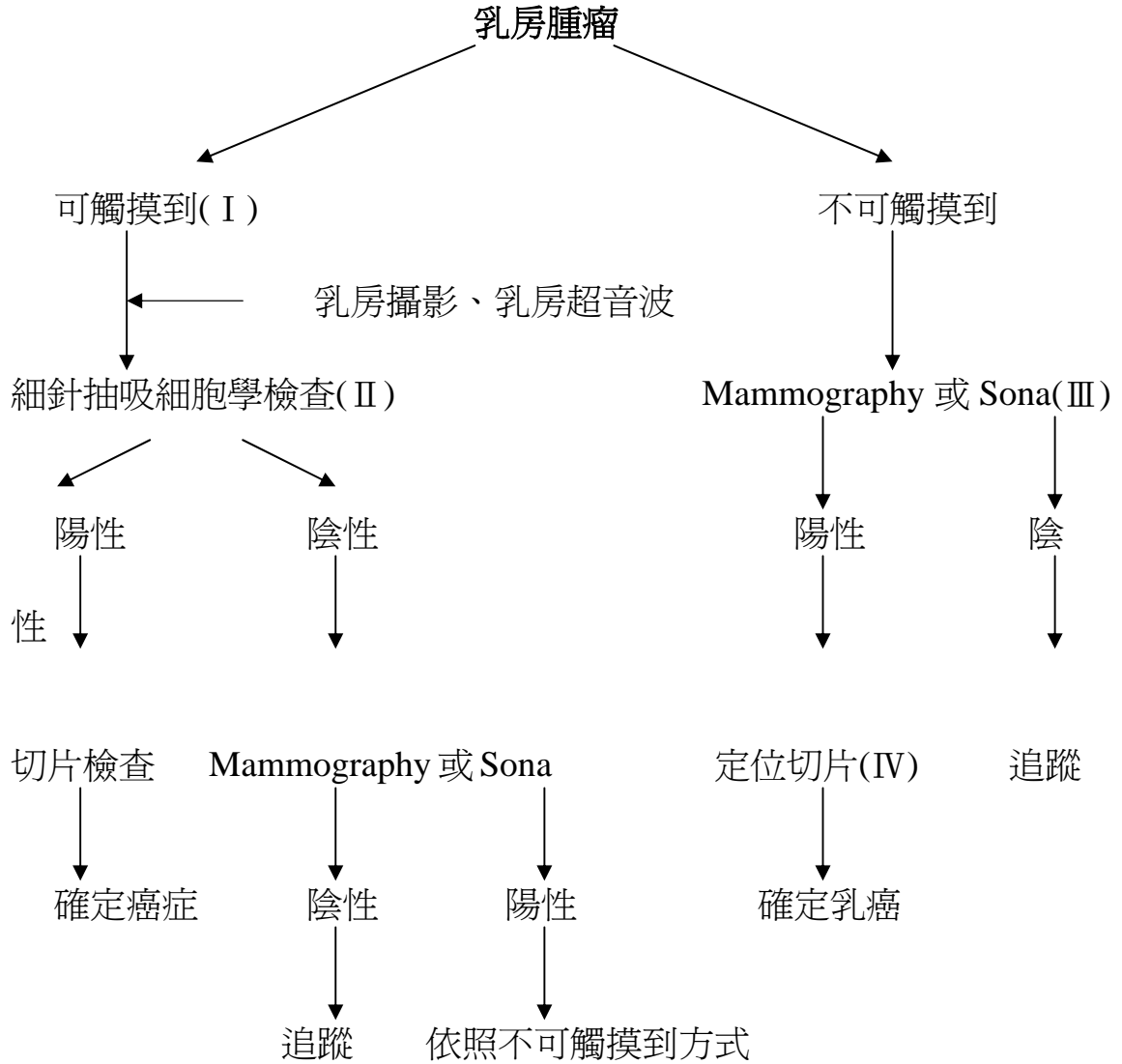


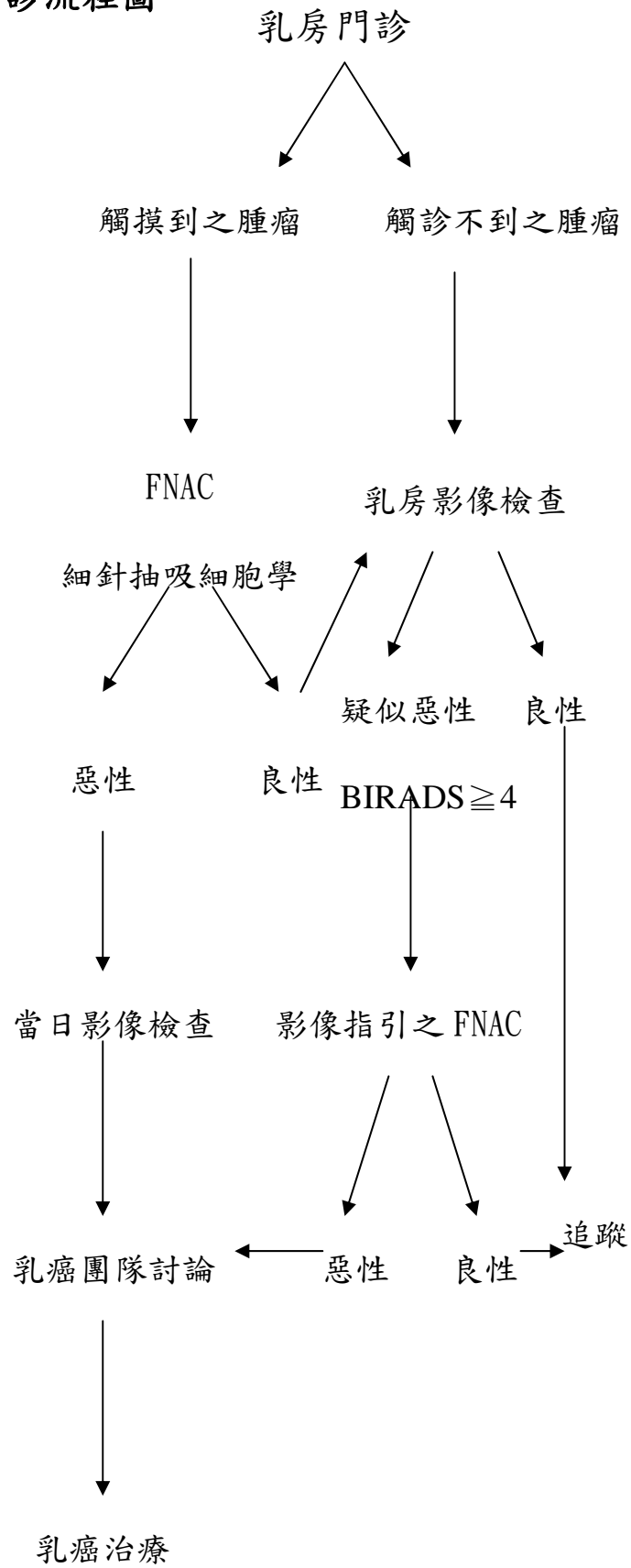
# 乳 癌 簡 介

劉自嘉教授

## 一、乳房腫瘤診斷流程：



## 二、半日門診流程圖



## I、乳房觸診

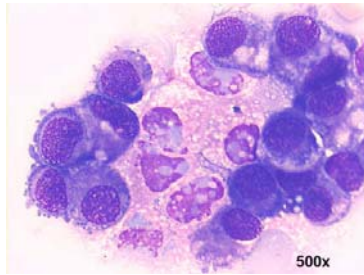
- 1、病患先採坐姿，醫師面對病患先觀察乳房外觀，以手指腹部以同心圓方式自乳頭開始逐漸擴大至全部乳房，若有發現則記載所觸摸到腫瘤大小、硬度、周邊邊緣、方位及中心點到乳頭距離，更需檢查腋下及鎖骨上緣之淋巴腺。
- 2、再請病患仰臥以上述方法觸診乳房，若乳頭有溢出汁液，則依十二個時鐘方位，一手壓住乳頭周邊處，另一手之手指自壓住點開始向乳頭擠壓，如果是將十二個方位作完，並記載再哪一個方向擠壓時會發現有乳頭溢汁。
- 3、乳頭惡性腫瘤通常較硬、邊緣不明顯且較不會疼痛，有懷疑侵犯到肌肉時，請病患手叉腰移動腫塊，在病患用力叉腰時腫塊不能自由移動，而放鬆時就可以移動，即表示腫塊已侵犯了胸大肌。
- 4、腋下淋巴腺檢查是在病患坐姿下，以手指沿著腋下動脈由外向內按壓到肋骨再向下觸摸，即可查到變大淋巴節，但此時不易直接診斷出是否有癌症轉移，只能診斷有變大的淋巴節。
- 5、頸部淋巴節檢查也是病患採坐姿，以拇指壓向鎖骨上緣及胸鎖乳突肌外側，結果亦同腋下只能診斷是否變大。

