

乳癌新知

Breast Cancer Update



角聲癌症協會
Herald Cancer Association

目錄

Table of Contents

序 Introduction	01
前言 Foreword	02
第一章 乳癌的流行病學／傅堯喜醫師	03
第二章 乳癌是如何發生的？／傅堯喜醫師	05
第三章 乳癌的早期診斷與篩檢方法／傅凱玲醫師	06
第四章 乳房病變的診斷與處理方法／傅堯喜醫師	09
第五章 病理診斷與報告／傅堯喜醫師	12
第六章 早期乳癌的化學療法／葉士豪醫師	16
第七章 乳癌的化學療法／閻雲醫師	19
圖片說明／傅堯喜醫師	22
第八章 從外科的觀點來看乳癌／鍾國權醫師	27
第九章 乳癌手術後的重建／沈秉輝醫師	29
第十章 高危險群婦女可以減低乳癌的發生嗎？／傅堯喜醫師	31
心情故事 My Story	
1 我的心也未曾想到／李慧	33
2 說不盡神的恩典／戴瀟紅	34
乳癌辭彙 Breast Cancer Glossary／趙菠倩	35
關於我們 About Us	
角聲簡介	47
作者簡介及感謝	48

發行：角聲癌症協會

醫學顧問：傅堯喜醫師、閻雲醫師

主編：施旭傑

編輯委員：楊王惠真、鍾伍妙麗、游王明玲、曲王巧瑛、朱小梅

希望小語節錄於「聖經」

封底「我的英雄」作者 Susan Shinagawa

日期：2007年十月

本手冊的版權歸作者所有，若需要轉載或節錄需經作者同意

序

Introduction

乳癌的治療在這幾年有極大的變化，從診斷的方法到新的生物治療都展開了新的一頁。乳癌的篩檢也變得更有效。有鑒於此，由傅醫師所領導的專業團隊在近年來著手改編乳癌專刊，目的即在於將現有的知識更新。

在此專刊中，傅醫師及其團隊詳細描述乳癌的發生，流行病學研究及早期診斷與篩檢方法，對於病理的分類及其相關的臨床表徵更

是精細的歸類與分別，關於治療方面，此專刊由外科到傳統化學治療建立了基本概念。對於新的生物療法更有深入的解說，詞彙的部份，經過此次增減，有了更加有效易懂易用的功能，這對癌友的方便性有直接的支持。

乳癌專刊的發行是對新的觀念的印證，這項工作的成功，傅醫師及其團隊與角聲癌症協會的所有成員功不可沒。

閻雲醫師

希望之城國家醫學中心，Duarte，加州／癌症醫學教授



前言

Foreword

華美癌症協會在閻雲醫師領導之下，從1997年冬季開始到2002年十月共出版了十五期「癌症論談」，每一期針對某種癌病做流行病學的介紹，報導最新預防、診斷與治療方法。從常見的乳癌、肺癌到華人特有鼻咽癌，幾乎對所有不同器官的癌病都做了深入淺出的報導。難能可貴的是癌友與家屬寫出他們親身經歷，帶給其他癌友們很大的鼓勵與希望。這些在當時是全球華人唯一的癌病經典之作，對華人社區、醫學界的貢獻是無可比擬。

2002年十月華美癌症協會與角聲癌症協會合併，出版癌症特刊一直是我們的目標。在1998年秋季出版的癌症論談—乳癌特刊，第一

篇文章就是閻雲醫師的大作「乳癌治療的新里程碑—Herceptin」，當時Herceptin剛要上市，如今Herceptin已廣泛使用在合適的乳癌病患，而且診斷與治療日新月異，在九年之後，角聲癌症協會能獻給華人社區一本嶄新的乳癌特刊，確實令人鼓舞。

這本特刊集合了數位專業醫師的精心之作，再加上角聲癌症協會的同工和義工，一起努力，將這本乳癌特刊順利完成，相信每位讀者都從中獲益良多。感謝Elsevier B.V.公司與亞凱迪亞美以美醫院（Methodist Hospital, Arcadia）的慷慨資助，以及所有工作人員的奉獻與心血。

傅堯喜醫師

聖約瑟醫學中心，Burbank，加州／資深病理專科醫師





第一章

乳癌的流行病學

傅堯喜醫師

一、乳癌的統計報告

根據美國癌症協會（American Cancer Society）的估計，乳癌是美國婦女最常見的癌病，在 2005 年有 211,240 的新乳癌病人，40,410 婦女會死於乳癌。根據加州的統計報告，乳癌在華人婦女中高居首位，其次是腸癌、肺癌、卵巢癌與子宮內膜癌。在美國居住的婦女，每八位中有一位在一生中會患乳癌，因此華人婦女需要提高警覺，積極的參與乳癌的篩檢工作。有一個錯誤的觀念認為華人或亞裔得到乳癌的機率很低，其實移民到美國之後受到生活環境與食物的影響，第三代的日本人居住在洛杉磯的婦女，她們得到乳癌的機會與白人婦女是一樣的。

乳癌在美國婦女的發生率在十幾年來一直在增加，這個原因很多，包括生活衛生環境的改變與乳房 X 光攝影篩檢的使用增加，我們來看 1988 年與 2000 年發生率（每十萬婦女中得癌的人數）的差別：

乳癌發生率（每十萬人口）的比較				
	零期	第一期	第二期	第三與四期
1988 年	17.6	47.8	47.0	14.4
2000 年	32.7	62.7	46.9	13.3

從 1998 年開始，得到零期癌與第一期癌的婦女有很明顯的增加。而且死亡率在 1980 年代每十萬人口有 27 位死於乳癌，到 1990 年代已開始減低，尤其是比較年輕的婦女低於 50 歲。

這些統計報告顯示有效的乳房篩檢工作，使零期與第一期的乳癌數目增加，在篩檢工作開始以前只有 5% 的乳癌是零期，目前是 25%~30%。

使死亡率減少的第二個因素是更有效的全身性化學治療與荷爾蒙治療使復發率減少很多。根據 1995~2000 年的統計，五年的存活率如下：

限於局部的病，沒有任何轉移	97.5%
腋下淋巴節有轉移	80.4%
有遠端轉移，如肺、肝、骨骼	25.5%
從零期到第四期所有的病人	87.7%

這些數據對不幸得到乳癌的病人是很大的鼓舞，因為每年都有新藥，使存活率升高。

二、與乳癌有關的危險因素

在流行病學，有一種研究方法是把乳癌病人與控制組（沒有乳癌的婦女）做一個比較，找出每一個有差別的因子，以相對危險度（Relative Risk）來表示，例如有一側乳癌的病人，她得到對側乳癌的機會比沒有得過乳癌的人是五倍，下列是與乳癌有關的因素：

	相對危險度
年齡 60~65 歲比 30~34 歲婦女	17 倍
有一側乳癌比沒得過乳癌	5 倍



母親、姊妹有乳癌比沒有的婦女	2~3 倍
沒有生育過比有生育過的婦女	2~3 倍
55 歲以後才停經比 55 歲前停經	2 倍
體重超過 200 磅比少於 125 磅	2 倍

身體過重會引起乳癌或子宮內膜癌的原因是，腎上腺皮質素在體內新陳代謝之後，會產生男性荷爾蒙，這荷爾蒙在皮下脂肪轉變成女性荷爾蒙雌激素（Estrogen），因此體重過重的人，她們的體內產生的雌激素就比正常人高，它是刺激乳房及引起乳癌的一大因素。

另外，食物中飽和脂肪量過高、纖維低、酒精過量、吸煙、缺乏運動，可能與乳癌有關，豆類食物可能減少乳癌。雖然目前沒有方法預防乳癌，至少飲食與生活習慣的改變，減少食物的飽和脂肪、多運動、維持正常的體重，可以減少得到乳癌與心臟病的機會。

三、乳癌與避孕藥，荷爾蒙補充療法的關係

乳癌與避孕藥的關係，雖然經過了三十多

年的研究，目前還沒有定論，因為避孕藥的成份，使用期間的長短不一，很難得到完美的比較，有些報告指出只有長期使用或使用高劑量的女性荷爾蒙才會增加得乳癌的機遇，也有一些研究專家不認為避孕藥與乳癌有關。

更年期與停經婦女接受荷爾蒙補充療法（Hormonal Replacement Therapy），尤其是使用雌激素與黃體素合併的藥（Prem-Pro），最近的研究指出，得到心臟病、血栓與乳癌的機率比未使用的婦女高一點，有一個好處是可以減少骨骼疏鬆症。

那麼婦女們如何決定是否使用荷爾蒙補充療法呢？除了與醫生們商議之外，可以考慮自己停經症狀程度，如果嚴重可以短期使用，症狀過去後，減量或停藥。也應該服用適當的鈣片、食物與運動，預防骨骼疏鬆症。

下列婦女最好不要使用荷爾蒙補充療法：

- 1.有乳癌家族史。
- 2.有乳房纖維囊腫。
- 3.已患過乳癌。





第二章

乳癌是如何發生的？

傅堯喜醫師

目前的研究工作指出 10%的乳癌與家族遺傳基因有關，餘下的 90%與年齡、體重、生活的地區，環境與習慣有關，後者已在第一章危險因素討論了（請看第 3 頁）。

一、乳癌是基因突變引起的

乳癌像所有的癌病一樣，是由正常細胞一步一步產生基因的突變所引起的。每一個細胞都有很多好的基因來保護我們，這些叫 Suppressor Genes（抑制基因）。它們在 DNA 有受到損害時會修護。而且每一個細胞複製從一個母細胞到二個子細胞都有一定的控制與過程叫細胞的週期（Cell Cycle）。而且每一個細胞的壽命都有一定的期限，老的細胞壞死以後，由年輕的細胞來代替保持平衡。這些抑制基因被破壞或產生突變是發生癌病的過程之一。

人體的細胞內也有不好的基因叫致癌基因（Oncogene），這些基因產生突變以後，細胞失去控制，不停的繁殖使數目增加，有些乳癌細胞在幾天就繁殖一次，有些比較慢，二、三個星期繁殖一次。與這些基因有關，例如在後面會討論到的 HER-2/neu Oncogene 大量複製或突變，會使癌細胞快速生長。

乳癌由典型與不典型乳管增生慢慢成長為零期癌，過一段時間之後變成侵犯性癌。一個一公分的侵犯性癌平均有一億的癌細胞，由一個細胞變成兩個、四個…繁殖，以平均 25 天繁殖一次來算，一公分的乳癌在體內已經有兩年的時間了，這就是為什麼過了 40 歲以後，每年

要照一次乳房 X 光攝影的一個原因。

二、與乳癌有關的基因

與乳癌家族遺傳有關的基因叫 BRCA-1（Breast Cancer -1）與 BRCA-2，這是顯性遺傳基因。BRCA-1 在染色體 17q21，BRCA-2 在染色體 13q12-13，這些本來是好的基因，但是產生了突變變成了致癌基因。有這些基因的婦女得到乳癌與卵巢癌的機率很高，一般估計如果活到 80 歲，85%的婦女會得到乳癌，活到 70 歲，63%的婦女會得卵巢癌。

有這些基因的臨床特徵是年青婦女在 40 歲以前就得到乳癌或卵巢癌，兩邊都得病的機會高，而且有近親得到這些癌病。另外與遺傳沒有關係的致癌基因是 HER-2/neu，這是在乳癌細胞膜上面的受體，與細胞成長因素 tyrosine kinase receptor 有關，25%的乳癌有產生這種蛋白質，通常都是成長快，分化不好，毒性高的細胞。病人的癌細胞，如果有產生 HER-2/neu 可以使用新的藥 Herceptin 來治療晚期的乳癌，這會在後面（第 19 頁）另外的解釋。P53 本來是一個好的基因，但是引起突變或是被除去，而引起癌病。

總之，所有的癌病，包括乳癌，都有一段時間的零期癌的階段，然後才轉變成侵犯性癌，因此當前最重要的課題是如何把乳癌在最早期診斷出來。





第三章

乳癌的早期診斷與篩檢方法

傅凱玲醫師

一、乳癌的臨床症狀

乳癌會產生很多不同的臨床變化，但是所有的這些徵候也可以在良性的病變發生，因此有任何下列癥兆需要儘快找你的醫師檢查，有一個最重要的觀念是早期的乳癌是看不到摸不到的，這是為什麼要定期篩檢的基本原因。

婦女自己摸到或醫師檢查出硬塊是最常見的乳癌症狀，但是硬塊可能是良性腫瘤，如腺纖維瘤（Fibroadenoma）或各種良性的變化，如纖維囊腫（Fibrocystic Change）所引起的。後者是很常見與女性荷爾蒙的生理變化有關，尤其是在月經來的前後會有漲痛或有硬塊出現。

乳房皮膚凹陷或乳頭凹陷是因為乳癌細胞侵犯到周圍的組織，引起纖維化所造成的，但是這種變化也可以由受到碰傷、脂肪壞死，結疤所引起的。乳頭有分泌物，絕大部份是良性的管狀乳突狀瘤（Intraductal Papilloma）所引起的，只有少數是乳癌所引起的，分泌物可能是稀薄的乳液，稠黏黃色分泌物，或帶血的物質，醫師會把分泌物塗在玻璃片上，送到病理醫師做細胞學的檢驗，以確定診斷。

乳房皮膚或乳頭潰瘍可能是乳癌侵犯到皮膚或乳頭所引起的，但是也可能是皮膚發炎所造成的。腋下淋巴節腫大可能是發炎，淋巴腺肉瘤，乳癌轉移或其他病變所造成的。

因為早期的乳癌是無法從外面看到或摸到，美國癌症協會（American Cancer Society）推薦下列篩檢準則。

二、美國癌症協會篩檢準則

20 歲至 39 歲：

- 每月定期做一次乳房自我檢查
- 至少每三年接受一次門診乳房觸檢

年滿 40 歲以後：

- 每年定期接受一次乳房 X 光攝影檢查
- 每月定期做一次乳房自我檢查（經期來一週後）
- 每年定期接受一次門診乳房觸檢

如果一等親人患有乳癌，上述檢查提早十年，也就是 30 歲就應該開始。雖然有些報告懷疑自我乳房檢查的價值，無可否認的，有些乳癌是婦女自己發現的，有時候雖然婦女們告訴醫師有硬塊，但是醫師就是摸不到硬塊，因為有些硬塊只有在某一種姿勢下才能感覺到，因此要很清楚的把硬塊的位置，摸到硬塊的情形，包括與經期的前後關係，告訴醫師，如果一年內沒有乳房 X 光攝影檢查，可以要求再檢查一次。

自我乳房檢查，最好在醫療人員或有經驗的人指導下學習正確的方法，慢慢的累積經驗。婦產科醫師在每年的子宮頸抹片檢查時，除了觸診腹腔、骨盆腔以外，也應該包括乳房檢查。

三、乳房 X 光攝影檢查（Mammography）

這種檢查在先進國家已經被公認是最有效的乳癌篩檢方法，它需要昂貴的機器，專業醫療人員的知識、訓練，正確的判讀，與完整的報告，追蹤、品質管理，與進一步檢查診斷的設



備。在美國這種篩檢工作會由保險公司或政府支付，包括 Medicare。很遺憾的是在很多的亞洲國家，包括台灣和大陸，乳癌篩檢不包括在全民健保裏面，而且只有在少數醫學中心才有這些設備。在台灣全民健保有包括超聲波乳房檢查，但是這種檢查不合篩檢的條件，因為它無法看到小小的鈣化病變，它可能適用於有硬塊的婦女，但是判讀醫師的能力、經驗、準確性，不像在美國有一整套的品質管理，包括 FDA（食品藥物管理處）的執照，每二年的聯邦政府機構的檢查，而且只有放射線專科醫師才有資格判讀 X 光片。在台灣幾乎所有的臨床醫師都可以判讀超聲波的影像。

四、乳房 X 光攝影的方法 (Method of Mammography)

乳房 X 光攝影使用特別的儀器，以極小量的 X 光照射到乳房，產生黑白的影像，這是平面的二層影像，而乳房是圓形的立體組織。因此需要把乳房用少量的壓力壓平，這樣才能把焦點集中一致，X 光的能量平均分配，減少 X 光的劑量，而且產生很清楚的影像。為了能正確的看出病變的位置，需要從二個不同的方向來攝影，第一是垂直由上而下（Craniocaudal 簡稱為 CC），第二是側面由內向外（Mediolateral 簡稱為 ML）。

到了放射線科以後，醫護人員會照著一定的程序，首先把腰部以上的衣物、項鍊、首飾收起來，換上乾淨的長袍，然後站在或坐在椅子上，把雙臂放在特定的位置，醫護人員會幫你把乳房放在突出的平台上，用一塊壓縮板壓住你的乳房，如果壓力太大或不舒服，請向醫護人員反應。拍照時需要靜止不動，停止呼吸，整個過程不會超過一小時。如果你以前有做過乳房 X 光攝影檢查和手術，請轉達給醫護人員，這對判讀很重要。

檢查完畢約一週以後，你與你的醫師會收到檢查結果的報告。如果你有任何疑問，一定要問醫護人員。

五、乳房 X 光攝影與亞太裔婦女

根據美國癌症協會的報告，在 2002 年白裔婦女 63.5% 曾接受過乳房 X 光攝影，而亞裔婦女只有 52.6%。因此亞裔婦女的乳癌比較晚期才發現，而且比其他族裔發病年齡輕，乳癌本身的毒性比較高，因此，存活率比較低，這種情形是可以改善的。

亞太裔婦女接受乳癌篩檢率低是有原因的，包括無健保、低收入，缺乏醫療保健資源，與文化語言的障礙。為了針對這些困難，加州政府提供免費乳房 X 光檢查與子宮頸癌篩檢，角聲癌症協會每個月都有特約巡迴車提供這些服務，請電話報名：626-286-2600 x 14。

受檢條件：

1. 年滿 40 歲以上的婦女
2. 低收入（不超過聯邦貧民水準的二倍）
3. 居住在加州（身份不拘）
4. 沒健保；自付額太高；健保不付
5. 擁有聯邦健保（只有 Medicare Part A，但無 Part B）

六、乳房 X 光攝影的判讀與報告

乳房的三個主要的組織是腺體、脂肪、與纖維組織，他們的密度不同，因此產生了不同程度的黑白影像。脂肪密度最低 X 光透得過，產生黑色的影像，纖維組織密度較高只有一部份 X 光通過，變成白色的影像，鈣化密度最高引起白點。良性與惡性的變化因為密度與周圍正常組織不一樣，而且裏面的結構也產生變化，因此產生各種不正常的，不對稱的影像，放射線科的醫師從這個模式（Pattern）做有系統的分析。一般說來纖維組織多的乳房影像接近白色，因此診斷準確性會比較低。

乳房 X 光攝影對乳癌診斷的敏感度在 85~90% 之間，因此不是所有的乳癌都可以被診斷出來，這也是為什麼需要定期檢查的原因，70% 的乳癌是由不正常的鈣化看出來的，30% 是根據不正常的密度與結構。婦女們有不正常的乳房 X 光影像，需要進一步做病理切片檢查，只有 25~40% 是惡性的，這是為什麼需要病理切



片檢查的原因，所有的可疑病變標本都需要經過病理專科醫師使用顯微鏡來確定良性或惡性的病變。

一般來說惡性的鈣化所產生的白點大小不一，有時排列成線狀或分歧狀，分佈的部位較廣。良性或惡性鈣化可能只在一個或多個部位出現，如果二個乳房都有鈣化而且沒有任何的特別分佈，良性的機會比較大，比較困難判讀的是那些非常小的，不清楚的鈣化，需要進一步放大檢查。

