全乳切除的病人，因另一邊乳房長出新腫瘤的機會比同齡婦女增加五至八倍，所以亦應考慮作定期乳房X光造影檢查。此外，病人亦要定期自我檢查乳房，不應過分依賴乳房X光造影檢查。在筆者研究的511名接受保乳治療的婦女當中¹，有4.5%病人在手術後五年內有局部復發，但其中有40%並非由定期乳房X光造影檢查或超聲波掃描偵測出來，而是由病人自己首先察覺的！

除上述乳房造影檢查和一般定期覆診外，美國臨床腫瘤學會 (American Society of Clinical Oncology, ASCO) 不建議替沒有任何不適或徵狀的康復者安排定期驗血 (包括癌指數 CA15.3 和 CEA)、照肺、電腦掃描或正電子掃描等檢查等，因為這些檢查的靈敏度及效益太低，不能有效及早偵測復發和提升病人的存活率。話雖如此，很多病人都希望能安排多一些化驗，以求安心。



乳房自我檢查



乳房X光造影檢查

1. Yau TK, Sze H, Soong IS, et al. Surveillance mammography after breast conservation therapy in Hong Kong: effectiveness and feasibility of risk-adapted approach. The Breast 2008; 17:132-137

如果治療期間噁心嘔吐，有沒有合適的食療呢？

林道儀博士答：

1. 生薑汁

做法：洗淨生薑，去皮切片，進食前含服；或用2滴生薑汁混入一湯匙開水，進食前飲用。

功效：溫中止嘔

2. 生薑黑糖茶

材料：生薑 3片，黑糖適量

做法：生薑洗淨，加入黑糖，用3碗水煮至1碗即可。

功效：溫中散寒，和胃止嘔

3. 陳皮水

材料：陳皮 1片

做法：陳皮洗淨去囊，剪成條狀，用滾水2杯，燉1小時。

功效：理氣止嘔

4. 陳皮炒米水

材料：陳皮 1片，白米 30g

做法：(1) 先將白米以乾鑊炒至焦黃，陳皮洗淨去囊切絲。

(2) 用滾水2杯，燉1小時。

5. 甘筍汁

材料：甘筍2條

做法：(1) 先將甘筍洗淨。

(2) 燒開水，放入甘筍滾10分鐘，最後取出甘筍榨汁。

功效：健脾益胃

6. 生薑蔗汁

材料：鮮蔗2段，生薑

做法：(1) 先將鮮蔗洗淨。

(2) 燒開水，放入鮮蔗滾10分鐘，最後取出鮮蔗榨汁1杯。

(3) 加2滴生薑汁入蔗汁中。

功效：清熱除煩，和胃止嘔

注意：性微寒，胃寒不宜



陳皮理氣止嘔



甘筍健脾益胃

可否介紹一些食療，幫助脫髮重生呢？

林道儀博士答：

1. 合桃糊（1人分量）

材料：合桃30g，白米15g，鮮奶250ml，白糖適量

做法：(1) 將合桃及白米洗淨，加水磨成糊狀。

(2) 磨好後煮沸，加入鮮奶及白糖共煮沸即可。

功效：補腎益腦，潤腸通便

注意：腹瀉不宜

2. 黑芝麻糊（1人分量）

材料：黑芝麻30g，白米15g，鮮奶250ml，黃糖或黑糖適量

做法：(1) 將黑芝麻及白米洗淨，加水磨成糊狀。

(2) 磨好後煮沸，加入鮮奶及白糖共煮沸即可。

功效：補益肝腎，烏髮潤腸

注意：腹瀉不宜



黑芝麻補益肝腎

3. 三烏湯（4人分量）

材料：黑豆、淮山 各50g，杞子 30g，黑棗10粒，瘦肉 250g，烏雞 1隻

做法：(1) 所有材料洗淨，烏雞去頭去皮切件；瘦肉切件出水。

(2) 燒開水，下所有材料，水滾後用慢火煲2個半小時，下鹽調味即可。

功效：補腎填精、滋陰養血

4. 蓮藕髮菜湯

材料：蓮藕 1根，髮菜 30g，眉豆 50g，豬骨 250g，瘦肉 250g

做法：(1) 將所有材料洗淨，髮菜泡水3分鐘，去除雜質；豬骨斬件出水；瘦肉切件出水；蓮藕去皮切片。

(2) 燒開水，下所有材料，水滾後用慢火煲2小時，下鹽調味即可。

功效：健脾益氣，滋陰養髮

我在報章上看見推介一種草藥的全版廣告，當中引述多篇研究和專家報告，證明這草藥的治癌功效。我始終有點半信半疑，況且這些草藥非常昂貴，請問值得一試嗎？

游子覺醫生答：

這類草藥是否有效，目前還沒有大型的臨床研究證明。所以它們只被視為「健康食品」而非受管制的正式藥物。廣告引述的研究報告，多是一些極初步的報告，很多仍在實驗室測試階段，而非在病人身上進行的大型臨床研究。試與不試，視乎信心多於實證。你相信有些藥物對於任何階段及任何種類的癌病都有幫助嗎？

實驗室測試是進行臨床研究前的基本要求，在實驗室培植癌細胞的環境，遠比人體簡單。一種藥物是否有效，除本身的抗癌能力外，亦要視乎它被人體吸收和經血液運送到癌腫的能力。身體本身有很多酵素，可能分解或轉化這些藥物。所以，大型科學化的臨床研究，是發展抗癌藥物必不可少的階段。

(林道儀博士註：中醫認為，每種中草藥都有不同的性味、歸經、作用和適應症。中醫治療，會因應病人的年齡、體質、所患疾病的不同症型，針對疾病，處方治療。例如感冒，當中有風寒或風熱型感冒，中醫多處方辛溫解表的藥物，治療風寒型感冒；相反，會以辛涼解表的藥物，治療風熱型感冒。同樣是感冒，不同的症型會用不同的藥物。因此，即使是同一種疾病，並非每個病人都適合服用相同的中草藥。病人不宜自行購買中草藥服用，應請教認可的中醫處方治療。)