## II、細針抽吸細胞學檢查(Fine Needle Aspiration Cytology, FNAC)

- 1、病患採臥姿在觸診發現疑似腫塊處先消毒，再以一手之食指及中指將腫塊固定於胸壁，再以另隻手將 5 或 10 cc 之空針套上 21 號針頭，在腫塊中央處時插入。
- 2、將空針之抽管向後抽，使前段產生真空負壓，將針頭在腫塊處做多次及不同方向來回抽吸，並觀察針管處是否有少量血液或其它物被抽出，然後將針管拔出，抽吸處覆蓋消毒紗布壓住三分鐘即可止血。
- 3、將針管內之抽出物推出到已標明病患姓名與病歷號碼之玻片上，用另一張相同標明之玻片輕壓、對拉，使抽吸物均勻分佈在二張玻片上，並將其中一張立

即用吹風機以微熱風吹乾，另一張未吹之玻片則放在 75% 酒精槽內立即送到病理科。

- 4、病理科會將已吹乾之玻片以 Liu's 染色，約在十分鐘內完成，並立即判讀另一張在酒精槽內的玻片則以 Papauiculeau's 染色，三日內完成判讀。
- 5、結果請參閱病理科提供之圖示。



**Breast Cancer**

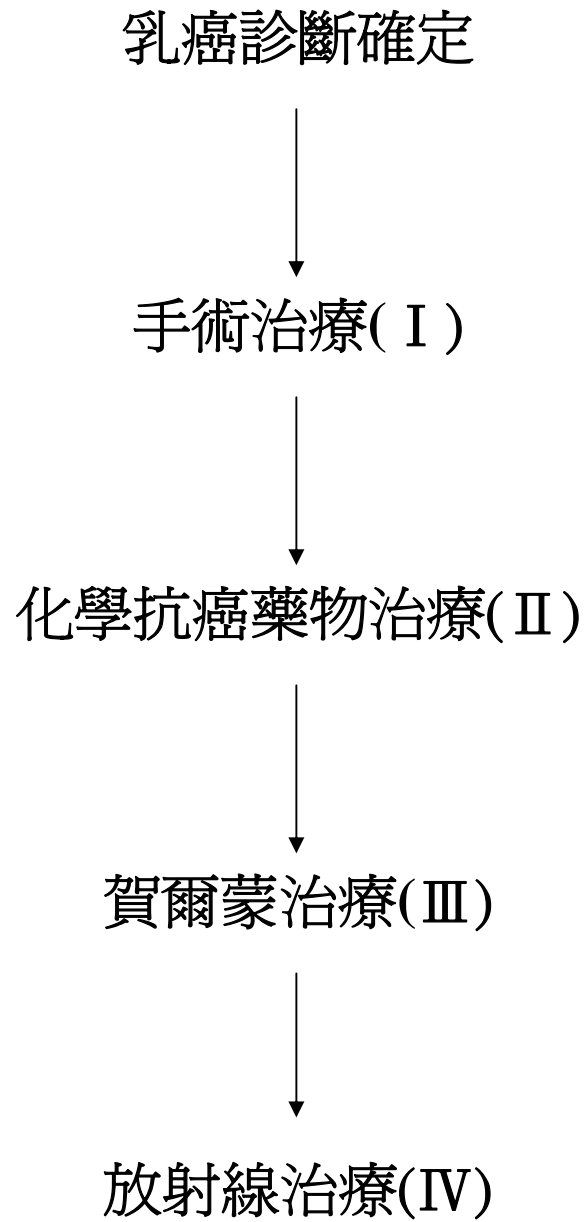
### III、乳房攝影與乳房超音波：

- 1、在乳房觸診發現有腫塊處之影像判讀如後述，但在兩側乳房影像應全面檢視以免有他處之乳癌被遺漏。
- 2、乳房攝影判讀時應將兩側之側斜片及上下片並列以茲左右對比，並將乳房分為乳頭、乳體及乳後三部位，注意是否有不正常之腫塊與鈣化點，乳癌腫塊常有與周邊組織比較明顯白色且邊緣有滲透。如陽光散出現象，而鈣化點為細小、群聚(在一分內有 5 個小白點)邊緣不完整，如放射科提供之圖示。
- 3、乳房超音波檢查紀錄會依照十二鐘頭方位依序列出，同時也會標明腫瘤大小與乳頭距離，乳癌腫塊的超音波影像常出現腫塊為低迴音，有腫塊後的無迴音黑影、腫塊內有不均勻的迴音，有時可併有鈣化點、周邊為不規則，而且腫瘤高度大於寬度，同時在用 Doppler 測試時會有高血流現象，如放射科提供之圖示。