如果有看到腫瘤的影像，良性腫瘤，例如纖維腺瘤，它的外型是圓或卵型、平滑，內部結構均勻。惡性腫瘤的形狀不規則，向外突出，向四面伸張，裏面的結構複雜密度不一。

為了幫助婦女們能夠了解乳房 X 光攝影的結果，報告內容都是根據美國放射線科學會的推薦，以數目字來表達，而且包括應該採取的下一個步驟，這種報告方法叫 BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System)。

第零類：變化無法判讀為良性或惡性，需要短期內回來複檢。

第一類：正常，一年以後再回來複檢（圖一）。

第二類：良性鈣化或良性變化，一年以後再回來複檢（圖二）。

第三類：變化可能是良性，六個月以後回來複檢，如果複檢還是不正常，需要進一步做病理切片檢查（圖三）。

第四類：懷疑是癌或前期癌的變化，需要在短期內安排進一步的病理切片檢查（圖四）。

第五類：明顯的癌病，需要儘快做病理切片檢查（圖五、圖六）。

需要回來重複檢查最常見的情形是鈣化太細小或數目太少，需要放大數倍來檢查。有時可疑的部位需要重照，或是使用超聲波機器區別實心腫瘤或囊腫變化。其他是需要跟以前的乳房 X 光影片比較，因此需要根據你提供的資訊，向上次檢查的醫院借調片子。

七、其他的乳房影像檢查方法

超聲波 (Ultrasonography) 最常使用在區別空心或實心的病變。40 歲以上的婦女很常見的纖維囊腫 (Fibrocystic Change)，裏面的液體不會引起回聲，周圍的組織回聲會增加。

良性或惡性的實心腫瘤產生回聲，良性腫瘤形狀規則，惡性腫瘤外形不規則，內部結構不均勻。

數位乳房 X 光攝影 (Digital Mammography)，乳房影像變成數位使它更清楚，有電腦協助判讀來增加準確性，而且無影片，可以用電腦輸送到遠處，缺點是費用高。

磁場共振影像 (Magnetic Resonance Imaging)，好處是沒有放射線，而且良性與惡性的變化比較容易區別，尤其是癌病的大小與周圍組織的關係看得更清楚，對開過刀的乳癌病人特別有用，缺點是費用偏高。最近美國癌症協會推薦使用在有得過乳癌的病人，每年同時使用乳房攝影與 MRI。

乳腺管影像 (Ductography)，最常使用在乳頭有分泌物，懷疑乳腺管內有腫瘤，在乳頭上乳管的開口使用細管把影像劑 (Contrast Medium) 放入腺管，如果看得到腫瘤的位置，可以放一小塊金屬片幫助外科醫師決定開刀的部位。





第四章

乳房病變的診斷與處理方法

傅堯喜醫師

任何可疑的病變都需要採取細胞或組織，讓病理專科醫師決定是那一種變化，除了良性與惡性腫瘤以外，還有很多的病變，有些是危險因素的記號（High Risk Marker）。因為有這些變化以後得到癌病的機會增加，因此需要繼續跟蹤，甚至於使用抗女性荷爾蒙藥，如 Tamoxifen 來減少發生乳癌，請看第十章（第 31 頁）。

因為病變有很多種而且大小不一，有些只限於一個小地區，有些面積比較大，因此需要使用不同的方法來採取標本，放射線科醫師除了判讀各種不同的影像以外，他們也負責提供合適的標本，也有些外科醫師在自己的診所採取標本做病理檢查。

一、細胞穿刺抽取檢查（Fine Needle Aspiration for Cytology，簡稱為 FNA）

這方法最常使用在臨床或乳房 X 光攝影懷疑是纖維囊腫，放射線科醫師在 X 光或超聲波儀器控制之下，把細針放入囊腫把液體吸出，把標本送到病理科檢查。

另外有明顯的硬塊也可以使用同樣的方法，吸取細胞後做摸片，染色以後病理醫師可以根據細胞的形態來判斷是那一種腫瘤。如果是惡性，病人可以很快的接受手術，診斷的準確可以高達 85~90%。這技術很簡單，費用低，只需要局部止痛，受過訓練的外科醫師，病理科醫師都可以做。有一個缺點是無法區別原位乳癌與侵犯性癌。

二、針頭活體組織切片檢查（Needle Biopsy, Core Biopsy）

目前有數種使用針頭採取活體組織標本的方法，最常用的方法叫立體實心切片檢查（Stereotactic Core Biopsy）與超聲波引導切片檢查（Ultrasound Guided Needle Biopsy）。這些方法最常使用在有鈣化或可疑的部位，在局部麻醉以後用電腦測量出正確的立體位置，使用 14 到 20 號的針頭對準可疑部位。針頭的後面有彈簧的裝置，以快速進出採取標本（圖七）。另外一個方法是使用超聲波引導到腫瘤的部位，用針頭取出標本。採取的標本數目通常是 6~8 小塊，為了確定鈣化部位有取出，標本會用 X 光機器攝影以後，再送到病理科（圖八）。

這種小手術沒有疤痕，疼痛可服用止痛藥，傷口處要壓著防止出血，少量出血，皮膚顏色在一、二個星期會回復正確，有大量出血要馬上與醫師連絡。

與細胞檢驗不一樣的地方是拿出一小塊組織，經過固定後做成切片，染色以後，在顯微鏡下看出癌細胞的型態，排列組合，與周圍組織的關係，例如有無血管淋巴管的侵犯都可以檢查得出來，而且標本可以進一步做特別的免疫化學染色（Immunohistochemistry），檢查雌激素受體（Estrogen Receptor），黃體素受體（Progesterone Receptor）與 HER-2/neu 致癌因素。診斷的準確性在 95% 以上（圖九）。

如果腫瘤很明顯，外科醫師可以使用較大



的針頭 (Tru-Cut) 把標本取出，有時當場做冷凍切片檢查，確定是癌病以後，如果病人同意，可以繼續進行外科切除手術。

三、切開活體組織檢查 (Open Biopsy)

這種手術需要把皮膚切開，分為二種，第一種是小型的切開式 (Incisional Biopsy) (圖十)，把一小塊皮膚，乳頭或腫瘤切下來做病理診斷之用，診斷確定以後再決定如何處理。第二種是切除式 (Excisional Biopsy)，把病變包括一小部份正常的周圍組織也切下，這種手術的目的包括診斷與治療，如果是良性的疾病，治療到此為止。如果是惡性的，尤其是沒有完全切除，需要進一步的手術或其他的治療。

這種切除標本，病理科醫師除了報告所有的病變以外，也決定腫瘤是否有全部切除。

四、再切除手術 (Re-excision)

各種不同的切除手術以後，如果病變沒有完全切除或跟蹤一段時間以後，有可疑的變化出現，需要再做一次手術。

五、乳房切除手術 (Mastectomy)

乳房切除手術有四種，這些手術的目的包括良性與惡性病變的診斷與治療。

1. 部份乳房切除術 (Partial Mastectomy)，也叫做腫瘤切除 (Lumpectomy) (圖十一)

有時做手術前需要回到放射線科，把一段細小的金屬線叫 J-wire，在乳房攝影或超音波引導之下放入鈣化或可疑的部位，這步驟叫 J-針線固定 (J-wire Localization)。如此外科醫師可以確定把不正常的部位切除，而且切除的標本用 X 光照射以證實鈣化的部位在標本裏面。而且外科醫師會使用不同長短的縫線或金屬片放在標本的前面，上端與側端，如此病理科醫師可以使用不同顏色的染料，標明上、下、內、外、前、後的切除面，在病理報告中會清楚的指出某個切除面與癌細胞最近距離，例如切除面有癌細胞表示沒有完全切除，或是切除面雖然沒有癌細胞，但是太接近癌細胞少於 0.1 公

分，或是比較理想的切除面離癌細胞多於 0.5 公分。

雖然每位放射治療醫師的要求不太一致，切除面與癌細胞的距離最好多於 0.3 公分或 0.5 公分以上。

2. 單純性或全部乳房切除術 (Simple or Total Mastectomy)

把全部乳房切除，最常使用在原位乳癌 (零期癌)。

3. 根除乳房切除術 (Radical Mastectomy) (圖十二)

Dr. William S. Halsted 在十九世紀末期開始使用，把乳房、胸部肌肉與腋下淋巴結切除。醫學界在 1970 年代以後，對乳癌的觀念發生革命性的改變，認為一旦有腋下淋巴結有轉移，這是全身性的疾病 (Systemic Disease)，需要使用化學療法。局部復發可以使用放射線治療，這些看法已經由全美國臨床試驗 (National Surgical Adjuvant Breast Cancer Project) 所證實。

目前侵犯性乳癌最常使用的方法是改良型乳房切除術或是乳房保留治療 (部份乳房切除術加腋下淋巴結切除與放射治療)，如果淋巴結有轉移或其他的情形，需要考慮接受化學治療。

4. 改良型根除乳房切除術不切除胸部肌肉 (Modified Radical Mastectomy)

這手術把全部乳房與部份的腋下淋巴結切除不切除胸部肌肉，使用在治療侵犯性乳癌，尤其是乳癌太大或多於一個部位。

六、腋下淋巴結切除與前哨淋巴結檢查 (Axillary Lymph Node Dissection and Sentinel Lymph Node Biopsy)

有侵犯性乳癌為什麼需要檢查腋下淋巴結呢？

A. 目前臨床檢查或放射線檢查無法查出很早期的轉移，這些只有在病理檢查使用顯微鏡才看得出來。

B. 淋巴結有轉移，表示癌細胞可能會擴散到別的器官，因此要考慮全身性化學治療 (圖十



三)。

C. 淋巴結轉移的大小、數目與預後（存活率），癌病分期，與治療方針有密切的關係。

腋下淋巴結分為三層，第一層在乳房外側下端，第二層在第一層上面內側，第三層離乳房最遠，鎖骨下面，採取第三層的淋巴結，需要把胸小肌切除，因此改良型乳房根除術不會拿到這些淋巴結。如果臨床上有明顯的或可疑的轉移，外科醫師會把大部份的腋下淋巴結切除，所取下淋巴結一般是在 10 到 15 粒之間，做這種手術以後，因為手臂的淋巴液無法經過正常的路線回到在胸腔內的大淋巴管，可能引起手臂腫脹叫淋巴水腫（Lymphedema）。

前哨淋巴結切除是在最近五年來，經過臨床試驗，證實準確性高達 98% 以來，已經被很多外科醫師接受使用。因為這是一種新的手術方法，外科醫師需要累積一些經驗與學習的過程，才能達到很高的成功率。

前哨淋巴結的定義是從乳癌部位的淋巴液最先通過的腋下淋巴結。乳房有非常廣泛密集的淋巴管，除了在表層的皮膚以外，應有深層的淋巴管。乳房外側的淋巴管液絕大部份經過腋下的淋巴結，乳頭附近與乳房內側的淋巴液 80% 通到腋下淋巴結，但是 20% 直接與胸內的

淋巴結與胸骨底下的淋巴結相通（Internal Mammary Chain），這些淋巴結又與胸腔內的淋巴管相通，最後流到靜脈與右邊的心臟與肺臟，這是為什麼腋下淋巴結雖然沒有轉移，有時會在別的部位復發的原因。

目前找前哨淋巴結最常用的方法是在乳癌的附近注射藍色染料，按摩使染料分佈到淋巴管內，約在 15 分鐘以後，切開腋下皮膚去尋找含有藍色染料的淋巴結。另外一個方法是在手術前一天注射含有低輻射的同位素到乳房內，在手術時使用偵測儀器找同位素存在的部位找出淋巴結。

找到前哨淋巴結以後，馬上交給病理醫師做冷凍切片、染色、判讀，在十分鐘左右可以判斷出有無轉移。如果沒有轉移，外科醫師就不做腋下淋巴結切除，如果有轉移，就進行上述腋下淋巴結切除手術。

前哨淋巴結要進一步做化學免疫染色檢查有無角質蛋白（Cytokeratin）找癌細胞，因為有時轉移的癌細胞數目有限，一般的染色方法不一定能檢查得出來（圖十四、圖十五）。

希望這種新的手術方法會減少副作用，尤其是手臂水腫。

凡事包容，凡事相信，
凡事盼望，凡事忍耐。
愛是永不止息。

希小
望語





第五章

病理診斷與報告

傅堯喜醫師

在美國所有從病人身上取得的標本，都要經過病理化驗，病理醫師的工作可以分做二個大部門，第一是解剖病理，使用顯微鏡與特別染色的方法檢查細胞與組織標本，而且在手術中醫師有任何疑問的地方，可以當場作冰凍切片，很快的可以得到初步的診斷。第二個部門是臨床病理包括化學物質、血液、細菌、血庫、免疫學方面的分析，與乳癌有關的工作絕大部份屬於解剖病理部門。

一、乳房的良性病變

很可幸的是，90%以上的乳房標本是良性的，在年青的婦女 20 到 40 歲，大部份得到的良性腫瘤是纖維腺瘤，有時多於一顆或二側都有，只需要手術切除。（圖十）無可否認的乳癌也可以在這年齡發生，因此在摸到硬塊，需要看醫師進一步檢查，因為年青婦女得的乳癌毒性特別高。

從 40 歲以後最常見的變化是纖維性囊腫（Fibrocystic Change）（圖十六），硬化腺增生（Sclerosing Adenosis），管狀細胞增殖（Ductal Hyperplasia），腺管內乳突狀瘤（Intraductal Papilloma），這些病變與乳癌沒有直接的關係；專家們認為這是女性荷爾蒙的週期變化不平衡所引起的，很多時候這些病變是因為有鈣化或硬塊，進一步做切片檢查才診斷出來的。

有非典型管狀細胞與非典型乳小葉細胞增殖（Atypical Ductal Hyperplasia 與 Atypical

Lobular Hyperplasia）的婦女，他們得乳癌的機會比正常婦女增加 4~5 倍，因此這些變化可能是乳癌很早期的過程之一，目前在美國有臨床試驗使用 Tamoxiefen，看看能否減少乳癌的發生。詳細報告請看第十章（第 31 頁）。

二、乳房的惡性病變

95%以上的惡性腫瘤由腺體細胞突變所引起的，就是我們說的乳癌，其餘的 5%包括肉瘤（Sarcoma），包括囊肉瘤（Cystosarcoma），血管肉瘤，淋巴肉瘤等。

乳癌又分為二大類：原位癌（零期癌）與侵犯性癌，如果是按照細胞的來源來區別，90%以上是管狀細胞，其餘是乳小葉細胞。

乳小葉細胞原位癌目前認為是高危險群的記號（High Risk Marker），婦女們有這種病變，以後得到乳癌的機會是每年 1%。如果跟蹤 30 年，約有 30%的婦女會有同側或對側的侵犯性乳癌。目前處理的方法包括觀察或使用 Tamoxiefen。詳細報告請看第十章（第 31 頁）。

三、乳房原位癌的定義

乳房的腺體細胞包括末端的乳小葉細胞與管狀細胞（圖十七），這些細胞被肌上皮細胞（Myoepithelial Cells）及基層膜（Basement Membrane）所包圍。基層膜的外面是間質層含有纖維細胞（Fibroblast）、血管、淋巴管、神經與其他的細胞。



原位癌的定義是癌細胞形成以後，開始繁殖逐漸取代正常細胞，延著本來的乳管蔓延，時間愈長佔的範圍也愈大，毒性高的細胞比毒性低的細胞成長速度快，轉變成侵犯癌的機率高而且時間短。只要癌細胞沒有突破基層膜，它就不會轉移，因此原位癌是局部的疾病。

一旦癌細胞破壞基層膜，進入間質層就叫做侵犯性癌。開始在局部擴散，它們可能進入淋巴管或血管而轉移到別的地方去，因此外科手術需要考慮到局部與淋巴結轉移的問題。

四、管狀原位癌 (Ductal Carcinoma In Situ, 簡稱為 DCIS)

管狀原位癌被公認為零期的癌病，如果不切除會轉變為侵犯性癌，因此需要接受治療。

目前最常使用的原位癌的分類是根據細胞的排列結構，細胞核的形態，與有無壞死現象。最常見的排列是乳突狀 (Papillary, Micropapillary)，篩狀 (Cribriform) 與實心狀 (Solid)。細胞核的變化分為三級：低度、中度、高度。低度的癌細胞他們的細胞核小，大小一致，核仁不明顯，細胞分裂很少。反之高度的癌細胞他們的核大，大小相差很多，核仁很大，細胞分裂數目高。中度癌細胞在高低度之間。(圖十八到圖廿二)

最後的分類方法如下：

Silverstein 醫師更進一步的把原位癌的分

等級	排列結構	核分級	壞死
低度原位癌	非實心 無壞死	低度	無
中度原位癌	實心或非實心 無壞死	中度	無或少量
高度原位癌	實心加壞死	高度	明顯

級，大小與切除面有無癌細胞，以計分方式推測五年的存活率與復發率。原位癌愈大，等級愈高，癌細胞離切除面愈近，復發率就愈高。有復發的婦女，有一半是原位癌，但是另一半是侵犯性癌。

五、侵犯性管狀癌的分級

在顯微鏡下，可以觀察到侵犯性癌細胞有不同的結構，核與核仁的變化，細胞分裂的多寡，間質的纖維化與發炎反應，血管淋巴管的侵犯，癌細胞壞死鈣化，與外圍衛星狀的多個癌病灶 (圖廿四)。在這麼多的變化中那一些最能表達出癌細胞的毒性的呢？

Bloom 與 Richardson 醫師使用一種計分的方式來分級，他們選出三項最重要的因素，每一項又分 1、2、3 分，得到的總分就是組織學上的分級，也就是說總分愈低，癌細胞分化愈好，毒性低，他們比較接近正常的細胞，細胞成熟，長得慢，通常細胞膜上有雌激素受體。反之，總分最高的，癌細胞分化低，毒性高，不成熟，繁殖快，沒有女性荷爾蒙受體，HER-2 / neu 致癌因素高度表現的機會高。計分的規則如下：

變化	1 分	2 分	3 分
管狀結構	多於 75%	10-75%	少於 10%
細胞核變異程度	大小規則	大小有些不規則	大小形狀相差很大
細胞分裂數目 10 個高倍顯微鏡	低	中等	高

總分

3-5 分 第一級 分化高 (圖廿四)
(Well differentiated)

6-7 分 第二級 分化中等 (圖廿五)
(Moderately differentiated)

8-9 分 第三級 分化低 (圖廿六)
(Poorly differentiated)

Blood-Richardson 的分級方法，在美國已被普遍採用，每一個病理報告都應該有此信息。



另外一項也應該在報告裏面的是有無血管或淋巴管的侵犯，有這種變化的復發機會增高，對治療的考量這是很重要的因素（圖廿七）。標本切除面，有無癌細胞也必須很明白的寫出來。（圖廿八）

六、乳癌細胞的特別檢查

一般的染色檢查無法測量受體，基因，染色體數目的變化，因此需要使用免疫化學染色方法（Immunohistochemistry，簡稱為 IHC），液態流動細胞分析（Flow Cytometry），螢光本位雜交（Fluorescent In Situ Hybridization，簡稱為 FISH），或是 PCR（Polymerase Chain Reaction）。這些檢查可以使用現成的組織蠟塊（Paraffin Block），不需要另外採取新標本，病理科保存這些蠟塊十年以上。因此多年以後癌復發，或要做研究工作，可以要求病理科提供這些材料。

雖然每個病理科做的特別檢查項目不一樣，這下列三項是最基本的，因為與治療決定有直接的關係。

1. 雌激素受體（Estrogen Receptor，簡稱為 ER）（圖廿九）

使用免疫化學染色方法，有受體時細胞核呈褐色，通常有陽性反應數目以 0~100% 後表示，數目愈高對荷爾蒙治療反應愈好。

2. 黃體素受體（Progesterone Receptor，簡稱為 PR）（圖卅）

使用免疫化學染色方法，陽性反應細胞核變褐色，以 0~100% 表示。ER 與 PR 同時都是陽性的，對荷爾蒙治療反應最好，如果只有 ER 或 PR 是陽性反應次之，ER 與 PR 都是陰性，表示不能使用荷爾蒙治療。