大豆含植物雌激素，那麼乳癌病人進食大豆類食品是否安全呢？

游子覺醫生答：

大豆中的大豆異黃酮素(isoflavone)是一種植物雌激素(phytoestrogens)，以往常被認為具抗癌作用，很多研究指大和民族的乳癌比率低便和她們多吃大豆類食品有關。不過，近年卻有很多人反過來擔心這些植物雌激素會如人體的女性荷爾蒙般，增加患乳癌的風險或復發機會，尤其是一些雌激素受體呈陽性的乳癌。

植物雌激素原來有三類，除大豆異黃酮素外，還有木酚素和香豆素。豆芽、亞麻籽、芝麻、一些蔬果和全穀物其實都含植物雌激素，你要全面避開它嗎？再者，植物雌激素的強度很弱，只是女性荷爾蒙的千分之一，根本不足構成威脅。此外，植物雌激素還有改善停經症候群、預防心血管病和骨質疏鬆等多種好處呢！

目前未有報告證明大豆食品會增加乳癌病人復發的風險，相反，近年外國的大型研究都指乳癌病人適量進食大豆食品是安全的，請放心吧。

(林道儀博士註：《本草綱目》中記載：大豆有黑、白、黃、褐、青、斑數色，黑豆名烏豆，可入藥，及充食，作豉；黃者可作腐，榨油，造醬；余但可作腐及炒食而已。而豆漿，性平味甘，利水下氣，制諸風熱，解諸毒。因此，豆漿有補虛潤燥、清熱、通便等功效。當中亦記載，服食大豆，可令人長肌膚，益顏色，填骨髓，加氣力，補虛能食，不過兩劑。然而，若多食，則會容易氣滯生痰，以致咳嗽，令人身體重墜，誘發面黃瘡疥。所以，適量進食大豆類食品，是有益健康的，但不要多食，以免損害健康。中醫認為，大凡所進食之物，適可而止，過則傷身。)



乳癌病人宜適量進食豆腐、豆漿等大豆類食品。

我在去年接受乳癌切除手術後，近月發覺有手腫的情況。請問有什麼方法可改善這些後遺症呢？

陳穎琦姑娘及游子覺醫生答：

視乎手腫的嚴重程度，可考慮以下方法，改善手腫（上肢淋巴腫脹）的情況：

1. 維持日常功能的動作訓練 —

日常生活的動作有賴靈活自如的關節活動能力和持久性。以下幾個練習可供參考，例如：用手從高處取物，將手伸至後頸，仿照扣頸鍊、沖涼擦背、拉拉鍊等動作。



你亦可選擇游泳，因為肌肉活動可幫助排走水腫，而池水有冷凍功能，令血管收縮，可減少血管內的物質排到淋巴管。

此外，瑜珈、太極及氣功也是不錯的選擇，因為這類運動比較輕柔，不會加劇心跳或提高血壓。況且肌肉需要間歇地收緊和放鬆，再配合有節奏的深呼吸，有助上肢的淋巴液回流到身體中央，避免手腫。現時香港部分職業治療部亦設有健身氣功學習班，職業治療師會因應個別參加者的需要及身體狀況，提供專業意見。患者務須注意，做運動要持之以恆，才能穩定水腫情況和保持關節的活動幅度。

2. 按摩 —

適當的按摩也是改善水腫的方法之一。患者應提高患肢，由手背或手掌開始按摩，向上推到肩膀或腋窩下，以向心方式（由遠端到近端）對患肢進行按摩。

3. 壓力治療 —

對於較嚴重的情況，職業治療師會就腫脹的部位及程度為患者設計合適的壓力衣，以減輕腫脹程度。若配合適當的按摩，功效更佳。不過，香港的夏天天氣炎熱，穿著壓力衣會有點不舒服，可能的話，多些留在空調室吧。



壓力衣

4. 日常生活須注意的事項 —

- 避免患處手部皮膚損傷及受細菌感染；
- 為免手部及上肢長時間受壓，應避免在手術那邊手臂打針、抽血和量血壓等；
- 避免手部受熱或進行太劇烈的運動，例如浸泡熱水浴、日光浴和長時間提起重物等。

詳情可請醫生轉介職業治療部或聯絡你的職業治療師查詢。
(部分圖片由醫院管理局職業治療統籌委員會提供，特此鳴謝。)

我在三個月前接受了全乳和腋下淋巴切除手術，擔心日後會有手腫等後遺症。請問有什麼早期徵狀要留意呢？

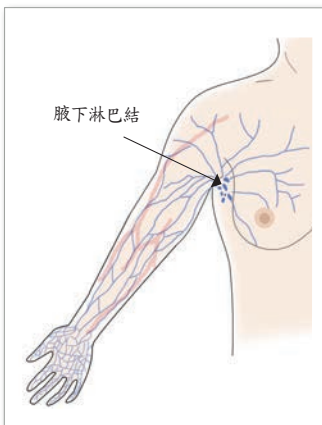
陳穎琦姑娘及游子覺醫生答：

淋巴系統(lymphatic system)包括淋巴結(lymph node)和淋巴管(lymph vessels)，相等於人體的排水系統，可將肢體多餘的水分及體液帶走，最後引導回心臟。淋巴結就是這系統的過濾中心，會將流經淋巴液的病菌和廢物分隔和處理，所以乳癌細胞往往會集結在腋下的淋巴結。如果腋下淋巴結被切除，上肢及胸部的排水系統便會受到一定程度的破壞。淋巴液的流通不暢順，便會使上肢水份及體液的吸收減慢，情況嚴重的，會產生腫脹。若腋下部位還要接受放射治療，剩餘的「排水管」便會進一步收窄，增加手腫的風險。現今的趨勢，絕大多數不建議在放射治療時覆蓋腋下淋巴；前哨淋巴結檢測技術亦可避免不必要的腋下淋巴切除手術。