- 4、在乳房篩檢與觸診無發現時，乳房攝影與超音波為唯一可以檢查到早期乳癌的方法，各自具有好處，但對乳房體積稍太小及乳房組織太密的婦女，乳房攝影幫助不大，只有靠超音波檢查。

#### IV、乳房定位細針抽吸檢查或切片檢查

- 1、就前次乳房攝影所發現疑似乳癌病杜處，先予皮膚消毒再以特殊有洞之夾板將乳房夾起，在再次乳房攝影確定疑似乳癌病杜位置，施行如前述之細針抽吸細胞學檢查，如作切片檢查時期用有鈎的細針在無菌操作下，插入乳房到疑似乳癌病杜處，再次作乳房攝影以確定針尖之倒鈎處，是否到位並拆除夾板，送病患至手術房將針尖有倒鈎附近組織切除，再將切下標本送回放射科，再作乳房標本攝影，以確定是疑似乳癌病杜處(通常為微小鈣化處)，最後將標本送到病理科作冰凍切片以確認乳癌。
- 3、以乳房超音波定位則較簡單，先以相同方法找到疑似乳癌病杜，將皮膚及超音波探頭消毒，以探頭確定病杜位置後，用相同方法插入細針，觀察細針針頭到達病杜後即可作抽吸，若要切片則在病杜四週先注入麻藥，再用探頭確定病杜再插切片粗針頭在超音波監視下完成切片。

## 二、乳癌治療流程：



## I、乳癌手術治療

- 1、乳癌手術治療可分為乳房切除及腋下淋巴腺清除二部分，應分別考量互不相關，若同時實施則簡稱為乳房根除術(切除大小胸肌)或修正式乳房根除術(保留大胸肌)，目前除非乳癌已侵犯到大胸肌，才作乳房根除術，否則皆作修正式乳房根除術。
- 2、乳房切除可分為乳房全部切除及部份切除二種手術，乳房部份切除務必達到乳癌病杜完全切除乾淨(至少要有一公分以上之清潔邊緣)和留下一個「美觀」的乳房，所以乳癌腫塊至多應不超過二公分以上，切除乳房組織不能超過 25%，且乳癌腫塊應距離乳頭及乳暈三公分以上方可實施。
- 3、腋下淋巴腺有乳癌轉移時，應予以全部清除，自 level I 到 level III 皆應清除，當小胸肌要一併切除時，必須保存支配大胸肌的 Thoraco-acromial neurovascular bundle。
- 4、當術前觸摸不到有腋下淋巴腺轉移時，可以考慮作前哨淋巴腺定位及切片，如切片報告為無癌症轉移時，則可以免除腋下淋巴腺全部清除，這手術必須要在對前哨淋巴腺切片有足夠經驗者方可實施。