3. HER-2/neu 致癌基因（圖卅一）

這基因與癌細胞生長繁殖有關，有這基因突變時，癌細胞快速成長。免疫化學染色反應 0 或 + 表示沒有突變，2+ 或 3+ 表示有突變。但是最準確的方法是 FISH，在螢光顯微鏡之下計算每個癌細胞核內基因的數目，因為費用昂貴，只有在免疫化學染色反應 2+ 以上才使用。

有這基因的乳癌病人，醫師會考慮使用抗 HER-2/neu 的新藥（Herceptin）。

有些病理科會使用免疫化學染色的方法測量繁殖細胞的百分率叫 Ki-67，Proliferative index，數目愈多表示癌細胞成長率愈高，少於 10% 是低指數，10~20% 中等指數，超過 20% 是高指數。這指數與存活率沒有明確的關係。

液態流動細胞分析，把細胞分散染色以後，通過雷射光測量 DNA 核酸的含量，決定它們的 DNA 指數是正常或不正常，以及正在製造 DNA 的繁殖細胞叫 S Cell。DNA 不正常，S Cells 數目高，癌的毒性高。有些化學治療醫師可能使用這些結果做治療方面的決定。

七、病理報告

雖然病理報告從不同的醫院或化驗室內容會有不同，但是為了幫助醫師與病人能夠解讀檢查結果，有幾個美國病理學會要求內容統一化，而且最基本的項目一定要在報告裏面。一份病理報告至少有下列四項：

1. 大體描寫（Gross Description）

描寫用肉眼觀察到的現象，例如收到標本的大小，不同的組織如皮膚、乳頭、乳房切開後現出病變的大小，特徵，腫瘤與切除面的距離，用各種顏色的染料標示不同的切除面。以後把標本切成約 2 公分大小，有系統的放在塑膠盒內，報告也指出每個塑膠盒的號碼與裏面的標本來源，這些標本經過固定液，脫水，放入蠟塊，做成切片，染色以後就可以判讀。

2. 顯微鏡觀察描寫（Microscopic Description）

把在顯微鏡下觀察到的變化指示出來。

3. 診斷（Diagnosis）

最主要的診斷，原位癌或是侵犯性癌，或者二個都有，下列是主要診斷的摘要：

A. 癌的大小

B. 癌的細胞種類：管狀、乳小葉、或特別種類如黏液型、乳突型

C. 組織學上分化分級：Bloom-Richardson 的等級



- D. 如果原位癌與侵犯性癌共存，他們的百分比，與原位癌的結構，核變化等級
- E. 有無血管淋巴管侵犯
- F. 有無壞死、鈣化、乳頭的變化等
- G. 其他的變化
- H. 切除面有無癌細胞，與癌細胞的距離
- I. 淋巴結有無轉移，如果有轉移，它的大小、數目，有無侵犯到淋巴結的外圍組織
- J. 特別檢查的結果如 ER、PR、HER-2/neu

4. 乳癌分期方法

癌病的分期是根據 AJCC 全美國與全球同意的規則：

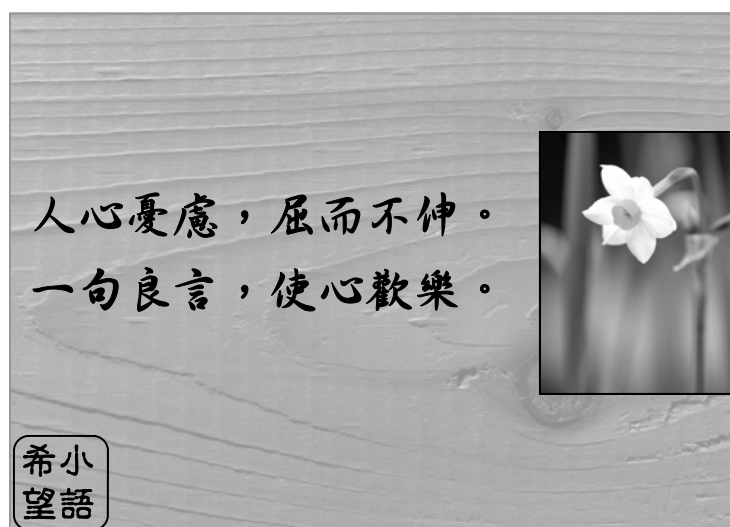
T： 代表 Tumor 腫瘤大小與周圍組織的關係

N： 代表 Node 淋巴結的情形，有無轉移

M： 代表 Metastasis，有無遠端轉移，如肺、肝、骨骼、腦，遠端器官轉移是根據臨床與各種放射科攝影檢查，有必要時需要再進一步採取活體切片檢查，證實乳癌的轉移。

乳癌分期方法如下：

期別	癌大小 (T)	淋巴結轉移 (N)	遠端轉移 (M)
0	原位癌	無	無
I	小於 2 公分	無	無
II A	0-2 公分	有	無
II B	2-5 公分	有或無	無
III A	0-5 公分	有、且固定	無
IIIB	大於 5 公分或侵犯皮膚或胸壁	有或無	無
IV	任何大小	有或無	有





第六章

早期乳癌的化學療法

葉士豪醫師

在近年來，乳癌的治療有相當大的進步，特別是輔助性化療配合新一代藥物和荷爾蒙治療的使用。在新進治療之下，接受乳房切除術和系統治療（systemic therapy）或輔助性化療（adjuvant therapy）已使更多早期發現乳癌的癌患於治療後免於復發，臻於痊癒。在這裡，我們將會談論開完刀以後的系統治療。這包括輔助性化療和荷爾蒙療法。

化療是癌患抗癌挑戰中必須考慮的重要問題。特別是乳癌不包含雌激素受體（estrogen receptors）或黃體素受體（progesterone receptors）的婦女，因為在這些情況下荷爾蒙治療是無效的。另外，有一部份早期和慢性乳癌病人實際上不需要輔助性化療。

幾乎所有包含雌激素受體或黃體素受體的乳癌患者將會接受五年的荷爾蒙療法。在這種情況下，荷爾蒙治療則可有效減低復發機會，並延長總存活期。荷爾蒙療法包括：Tamoxifen 和 Aromatase Inhibitor（AI）。

系統治療的主要目標是消滅未被發現的癌細胞。雖然，手術能切除絕大部份早期腫瘤細胞，但有少數的癌細胞可能已經轉移到其他器官。在這種情況下，癌患通常沒有症狀，並且 X-Ray 和 CT Scan 是正常的。如果這些癌細胞未被消滅而准許增長，新腫瘤有可能會復發在身體的其他地方。因此，手術以後六星期內使用系統治療的結果是最好的。

一、早期乳癌療法文摘

我們從三十年臨床研究的經驗學到組合化療的方法比單獨化療更好。以下是一些常使用的化療和組合方法：

<i>Brand Name</i>	<i>Generic Name</i>
Adriamycin	Doxorubicin
Cytosan	Cyclophosphamide
Ellence	Epirubicin
Taxol	Paclitaxel
Taxotere	Docetaxel

- CMF – cyclophosphamide/methotrexate/fluorouracil
- FAC/CAF – fluorouracil/doxorubicin/cyclophosphamide
- CEF – cyclophosphamide/epirubicin/fluorouracil
- AC – doxorubicin/cyclophosphamide
- FEC – epirubicin/cyclophosphamide
- TAC – docetaxel/doxorubicin/cyclophosphamide 有包括或沒包括 G-CSF
- A → CMF – doxorubicin 然後 cyclophosphamide/methotrexate/fluorouracil
- AC → T – doxorubicin/cyclophosphamide 然後 paclitaxel or docetaxel
- A-T-C – doxorubicin 然後 paclitaxel 然後 cyclophosphamide



二、標準治療

CMF (cyclophosphamide/methotrexate/fluorouracil) 是最早期的組合化療之一。這組合化療不僅是已證明有效，並且延長存活率。頭髮不受到影響是 CMF 的好處之一。但從 1990 年起，臨床研究開始以 CMF 和 Doxorubicin (anthracyclines) 相比，結果是 Doxorubicin 比 CMF 好，死亡率和疾病再現率減少很多。因此 Doxorubicin 相關的組合化療 (FAC/CAF、FEC、TAC、AC、AC → T) 從此以後成為了標準治療。

接受 Doxorubicin 治療的患者需要注意心臟損傷。如果你知道你有心臟病，你的醫生應該在你使用 Doxorubicin 之前做心臟測試。如果你心臟是非常微弱的，你的醫生也許需要使用另外種類化療來避免心臟損傷。

傳統化療的療程是每三星期一次。Doxorubicin 相關的組合化療 (FAC/CAF、FEC、TAC、AC、AC → T) 是由靜脈注射方式。其治療療程時間長短應依病患的狀況、單獨或與何種化學藥品合併治療，或病情之實際考量予以決定，平均約為六個月左右。

現在的新的療程概念是每二星期一次 (Dose Dense)。新臨床研究資料建議，每二星期一次也許是比每三星期一次更好。但 Dose dense 會增加毒性，特別是影響血液。因此接受每二星期一次治療的患者需要使用 G-CSF 來防止傳染問題。

此外，在去年的醫學期刊 New England Journal of Medicine 上，專家發表，新的組合化療 TAC (Taxotere + Adriamycin (Doxorubicin) + Cytosan) 比傳統的 FAC 好。臨床研究結果是 TAC 的死亡率和疾病再現率比 FAC 較少。另外，TAC 的副作用是與 FAC 相同。現在，許多專家認為 TAC 應該為新標準。

三、HER-2/neu (+++) 的乳癌患者

HER-2/neu 是種乳癌細胞細胞膜上特殊的蛋白質，根據研究，大約 30% 的乳癌病患的乳

癌細胞表面有這種蛋白質的增加。在這情況下，乳癌病患六年復發率為 40%。因此，HER-2/neu 蛋白質過度表現的乳癌病患預後比其他的病患為差，故其治療有一些特殊的考量。

最近，美國臨床腫瘤醫學會 (ASCO) 上發表一種突破性的治療—Herceptin (trastuzumab) 抗體治療。乳癌專家表示，組合化療加上 Herceptin 給 HER-2/neu 過度表現的早期乳癌病人有好處。Herceptin 是一種單株抗體，注射後可以和乳癌細胞表面的 Her-2/neu 蛋白質結合，抑制其功能。而對開完刀的病患而言，使用組合化療加上 Herceptin 會將疾病相關死亡率減少 33-40%。乳癌專家現在推薦的第一步是使用 Adriamycin + Cytosan，然後 Taxol + Herceptin 作為第二步。隨後繼續一年或二年的 Herceptin 治療。Herceptin 是由靜脈注射方式，每週注射一次，起始劑量為 4mg/kg；每週維持劑量為 2mg/kg。

化學治療是防止轉移性及局部復發侵犯性乳癌最重要的治療方式之一。當加上 Herceptin 一同作用，結果會更好。Herceptin 的副作用包括輕微的噁心、嘔吐、或骨頭疼痛。在另一方面，心臟衰竭發生在 4% 接受 Herceptin 治療的患者中。因此，接受治療的患者需要注意心臟能力。

四、化療的副作用

一般化療的副作用通常包括胃口損失、嘔吐、嘴痛、掉頭髮和月經週期上變化。化療也可能會造成白血球減少，將提高傳染疾病。血小板減少可能會引起出血情況。疲倦是一種綜合現象，有 78~96% 的病患接受各種治療後表示感到疲倦。疲勞也是紅血球減少的結果之一。這些副作用是短期的。其他的副作用如嘔吐有非常有效的藥物來防止和治療。G-CSF 能增加白血球來防止傳染。Epogen/Procrit 可增加紅血球來提高體力。當你難受或發燒，你應該請教你的醫生那種治療是對你最有好處的。

重要一點，婦女在化療中經常有早期月經中止的症狀。四十歲以上的婦女必須注意會失



去懷孕能力的可能。

五、荷爾蒙治療新資訊

對早期乳癌病患使用荷爾蒙治療方面，Aromatase inhibitor 有減低復發效果。使用 Letrozole 及 Anastrozole 五年以上已被證實在停經婦女之手術後輔助性荷爾蒙治療優於傳統之 Tamoxifen。這項研究結果已在醫學期刊“New England Journal of Medicine”上發表。

最近的新發現是乳癌患者連續使用 Tamoxifen 五年後，可以改用 Letrozole，而且使用 Letrozole 五年以上可以明顯的降低乳癌復發率。因此停經後乳癌患者，以 Letrozole 取代了 Tamoxifen，而且使用 Letrozole 二至三年以後，如果改用 Exemestane，乳癌更可以有有效的控制。

在一般副作用方面，Aromatase inhibitors 比傳統 Tamoxifen 好一點。研究證實 Aromatase inhibitors 引起的子宮內膜癌發生率、臉部潮紅發生率，以及缺血性腦中風發生率都較低。可見 Aromatase inhibitors 之優異療效及安全性。

但有一點必須注意的是，Aromatase inhibitors 會影響骨質密度，造成骨質疏鬆增加，也可能因此增加病患發生骨折之機率。因此，患者必須密切注意骨骼系統之狀況。在乳癌婦女的骨骼健康方面，美國臨床腫瘤醫學會（ASCO）相信雙磷酸鹽（bisphosphonates）對治療骨質疏鬆患者有效。

如果你對乳癌治療有任何問題，你應該與你的醫生或癌症專家討論。



愛裏沒有恐懼。
愛既完全，就把懼怕除去，
因為懼怕裏含著刑罰，
懼怕的人在愛裏未得完全。

希小
望語





第七章

乳癌的化學療法

閻雲醫師

近年來在乳癌治療方面的進展非常快，以前在傳統上是手術，放射及化學藥物三種治療，現在我們很重視的是第四種治療—生物製劑（Biologics）。它有別於化學治療，因為化學治療在傳統上一直有副作用的問題，而生物製劑因為是以基因為主要治療目標（Target），所以副作用就相對比較輕。現在許多生物製劑都可口服或是簡單的針劑，其中針劑往往只需要每星期注射一次。這是唯一比較麻煩的一點，但是病人通常不會掉頭髮、噁心嘔吐等副作用，所以它已成為我們對乳癌治療的重要主軸，目前已經開始被使用。

在整個乳癌治療的藥物中，有兩個最重要的藥物均屬 Biologics 這個類群。一個是在幾年前就已知的 Herceptin，它主要是 Target 腫瘤細胞膜上的一群抗原接受器叫 EGFR（Epidermal Growth Factor Receptor）。大概在三、四年前我們已非常重視這個藥，把它當作是乳腺癌復發或轉移時的一個與化學治療合併使用之藥物，尤其將它與 Taxol 這類的化學藥物合併使用時，效果特別好。但在 2005 年有一重大改變，就是 Herceptin 已被提升為第一線藥物，即在手術完之後就可以馬上使用它。過去只是用在復發或轉移之後，現在是用在第一線，因為在臨床的研究中發現：如果早使用它，可以使將來的復發率更為下降。所以在 Herceptin 這個藥物上來說，它已擴大了使用幅度，且降低乳癌的復發率。

另一個屬 Biologics 的藥物現在也開始被重

視，它叫 AVASTIN，它的作用是阻斷腫瘤所需要的血管生長因子，叫 VEGF。它的阻斷作用最早被證明在大腸癌，而在 2003 年成為大腸癌的第一線藥物。但在過去三年乳癌的研究完成之時，駭然發現：AVASTIN 加上輕度的化學治療（特別是以 Taxol 為根本〔BASE〕之化學治療），效果比只用 Taxol 要好很多。當在臨床被證明之後，它很快的被使用在一般乳癌病人上，而且很迅速地得到證明。不過 AVASTIN 目前還不能被用為第一線藥物，而只能被用在復發或轉移之情況，但這是時間問題，只要它被使用到一個程度之後，它自然能被提升到第一線藥物。

所以乳癌的治療已經從傳統的化學治療走向合併式的治療，而所合併的主要對象就是這些生物製劑。為什麼要如此呢？原因是：如果要減低化學治療的副作用，就會損失其療效，但如果將生物製劑加上，可以明顯的彌補其療效，而又不增加其副作用，所以形成一個非常好的互補性。由於化學治療之劑量可以降低，所以化學治療的打針方法也改變了，現在可以每星期或每幾星期打一針輕度（低劑量）的化學治療與生物製劑。由於副作用降低，病人也較願意接受，因有許多病人不是不願意對抗癌症，而是不願意承受治療時的痛苦，以致醫生們沒辦法勉強病人接受過度激烈的治療。但目前這種合併式的治療，大量採用 Biologics，不但會為未來帶來非常好的效果，並且避免非常多的副作用。



在 Biologics 這組藥裡面，除了上述二種主要藥外，還有很多其他新藥正在研究之中。其中如 ERBITUX，已經被用在大腸癌，且效果非常好，並也正在進行對肺癌及乳癌之治療，其效果也極佳，只是需要等待最後的證實。

另外還有第五種對乳癌的治療也漸漸在成形，它就是調整女性荷爾蒙的治療（Hormonal Therapy）。傳統上我們已經在用 Tamoxifen，它被用來阻斷雌激素受體的結合（BINDING），從而降低生長刺激，而減低乳癌的復發。但目前另一類被認為有非常好效果之藥，Aromatase Inhibitors（抑制器）已被發展出來。Aromatase 原是轉換女性荷爾蒙前期化學物質成為真正女性荷爾蒙的一個非常重要及不可或缺之酶，而阻斷此種酶也叫酵素，就會使女性荷爾蒙的整體製造下降，雖女性荷爾蒙不致下降為零，但下降的程度會使致癌的機會明顯的減低，這不但從老鼠身上的試驗得到證實，在早期的人體試驗也獲得證明。

這種 Aromatase Inhibitors 在很早以前曾有過一個藥，但它的效果不夠明顯，其原因是它對女性荷爾蒙的抑制程度不夠。現在新的藥則不同，其中最主要的一個是 FAMARA（每天一粒（2.5MG），此藥在四年前十一月間在加拿大首先被報告：他們證明 Tamoxifen 被使用了五年後，患者幾乎都要停藥，因為過了五年，它就無法再增加有效度，且還會產生副作用，因此有少部份患者在停藥後就復發了。於是有人問：是否該停藥？可否使有復發可能性的病人不停藥？但是一直沒有更好的藥取代 Tamoxifen，直到有了 FAMARA。他們將使用了 Tamoxifen 五年後之病人分為兩組，一組使用傳統的觀察，另一組使用 FAMARA，三年後即顯出使用 FAMARA 的這組的復發率較低。當此報告公佈之後，美國也緊接著證實了此研究，之後每年都有有關此藥抑制復發率仍在持續擴大的報導，故目前此藥雖然只有四年的研究結果，但因其擴大的效率太明顯，故已被列入考慮作為一正式之藥物。所以用了 Tamoxifen 5 年的患者，如患者在當初發現乳癌時是在停經前，

或是患者有家族病史，或是患者曾患過二次乳癌（無論是原發還是復發或二次均為原發），都一律需要服用 FAMARA，我們不需等待進一步的實驗，已經能肯定它的效果，故這些患者每人都應服用。