一般來說，手腫(淋巴腫脹, lymphoedema)可分為兩個階段：

第一階段 — 病人可能會感覺肢體「好重」，有針刺、麻痺、脹痛或其他古怪的感覺，但未能靠肉眼察覺腫脹的徵狀。

第二階段 — 若用手指輕按腫脹部位，可見到如「酒窩」般的凹陷，但當肢體抬高後，腫脹情況會稍為舒緩。腫脹的情況較為嚴重者，除按下後有凹陷的現象外，周圍的組織會有硬和實的感覺，即使抬高肢體，腫脹情況亦未能舒緩。如有懷疑，請諮詢你的醫生。



嚴重的淋巴腫脹除了影響外觀，也會令上肢不靈活。

乳癌過了五年沒有復發，是否表示完全康復呢？

游子覺醫生答：

為方便互相比較，在統計學上通常採用五年的年期作準，然而，有小部分乳癌在十多年後仍可復發。一般來說，適合使用荷爾蒙治療的腫瘤生長較慢，在初診後第五年至第十年的復發率，和首五年的數字沒有多大分別。相反，較惡和生長較快的腫瘤，包括雌激素受體呈陰性的乳癌、HER2型乳癌和三重陰性乳癌等，雖然在首五年內復發率較高，但若過了五年仍沒有復發，之後復發的機會便會大減。

無論你患的乳癌屬於哪種類型，希望你完成治療後盡快康復，要經常保持心境愉快，切忌過分憂慮。很多研究指出，經常憂慮愁煩，會使你的免疫系統受壓抑，反而可能增加復發的機會呢！

此外，越來越多研究資料顯示，肥胖會增加乳癌的復發和死亡風險。丹麥一項涵蓋五萬多名乳癌病人的研究¹指出，身高體重指數(Body Mass Index，簡稱BMI)30或以上的病人，初病後十年的癌病擴散風險會增加46%，這可能由於過份積聚的脂肪，會干擾新陳代謝及化療和荷爾蒙治療的療效。研究同時指出，病人可透過運動及節食來減低因過重而增加的風險。

1. Ewertz, et al. Effect of Obesity on Prognosis After Early-Stage Breast Cancer. J Clin Oncol. 2010.

復發的 監測和治療

我的乳癌已轉移至骨骼，幸而未有影響肝肺等內臟器官。醫生建議我採用荷爾蒙治療和一種「骨針」去防止骨折，這種「骨針」有什麼副作用呢？

游子覺醫生答：

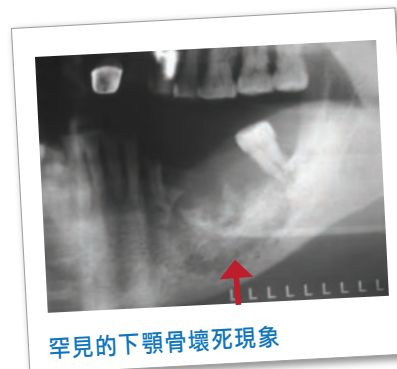
你可能是指一種叫Zometa(Zoledronic Acid, 舒美能)的藥物，那是一種雙磷酸鹽類藥物，可抑制骨骼被侵蝕的情況。研究顯示，這類藥物可減低乳癌病人出現骨折等骨骼併發症，減幅約20%。使用方法是每次經靜脈輸注15分鐘，四星期一次（最近有研究指，三個月一次也同樣有效），一般療程是兩年左右。雙磷酸鹽類藥物的副作用不多，部分病人可能有發燒、疲倦等症狀。此外，若腎功能不足，便要減少劑量甚至停藥，所以，

在使用期間須長期監察腎功能的變化。雙磷酸鹽類藥物也有口服藥(Bondronat)，但須每天早上完全空肚時連大量清水服用，因為任何食物、飲料或藥物都可能影響它的吸收，服完藥也要在一小時後才可吃早餐。所以使用每月一次的輸注藥物反而更方便。

近年亦發展了另一種只須皮下注射的新骨藥Denosumab(Xgeva)，都是每月一次。使用上不受腎功能影響，療效亦比雙磷酸鹽類藥物稍強。



雙磷酸鹽類藥物除用以治療骨轉移外，也可用於高血鈣和骨質疏鬆的情況，不過劑量和藥物包裝會不一樣。



罕見的下顎骨壞死現象



定期接受牙科檢查，有助避免這併發症的發生。

不論那一種「骨針」，都可能會引致血鈣下降，其中以療效較強的Denosumab尤甚。所以病人應考慮同時服用鈣片和維他命D，一般建議每天補充量為500mg鈣和400IU維他命D；不過，如停止使用「骨針」，也要停止服用鈣片和維他命D，否則可能導致血鈣過高。此外，有約1-2%的病人在長期使用這類藥物後，可能出現下顎骨壞死的現象(osteonecrosis of jaw，簡稱ONJ)，因此建議病人在接受治療期間，應避免做侵入性的牙科治療手術，如能定期接受牙科檢查，亦有助避免這併發症的發生。