## II、乳癌化學抗癌治療(簡稱化療)

- 1、乳癌對化療極為敏感且有效，因各種藥物治療在乳癌細胞作用機轉不同，所以用多種藥物比單一藥物療效要好，而且足量要比減量好。
- 2、化療對游離於全身之癌症細胞效果最好，但因化療效用是依照百分比殺死癌症細胞，所以永遠不可能全部殺光，故原發乳癌必須實施手術治療，才能有最好治療成果。
- 3、臨床上可分為術前及術後實施二種方法，術前實施：不但可以殺死游離在外的癌症細胞外，亦可對原發腫瘤內的癌症細胞依然有效，可以造成降低乳癌期別的效果，增加乳房保存及免除腋下淋巴腺全部清除(用前哨淋巴腺證實無

轉移)的機會。

4、當有考慮到乳癌細胞有擴散之虞，必須使用化學治療方能達到控制乳癌的結果，凡有一項合於下列狀態皆應使用化學治療：

- (1) 腋下淋巴腺有癌症轉移者
- (2) 原發癌症病灶大於二公分
- (3) 在病灶附近發現有癌症細胞侵入微血管或淋巴管
- (4) 有他處轉移跡象
- (5) 原發癌症分化不良

5、藥物選擇是依照各項臨床已證實有效的治療計劃實施，對併發症尤其是白血球降低必須監測，以免發生意外。

### III、賀爾蒙治療

1、乳癌為少數對賀爾蒙有反應的癌症之一，對常有轉移乳癌患者約三分之一有明顯效果，近年來在術後輔助治療成效非凡。

2、賀爾蒙治療之療效可分為四級：

第一級：為完全有效，這為所有可偵測到為病灶完全消失，且維持六個月以上。

第二級：為部份有效，所有可偵測到的病灶體積變小一半以上，數量也減少一半以上，維持六個月。

第三級：為穩定的病情，及未達部份有效為期半年。

第四級：為進行的病情，在半年內有新病灶或原有病灶變大者化學治療的療效判定亦相同，且時間在六週並非六個月。

3、乳癌對賀爾蒙治療是否有效，在於乳癌細胞內是否含有動情激素接受體(Estrogen Receptor, ER)及黃體激素接受體(Progesterone Receptor, PR)，對第四期或有遠處轉移之乳癌病患，ER(+)PR(+)有效率高達八成，ER(+)PR(-)約三



成，ER(-)PR(+)爲五成(這類病患極少)，ER(-)PR(-)低於一成，在術後輔助治療方面 ER(+ )PR(+ )的病患可減少再發機會約四成。

- 4、治療方法分爲手術及藥物，對停經前婦女可考慮卵巢切除(通常對第四期或有遠處轉移之病患)，藥物則以抗賀爾蒙藥物：Tamoxifen、近五年另有抗芳香酶藥物(Aromatase Antagonist, A I )可用於 Tamoxifen 失效者或 Tamoxifen 使用二至三年後改用 A I 二或三年。

#### IV、放射線治療(放療)

- 1、放射線治療乳癌是期望殺死手術無法切除，或切除後尚有殘餘之癌症細胞，所以屬於輔助性治療方式之一，對於已切除乾淨之處，則不必施予放射線治療。
- 2、傳統是用鈷六十爲放射線治療，因穿透力強會對正常組織有較大的損傷，目前是用直線加速器取代，可以在固定範圍及距離內放出能量，超過範圍不會有放射能量，所以對鄰近正常組織損傷較小，同時近年在治療前以影像爲依據(CT scan)，用電腦模式先精準設定治療範圍及預估能量，再照表實施之。
- 3、在術後輔助治療放射線治療，主要是用在乳房保留手術後的乳房，另外對於懷疑會有乳癌轉移的(1)內乳淋巴腺(乳癌病灶座落在乳房內側或中央部位)(2)頸部淋巴腺(Level III 腋下淋巴腺已有轉移者)皆應施予放射線治療。
- 4、對胸壁復發乳癌病患，在外科切除後也應加以放射線治療以防再次復發，對於具有疼痛症狀的骨骼轉移，放射線治療效果極佳。