但 FAMARA 要服用多久？是否像 Tamoxifen 一樣，用五年就夠了？這在目前我們還不知道。它是否會有長期服用的副作用？目前從初步的結果來看，它的副作用沒有超過 Tamoxifen，故理論上它應該不致于有長期的副作用，應該是一種很安全的藥。另外，我們可否讓患者縮短服用 Tamoxifen 的時間，早點換用 FAMARA（如三年 Tamoxifen 後即換成 FAMARA），這個實驗正在進行當中。我們將病人分為二組，一組服用 Tamoxifen 三年後就改用 FAMARA，另一組繼續服用 Tamoxifen，目前從初步報導來看，早二年換藥的比五年服用 Tamoxifen 的似乎好一點點，但仍待實驗完成後，才能更進一步確定，為何此實驗至目前仍不能肯定？原因是被實驗的患者絕大多數為停經者，而停經前之患者仍需服用 5 年 Tamoxifen。我們必須等未來研究成果出來後，才能考慮是否也讓他們提早使用 FAMARA。但凡是停經後之患者，目前是可以服用 Tamoxifen 三年後即改服用 FAMARA。由於實驗的結果仍在初步階段，許多醫生並未採行，他們希望有更為確據之實驗結果，以免病人要永遠服用此藥。

另還有一種 Aromatase Inhibitors 的藥 Arimidex 也在作進一步研究中。它在早期的研究當中發現與 Tamoxifen 的效用差不多，由於無優越性，其功能就被淹蓋了。但現在他們重新考慮它，是因想知道 Arimidex 是否可能有被長期服用之價值，故此研究正在進行中。

上述這些研究在未來二、三年之間都會公諸於世，將會對乳癌之荷爾蒙治療有一非常大的改觀。大約在三十年前，荷爾蒙治療仍非常原始，一個女性患者需開刀被切除卵巢，甚至腎上腺，經過這麼多的開刀手術，才能去除荷爾蒙，但這已成為過去的歷史。自從有了



Tamoxifen，荷爾蒙治療有了極大的改觀，而有了 Aromatase Inhibitors 之後，治療有了更大的改觀。

所以，藥物學及臨床的研究，正在逐漸帶領乳癌治療成為一種輕鬆的、簡單的、口服藥，每星期或每幾星期打一針的，儘量沒有噁心嘔吐之副作用及沒有掉頭髮或只掉極少頭髮等副作用的治療，這些是目前極可觀的發展，而在二、三年間，治療還會有更大幅度的進展，原因即是乳癌治療之第四項治療，Biologics 和第五項治療 Hormonal Therapy 有重大之突破。

難道傳統的化學治療就沒有突破嗎？其實不然。在化學治療上有一重大突破，即是 Abraxane 此藥的誕生。這個藥最大的使命是降低由 Taxol 這類好藥帶來的副作用- Neuropathy（神經性麻木感）。Taxol 和 Taxotere 這對姊妹花化療藥物都有這個問題，雖然它們是很好的抑制乳癌的藥物，但患者使用到一個程度便不能再下去，因為會神經麻痺（手麻痺），而 Abraxane 是改良型的 Taxol，會使得到

Neuropathy 的機會降得相當低，且過敏性也相當低，同時效果維持一樣或甚至更好。因此它可以讓從前用過 Taxol，有效果但卻用不下去的患者有機會再開始使用，也對復發和轉移的患者產生一新的角色，所以在化學治療這組中，以 Abraxane 取代傳說的 Taxol 將是未來的方向，何況它還可以與前面所談的第四項和第五項合併治療。

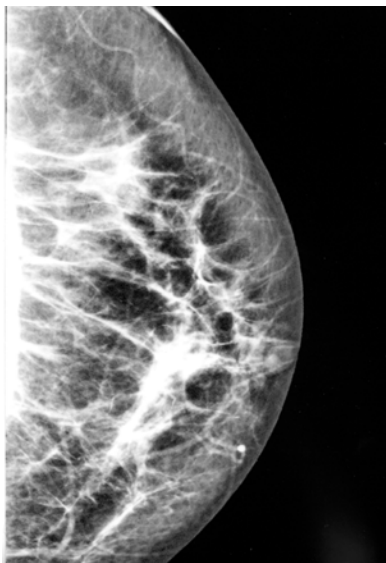
在化學治療上現在還有許多新藥也正在逐漸設法突破之中，不過以目前來說，化學治療的光芒正在被淹蓋，被 Biologics 和 Hormonal Therapy 取代，因為此二項在最近幾年間大放異彩，化學治療的角色反而在下降。

我們腫瘤專科醫師希望儘量走向藥物的多元化，藥物的合併使用，使藥物劑量因而下降，副作用降低，病者的承受度增加，效果提昇，病人的意願提高，而最終希望有一天治療乳癌不再是一個可怕的問題，大家不用擔心它是否會復發或轉移，甚至可以把它當作像糖尿病般與其共舞，這是我們可以期待的一個未來目標。

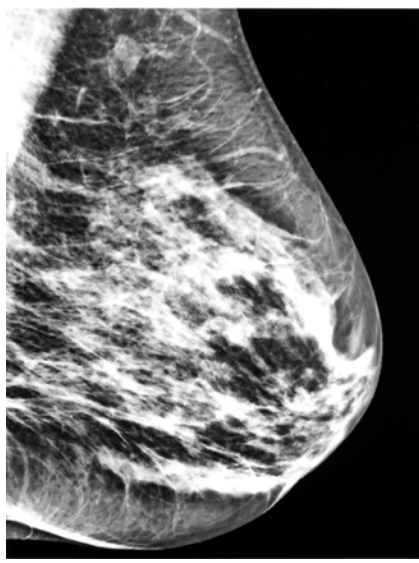
心中喜樂，
面帶笑容。
心裏憂愁，
靈被損傷。

希小
望語

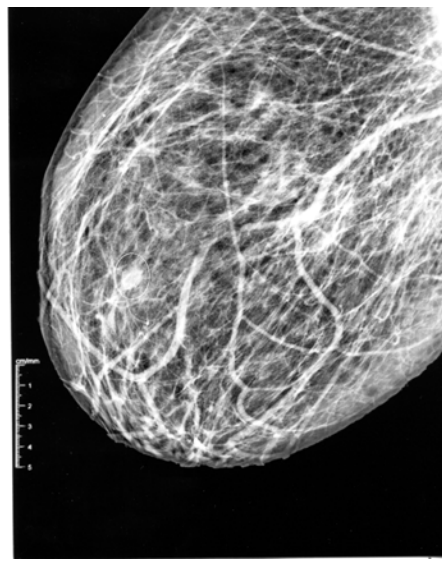




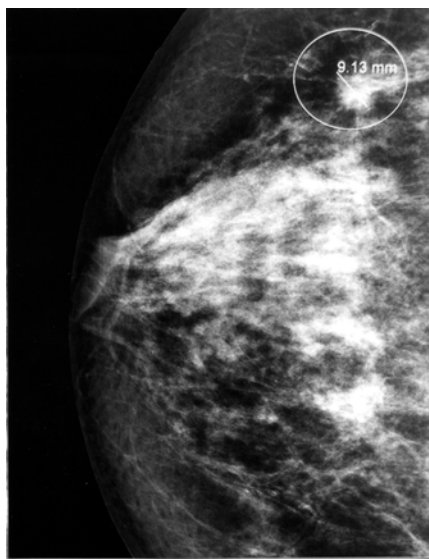
圖一：
正常乳房 X 光攝影。Bi-Rad：1，正常乳房 50-75%是由纖維組織所組成呈白色。脂肪組織呈灰色或黑色。沒有鈣化或組織上的變化。



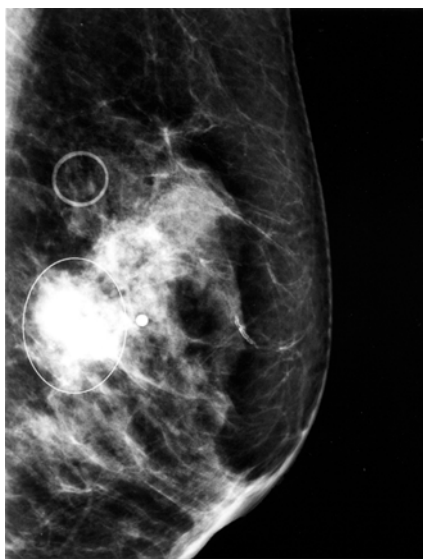
圖二：
乳房 X 光攝影。Bi-Rad：2，顯出小白點，表示有鈣化，這些鈣化細小，集中在一個地方，表示良性。



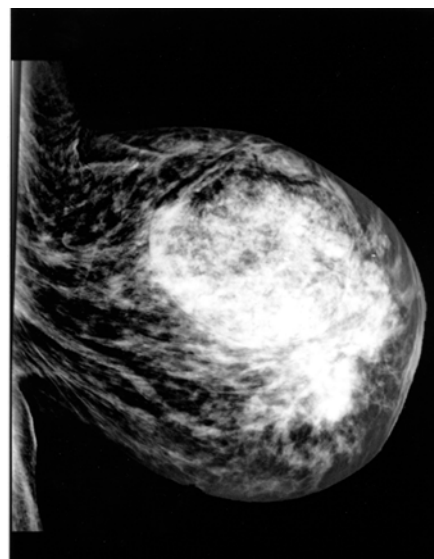
圖三：
乳房 X 光攝影。Bi-Rad：3，顯出 1 公分左右白色影子，它的周圍平滑，可能是良性。



圖四：
乳房 X 光攝影。Bi-Rad：4，顯示 0.9 公分白色纖維化病變，它內部的密度不一，而且周圍不平滑，呈放射線狀，這變化可能是惡性。



圖五：
乳房 X 光攝影。Bi-Rad：5，有二個不正常的部位，第一個小圓圈內有線狀灰白色變化，表示組織密度增高，可能是零期的管狀癌。第二個大圓圈，有一不規則形狀白色病灶，密度高表示纖維組織增加，而且周圍很不規則，非常可疑是侵犯性癌。



圖六：
乳房 X 光攝影。Bi-Rad：5，顯示大的腫瘤內部組織密度不一，表示有壞死現象，周圍很不規則，非常可疑是惡性腫瘤。

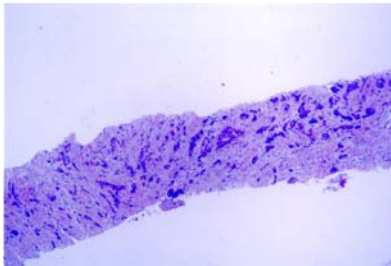




圖七：
針頭實心活體組織切片使用儀器，包括針頭與彈簧裝置。



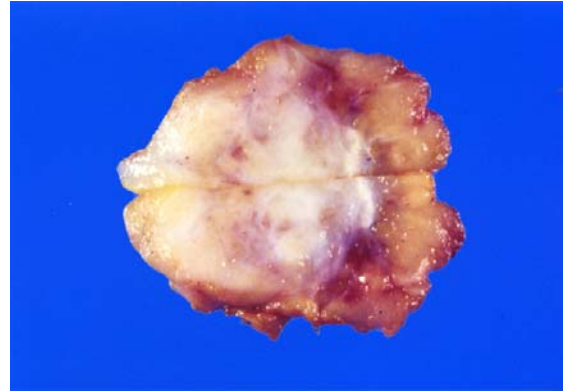
圖八：
針頭實心活體取出的組織標本。



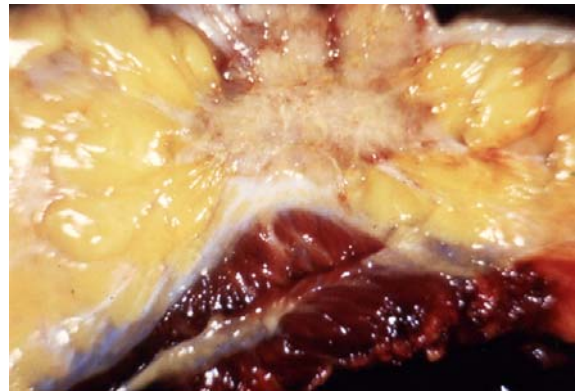
圖九：
實心活體組織標本做成的切片，正常乳房組織被癌細胞組成的不規則線體結構所取代，周圍的纖維化組織可以診斷出管狀侵犯性癌。



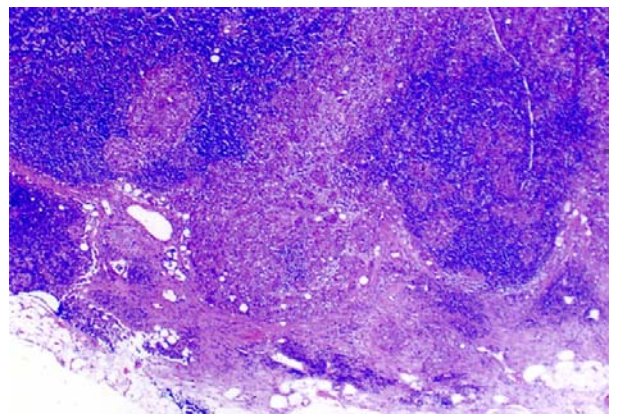
圖十：
切除式切下的標本，這是良性的腺纖維瘤，表面有平滑的纖維包囊。



圖十一：
部份乳房手術切下的標本。除了腫瘤以外加外圍正常脂肪組織。這是侵犯性管狀癌，有一部份癌延伸到切除面，表示沒有完全切除。

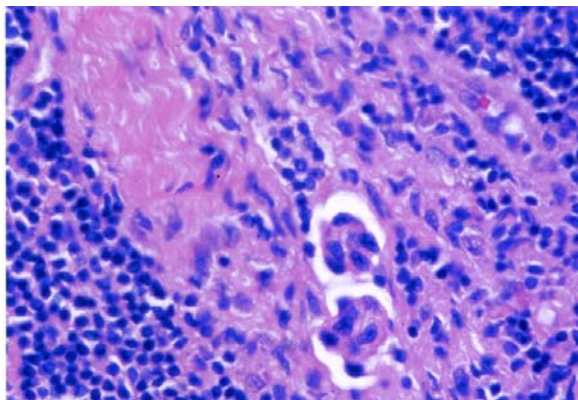


圖十二：
改良型根除乳房切除所取下的標本，包括整個乳房與一小部份胸壁肌肉最下層紅色。這乳癌周圍不規則，癌細胞侵犯到周圍的脂肪組織與肌膜。

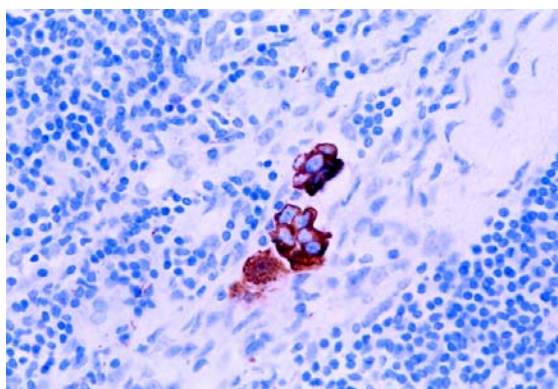


圖十三：
腋下淋巴結轉移，癌細胞破壞了一部份的淋巴結。

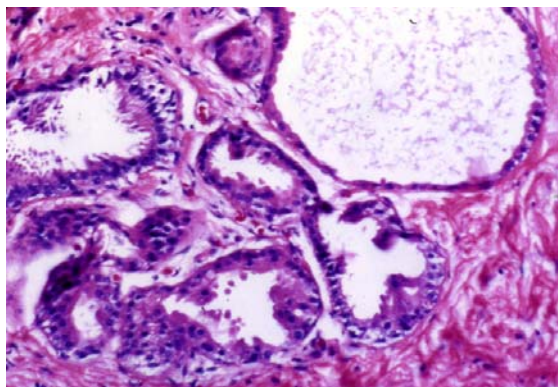




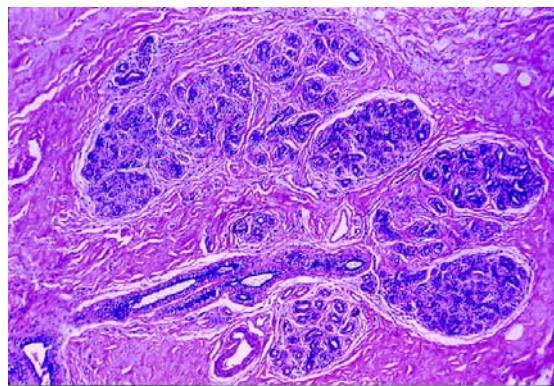
圖十四：
前哨淋巴結有二小團癌細胞在淋巴管內，這是非常早期的轉移。



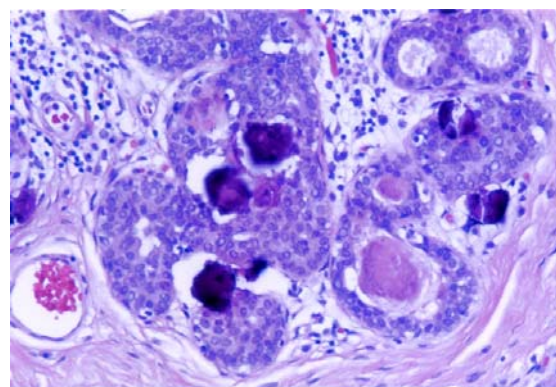
圖十五：
前哨淋巴結與圖十四同樣的標本，使用免疫化學染色角質蛋白，癌細胞呈褐色，如此可以確定是非常早期的轉移。



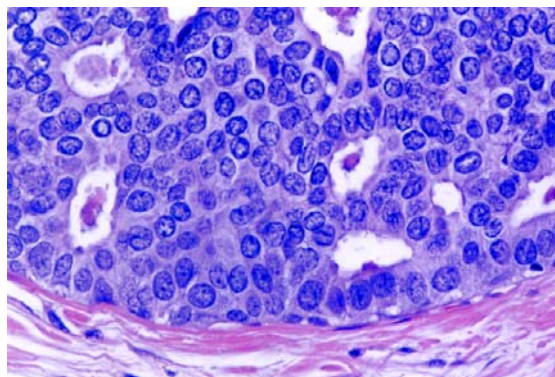
圖十六：
纖維性囊腫（Fibrocystic Change）。乳管變大含黏液，管狀細胞由變性的粉紅色細胞所組成。