雙磷酸鹽類藥物除用以治療轉移至骨骼的癌病外，也可用於高血鈣和骨質疏鬆的情況，不過劑量和藥物包裝會不一樣。

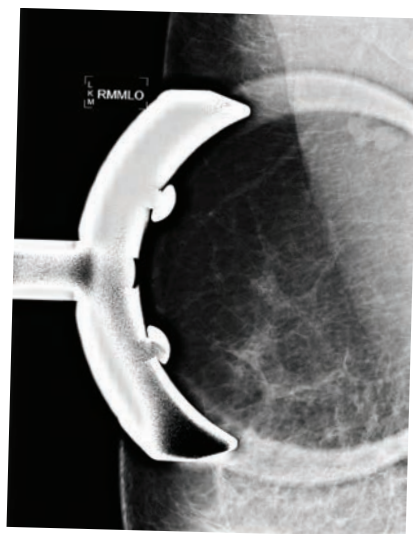
近年研究發現，原本純粹用以減少骨骼併發症或骨質疏鬆的Zometa，在已收經的早期乳癌婦女上，配合AI抗賀爾蒙藥，每半年注輸一次，不但可減少骨質流失，竟然還有一定抗癌作用，令負責研究的醫生也大感意外。

問

我接受了保乳治療後，最近乳房造影檢查發覺有可疑鈣化點。若證實是局部復發，還可進行局部切除和放射治療嗎？

游子覺醫生答：

接受保乳治療後若證實有局部復發，全乳切除是最標準和安全的療法。曾接受放射治療的部位，一般不適宜再進行放射治療，否則副作用會很大；若再單靠局部切除，進一步復發的風險會頗高。須知道，每當有局部復發，腫瘤日後轉移至其他地方的機會亦隨之增加。如欲改善外觀，可和醫生商討矯形手術是否可行。



鈣化點不代表惡性腫瘤，醫生需放大圖像細心分析

問

我的乳癌細胞已轉移至頸部淋巴結和多處骨骼，現正接受化療，腫瘤正逐漸縮小，我的病有機會根治嗎？

游子覺醫生答：

如乳癌已轉移到骨骼或內臟器官(如肺和肝等)，現今的醫療技術還未能將癌細胞徹底殺死。不過，一般而言，乳癌對舒緩性化療和荷爾蒙治療的反應甚佳，醫科書形容這情況是“not curable but treatable”(不能根治，但可醫治)。我喜歡用的比喻是，我們雖不能將活火山變成死火山，卻有機會將它轉化成睡火山。不要小看這段沉睡期，對乳癌病人來說，它可以很長的，尤其是癌細胞只轉移至淋巴結或骨骼而未影響到內臟器官的情況。筆者有些病人在多年前的腫瘤已轉移至骨骼，現在不但毫無徵狀(雖然X光仍顯示骨骼受損)，更一直如常生活和工作。所以，當醫生建議你接受治療時，千萬不要隨便放棄。當「睡火山」再度活躍時，說不定已有新的治療方案呢！

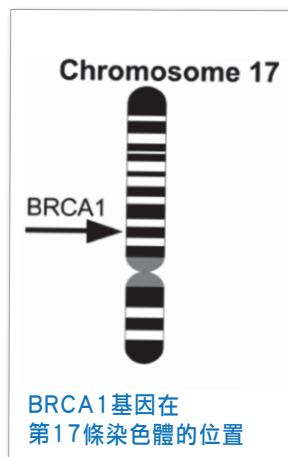


有多少婦女的乳癌是和遺傳基因有關的？這類乳癌是否比較難醫治？

鄺靄慧教授答：

大部分乳癌並非和遺傳基因有關，不過擁有遺傳變異基因的人罹患癌症的風險會比一般人高得多，所以了解生殖系基因變異是非常重要的。在香港，有15%的乳癌病人的近親曾患乳癌，另外，由遺傳變異基因引致的乳癌則佔10-15%，其中最常見的是BRCA1和BRCA2基因。近年也有發現有些比較罕見的基因變異，例如TP53、PTEN、PALB2基因變異等。若有TP53、PTEN或PALB2基因變異，除了乳癌，也有患上其他癌症的可能性，例如甲狀腺癌、肉瘤或胰臟癌。這些基因可由男性或女性傳至下一代，機會率是50%（即他們的子女會有一半機會有這些變異基因）。若遺傳了這些變異基因，

如BRCA變異基因，雖然不一定會患癌病，但罹患乳癌、卵巢癌、甚至前列腺癌的風險都比常人高得多。除了較普遍會出現這些癌症外，目前越來越多數據顯示擁有BRCA變異基因亦與其他癌症，例如胰臟癌、胃癌及大腸癌有關，因此醫護人員在了解患者的家族病史時，必須要知道她的家族成員裡所有患癌情況，方能更準確地找出當中的變異基因。據統計，在擁有BRCA變異基因的人當中，有45-87%病人會在70歲前患上乳癌，而患卵巢癌的風險亦達27-50%。和基因變異有關的乳癌病人一般非常年輕，很多甚至只是二、三十歲左右。本港的研究顯示，年輕和有明顯家族傾向的乳癌病人當中，大約9-10%是帶有BRCA基因變異的，和西方國家類同。多基因組合測試應用逐漸增加，此測試發現當中有另外的3%是帶有PALB2變異基因、1%帶有TP53變異基因及0.1%帶有PTEN變異基因，而有4-5%的患者則擁有其他罕見變異基因。部份變異基因即使能找到，目前臨床上對罕見變異基因的了解及相對應藥物治療不多，故建議應謹慎選擇是否作多基因組合測試。



與BRCA基因有關的乳癌一般較棘手，很多更屬於三重陰性類別，特別是有乳癌家族病史的女性。醫學界正努力發展針對BRCA乳癌的標靶治療，並已取得初步突破，新的標靶治療PARP Inhibitor(PARP抑制劑) 已被證實能有效改善BRCA基因有關的乳癌和卵巢癌病人的情況。此外，由於這類病人的其他乳腺組織再長出乳癌的風險較高，所以一般醫生會與病人商討是否保留乳房。縱使目前未有數據證實BRCA乳癌患者的復發率比其他乳癌患者高，但基於出現第二個原發癌症或對側乳癌的風險較高，有些病人會選擇全乳切除術，甚或在對側乳房進行預防性的全乳切除術。於進行這些決定前，病人必須接受詳細的心理輔導及風險評估。

另外，病人可選擇嚴密監察乳房的情況或使用化學預防的方法如服用三苯氧胺(Tamoxifen)、雷洛昔芬(Raloxifene)或切除卵巢和輸卵管(除可避免卵巢癌和輸卵管癌外，亦可減少女性荷爾蒙分泌，從而減低患乳癌的機會)。即使未有患癌，有些女士亦會選擇全乳切除以降低患上乳癌的風險，不過這情況在香港並不普遍。由於這些決定牽涉複雜的風險評估和個人取向，所以在進行基因測試前，病人均須接受詳細的輔導和心理評估，免致對她們和其他家人增加心理壓力。

問

我現年30歲，剛在兩星期前接受了乳癌切除手術，我和我的姊妹應否安排遺傳基因測試呢？

鄺靄慧教授答：

乳癌患者的年紀愈輕，或愈多直系親屬曾患乳癌或卵巢癌，則患乳癌和出現遺傳基因相關病變的機會便愈高。建議45歲或以下的乳癌患者，尤其是有家族病史的，都應考慮接受有關輔導，並評估其BRCA或其他基因變異的機會。一般做法是乳癌患者先作詳細的基因測試，因為在其家族中，她有這些變異基因的機會最大。若證實帶有基因變異，其直系家族成員（例如姊妹）只須進行較簡單的快速測試，檢查在相若的基因位置有沒有出現類似變異。若其他家族成員也帶有基因變異，他們亦須接受上述輔導、治療或監察。

在香港，哪裏有提供遺傳性乳癌基因測試服務呢？

鄭靄慧教授答：

你可透過香港遺傳及高危乳癌普查計劃 (Hong Kong Hereditary and High Risk Breast Cancer Programme, HRBCP) 安排BRCA基因突變測試，或可致電養和醫院腫瘤科基因中心 (電話：2835 8877) 預約基因測試。低收入的病人可考慮申請由香港乳癌家族資料庫資助的免費基因測試，他們可向位於東華醫院內之診所(電話：2589 8151)查詢是否有需要進行該測試或聯絡香港遺傳性乳癌家族資料庫作直接轉介。如需進一步資料，亦可瀏覽互聯網：

網址：<http://www.asiabreastregistry.com/chi/>

電話：(852) 3155 6500 (星期一至五早上九時至下午五時)

傳真：(852) 2892 7585

電郵：general@asiabreastregistry.com

附錄一

乳癌常用藥物名稱索引

西藥往往有多個英文名稱，最正宗的名稱是其學名，普遍用於醫學期刊及醫藥書籍等；缺點是比較難讀和難記，又或容易與其他藥物混淆。商標名則是生產商改的藥名，較易上口，亦較深入民心(包括醫護人員)；缺點是當其研發專利權期滿後，其他生產商便會改用其他商標名，或只用其原先學名。例如化療藥Paclitaxel(學名)，最初的商標名為Taxol，當專利屆滿後，另有生產商以商標名Anzatax發售，市場上於是便有不同名稱、包裝及售價的paclitaxel了。

公立醫院選購沒有專利權的藥物時，一般會採用較便宜的「副廠」藥。有些面世較久的藥物，已由多家藥廠生產，原廠藥較少使用，所以最初的商標名反而不及其學名流行。至於中文譯名，在中、港、台也不盡相同，有些比英文學名更難記，所以很多人寧願沿用英文名稱。

在編寫這小冊子時，為方便大家閱讀，我們主要選用現時最流行的藥名，面世較久的藥物只用學名，新藥一般會用其較深入民心的商標名。多種較新的藥物，由於其專利權在未來數年會陸續屆滿，為避免混淆，我們編了這份索引，方便大家查閱。

學名	商標名
化療藥物	
Paclitaxel (太平洋)紫杉醇	Taxol 泰素, Anzatax 安素泰
Protein-bound Paclitaxel	Abraxane
Docetaxel 多西紫杉醇	Taxotere 特素療
Doxorubicin 阿黴素	Adriamycin
(台灣人俗稱為小紅莓，香港人稱之為紅魔鬼，取自其英文俗稱 Red Devil，因其副作用較強，藥物又呈深紅色，容易辨認。)	
Epirubicin 表柔比星	Pharmorubicin
Cyclophosphamide 環磷醯胺	Endoxan 癌得星
Capecitabine 卡培他濱	Xeloda 希羅達
Vinorelbine 長春瑞濱	Navelbine 溫諾平
Methotrexate 甲氨喋呤	Methotrexat-Ebewe
Fluorouracil 氟尿嘧啶	—
Gemcitabine 吉西他濱	Gemzar 健擇
Cisplatin 順鉑	—
Carboplatin 卡鉑	—
Eribulin	Halaven
化療期間的輔助藥物 - 乙型肝炎藥	
Lamivudine 拉米夫定	Zeffix 怡干樂
Entecavir 恩替卡韋	Baraclude, Entikav
Telbivudine 喜必福	—