圖十七：
正常的乳房組織。乳房腺體組織包括乳小葉，懷孕時製造乳液，經乳管由乳頭分泌。乳小葉細胞惡化以後形成乳小葉癌。管狀細胞惡化變成管狀腺癌。

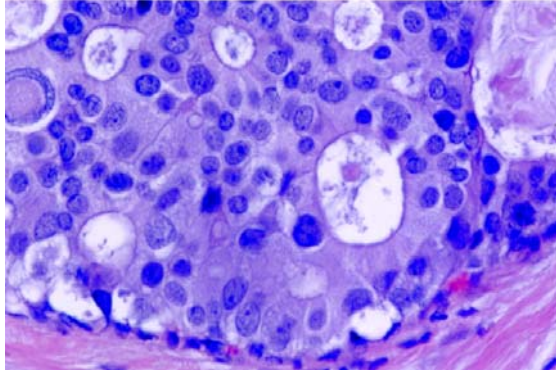


圖十八：
低度管狀原位癌。正常乳管被癌細胞充滿，但是沒有侵犯破壞基層膜，因此稱為原位癌。在癌細胞中有不規則的紫色鈣化，大小不一。

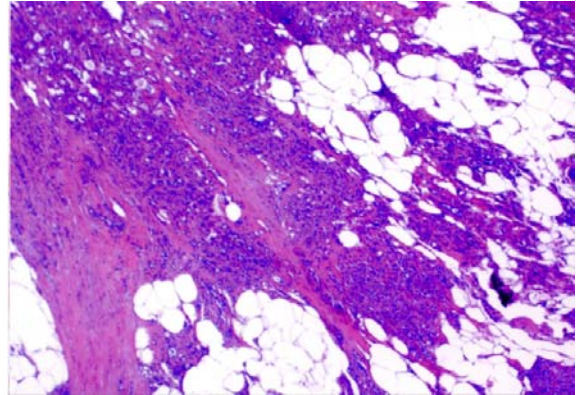


圖十九：
低度管狀原位癌。癌細胞在管內排列成篩狀，他們的細胞核小，大小很規則，核仁小，細胞分裂少見。

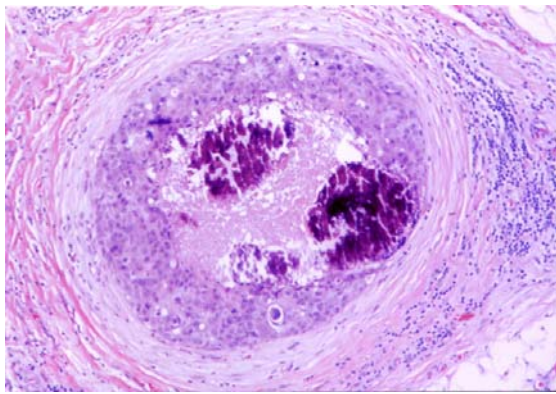




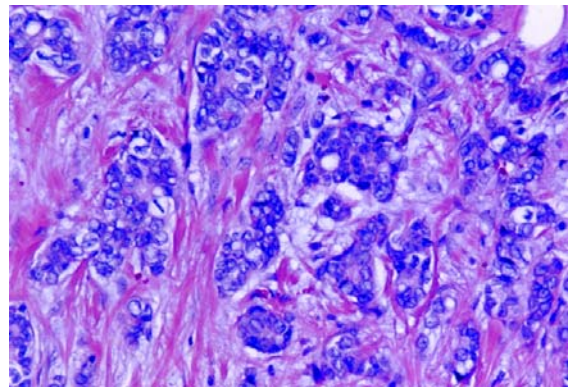
圖廿：
中度管狀原位癌。癌細胞核變大，大小不規則，核仁變大。



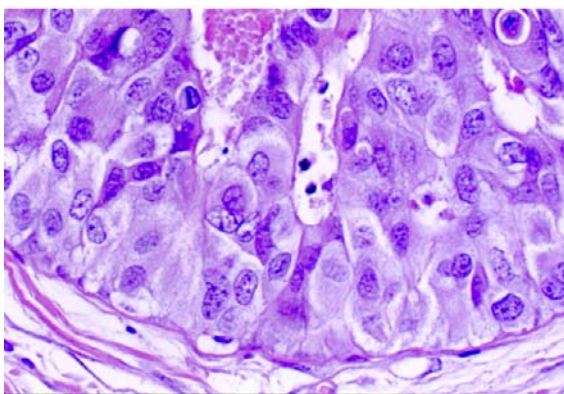
圖廿三：
侵犯性管狀癌，低倍影像顯示癌細胞擴散如放射線狀，侵犯到周圍的脂肪組織。



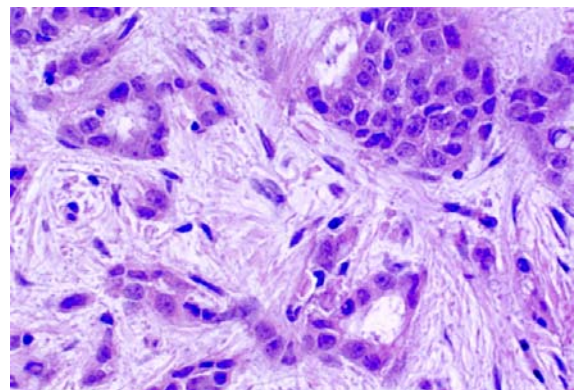
圖廿一：
高度管狀原位癌，癌細胞佔滿了乳管，中間形成壞死與鈣化。



圖廿四：
侵犯性管狀癌，高分化。大多數癌細胞有腺體結構，細胞核大小差異不大，細胞分裂數目低。

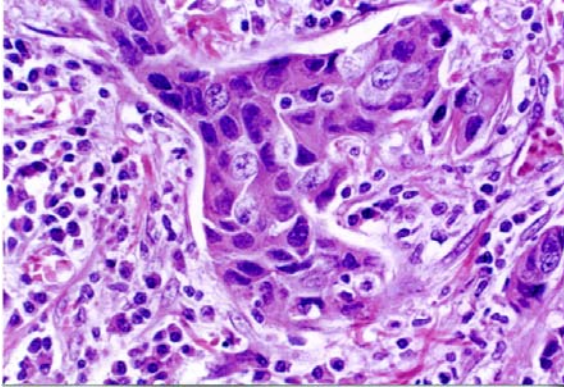


圖廿二：
高度管狀原位癌。癌細胞的細胞核變大，大小很不規則，而且核仁變大，數目多，而且很明顯。

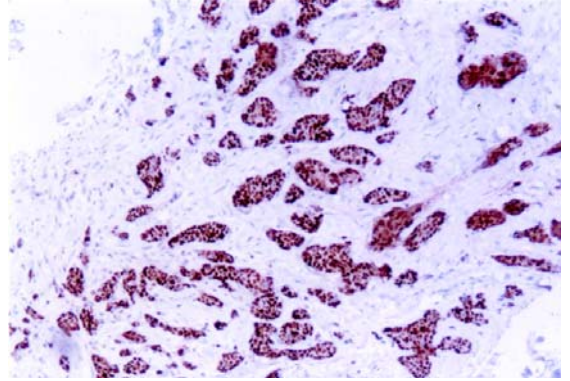


圖廿五：
侵犯性管狀癌，中等分化。癌細胞只有一部份形成線體結構，細胞核大小相差很大，核仁變粗，有少數細胞在分裂中。

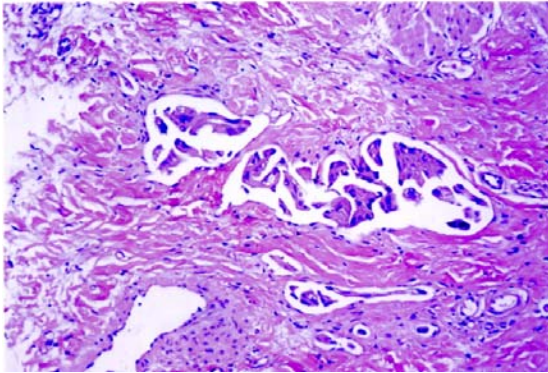




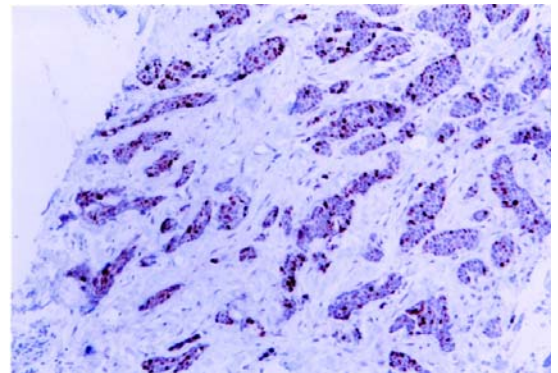
圖廿六：
侵犯性管狀癌，低分化。癌細胞無腺體結構，細胞核大小變異很大，核仁明顯變大，周圍有很多的白血球顯示免疫發炎反應。



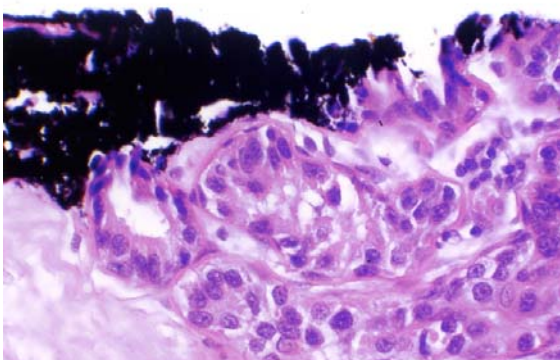
圖廿九：
免疫化學雌激素受體染色，幾乎所有的癌細胞核呈褐色，表示癌細胞有受體。



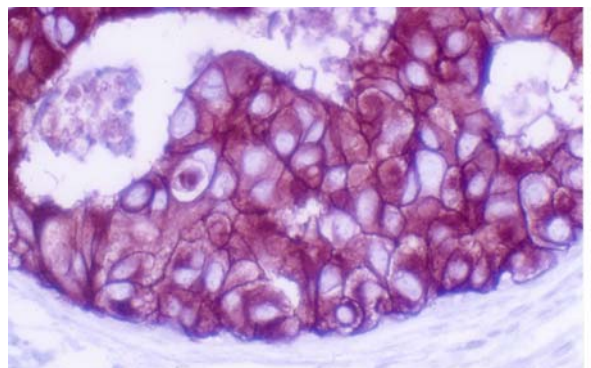
圖廿七：
乳癌細胞侵犯到微血管。



圖卅：
免疫化學雌激素受體染色，只有 40%的癌細胞核有受體呈褐色，沒有受體的細胞核呈藍色。



圖廿八：
切除標本的外圍有癌細胞與黑色墨汁接觸，表示癌沒有完全切除。



圖卅一：免疫化學 Her-2/neu 染色，癌細胞膜與細胞質呈深褐色，表示癌細胞有 Her-2/neu 基因突變。





第八章

從外科的觀點來看乳癌

鍾國權醫師

在美國的婦女，每八人中有一人會在一生中會得到乳癌。所以這是一個很常見的病，早期發現，其存活率便非常的高。

一、我們對這病有很多誤解，主要誤解是下列幾點：

1. 開刀可以使癌症傳得很快

本來發現硬塊在乳房，醫生做完了手術，切片檢查結果是癌症，進一步檢查發現其他部位也有癌病；你可以馬上連想到，這是因為開刀的緣故，癌細胞遇到空氣而跳躍到其他部位。如果乳癌轉移到身體的其他部位，早在開刀之前，已經發生了一段很長的時間，開刀並不會使癌症轉移到身體其他部位。

2. 切除整個乳房比部份切除加上放射性治療為安全

不一定是對的，若一個婦人有癌症小於 4 公分，做部份乳房切除，而且切除乾淨，加上放射線治療，結果與整個乳房切除的一樣。

3. 若你有很強的乳癌家族史，你便不可用部份乳房切除加上放射線治療

有強的乳癌家族史，並不等於更加危險，你應與醫生決定那種手術最好，癌症大小，部位與癌細胞的毒性，可以影響開刀的結果。

4. 如果你的腋窩的淋巴腺被切除，你一生便會有手臂水腫

淋巴結被切除以後的併發症包括麻痺，手臂水腫。其實這只發生在 5~10% 的病人。若你是做了整個腋窩淋巴結切除，手腫會增高到

25%。

5. 乳癌是由婦產科醫師開刀

乳癌開刀是由外科醫生動刀，所以乳癌檢查也是外科醫師及其他醫師來做。

二、乳房檢查與診斷

每月一次的自我乳房檢查，乳房的攝像造影檢查 (Mammogram)，35 歲做一次底線檢查 (Base line)，45 歲以後，每年或每兩年做一次即可。有必要加乳房的超音波使診斷更清楚。另外 MRI 磁場共振是很好的方法，但費用很高。診斷方面病人需要組織切片檢查，才能確定。現在乳房癌症的初步診斷方法，是用超音波引導定位實心活體切片檢查，以前的 FNA (細針穿刺細胞檢查) 已經不適用。

三、乳癌的分期方法

請看第 15 頁。

四、按著分期的治療方法

1. 原位性的乳管癌 DCIS

- 保留乳房手術加上或者不加上放射線或荷爾蒙的治療
- 全部乳房切除，再加上或不加上化療
- 其他臨床試驗性保存乳房手術，加上荷爾蒙和放射線治療

2. 乳腺的乳小葉原位癌 (LCIS)

- 切片檢查證明診斷後，定期乳房攝影 (Mammography) 追蹤檢查



- 用藥物治療 (Tamoxifen) 來減低乳癌的發生
- 兩邊預防性的乳房切除，此方法用於高危險群的乳癌病人，但多數外科醫生認為不太需要。

- 臨床試驗癌症預防的藥物

3. 第 I, IIA, IIB, IIIA 期的乳癌

- 乳房保留的手術加上淋巴結切除及放射線治療。
- 整個乳房切除加上淋巴結切除，或者再加上乳房整型（義乳）手術。
- 新輔助性化療之後做外科切除手術。
- 在 Modified Radical Mastectomy 之後，加上腋下淋巴，乳房及胸部的放射線治療。
- 化療加上或者不加上荷爾蒙治療。
- 荷爾蒙治療
- 臨床的試驗用新藥 Trastuzumab (Herceptin)，加上化療。

4. 第 III 期 B 的乳房癌

- 化療

- 化療再加上乳房切除，並淋巴結切除及放射線治療，有時還可加上荷爾蒙治療
- 臨床試驗用不同的抗癌藥物治療

5. 第 IV 期及轉移性的乳癌

- 用荷爾蒙治療，化療並加上新藥
- 放射線治療或乳房切除來減輕痛及潰瘍
- 臨床試驗用的化療及荷爾蒙
- 臨床試驗用抗癌的新藥
- 臨床試驗用高量的化療，加上幹細胞的治療
- Bisphosphonate 的藥物來減輕由癌症轉移到骨頭而產生的骨痛。

五、總結

乳癌需要早期發現，及早治療。因不斷有新的藥物發現，所以治療痊癒的機會相當高。最要緊就是不要延遲要馬上採取行動。





第九章

乳癌手術後的重建

沈秉輝醫師

乳房生理功能對哺乳類動物的重要是無可置疑的。在人類而言，乳房還具有獨特的地位。它常被視為代表女性的象徵，失去乳房在精神上的挫折，有時更甚於肉體。有學者甚至認為這種打擊相當於男性的閹割。乳癌手術切除之後，所造成的畸形，對於女性來說是有非常大的影響，她將同時面對癌症以及失去乳房的衝擊。許多心理精神方面的文獻敘述了這一方面的改變。此外，依學者的研究發現，單純的使用體外義乳，並不能改善或疏解患者感覺身體形象受損的焦慮。但是乳房重建手術可以將此一衝擊降到最低。所以乳房重建手術實質上是一項治療手術，並不是為了愛美、虛榮而進行的手術。重建整形外科醫師們積極發展乳房重建手術，藉以改善這類病患之生活品質。經過多年的努力，在歐美地區，乳癌切除後之重建手術已是非常普遍。近幾年來，乳房重建手術在台灣也漸漸受到病人的重視和肯定。目前重建的方法雖然很多，但是以改善身體形象為重點，並不能創造出形狀完全相同，且具乳腺組織可以哺乳的乳房。

一、重建手術的時機

1. 延遲性手術 (Delayed, staged operation)

對於可能有較高復發率的乳癌病人，手術後經過一兩年的追蹤，發現無復發的跡象，才接受乳房重建的手術。手術之前整形外科醫師應該與一般外科醫師溝通，決定病人是否適合手術。

2. 立即性手術 (Immediate operation)

對於早期性的乳癌患者，在乳癌手術後，馬上施行重建手術，好處是病人不須接受多一次的住院麻醉和手術且可節省醫療費用。病人不須忍受乳癌手術後外型的改變，可以將當事人的心理衝擊降到最低。對醫師來說，手術的品質也比較好。所以目前對於早期性的乳癌患者，有漸漸趨向立即性重建手術的趨勢。

二、重建手術的階段

乳癌手術後之重建，大致上可分成兩個階段：第一個階段是乳房之重建，第二階段是乳頭乳暈之重建。乳房之重建，依使用的材料，主要分為自體性與非自體性。

1. 非自體性植入物 (Non-autogenous reconstruction)

A. 義乳直接植入

如果乳房切除手術保留了大部分前胸皮膚，且仍有相當的彈性，可以非常簡單的以食鹽水袋義乳直接置入來重建。

B. 組織擴張器 (Tissue expander)

在胸大肌仍保留，而局部皮膚彈性不夠，不能直接植入義乳之情況下，可先放入組織擴張器，定期注入生理食鹽水使局部組織擴張至一定程度，再改以義乳置入。此手術方式雖然對病人較為不便，須每週至門診打水，但是可以得到比義乳直接植入有更好的外觀和較少的併發症。

2. 自體性植入物 (Autogenous reconstruction)



由於來自自身的組織，不會有排斥和肌膜收縮的現象，但是手術時間較長。可以用來作為乳房重建的組織，常見的有以下幾種：

A. 腹直肌肌皮瓣 (Transverse rectus abdominis myocutaneous flap)

用腹直肌肌皮瓣的方法來重建乳房，此種方法有很多好處。除了重建之乳房彈性自然，觸感良好外，同時可以做腹部整形，建立優美的腰部曲線。是目前最廣為使用的自體組織，但是少部份病人有術後腹部較無力甚至有疝氣膨出的併發症。

B. 闊背肌肌皮瓣 (Latissimus dorsi myocutaneous flap)

對於不適合作腹直肌肌皮瓣的病人，可以利用帶血管柄之闊背肌皮瓣轉移至前胸增加軟組織，亦可使重建之乳房彈性自然，手術疤痕可隱藏在內衣下。缺點是脂肪組織較少，有時須同時植入義乳以增加體積，

C. 游離肌皮瓣 (Free flap)

用腹直肌肌皮瓣或臀大肌肌皮瓣，分出營養之血管柄移至病側胸部，利用顯微手術行血管之吻合術以重建乳房。好處是只需取一小段的肌肉，較不會影響功能。但是此種方法因為耗時長，且有顯微手術失敗的潛在性所以使用時機較少，除非上述方法均無法重建，才考慮此方法。

第二階段之乳頭及乳暈之重建，在乳房重建手術完成三個月待組織定型不再改變後進行。假如病人健側乳房有下垂、太小或太大的問題，此階段手術可同時進行對側乳房的修整。

3. 乳暈之重建

- A. 對側乳暈移植可同時縮小對側之乳暈**
- B. 大腿內側或大陰唇之全層皮膚移植**
- C. 刺青法**

4. 乳頭之重建

- A. 皮瓣法：以局部的皮瓣手術造成類似乳頭之突起如：SKATE FLAP、QUADRIPOD FLAP...**
- B. 移植法：以對側乳頭耳垂趾腹或小陰唇做全**

組織的移植。

隨著重建手術的進步及廣泛地被採用來作為乳房重建，身為重建整形醫師，不僅要力求手術的盡善盡美，對於手術可能發生的併發症應有所了解並能處理之外。應該進一步與一般外科醫師溝通，不要因為重建手術而影響對於乳癌的輔助治療。此外，如何在重建手術後追蹤病人，以早期發現復發的病灶，也是整形外科醫師該學習的課程。

三、參考資料

1. Johnson CH, van Heerden JA, Donhue JH, et al: Oncological aspects of immediate breast reconstruction following mastectomy for malignancy. Arch Surg 124:819,1989
2. Hartrampf CR, Bennett GK: Autogenous tissue reconstruction in the mastectomy patient. Ann Surg 205:508,1987
3. Dinner MI, Dowden RV: Management of the contralateral breast. In Gant TD, Vasconez LO (eds): Post-mastectomy Reconstruction. Baltimore, Williams and Wilkins, 1988, p205
4. John Bostwick III: Breast Reconstruction. In McCarthy: Plastic Surgery. Saunders, 1990, p3897
5. Allen R, Tucker C Jr: Superior gluteal artery perforator free flap for breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 95:1207,1995
6. Dupin CL, Allen RJ, Glass CA, et al: The internal mammary artery and vein as a recipient site for free flap breast reconstruction: A report of 110 consecutive cases. Plast Reconstr Surg 98:685, 1996





第十章

高危險群婦女可以降低乳癌的發生嗎？

傅堯喜醫師

那些婦女是屬於乳癌高危險群呢？高危險群婦女的定義是她們在五年內得到乳癌的機會是高於 60-64 歲的婦女，也就是 1.66%（1,000 人中有 17 位）。高危險群的因素是母親或姐妹有乳癌；病理切片檢查有不典型管狀或乳葉增生（Atypical Ductal Hyperplasia and Atypical Lobular Hyperplasia）或乳小葉原位癌（Lobular Carcinoma in Situ）；年齡 60 歲以上；沒生過小孩或很晚才生產；很早就有月經者。

在美國這十年來完成了二項很重要的臨床試驗，針對屬於高危險群健康的婦女，進行雙盲試驗，也就是把危險群的婦女分為二組。比較二組得到乳癌與各種副作用的數目，因為病人與醫師都不知道誰有服用藥物，因此叫雙盲試驗（Double Blind Study）。

第一個臨床試驗叫乳癌預防試驗（BCPT, Breast Cancer Prevention Trial），在 1992 年四月到 1997 年九月一共有 13,388 婦女 35 到 65 歲志願參加，他們被分為二組，一組服用 Tamoxifen（泰莫西芬，Novaldex, Zeneca）與另一控制組服用糖片，二組人數相同。有一個缺點是 97% 是白人，只有 3% 是少數族群如非裔、西班牙裔與亞裔，因此有些結果，例如子宮內膜癌在服藥組有明顯的增加，這到底適用於亞裔嗎？是有商榷的餘地因為亞裔得此癌的很少。

第二個試驗比較泰莫西芬（Tamoxifen）與勞羅西芬（Raloxifene, Evista）的效果叫 STAR（Study of Tamoxifen and Raloxifene），有 19,747 高危險群婦女條件與 BCPT 相同，分為

二組比較也是雙盲試驗。這二個試驗的結果如下：

乳癌預防試驗（BCPT）

	泰莫西芬 20 毫克/天	控制組
侵犯性乳癌	89（少 49%）	175
原位癌 （管狀、乳葉）	35（少 46%）	65
子宮內膜癌	36（多 1.4 倍）	15
靜脈血栓	35（多 60%）	22
肺血栓	18（多 2 倍）	6
血狀病	相同	相同
骨折	137（多 19%）	111

STAR（泰莫西芬與勞羅西芬比較試驗）
19,747 婦女參加，19,471 已完成試驗

	泰莫西芬	勞羅西芬
藥量	20 毫克/天	60 毫克/天
人數	9,726	9,745
侵犯性乳癌	163	167（相同）
原位癌（管狀、乳小葉）	57	87（多 53%）



子宮內膜癌	0.76%	0.48%
靜脈血栓	87	65 (少 25%)
肺血栓	54	35 (少 35%)
骨折	104	96 (少 8%)
白內障	394	313 (少 21%)
中風	相同	相同

這二個試驗給婦女們很好的信息，就是高危險群婦女她們在五年內得到侵犯性乳癌的機會可以減少一半，使用泰莫西芬比勞羅西芬能更有效的減少管狀與乳小葉原位癌，但是使用泰莫西芬得到子宮內膜癌、靜脈血栓、肺血栓、白內障比勞羅西芬高。勞羅西芬本來是使用在治療或預防骨質疏鬆症，因此也可以減少骨折，相信藥廠會根據 STAR 試驗要求食品藥物

管理局 (FDA) 批准，使用在高危險群減少乳癌。泰莫西芬在 1998 年十月已被 FDA 使用在這用途上。

除了上述副作用以外，泰莫西芬因為是抗雌激素功用，因此會引起類似停經的症狀，如紅潮，陰道乾燥不舒服，這些症狀在使用勞羅西芬的婦女比較短期輕微。關節痛、肌肉收縮是使用勞羅西芬的副作用。

因此您到底要不要服藥呢？那一種藥比較好呢？如果要曉得自己五年內得到乳癌的機率可以打電話到 1-800-4-cancer 或網站 cancertrials.nci.nih.gov。你提供自己的資料以後，電腦可以根據一個統計的模型，給您一個估計。有了這個數字以後，就可以經過醫師進一步衡量吃藥的好處與壞處 (Risk and Benefit) 得到一個合理的建議，這個建議因人而異需要從整體來考量。



就是在患難中，
也是歡歡喜喜的，
因為知道患難生忍耐，
忍耐生老練，老練生盼望，
盼望不至於羞恥。

希小
望語





1

我的心也未曾想到的

李慧

二〇〇五年十月被證實罹患乳癌。當夜，一向很少作夢的我，竟然作了一個十分恐怖的惡夢，甚至吵醒了女兒和女婿，他們連忙奔來床前安慰我。

我們經濟狀況並不寬裕，天文數字的醫療費用，令人生畏。先生說：「這下要把兩個孩子壓垮了。」擔心、恐懼、自責、忐忑交擊，不禁淚流滿面，只有跪在床上，不停地求告上帝，徹夜未眠，終得上帝的垂憐，心中立刻有了平安。也確知：「上帝為愛他的人所預備的，是眼睛未曾看見，耳朵未曾聽見，人心也未曾想到的。」（哥林多前書二章9節）雖然身在病痛中，但我相信上帝會救我。

在確定手術之際，女兒突然說要去角聲癌症協會，而且說走就走，帶著尋求更多資訊的心前往。到了角聲癌症協會，想不到接待的小梅姊妹，雖素未謀面，卻好像在專為等我們似的，主動幫忙安排一切治療事宜。又見到企劃主任楊師母，更像見到一位大家長，特別她是自己十八年間曾作過二次乳癌手術，因而籌劃癌症事工，盡心盡力幫助癌友尋求生存之道，她的見證激勵我心。還獲得傅堯喜會長詳盡解讀病理報告，心中更踏實。Medi Cal 的申請，也超乎尋常地快捷。也找到了願意為我做手術的鍾醫師，每次去看診，他都會帶我一起禱告，堅固了我的信心。

這樣一環扣一環，環環周到細密，一步接一步，步步及時精準，一切都很順利，一切有如神助。動手術好像不是去「挨刀」，倒像是去赴「喜宴」。連二歲的小外孫女都禱告說：「感謝耶穌已經醫治婆婆了。」十一月18日在全家人的禱告聲中被送進手術室，按預定的程序和時間，徹底完成手術。手術後，手臂沒有腫脹的現象，活動自如，傷口也沒有痛過。抑不住地歡呼喜樂，鄰床的病友稀奇地問說：「妳真的是病人嗎？」

接著還有一連串料想不到的事情發生；第一大幸事是可以免去化療之苦。其次因手術後血糖過度升高，在余醫師精心調治下得到有效控制。再有教會的傳道人、金色年華詩歌班老姊妹、門徒小姊妹和親朋好友的關愛和家人一日數餐的預備，竟奇妙結合「科學」飲食的需要，沒有任何的浪費和困擾；我也成了全家的重點保護的對象，女兒辭去工作，專心侍候，女婿下班回來，就幫忙作家務，小孫女常常送水果給婆婆吃，家庭充滿歡樂氣氛。最沒想到的是角聲癌症協會所作的工作，並沒有隨著手術結束而停止。不但電話關懷，也在情緒、生活和人際相處上的關心。角聲還請來包括美國癌症協會在內若干組織和機構的專家、權威人士訓練我們作「開懷天使」，當義工去關懷更多的乳癌姊妹，同時，也使得我們這些倖存者，活出了生命的色彩。

每一天我都在數算著神給我的恩典，每一天也都感受到神給我的愛。使身為癌症晚期病患的我，在神的恩典中，經歷許多「神蹟」。在神的愛裡，享受著喜樂與平安。



作者〈右一〉與女兒、女婿和孫女合照





2

說不盡神的恩典

戴審紅

零三年 11 月，在北加州打工的我，不幸罹患了乳癌，為了能夠留在當地治療，手術完後就立刻回到餐館工作，但在完成放療和化療後，被老闆炒了魷魚，也就無法在原本的醫院接受追蹤治療，英文不靈光的我，不知道去那裡接受往後的追蹤檢查，所以連藥也停服了。

直到前年 10 月，我先感到腰痛，之後又感到腿痛，而且越來越痛，整個人行動相當不方便，起初我以為是更年期的症狀，直到有一天，我咳到骨頭斷了，被送進醫院，才知道癌症回來了，且已經轉移到骨頭，腰椎及右腿股骨都受到嚴重侵蝕，被送入醫院的時候，我已經不能動了，疼痛的汗水已浸濕我的衣衫。醫生決定要為我開刀，去年 3 月 16 日上午七點被送到手術房，歷經二個小時的手術，醫生使用鋼條連接起我斷掉的骨頭，到了下午麻藥退去後，那種痛真是無法承受，也無法形容，連服藥物都無法舒緩，我不停地禱告，祈求天父，憐憫我、幫助我，從那時起，我感受到神的慈愛、憐憫及大能的手醫治我，我不再痛了。

因為我是加州居民，再加上沒有任何醫療保險，因此沒等治療完成，科羅拉多州的醫院就下逐客令。怎麼辦？這麼嚴重的病今後要到那裡接受治療呢？我陷入渺茫中，只有祈求神，因為禱告是我唯一的出路。感謝神，垂聽我的禱告，讓我想起一個在聖迦谷羅省基督教會禱告會上只見一面的人——「張娟」。於是我和張娟通了電話，當她瞭解我的情況，就鼓勵我搬回加州，因為這裡有我們的教會，也有「角聲癌症協會」，大家一定能夠幫妳。張娟的話深深地打動我，我就抱著希望決定搬回加州。

科州的天氣相當不穩定，尤其在三月份，每隔幾天，不是颳大風，就是下大雪，高速公路被封是常有的事情。我每天禱告，祈求天父給我一個好天氣，讓我能夠順利搬回加州，特別當時我才剛動完手術，若是有任何巔坡，我都會感到疼痛和不便。感謝神，讓我搬回加州的過程一切平安，而且在張娟的協助下，很順利地將自己安頓好。

在張娟的介紹，我到「角聲癌症協會」，他們幫我找到家庭醫生，也協助我申請到醫療卡，讓我能夠接受治療，不但如此，也常常打電話問候我，使我倍感溫馨。教會的兄弟姐妹得知我的狀況，不但來探望我、安慰我、和我一起讀經、唱詩，帶給我無限的喜樂和安慰。記得有次週三教會的禱告會，所有的兄弟姐妹都為我禱告，蒙神的憐憫，我竟然獨自坐起來，這是神的作為，因為醫生已宣布說我不可能獨立坐起來。這加添我的信心去抗癌，也讓我的先生經歷到神的大能，而成為神家庭的一員。

現在我正在接受化療，雖然很辛苦，但有教會的兄弟姐妹和角聲癌症協會的關懷，使我有力量去面對化療，這一切都是神的愛，是神派天使給予我的恩典，鼓舞我有勇氣戰勝病魔的侵襲，我堅信有神的愛、有兄弟姐妹的愛，終會有一天，我會站起來，來見證神的榮耀和大能。



作者與先生合照





乳癌辭彙

趙菠倩 翻譯

-A-

ADENOCARCINOMA

腺癌

發生在腺體的癌症，諸如在乳腺管與小葉內。

ADENOMA

腺瘤

良性瘤，可能轉成癌症。

ADRENAL GLAND

腎上腺

位於腎臟上面的一個腺體，它分泌腎上腺皮質素，可體鬆（極少量）、雄性激素（男性賀爾蒙）、黃體酮及可能少許的春情素（女性賀爾蒙；主要產生於卵巢）。

ADVANCED CANCER

癌症晚期

原發部位的癌症經由直接或淋巴、血液系統擴散到身體其他部位。

ALOPECIA

禿髮

毛髮掉落，通常發生在化學或放射線治療後的頭髮反應。

ANDROGEN

雄性激素

一種男性賀爾蒙，諸如睪脂酮。雄性激素可用於治療乳癌的復發，它的效果在於阻斷雌激素的作用。雌激素刺激癌細胞的增長。

ANESTHESIA

麻醉

藥物或氣體的使用導致感覺或感官的喪失。全身麻醉造成意識喪失「使你入睡」。局部麻醉只麻木特定的部位。

ANTIBIOTICS

抗生素

抗生素是由生物產生或實驗室合成的化學物質，用以殺死致病原，有些癌症療法干擾身體擊退感染的能力（抑制免疫系統），因此抗生素可能需要配合癌症治療使用，以防止或治療感染。

ANTIBODY

抗體

血液中的一種蛋白質，阻止入侵體內的異物，諸如病毒，入侵物稱為抗原。每一種抗體針對其特定的抗原作用。（參看 ANTIGEN）

ANTIEMETIC

止吐劑

預防或減輕噁心和嘔吐的藥物。惡心和嘔吐是許多化學療法的共同副作用。在化學療法前、期間、以及之後使用止吐劑。

ANTIESTROGEN

抗雌激素

任何阻斷雌激素對腫瘤影響的藥物（例如：tamoxifen）。抗雌激素被用以治療依靠雌激素生長的乳癌（註：有些乳癌不靠雌激素生長）。

ANTIGEN

抗原

一種入侵體內的異物，諸如病毒，可導致抗體的形成。

ANTIMETABOLITES

抗代謝物

抗代謝物是干擾身體代謝過程，諸如熱量燃燒，細胞分裂等作用的物質。抗代謝藥物破壞去氧核糖核酸的形成，從而阻止細胞分裂和腫瘤增長。

（參看 DNA）

AREOLA

乳暈

環繞乳頭周圍的暗色區域。

ASYMPTOMATIC

無癥狀的

沒有明顯的疾病症狀及癥象。許多癌症，特別在早期，發展出來時沒有癥狀產生。諸如乳房 X 光攝影術的偵測檢查，試著在無癥狀期，及早發現正在發展中的乳癌，在這個時期，治癒的機會通常最高。

AXILLA

腋部

腋下，胳膊窩。

AXILLARY DISSECTION

腋分割術

手術摘取腋淋巴結檢查，以瞭解乳癌是否擴散到這些淋巴結。



BENIGN

良性

不是癌症；不是惡性。主要是良性乳房問題是纖維腺瘤，囊腫性纖維變化，及囊腫。

BILATERAL

兩側的

影響身體的兩邊：舉例來說，兩側乳癌是指兩邊的乳房同時或不同時發生乳癌。

BIOLOGIC RESPONSE MODIFIERS

生物反應調節物

身體內所產生的一類化合物。生物反應調節物增強身體的免疫系統以對抗癌症。（參看 *INTERFERON*）

BIOPSY

活體組織檢驗法

使用針刺或手術取出身體組織樣品，在顯微鏡下檢查它們的細胞結構，以發現是否存在癌或其他不正常的細胞。

BONE MARROW TRANSPLANT

骨髓移植

乳癌惡化或復發時可能使用的一種複雜治療。骨髓移植第一次成功地用在白血病的治療，骨髓移植使極高劑量的化學治療成為可能。自體骨髓移植是指使用病人自己的骨髓。如果無法做到，則必須尋找和病人生物特性（諸如血型）相配或非常接近的捐贈者。病人或捐贈者的部份骨髓經抽出、清洗、治療後貯存起來。而後，病人接受高劑量的化學治療，這不僅殺死癌細胞，同時也破壞身體剩餘骨髓對抗感染的能力。經過清洗貯存的骨髓輸給病人（稱為移植），以挽救病人的免疫系統。雖然這個方法被媒體廣為報導，而且在很多人有很好的結果，但是科學上尚未證明在乳癌治療上有效。骨髓移植是一個危險的治療過程，包括了長久及昂貴的住院停留。病人的醫療保險可能不給付。安全進行骨髓移植最好的地方是完整的癌症中心臨床實驗，或有這方面技術及經驗的醫療機構。

BONE SCAN

骨掃描攝影

一種影像攝影，可以提供關於骨骼成長及健康的重要資料，包括癌症可能已經擴散的位置。這項檢查可以在門診接受，除了靜脈注射低劑量的放射性顯影劑外，是無痛性的。影像中顯影劑聚積的部位顯示出該處不正常。

BRAIN SCAN

腦掃描攝影

一種影像攝影，用來發現腦部的不正常，包括了腦癌及由身體其他部位的癌擴散到腦。這項檢查可以在門診接

受，除了靜脈注射性顯影劑外，是無痛性的。影像中顯影劑聚積的部位顯示出該處異常。

BRCA 1

乳癌基因一號

位於第 17 對染色體短臂上的一個基因。如果這個基因遭受損害（突變），則該婦女有較大的危險率發展出乳癌或卵巢癌。有此突變基因的婦女，在 50 歲以前發展出乳癌的危險率是 58%，而一般婦女的危險率是 2%。帶有這個突變基因的婦女，有 50% 的機率傳給她的孩子。在美國，只有一些醫學中心提供基因測驗，針對那些家族中已有幾位年輕婦女罹患乳癌（停經前；而且傾向罹患兩側乳癌）或卵巢癌的高危險群婦女。科學家正在研究發展一項血液測驗，可以用於一般人以探測這種基因的突變，不過這項測驗仍需要幾年的時間。

BREAST CANCER

乳癌

始於乳房的癌症。乳癌增長的快慢，是否擴散（轉移）以及癒後如何各有所不同。一些導致癌症的因素仍未知，然而有一個領域正在研究中，那就是飲食的影響。乳癌的主要類型有原位腺管癌、浸潤性腺管癌、浸潤性小葉癌、原位小葉癌、髓狀癌以及乳頭的 Paget 氏病。（參看這些標題下的定義）

BREAST CONSERVATION THERAPY

乳癌保留治療

手術只去除乳癌及其周圍小部份的組織，而沒有除去乳房的任何其他部份。通常這種手術過程稱為囊塊切除術，部份切除，局限乳房手術，或 Tylectomy。這種方式的手術需要做腋下淋巴結切除/或放射線治療。（參看 *LUMPECTOMY*）

BREAST IMPLANT

乳房填充物

一種由填充矽膠（含矽的合成物）或鹽水而製成的囊袋，植入體內以增加乳房的大小，或乳房切除手術後，恢復乳房的外形。由於考慮到矽的可能副作用（尚未證實），目前只用於同意參與一項臨床實驗的婦女，而在這項臨床實驗中，副作用小心地被監測著。

BREAST RECONSTRUCTION

乳房重建術

乳房切除手術後，使用乳房填充物或婦女自己的組織以重建乳房外形的手術。如果渴望的話，乳頭及乳暈也可以再造。這項手術可以在乳房切除手術的同時，或日後再進行。（參看 *MAMMOPLASTY*）

BREAST SELF-EXAM (BSE)

乳房自我檢查

一項發現乳房囊塊或可疑變化的自我檢查方式。所有 20



歲以上的婦女被勸告每一個月做一次乳房自我檢查，通常檢查的時間避免在經期前、經期中以及 經期剛結束的日子。

-C-

CALCIFICATIONS

鈣化

由乳房 X 光攝影中常可以發現到單一或成群的鈣沉積在乳房內，又稱為微鈣化物。它們是乳房發生變化的一種癥象，可能是良性或惡性病變。

CANCER

癌症

一個概括的名稱，指 100 多種惡性細胞發展的疾病。有些存在身體內幾年而沒有造成問題（這時常發生在攝護腺癌）。其他則具有侵略性，快速地形成腫瘤，侵入或破壞周圍的組織。如果癌症擴散，通常隨著淋巴系統或血液循環轉移到身體的遠處。

CANCER CARE TEAM

癌症醫療小組

一群合作致力於癌症診斷、計劃、治療、護理及癌症病人諮詢的一群健康專業人員。這個小組包括的主要成員有主治醫生和/或婦專科醫生、護士、病理專家、腫瘤專家（內科腫瘤專家、放射線腫瘤專家、血液學專家）、外科醫生、腫瘤護理專家、腫瘤社會工作者。這個小組無論是正式或非正式地結合在一起，通常有一個人總其成。（參看 MANAGER）