學名	商標名
化療期間的輔助藥物 - 提升白血球針藥	
Filgrastim 非格司亭	Neupogen, Nivestim
Pegfilgrastim	Neulastim
化療期間的輔助藥物 - 止嘔藥	
Aprepitant	Emend 止敏吐
Ondansetron 奧丹亞龍	Zofran 樞復寧/卓弗蘭
Granisetron 格拉司琼	Kytril 凱特瑞
Tropisetron 托烷司琼	Navoban
Metoclopramide	Maxolon
Dexamethasone	Decadron
荷爾蒙藥物(抗雌激素藥)	
Tamoxifen 三苯氧胺/他莫昔芬	Nolvadex
Letrozole 來曲唑	Femara
Anastrozole 阿那曲唑	Arimidex
Exemestane 依西美坦	Aromasin 愛乳善
Fulvestrant 氟維司群	Faslodex
Goserelin 戈舍瑞林	Zoladex 諾雷德
Triptorelin	—
荷爾蒙標靶藥物	
Everolimus	Afinitor
Palbociclib	Ibrance
Ribociclib	Kisqali
Alpelisib	Piqray
HER2 標靶藥物	
Trastuzumab 曲妥珠單抗	Herceptin 赫賽汀
Pertuzumab	Perjeta
T-DM1	Kadcyla
Lapatinib 拉帕替尼	Tykerb 泰康達
抗血管增生標靶藥物	
Bevacizumab 貝伐珠單抗	Avastin 阿瓦斯汀
PARP 酵素抑制劑	
Olaparib	Lynparza
Talazoparib	Talzenna
免疫治療藥	
Atezolizumab	Tecentricq
雙磷酸鹽類藥物	
Zoledronic acid	Zometa 舒美能
Ibandronic acid	Boniva, Bondronat 邦維亞
Denosumab	Xgeva 或 Prolia

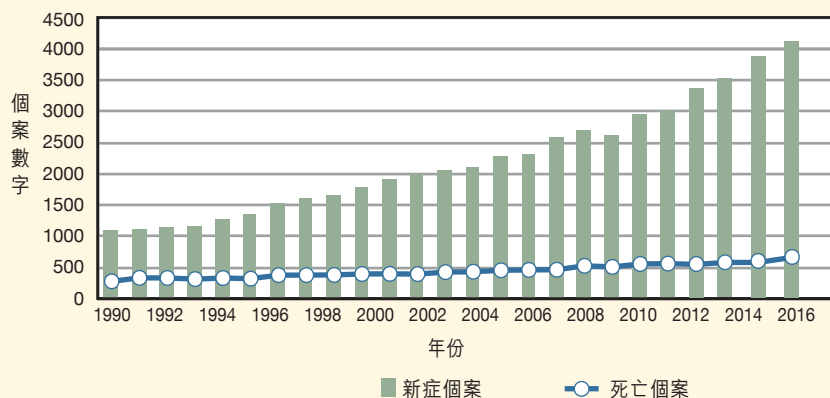
附錄二

香港乳癌概況和趨勢 香港和西方婦女在患乳癌情況上的差異

1. 發病率

在世界各地，乳癌都是女性最常患的惡性腫瘤，但整體來說，中國和亞洲其他國家的女性患乳癌的比率仍遠低於西方婦女。可是，近年亞洲女性的乳癌發病率明顯上升，這可能與我們日趨西化的飲食習慣有關。根據醫院管理局香港癌症資料統計中心的數據，在2016年，乳癌新症錄得4,123宗，是香港女性最常見的癌症，佔女性癌病的26.6%，同時也位列女性癌症殺手第三位。香港女性患乳癌的一生累計風險(Cumulative life-time risk)，已由數年前的每24人有1人，急升至每15人有1人，這數字雖然仍低於歐美的每8人有1人，但升勢確實令人憂慮。(上述數字尚未包括該年599宗的乳腺管原位癌，如果合併計算，2016年便有4,722宗乳癌，比女性癌病排名第二、三位的大腸癌和肺癌的個案總和還要多！)為何乳癌是女性最常患的癌病，卻不是頭號殺手呢？這是由於乳癌的整體治癒率頗為理想，達七至八成，例如在2016年，共有702名香港婦女因乳癌去世，相當於該年新症的17%。

本港女性乳癌新症及死亡紀錄1990-2016年



資料來源：香港癌症資料統計中心

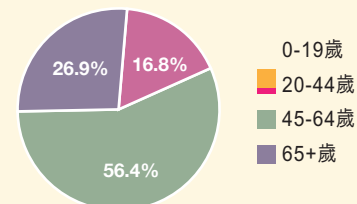
2. 年齡分布

除整體發病率外，香港婦女患乳癌的年齡分布也和西方婦女不同。西方婦女乳癌的發病高峰年齡為50至70歲，香港女性則為40至60歲，較西方女性早十年左右，亞洲其他國家也有類似情況。香港有六成乳癌病人是介乎40至60歲，而香港近年乳癌個案的增加，主要是在這年齡組別，60歲以上的女性乳癌個案，實際沒有多大變化。至於年齡在45歲以下的，佔整體乳癌個案的17%；相對於在美國，這般年青的個案只佔12.5%。

所以，西方國家一般將乳癌普查(breast screening)的年齡定在50歲開始；在亞洲地區，雖然乳癌普查的效用仍有爭議，但市民如欲自費進行普查的話，應提早十年，即由40歲開始。據稱台灣政府已在2009年秋季開始，將免費乳房普查的年紀由50歲降至45歲，增加的支出，將由煙品稅負擔，並打算在資源許可下，稍後再將年齡降至40歲。

本港女性乳癌發病年齡分布 2016年

資料來源：香港癌症資料統計中心



3. 發病和治療模式

除上述的發病率和年齡分布外，乳癌的發病徵狀和治療模式也和西方國家不一樣，相信很大程度與乳癌普查的流行程度有關。在歐美地區，有一半或以上的乳癌，尤其是原位癌，是經由乳房X光造影術(Mammogram)偵測出來的，通常是早期的乳癌，而選擇保乳治療(Breast Conservation Treatment)的，達四至六成。根據我們的統計¹⁻²，香港婦女的乳癌有九成是摸到有硬塊才求醫診治的；經乳房X光造影術偵測出來的，只有約5%，亡近年來只有輕微改善，至於選擇保乳治療的，大約只有30%。看來醫學界要在癌症教育和宣傳方面加把勁了。

1. Yau TK, Soong I, Chan K, et al. Evaluation of the prognostic value of 2005 St Gallen risk categories for operated breast cancers in Hong Kong. The Breast 2008;17:58-63.
2. Yau TK, Soong IS, Sze H, et al. Trends and patterns of breast conservation treatment in Hong Kong: 1994-2007. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2009;74:98-103.