CANCER-RELATED CHECKUP

癌症相關檢驗

在沒有明顯癌症症狀及癥象時，所做的常規健康檢查。其目的在於早期發現疾病，因為這個時期治癒的機率最大。癌症相關體檢的例子諸如臨床乳房檢查、子宮頸抹片檢查、及皮膚檢查。

CANRCINOEMBRYONIC ANTIGEN (CEA)

癌胚胎抗原

一些類似的腫瘤，包括乳癌及腸癌，產生癌胚胎抗原。血液測驗可知是否存在有這種抗原，而顯示腫瘤的存在及其活動情形。在某些乳癌擴散（轉移）的病人，癌胚胎抗原有助於決定是否治療的方法有效。癌胚胎抗原用在常規癌症相關檢查是沒有用的。

CARCINOGEN

致癌物質

造成癌症或幫助癌增長的物質。舉例來說，石棉已被證明可以大幅度地增加吸煙者罹患肋膜癌症的危險率。

CARCINOMA

癌瘤

包括所有上皮細胞的惡性腫瘤，可以發生在幾乎身體的任何部位。乳癌就是其中的一種。

CARCINOMA IN SITU

原位癌

早期癌症，在此時期，腫瘤仍在剛發展出來的器官結構裡，還沒有侵入或擴散（轉移）到器官的其他部份。多數原位癌是可以完全治癒的。

CASE MANAGER

個案處理員

癌症醫療小組的成員，通常是護士或癌症護理專家。在整個診斷、治療和復原的過程中，個案處理員協調整合病人的所有護理及需要。個案處理員是一個新的概念，它減少官樣文章、回答問題、處理危機及提供病人及家屬需要的資源，這種方式替複雜的醫療體系提供了一個指針。

CAT SCAN

電腦斷層掃描攝影術

（參看 COMPUTERIZED AXIAL TOMOGRAPHY）

CELL

細胞

所有生物形成的基本單位。細胞執行基本的生命過程。器官是一群細胞發展其特殊的功能。在科學語言中，CYTE 等於細胞，因此 CYTOLOGY 意指關於細胞的研究，CYTOTOXIC 指對細胞有毒的，ERYTHROCYTE 是紅血球等等。

CHEMOPREVENTION

化學預防法

利用藥物、化學物質、維他命、或礦物質預防或逆轉疾病。雖然這個觀念還沒有被廣泛地使用，但卻是 一個非常有希望的研究領域。乳房預防臨床實驗就是這樣一個性質的研究，藥物 tamoxifen 正被試用，用來瞭解它是否可以預防乳癌。

CHEMOTHERAPY

化學療法

藥物治療以破壞癌細胞。除了手術、放射線治療外，化學療法經常被使用，或用來治療再發的（復發的）癌症。



CLINICAL TRIALS

臨床實驗

對一種新藥或新的醫療過程所做的研究調查，或和目前標準治療（藥物或醫療過程）做比較以瞭解其效果相當或更好。（註：標準治療意指目前已採用的治療）

COMPUTERIZED AXIAL TOMOGRAPHY

電腦斷層掃描攝影術

一種掃描攝影的過程，身體的全部或部分接受多次 X 光攝影，而產生內在器官的影像。這些 X 光影像在電腦銀幕上被轉換成橫切面的影像，因而不正常的部位清楚地顯示出來。除了顯影劑的注射（有些個案需要，但不是全部都需要），這項檢查是無痛性的，可以在門診完成。英文通常簡稱為“CAT” SCAN。

CYST

囊腫

含液體的腫塊，通常是無害的（良性）。可以抽取液體做分析。（參看 NEEDLE ASPIRATION）

-D-

DETECTION

偵測

發現疾病，早期偵測是指在癌症增長變大，或擴散到其他部位以前的早期階段內發現疾病。（附註：許多類型的腫瘤可以發展到惡化的階段而沒有症狀存在。卵巢及胰臟癌非常難於偵測）。乳房 X 光攝影是偵測早期乳癌的主要方法。在婦女自己或甚至健康專業人員檢查到腫瘤以前，經由乳房 X 光攝影常可以顯示出正在發展中的乳房腫瘤。婦女可以藉著每個月乳房自我檢查。

DIMPLING

淺凹

皮膚的皺褶或凹處；在乳房可能是癌症的癥兆。

DNA

去氧核糖核酸

去氧核糖核酸的縮寫。發現在細胞核內兩種酸的一種（另一種是 RNA）。去氧核糖核酸控制細胞的成長、分裂和功能中擁有基因的資訊。

DOUBLING TIME

成雙倍需時間

細胞分裂成雙倍數目所需要的時間。乳癌細胞成雙倍數目所需時間決定於許多因素，諸如腫瘤的類型，個體的抵抗力及其試著增長的部位。一個單一細胞需要經過 30 次的分裂，才能達到明顯的大小（一公分）十億細胞。各種癌細胞成雙倍需時由八天到 600 天不等，平均 100 到 120 天。因此，癌症被感覺到以前，可能已經存在多年。（參看 CELL）

DUCT

腺管；管道

在乳房，乳汁由製造乳液的乳葉，經管道到乳頭。

DUCT ECTASIA

乳腺管擴張

乳腺管變寬，通常和乳房發炎有關，稱為腺管周圍的乳腺炎。它是良性而非癌症的疾病，症狀有乳頭分泌物、水腫、乳頭凹陷，或可以感覺到囊塊。

DUCTAL CARCINOMA IN SITU

原位乳腺管癌

癌細胞始於乳腺管，尚未滲透管壁到周邊組織。這類型的癌症是可以高度治癒的，治療方式是手術或手術加上放射線治療。

DUCTAL PAPILLOMAS

腺管乳頭狀瘤

乳腺管內良性腺瘤，造成帶血的乳頭分泌物。經常發現在 45 到 50 歲的婦女。當存有很多乳頭狀瘤時，乳癌的危險性輕微增加。

-E-

EDEMA

水腫

組織間質內液體增加。根治性乳房切除術，腋淋巴結分割術或放射線治療後，由於淋巴管道的治療或去除，可能會有手臂水腫。（參看 LYMPHEDEMA）

ENDOCRINE GLANDS

內分泌腺

釋放荷爾蒙到血液中的腺體。卵巢是一種內分泌腺。

ENDOCRINE THERAPY

內分泌治療

使用荷爾蒙藥物以達到治療的目的。

EPIDEMIOLOGY

流行病學

經由統計數據的收集和分析，以研究影響健康的各種因素及其相互間的關係。在癌症領域中，流行病學家研究多少人罹患癌症？誰得到特殊類型的癌症？那些因素（諸如環境、職業傷害、個人特質、家庭形態、以及個人習慣，包括抽菸、飲食和生活方式）在癌症的發展中扮演部份角色。

ESTROGEN

雌激素

一種女性激素，主要在卵巢及可能在腎上腺皮質製造，在男性則是睪丸（比女性少很多）。在女性，雌激素受自然生理週期的波動，控制第二性徵的發展，包括了乳房；調



整每個月的月經週期，及準備身體受孕和生產。在乳癌，雌激素可能供養癌細胞的增長。（參看 *ESTROGEN RECEPTOR*，*ESTROGEN REPLACEMENT THERAPY*）

ESTROGEN RECEPTOR ASSAY

雌激素受體分析

一種測驗以瞭解是否乳房腫瘤細胞受雌激素的滋養。如果有則為雌激素受體陽性反應，否則為陰性反應。（參看 *PROGESTERONE RECEPTOR ASSAY*）

ESTROGEN REPLACEMENT THERAPY

雌激素補助治療

由於自然或誘發停經導致身體停止製造雌激素，因此使用外來雌激素（也就是不是由身體製造的；由其他來源而來的）代替。這種類型的激素治療經常用於減輕女性停經時的不適，而且已顯示在對抗女性心臟病及骨質疏鬆上提供保護作用。

（參看 *ESTROGEN*，*MENOPAUSE*，*OSTEROPOROSIS*）

ETIOLOGY

病因學

研究引起疾病的原因。

-F-

FIBROADENOMA

纖維腺瘤

乳房內一種含有纖維組織的腺瘤。臨床檢查或乳房自我檢查時，可以感覺到像一個堅實的囊塊。纖維腺瘤是良性的，通常發生在年輕婦女。

FIBROCYSTIC CHANGES

纖維囊腫性的變化

一個描述某些良性乳房變化的術語；也稱為纖維囊腫病或良性乳房疾病。症狀是乳房腫脹或疼痛。醫生在臨床乳房檢查時，可以觀察到結狀物的形成（小結），多囊塊，有時則有乳頭分泌物。雖然這些症狀和乳癌相似，但乳房組織顯微鏡檢查則顯示沒有癌症。

FIBROSIS

纖維變性

纖維（堅硬或疤痕）組織的形式。可能發生在身體的任何部位。

FIVE-YEAR SURVIVAL

五年存活率

癌症治療後存活五年以上的百分比。對大多數的癌症病人來說，這是一個里程碑，可能表示治療是成功的。

FROZEN SECTION

冷凍切片

組織樣品經快速冷凍的顯微鏡檢查。給外科醫生正在手術時，一個快速診斷。幾天後，較詳細研究的永久切片可確定診斷。（參看 *PERMANENT SECTION*）

-G-

GALACTOCELE

乳腺囊腫

阻塞的乳腺管；充塞乳汁的囊塊。它可能發生在乳房餵乳期間。

GENES

基因

DNA 的一段或一個單位，包含遺傳特性的資訊，諸如眼睛顏色和高度。有乳癌基因一號基因（BRCA1）的婦女有發展出乳癌的遺傳傾向。

GLANDS

腺體

製造並釋放出化學物質以供身體局部或全身使用的器官。這個名詞包括內分泌與外分泌器官。

-H-

HEMATOLOGIST

血液學專家

專長在血液及造血組織，包括骨髓疾病診斷和治療的醫生。

HEMATOMA

血腫

因洩漏或損傷造成血液積聚在血管外；舉例來說，抽血後可能出現的瘀血。損傷後發生的乳房血腫可能感覺像一個囊塊。因此，就像其他乳房囊塊，接受檢查以確定只是一個血腫，而不是更嚴重的問題，是很重要的。

HEREDITARY CANCER SYNDROME

遺傳性癌症癥候群

由於遺傳的突變基因，一種或幾種癌症相關的情況發生在多位家族成員內。

HIGH RISK

高危險性

和一般人口比較，有較高的危險性發展出癌症。一些導致一個人高危險性的因素有遺傳（乳癌的家族史增加乳癌的危險性），生活方式的選擇（吸菸增加肺癌的危險性）以及環境（日光曝露增加皮膚癌的危險性）。（參看 *RISK FACTOR*）



HORMONE

荷爾蒙; 激素

由內分泌腺釋出進入體內的化學物質，諸如甲狀腺或卵巢。這些物質經由血流而帶動各種身體功能。舉例來說，生產後，腦下腺分泌的激乳素開始和持續乳汁的製造。

HORMONE RECEPTOR ASSAY

荷爾蒙激素受體分析

一項測驗以瞭解是否乳房腫瘤受激素的影響，或是可以用激素治療。(參看 ESTROGEN RECEPTOR ASSAY, PROGESTERONE RECEPTOR ASSAY)

HYPERPLASIA

增殖

身體某一特殊部位細胞數目不正常的增加，諸如乳腺管的內層。這種過度生長可能是由於激素刺激，損傷或持續刺激所造成的。增殖本身並不是癌症，但是當增殖的細胞是非典型的（不像正常細胞），則發展成癌症的可能性較大。

-I-

IMAGING

影像攝影

任何用來產生內在身體結構影像的方法。一些用來偵測癌症或轉移的影像攝影方法有 X 光攝影(乳房的 X 光稱為乳房 X 光攝影)，磁共振影像攝影 (MRI)，骨掃描攝影、電腦斷層掃描攝影 (CAT scans) 和超音波攝影。(參看 BONE SCAN, COMPUTERIZED AXIAL TOMOGRAPHY, MAGNETIC RESONANCE IMAGING, ULTRASONOGRAPHY)

IMMUNE SYSTEM

免疫系統

身體藉著這個複雜的系統，抵抗異物諸如細菌感染或移植器官的入侵。(參看 ANTIBODY, ANTIGEN)

IMMUNOLOGY

免疫學

研究身體如何抵抗疾病或異物的入侵。在這領域所獲得的知識，對於瞭解癌症是如何和為什麼發展出來是很重要的。許多癌症治療是依據免疫學的原則。(參看 IMMUNOTHERAPY)

IMMUNOSUPPRESSION

免疫抑制

一種自然發生或誘發的情況，身體免疫系統的反應能力降低。某些癌症治療，包括細胞毒性（殺死癌細胞）藥物，放射線及骨髓移植可導致免疫抑制。

IMMUNOTHERAPY

免疫治療

刺激或支持身體免疫系統對疾病，諸如癌症，反應的治療方式。這種治療方式已使用在黑色素瘤的病人。

INFILTRATING DUCTAL CARCINOMA

浸潤性乳腺管癌

源於乳房的乳汁通道（乳腺管），而後穿過管壁侵入乳房的脂肪組織。當它到達這裡時，則有可能擴散到（轉移）乳房的其他部位。浸潤性乳腺管癌是乳癌中最普遍的一種，佔乳房惡性腫瘤的 80%。

INTERFERON

干擾素

細胞產生的一種蛋白質。當身體偵測到一種威脅諸如病毒時，干擾素幫助調節身體的防禦系統（免疫反應），增加它的活動。科學家已經知道干擾素幫助對抗癌症，因此它和一些化學治療一起使用，以及用在骨髓移植。干擾素可以人工大量製造。

INTERNAL MAMMARY NODES

內乳房淋巴結

胸骨下兩邊的淋巴結。乳房內側的淋巴液流入內乳房淋巴結。

INTRADUCTAL PAPILLOMA

乳腺管內乳頭狀瘤

源於乳房管道系統的良好腫瘤。它可造成乳頭分泌物。有乳頭狀瘤病（多個乳腺管內乳頭狀瘤）的婦女發展成乳癌的危險性增加。

INVASIVE CANCER

侵潤性癌症

癌症已侵入周圍組織，可能擴散到身體的其他部位。

INVASIVE LOBULAR CARCINOMA

侵潤性乳小葉癌

癌症源於乳小葉，穿過乳葉壁而後由此擴散到乳房其它地方。約 15% 的侵潤性乳癌是侵潤性乳葉癌。它經常很難由身體檢查或甚至乳房 X 光攝影偵測到。高達 25% 罹患這類型乳癌的婦女，在未來的某些時候在對側乳房發展出新的癌症。

-I-

LEUKEMIA

白血病

造血器官諸如淋巴結，骨髓的癌症。罹患白血病的病人通常有明顯的白血球增加。某些類型的乳癌治療可導致白血病的發展。



LIMITED BREAST SURGERY

局限乳房手術

又稱為囊塊切除術，部份切除。它去除乳癌及其周圍的小部份組織，而保留大部份的乳房。經常總是連同去除腋淋巴結，接著做放射線治療。（參看 LUMPECTOMY）

LOBES

葉

一個乳房約有十到十五個乳葉。

LOBULAR CARCINOMA IN SITU

原位乳小葉癌

一種非常早期的乳癌類型，發展在乳腺葉內而沒有滲透過乳葉壁。有些婦女有較高的危險性在日後發展出侵潤性乳癌。

LOBULAR CARCINOMA (INFILTRATING OR INVASIVE)

侵潤性乳小葉癌

源於乳葉內一種類型的乳癌。它可能是多中心的（發生在多葉）。和其他類型的乳癌比較，這種類型的乳癌同樣地發生在對側乳房的機會較高，即使是小心的身體檢查或乳房 X 光攝影，時常很難診斷出來。

LOCALIZED BREAST CANCER

局部的乳癌

通常指第一期與第二期乳癌。

LUMP

囊塊

任何一種在乳房或身體其他部位可以觸摸到的腫塊。

LUMPECTOMY

囊塊切除術

手術除去腫瘤和少量周圍的正常組織。

（參看 MASTECTOMY，TWO-STEP PROCEDURE）

LYMPH

淋巴液

淋巴組織裡的清澈液體，包含淋巴細胞。這些細胞對抗感染，在癌症對抗中，它們扮演較少的角色。

LYMPH NODES

淋巴結

沿著淋巴管成小塊的豆形組織，除去淋巴液中的廢物和液體，作為體內不潔物質的濾過器。（參看 LYMPH）

LYMPHATIC SYSTEM

淋巴系統

淋巴系統是指製造及貯存淋巴細胞（對抗感染的細胞）的

組織及器官（包括骨髓、脾臟、胸腺和淋巴結），以及攜帶淋巴液的管道。整個淋巴系統是身體免疫系統的重要部份。

LYMPHEDEMA

淋巴水腫

手術除去淋巴結及其管道或放射線治療後，過多淋巴液積聚造成的手臂腫脹。這種情況通常是疼痛而且可能持續的。

LYMPHOMA

淋巴瘤

由於不成熟淋巴細胞（一種形式的白血球）的不正常製造，而造成的淋巴結組織腫瘤。淋巴瘤約佔了所有癌症的 5%。一種形式是霍奇金氏病（HODCKIN'S DISEASE）。有些形式的癌症治療可導致淋巴瘤的發生。

-M-

MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI)

核磁共振影像攝影

獲得身體內部結構橫切面影像一種方法。事實上，X 光是經由放射光的放射穿透身體而得到，核磁共振影像攝影則是用強力磁鐵傳遞無線電波通過身體，而影像出現在電腦銀幕及影片上。像 X 光攝影，檢查過程身體上是無痛性的，但是躺在機器的小核心裡，有些人心理上覺得不舒服。如果這是一個問題，可以給予鎮定劑。

MALIGNANT TUMOR

惡性腫瘤

癌細胞腫瘤可能侵潤周圍的組織或擴散（轉移）到身體遠處部位。（參看 CANCER）

MAMMAPLASTY，MAMMOPLASTY

乳房整型術

整型外科再造乳房或改變乳房的形狀，大小或位置。乳房減小整型術減小乳房的大小。乳房增大整型術通常使用填充物增大婦女的乳房。

MAMMOGRAM，MAMMOGRAPHY

乳房 X 光像；乳房 X 光攝影術

乳房的 X 光攝影，是 40 歲以上婦女偵測乳癌的主要方法。乳房 X 光攝影術是使用一種特殊類型的專用 X 光攝影機。它有兩片板子，下層板是金屬的，而且有一個放影片的抽屜。赤裸的乳房被放在這個板子上，透明塑膠的上層板降下到乳房上，而後壓縮以得到乳房內部結構的清楚影像（乳房 X 光影片）。壓縮的時間只有幾秒鐘，足夠技術員操作機器照射影像。這個過程而後重覆在另一個乳房。在婦女，能夠感覺到乳癌的存在以前，乳房 X 光攝影即可以顯示出一正在發展中的乳癌。



MASTECTOMY

乳房切除術

手術切除全部或部份的乳房。擴大的乳房根治切除術除去乳房、皮膚、胸肌（大和小胸肌）和同側所有的腋和內乳房淋巴結。哈耳斯蒂特氏（HALSTED）乳房根治切除術除去乳房、皮膚、兩片胸肌和同側所有的腋淋巴結。修正的乳房根治切除術除去乳房、皮膚、乳頭、乳暈和同側大多數的腋淋巴結，保留完整的胸肌。部份乳房切除術不切除全部的乳房，只除去發生癌症的乳房部份，及腫瘤周圍邊緣健康的乳房組織。預防性乳房切除術在發現任何乳癌的跡象以前，除去一或兩個乳房的內部以預防乳癌。這個措施有時被推薦給高危險性罹患乳癌的婦女，但其效力尚未被證明。四分圓切除術是部份乳房切除術，切除含有腫瘤的四分之一乳房。弧形乳房切除術是部份的乳房切除術。單純乳房切除術是過去用來描述現在所謂的完全乳房切除術。完全乳房切除術只除去乳房。