附錄三

癌症的分期

癌症分期能有效幫助醫生掌握癌症病情，從而預測癌症復發及患者康復的機會率，為病人度身訂造最適當的治療計劃。一般來說，癌症分為5期，0期的治癒率最高，第4期的治癒率最低。醫生會透過腫瘤的大小(T)、淋巴結受影響的數目(N)及是否有轉移的跡象(M)來判斷癌症的期數，我們稱之為T、N、M分期法。

乳癌的TNM分期如下：

乳癌的分期			
0期	Tis	N0	M0
1A期	T1	N0	M0
1B期	T0, T1	N1mi	M0
2A期	T0, T1	N1	M0
	T2	N0	M0
2B期	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
3A期	T0, T1, T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
3B期	T4	N0, N1, N2	M0
3C期	T不限	N3	M0
4期	T不限	N不限	M1

T0-T4(Tumour/腫瘤)： T字母後的數字形容腫瘤的大小及其擴散至乳房附近組織的程度。數字越大表示腫瘤越大、擴散範圍越廣。

T0 無證據顯示有原發性腫瘤

Tis 原位癌

T1 腫瘤≤2厘米 (包括T1a, T1b, T1c)

T2 腫瘤>2-5厘米

T3 腫瘤>5厘米

T4 腫瘤侵入胸壁或皮膚 (包括T4a, T4b, T4c, T4d)

N0-N3 (Lymph Nodes/淋巴結)： N字母後的數字形容乳房附近的淋巴結受癌細胞侵入的程度。受影響的淋巴結數量越多，和乳房距離越遠，N級數越高。

N0 沒有侵入附近的淋巴結

N1 擴散到1-3顆腋下淋巴結，直徑≥2毫米；

及/或前哨淋巴結活檢時發現近胸骨的乳內淋巴結有少量癌細胞(包括N1a, N1b, N1c)

N1mi 輕微擴散到1-3顆腋下淋巴結，直徑<2毫米

N2 擴散到4-9顆腋下淋巴結；或乳內淋巴結有腫脹 (包括N2a, N2b)

N3 擴散到≥1顆腋下淋巴結及乳內淋巴結有腫脹；或擴散到≥4顆腋下淋巴結及前哨淋巴結活檢時發現乳內淋巴結有少量癌細胞；或擴散到≥10顆腋下淋巴結；或擴散到鎖骨以下或以上的淋巴結 (包括N3a, N3b, N3c)

M0-M1 (Metastasis/轉移)： M級數只有兩級，表示癌細胞有否轉移到遠處的器官。

M0 X光造影或其他檢查並無發現癌細胞轉移到遠處

M1 已轉移到遠處的器官(如骨、肺、腦、肝)

香港防癌會是香港歷史最悠久的非牟利抗癌機構，一直致力推動各項抗癌工作，竭力為香港市民提供相關的多元化服務。除了香港防癌會賽馬會癌症康復中心為癌症病人提供一站式的護理及康復服務外，我們更不斷透過各項癌症教育活動、研究和制定防癌指引等提升大眾對癌症的認識。更為有經濟困難的癌症病人提供直接資助。我們的專業團隊及同路人義工外展支援癌症家庭。義工團隊更定期協助舉辦康樂活動，為癌症病人送上愛心和關懷。

我們的工作 Our Work



香港防癌會賽馬會癌症康復中心



香港防癌會麥紹堅伉儷中西醫結合化療中心
主要臨床合作機構：香港浸會大學中醫藥學院



癌症教育



癌症研究



義工服務



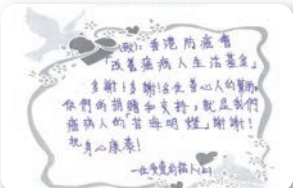
癌症探測及預防



籌款活動



「改善癌病人生活」基金



香港防癌會賽馬會癌症康復中心

本會致力提供一所服務範圍廣泛的「家以外之家」予癌病患者，照顧他們在患病期間不同階段及康復的需要；我們特別着重護理服務的質素、對病人家庭的支援，以及病者的康復。

香港防癌會賽馬會癌症康復中心為一所於衛生署註冊私營護理院。康復中心同時提供專業的服務以達致對入住病人的全面照顧，包括駐院醫生診症、物理治療、藥房服務、中醫診症及治療、康樂活動以及「身、心、社、靈」的支援。

香港防癌會護養服務

提供長期、短期或暫託護養服務予一般長者及需要長期護理的病患者入住。駐院中西醫服務、專業護理、復康治療、心理支援及康樂活動。



香港防癌會慈善愛心病床計劃

香港防癌會賽馬會癌症康復中心於2011年7月起推行「慈善愛心病床計劃」。為經濟有困難的病人支付其入住本中心期間的住宿、膳食、醫療護理、藥物及雜項等費用。癌症病人得到適時的支援，在接受癌症手術、化療或放射治療後得到專業的復康照顧，然後才回家；或讓長期照顧患病摯愛的照顧者，藉着病人使用本中心的暫託服務得以緩解壓力。我們的醫護團隊亦提供專業的舒緩服務予晚期病患者，在優靜的環境下，有尊嚴地渡過餘生。



香港防癌會賽馬會癌症康復中心
The Hong Kong Anti-Cancer Society
Jockey Club Cancer Rehabilitation Centre



www.jccrc.org.hk

查詢

3921 3888

地址 香港黃竹坑南朗山道30號

癌症教育



香港防癌會

HONG KONG ANTI-CANCER SOCIETY
Since 1963

香港防癌會致力為社會各階層，包括普羅大眾至專業人士，提供最新的癌症資訊和實用的教育計劃。除了有強大的專業團隊包括醫護專家、癌症康復者及資深義工，走入社區與不同群體接觸外，本會亦透過跟世界各地癌症機構交流，了解癌症的趨勢，不斷更新、加強本地癌症的教育工作。希望從以下各種渠道，推廣大眾關注預防和及早察覺癌症的知識：

- 專題講座和展覽
- 國際研討會
- 支持癌症研究
- 專業人員癌症課程
- 處理公眾查詢
- 媒體合作
- 癌症教育資源
- 與機構或院校合辦活動

如閣下欲收取本會舉辦之課程、活動資訊或索取癌症教育小冊子，歡迎致電 3921 3831 查詢或於以下連結留下聯絡資料以便本會職員跟進。<https://forms.gle/qesC2WH3k4ooBkbk6>



大腸癌



乳癌多面睇



肺癌



抗癌新女性



前列腺癌



皮膚癌



胃癌



鼻咽癌



肝癌



淋巴瘤



子宮頸癌



卵巢癌



甲狀腺癌



腦腫瘤



化學治療



放射治療



淋巴水腫



中醫藥與癌症
(中文版)



中醫藥與癌症
(英文版)



控制疼痛



在家照顧
癌症病人



癌症的預防
探測及普查



飲食與癌症



中醫防癌養生
四季湯水



低糖飲食



從中西醫角度
指導病人飲食



掃描二維碼以閱讀網上版小冊子

香港防癌會 - 賽馬會 「攜手同行」癌症家庭支援計劃

香港防癌會在香港賽馬會慈善信託基金的支持和捐助下，與基督教家庭服務中心協作，展開香港防癌會-賽馬會「攜手同行」癌症家庭支援計劃，由註冊護士、社工及同路人義工透過電話輔導、地區支援小組、外展探訪，主動關懷癌患者及其家人，並提供舒緩治療副作用的貼士、抗癌的營養要訣、心理情緒和身心康復的支援，協助他們走出困局。

服務費用全免 歡迎致電查詢：**3921 3777**

請瀏覽計劃網址：<http://whih.cancersupport.org.hk>

癌症諮詢 紓解疑慮



外展探訪 社區支援



慈善計劃 紓解壓力



情緒輔導 心靈關顧



健康飲食 抗癌要訣



病人茶敘 互助互勉



☒ 是！我願意為推動抗癌工作出一分力！

捐款選項 (請在適當方格內加 ☒)

☐ 每月捐款

☐ \$100 ☐ \$500 ☐ \$1,000 ☐ 其他金額\$ _____

☐ 單次捐款

☐ \$100 ☐ \$500 ☐ \$1,000 ☐ 其他金額\$ _____

捐款人資料

姓名 (先生/女士) _____

聯絡電話 _____ 傳真 _____

電郵 _____

地址 _____

凡捐款港幣一百元或以上，可獲發正式收據。如收據抬頭與上述姓名不同，請註明：

捐款方法

☐ 劃線支票 (單次捐款)

支票抬頭請填寫「香港防癌會」，並連同此捐款表格郵寄至香港防癌會

☐ 直接存款 (單次捐款)

「香港防癌會」香港上海匯豐銀行戶口賬號:002-1-141585

並連同此捐款表格傳真或郵寄至香港防癌會

☐ 信用卡 (單次及每月捐款) ☐ VISA ☐ MASTER

信用卡號碼 _____ 有效日期 _____ (月 / 年)

持卡人姓名 _____ 持卡人簽署 _____

日期 _____

* 簽署必須與上述信用卡戶口簽名式樣相同，以上資料如有任何修改，請在旁簽署。

* 本人授權香港防癌會由本人之信用卡戶口轉賬上述指定金額作每月捐款。此授權在本人之信用卡有效期過後及獲發新卡後仍繼續生效，直至另行通知。有效日期最少兩個月內有效。(只適用於每月捐款)

注意事項

您所提供的個人資料只供本會與您聯絡，包括發出捐款收據、會員服務及通訊、募捐、意見收集、健康講座及相關的活動，並向您提供最新的癌症資訊等用途。本會不會將您的個人資料提供與任何第三者作與非本會相關的用途，亦不會售賣或轉移您的個人資料予任何第三者。

☐ 本人不同意香港防癌會使用我的個人資料作上述用途

香港黃竹坑南朗山道30號

電話: 3921 3821

www.hkacs.org.hk

鳴謝

除各主要作者外，下列朋友或機構在編排、
插圖、資料提供、校對和出版方面都慷慨幫忙，
特此致謝！

(謹以姓氏筆劃排列)

丘斐醫生 (東區醫院病理部顧問醫生)

李陳麗裳女士 (前東區醫院營養部部門經理)

馬逸敏女士 (東區醫院藥劑師)

陳翠芝女士 (港怡醫院高級放射治療師 (放射治療及腫瘤科))

黃慧中醫生 (東區醫院放射診斷部顧問醫生)

黃耀佳醫生 (屯門醫院口腔及頰面外科高級醫生)

蔡柏達醫生 (東區醫院核子醫學部顧問醫生)

李劉佩驊女士 (香港防癌會「癌症教育小組委員會」委員)

歐慧儀女士 (東區醫院臨床腫瘤科門診部病房經理)

醫院管理局職業治療統籌委員會

主編 游子覺醫生

作者 游子覺醫生 陳穎琦姑娘
陳嘉亮醫生 鄺靄慧教授
林道儀博士

校對 李劉佩驊女士

設計 Chris Wong

出版 香港防癌會

網址 www.hkacs.org.hk

電郵 public@hkacs.org.hk

承印 CY WORKSHOP



地址：香港黃竹坑南朗山道三十號

電話：(852) 3921 3821

傳真：(852) 3921 3822

電郵：public@hkacs.org.hk

網址：www.hkacs.org.hk

非賣品 版權所有 不得翻印

2019年11月

ISBN-13: 978-988-15283-6-0



9 789881 528360