MASTITIS

乳房炎

乳房的炎性反應或感染。

MEDICAL ONCOLOGIST

內科腫瘤專科醫生

(參看 ONCOLOGIST)

MEDULLARY CARCINOMA

髓狀癌

一種特殊類型的浸潤性乳癌腫瘤，腫瘤有明顯的界限，腫瘤組織和正常組織之間有明顯的邊界。約 5% 的乳癌是髓狀癌。這類癌症的展望（預後）被認為比一般好些。

MENARCHE

初經

第一次月經期。初經早（12 歲以前）是乳癌的一個危險因素，可能因為婦女經期開始得越早，對春情素的曝露時間越長。

MENOPAUSE

停經

婦女一生中月經週期永遠停止，和卵巢產生激素的程度減少的時期。停經通常發生在 40 歲晚期或 50 歲早期，但它也可經由手術除去卵巢（卵巢切除術）或卵巢和子宮（完全子宮切除術），或由於一些化學治療破壞卵巢功能，而誘發停經，在這些化學治療中有些是用來治療乳癌的。

METASTASIS

轉移

癌症細胞經由淋巴系統或血流擴散到身體的遠處部位。

MICROMETASTASIS

微小轉移

成群癌細胞的擴散非常小量以至只能在顯微鏡下才能看到。

MULTICENTRIC BREAST CANCER

多中心的乳癌

乳癌發生在乳房的多處部位。

-N-

NEEDLE ASPIRATION

刺針抽吸法

由囊腫內除去液體，或由腫瘤中除去細胞。在這個過程中，針和針管（就像注射用的針和針管）用來刺穿皮膚，達到囊腫或腫瘤。用抽吸的方式吸取樣品作活體檢驗分析。如果刺針是細的，這個過程稱為細針抽吸或“FNA”。如果使用的是大孔（或核心）的刺針，這個過程稱為核心活體檢驗。

NEEDLE LOCALIZATION

刺針定位法

當囊塊難於定位或 X 光顯示部位可疑而不明確時，使用刺針定位的方法做刺針乳房活組織檢驗。局部麻醉藥注射麻木該部位後，細針被插入乳房。利用 X 光攝影引導金屬線到該部位。金屬線尾端的細小鉤子鉤住該部位，而後使用金屬線的通道作引導，一根皮下針頭（像注射用的類型）被注射進入該部位而取得活組織作檢驗。（參看 NEEDLE ASPIRATION）

NEOPLASM

腫瘤

任何不正常的增生；腫瘤可能是良性的或惡性的。癌症是惡性的腫瘤。

NIPPLE

乳頭

乳房的尖端；乳暈中央帶色素的突出部位。乳頭含有乳汁管的出口。

NIPPLE DISCHARGE

乳頭分泌物

從乳頭出來的任何液體，它可能是透明的、乳汁的、流血的、黃褐色的、灰色的或綠色的。

NODAL STATUS

淋巴結情況

腋下淋巴結（腋淋巴結）總數的計算以瞭解癌症已經擴散到淋巴結（淋巴結「正」反應）的情形或尚未擴散（淋巴結「負」反應）。正反應淋巴結的總數及部位有助於預測癌症復發的危險性。



NODULE

小結

可以觸摸到小而硬的囊塊。

NUCLEAR MAGNETIC RESONANCE (NMR)

核磁共振

身體內部結構影像攝影的一種方式。(參看 *MAGNETIC RESONANCE IMAGING*)

NUCLEAR MEDICINE SCAN

核子醫學掃描

少量放射線物質(同位素)被注射到血液,而後檢視內部器官諸如腦、肝或骨骼的一種方法。同位素集中在吸收它的器官,因而可以追蹤和用來產生該器官的影像。除了注射,這種影像攝影的方式是無痛性的。

NUCLEUS

核

位於細胞中間,細胞的重要活動在此執行。DNA 位於核內並在此複製。

NURSE PRACTITIONER

有執照開業的護士

完成註冊護士的學位後再接受高度專業化訓練的護士。有執照開業護士可以有或沒有醫師的監督而工作。他們在病人的診斷和治療上承擔額外的職責,而且在許多州,他們可以開處方。(參看 *ONCOLOGY NURSE SPECIALIST*)



ONCOGENE

致癌基因

在腫瘤細胞染色體所發現到一種類型的基因。當這些基因被打開(活化)後,它們開始並且持續轉換正常細胞成癌細胞。

ONCOLOGIST

腫瘤專科醫師

在腫瘤的診斷和治療上接受過特別訓練的醫師。內科腫瘤專科醫師專長於藥物及化學治療的使用以治療癌症。放射線腫瘤專科醫師專長於X光(放射線)的使用以殺死腫瘤。在給與病人複雜的治療過程中,內科和放射科腫瘤醫師經常互相合作。

ONCOLOGY NURSE SPECIALIST

腫瘤護理專家

完成註冊護士學位後,在癌症專業領域接受過高度專業訓練的護士。腫瘤護理專家可以混合藥物和給與治療,偵測病人,指導和提供治療後護理,以及教導和諮詢病人和他們的家屬。許多腫瘤護理專家也是有執照的開業護士。(參看 *CASE MANAGER*, *NURSE PRACTITIONER*)

ONCOLOGY SOCIAL WORKER

腫瘤社會工作人員

擁有社會工作碩士學位,專長於癌症領域的人。腫瘤社會工作人員提供癌症病人及家屬諮詢和幫助,特別是在由於癌症造成但非醫療方面的危機處理,諸如經濟問題,治療機構距離住家遙遠時的住所安排,以及孩童照顧。

OSTEOPOROSIS

骨質疏鬆

骨的衰退或分解導致骨塊的縮小和多孔。骨質疏鬆可因已擴散到骨的癌症(包括乳癌),一些癌症治療和動情素缺乏(雌激素在骨骼維護上是重要的參與者)而造成。骨質疏鬆可引起疼痛,畸型(特別是脊柱),病理性骨折(骨骼變弱造成的骨折),或外傷性骨折(舉例來說,跌倒引起的手腕或大腿骨骨折)。(參看 *ESTROGEN REPLACEMENT THERAPY*)



PAGET'S DISEASE OF THE NIPPLE

乳頭的柏哲德氏症

一種類型的乳癌,始於乳汁通道(管)而牽連到乳頭和乳暈的皮膚。柏哲德氏症的一個癥象是乳頭有結痂、鱗片、發紅的炎性組織(皮膚炎)病變。在真的柏哲德氏症,癌症通常也存在於乳房內。這是乳房的症狀之一。

PALLIATIVE TREATMENT

舒緩療法;姑息療法

減輕症狀諸如疼痛,但並沒有治癒疾病的治療。它的主要目的是改善生活的品質。

PATHOLOGIST

病理學家

專長於顯微鏡下檢查身體組織和器官,而認定不正常和疾病的專業醫師。病理學家決定一個囊塊是否是良性或癌。

PATHOLOGY

病理學

疾病的研究。顯微鏡下檢查身體組織和器官以找出有各種不同的病變。

PECTORAL MUSCLES

胸肌

附著在胸壁前面和上壁的肌肉。較大的一群稱為胸大肌,較小的一群稱為胸小肌。由於這些肌肉密切接近乳房,因此乳癌或手術治療時可能受到牽連。



PERMANENT SECTION

永久切片

組織作顯微鏡檢查前所做的準備。組織被浸泡在甲醛 12 小時，經過過夜地各種化學藥品處理，而後切成非常薄的薄片加以染色。它提供清楚的界限以致可以決定是否有癌的存在。（參看 FROZEN SECTION）

PLACEBO

安慰劑

一種不活動，不起化學變化的物質，有時稱為「糖藥片」。安慰劑可以用在臨床實驗，和相對未接受治療比較，以瞭解所給治療的效果。

PLOIDY

染色體套數

細胞內去氧核糖核酸量的測定。染色體套數是一個特色（標記），和健康細胞比較，它有助於決定一個腫瘤細胞的癌性。大多數癌細胞是非倍數染色體的，這個意思是說它們有不正常量的去氧核糖核酸。

PREMALIGNANT

前期癌的變化

未形成癌的早期變化。

PREVENTION

預防

避免事件的發生，諸如避免癌症的發展，可經由避免已知會造成癌症的事情及參與能夠或可能可以預防癌症的活動。舉例來說，避免吸菸可以預防肺癌，高危險率罹患乳癌的婦女服用 TAMOXIFEN 可以防止乳癌。

PRIMARY CANCER

原發性癌症

癌症開始的部位。牽制性癌通常以它開始的器官命名（舉例來說：乳癌）。

PROGESTERONE

黃體酮；黃體激素

一種卵巢釋出的女性賀爾蒙，以準備子宮受孕和乳房製造乳汁（泌乳）。

PROGESTERONE RECEPTOR ASSAY

黃體激素受體分析

一項測驗去顯示是否乳癌依靠黃體酮增長。黃體酮受體和雌激素受體測驗同時進行，以期在癌症對賀爾蒙的敏感度這方面得到較完全的資料，以及如何治療最好。（參看 ESTROGEN RECEPTOR）

PROGNOSIS

預後

對疾病過程的預測；對於病人治癒的展望。舉例來說，早期偵測到乳癌的婦女，接受快速治療會有好的預後。

PROSTHESIS

人造代用物

一種人造形式，諸如義乳，乳房切除手術後可以穿戴在衣服下。

-R-

RADIOACTIVE IMPLANT

放射植入片

高劑量的放射線物質暫時性放進身體癌症的裡面及周圍以殺死癌細胞。

RADIOISOTOPE

放射性同位素

具有放射性的同位素（原子的部分）。在某些影像攝影的過程中，放射性同位素被注入體內。它們經血流到全身而積聚在疾病活動的區域，而在影像中顯示出明顯的部位。在乳癌，放射性同位素被用來查看是否轉移到骨或肝。

RADIOLOGIC TECHNOLOGIST

放射線技術員

接受過訓練的技術專業人員（不是醫師），能夠安置病人在適當位置以接受 X 光攝影，能夠安裝 X 光片照攝影像，以及沖洗檢查影片的質的效果。由於乳房 X 光攝影使用專用機器，技術員必需接受乳房 X 光攝影術的特殊訓練。技術員照的影片送到放射線專家解讀。

RADIOLOGIST

放射線專家

放射線專科醫師解讀 X 光線及其他型式的影像（舉例來說，超音波或磁共振影像攝影；以達到診斷異常的目的。

RADIOTHERAPY

放射線療法

用放射線治療以破壞癌細胞。使用的方法包括直線加速器、X 光、鈷及貝他加速器。這種形式的治療可用於手術前以減少癌的大小，或破壞手術後殘留癌細胞。又稱為照射療法及放射線治療。

RECTUS ABDOMINUS FLAP PROCEDURE

腹直肌皮片過程

使用接受腹直肌血流供應的下腹壁組織，以再造乳房的一種方法。這個區域的組織被上移到胸部以製造一個乳房小丘，而通常不需要植入片，下腹部肌肉及組織移到胸部，導致下腹部變平（一個「腹部的打褶」）。也稱為 TRAM 皮片。



RECURRENCE

復發

癌症治療後又再發生或再出現。局部復發是指和最初的癌症同樣的部位。轉移是指疾病在遠處部位再發生。區域復發是指在癌症部位附近的淋巴結再發現。

REGIONAL INVOLVEMENT

區域性侵犯

癌症由最初的部位擴散到附近的區域，諸如肌肉或淋巴結，但是沒有到遠處部位諸如其他器官。

REHABILITATION

復健

疾病或損傷之後，各項活動幫助適應，復原和回到充實而有生產的生活。這包括了身體的復原（諸如人造假器的使用，運動及物理治療），諮詢和情緒支持。

REMISSION

緩解

惡化的癌症在治療後症狀及癥象完全或部份消失；這段期間疾病在控制中。

-S-

SIDE EFFECTS

副作用

治療的後作用或繼發效果，諸如化學治療引起的毛髮掉落，以及放射線治療引起的疲倦。

SILICONE GEL

矽膠

一種合成膠化合物。由於它的彈性，強度和結構和自然乳房的結構相似，因此用作人造乳房填充物。乳癌手術後的婦女，只有在臨床實驗的保護下，才可以使用矽膠乳房填充物。（參看 *BREAST IMPLANT*）

S-PHASE FRACTION (SPF)

S 期分數

在一個腫瘤中，處於細胞分裂合成期的癌細胞百分比。S 期分數低表示腫瘤增長得慢；S 期分數高顯示細胞分裂快速及腫瘤迅速增長。

STAGING

分期

一種根據腫瘤大小，是否局部腋淋巴結受到牽連，及是否擴散（轉移）到遠處，以決定及描述癌症程度的方法。在診斷時，或知道分期，將有助於決定最好的治療及預後。

STEREOTACTIC CORE NEEDLE BIOPSY

刺針活體實驗中心組織檢驗

一種刺針活體組織檢驗的方法。當腫瘤可在 X 光片看到，

卻無法觸摸到位置時，這方法是有用的。電腦化的裝備在影像圖上標示出腫瘤的位置，而可以用作刺針位置的指引。

STOMATITIS

口腔炎

嘴唇、牙齦、舌、顎、口腔底或口腔內其他組織的發炎或潰瘍。這種情形可因某些化學治療的副作用而造成。類似的情形同樣可能發生在陰道組織。

-T-

TISSUE

組織

類似細胞集合在一起，連合完成一種特殊的功能。身體有四種基本類型的組織：上皮、結締、肌肉和神經。

TOTAL MASTECTOMY

完全乳房切除手術

（參看 *MASTECTOMY*）

TUMOR

腫瘤

細胞無限制性地繁殖造成的組織增生；又稱為贅生物，可能是良性或是惡性。

TWO-STEP PROCEDURE

二步驟過程

乳房活組織診斷檢驗及乳房手術治療（如果診斷事實是乳癌，諸如囊塊切除術或乳房切除術）分開兩次過程完成，中間間隔幾天或幾星期的一種方式。婦女和她們的健康醫療小組十分喜歡這種方式，因為這允許她們有時間考慮所有的選擇。（參看 *ONE-STEP PROCEDURE*）

-U-

ULTRASONOGRAPHY (ULTRASOUND)

超聲波術；超聲波

一種影像攝影的方法，使用高頻率聲波以形成部份身體的輪廓。高頻率的聲波被傳導通過身體的部位。聲波回聲被接收而顯示在電視銀幕上。這種無痛性的方法主要是用來發現結構是固體或液體。對於偵測年輕婦女硬而纖維性的乳房囊腫，這項檢查是有用的。不會暴露到放射線。

UNILATERAL

單側

影響到身體的一側。舉例來說，單側乳癌只發生在一個乳房。（參看 *BILATERAL*）



-V-

VACCINE

疫苗

注射小量已經減能或被殺死的致病生物體（例如天花）到身體內的一種過程。身體的免疫系統對生物體存在的反應是針對這種特殊的生物體，形成特殊的抗體。因而身體有一段時間可以抵抗（免疫）疾病；有些情況下，這種免疫是終生的。癌症疫苗的發展是一項深入研究的主題。

VAGINITIS

陰道炎

任何的陰道炎性反應。萎縮性陰道炎是一種陰道組織變薄、變乾的炎性反應。這種情況發生在停經以後，或化學治療或放射線治療以後。

-W-

WHITE BLOOD CELLS

白血球

在血液中，除去紅血球後所剩餘幾種類型的細胞的一個名稱。它們的目的是幫忙對抗感染。T細胞淋巴球和B細胞淋巴球是兩種白血球，在免疫系統中扮演對抗癌症的角色。

-X-

X-RAYS

X光

一種形式的放射線，低劑量的X光攝影可以在影片上產生癌症影像，高劑量的X光照射可以破壞癌細胞。

有關翻譯本的說明：

- 1.本冊英文版本是 AMERICAN CANCER SOCIETY : BREAST CANCER DICTIONARY。
- 2.相關醫學專有名詞是依據合記圖書出版社發行的合記醫學大辭典，1995年版本。
- 3.譯者自行加入相關註釋（註：），以幫助讀者瞭解。



心中安靜，
是肉體的生命。
嫉妒是骨中的朽壞。

希小
望語



絕處迎生機



病困顯溫情

Hope in times of despair

Care in times of sickness

我們的信息

十分 迫切

癌症是居美華人首號殺手。由於知識的不足，語言障礙及駝鳥心態，以致談癌變色，加上許多傳統的迷思，往往耽誤了診斷與治療的時機而導致死亡率高。所以提供中文癌症資訊及癌患服務是當急之務！

我們的使命

十分 清楚

角聲癌症協會致力於癌症常識的宣導，提高大眾對各項癌症的警覺性；與主流單位合作安排多項癌症早期偵測活動，提昇癌患生存率；推廣癌症預防教育，降低罹患率；經由適時的輔導和舉辦定期的互助小組，提昇患者與家屬的生活品質。

我們的工作

十分 有意義

施比受更為有福，回饋社區是有心人的願望。加入角聲癌症協會認養計劃，傳遞您的愛心給需要幫助的人，美化您的生命。您的贊助能使本會的各項服務更上一層樓。但願因著您的支持，我們能挽救更多人的生命！

請支持我們的工作 *Please support our work*

姓名/Name : _____

地址/Address : _____

電話/Tel : _____

☐ 我願意成為義工，請與我聯絡。

I am willing to be a volunteer, please contact me.

語言/Language : _____

☐ 機構認養計畫 (Adopt-The-Association)

每年\$500。Donate \$500 for 5 years

☐ 紀念基金 (Memorial Fund)

紀念對象：_____ 關係：_____

☐ 特別捐款 (Special Donation)

捐款金額/Amount : _____

支票抬頭請寫 HCA，捐款可當抵稅之用。

Please write your check to HCA. Your donation is tax-deductible



作者簡介



傅堯喜醫師	曾任加州大學洛杉磯分校(UCLA)醫學院 現任聖約瑟醫學中心, Burbank, 加州	病理教授、外科病理主任 資深病理專科醫師
傅凱玲醫師	艾森豪醫學中心, Rancho Mirage, 加州	乳房診斷中心主任、放射線專科醫師
葉士豪醫師	Amgen 公司	腫瘤科專科醫生
閻雲醫師	希望之城國家醫學中心, Duarte, 加州	癌症醫學教授、臨床藥物與分子藥物主管 癌症研究中心副主管
鍾國權醫師	曾任協和醫院, L.A., 加州 仁愛醫院, Alhambra, 加州 嘉惠爾醫院, Monterey Park, 加州	外科主任 外科醫生 外科醫生
沈秉輝醫師	曾任南加大(USC)醫學中心 曾任兒童醫院 L.A., 加州 榮民總醫院台北, 臺灣	整形外科臨床研究員 整形外科臨床研究員 外科部整形外科主治醫師

(依照文章出現次序排列)

特別感謝



傅堯喜醫師、閻雲醫師	謝謝你們，不但花時間寫乳癌專文，並一次又一次幫忙審核整本手冊的內容，讓整本手冊順利出版。
Elsevier B.V. Methodist Hospital, Arcadia	<i>Thank you for your generous support on the printing cost of this journal.</i>
傅凱玲醫師、鍾國權醫師、葉士豪醫師 沈秉輝醫師	謝謝你們，在百忙之中，願意以專業角度寫乳癌專文，增添本手冊的內容。
李慧、戴瀋紅	謝謝你們，願意分享自己的故事。
趙波倩	謝謝你，提供「乳癌辭彙」，讓手冊內容更多元化。
楊王惠真、鍾伍妙麗、朱小梅 游王明玲、曲王巧瑛	謝謝你們，不厭其煩地幫忙校稿和提供意見。

