

# 認識乳癌

## 一、前言

隨著國人生活型態的改變及飲食習慣的日漸西化，台灣婦女罹患乳癌的比率有愈來愈高的趨勢，目前乳癌的發生率為國內女性癌症的第一位。根據研究發現，國人乳癌的好發年齡平均比歐美年輕十至十五歲，且多發性的比例也較高；為提高乳癌的治癒率，國人更應增加對乳癌的認識，以期能夠早期發現、早期治療、維護健康。

## 二、認識乳癌

### (一) 何謂乳癌

乳癌是因乳房腺泡細胞或乳腺管細胞不正常的分裂、增殖所形成的惡性腫瘤。這些癌細胞除了侵犯乳房，還可能轉移到骨骼、肺、肝及腦部等，破壞器官功能，損害身體，甚至危害生命。由於醫學的進步，早期發現，早期治療，乳癌的治癒率可達 60%，初期者治癒率更可達 80%。根據本院資料顯示，乳癌病人的五年存活率平均為 85.75%，其中初期(第一、二期)為 93%，第三期 < 50%，而第四期則 < 10%。

### (二) 常見危險因子

1. 高危險群(致癌相對機率大於 4 倍)：一側乳房得過乳癌或乳房切片有不正常細胞增生現象者。

2. 次高危險群(致癌相對機率大於 2-4 倍)：母親或姐妹得過乳癌者、家族內有男性罹患乳癌者、得過卵巢癌或子宮內膜癌者、第一胎生育在三十歲以後、未曾生育者、未曾哺乳者、停經後肥胖者或胸部接受大量放射線照射者。

3. 略高危險群(致癌相對機率 1.1-1.9 倍)：更年期荷爾蒙補充或長期有中量飲酒者；初經在 12 歲以前或停經在 55 歲以後者。

4. 可能危險因子(未確定)：口服避孕藥。

### (三) 乳癌之分期

最常用來描述乳癌期別的系統，此為美國癌症聯合會(AJCC)所制定 2009 年第 7 版的分期方式，T-代表腫瘤的大小，N-代表有無淋巴腺轉移，M-代表癌

細胞是否轉移到其他器官。詳細說明如下：

#### T-腫瘤的大小

T0：此腫瘤與原位癌相似。

T1：腫瘤小於 2 公分。

T2：腫瘤大於 2 公分，小於 5 公分。

T3：腫瘤大於 5 公分。

T4：腫瘤很大，已侵犯至胸壁或皮膚；乳房皮膚變皺如橘子皮狀，乳房表面可能出現潰瘍，有時會侵犯胸壁，使乳房變硬，有時還會阻塞淋巴管，乳房水腫的非常厲害。

#### N-有無淋巴腺轉移

N0：無淋巴轉移。

N1：乳房同側腋下淋巴有活動性轉移。

N2：乳房同側腋下淋巴轉移，合併到其他組織，例如：癌細胞貼附在胸壁或腋下血管管壁。

N3：已轉移鎖骨上、下淋巴結，或是內乳淋巴結。

#### M-癌細胞是否轉移到其他器官

M0：無轉移至其他器官。

M1：已轉移至其他器官。

臨床上的期數就是根據上述的 TMN 分級來訂定

零期：即原位癌。

一期：腫瘤小於 2 公分(T1)，無淋巴轉移(N0)，無轉移其他器官(M0)。

二期：又可分為 2a 與 2b 兩期。

2a 期：為腫瘤大於 2 公分，小於 5 公分(T2)；或是腫瘤小於 2 公分(T1)，但有腋下淋巴活動性轉移(N1)。

2b 期：為腫瘤大於 5 公分(T3)；或是腫瘤大於 2 公分，小於 5 公分(T2)，但有腋下淋巴活動性轉移(N1)。

三期：又分為 3a 與 3b 兩期。

3a 期為腫瘤大於 5 公分(T3)，有局部活動性轉移(N1)；或是腫瘤大於 5 公分或是 5 公分以下(T0、T1、T2、T3)，但出現淋巴固定性轉移，癌細胞會附在胸壁或血管壁(N2)。

3b 期為腫瘤很大，已侵犯至胸壁或皮膚(T4)；或是不論腫瘤大小出現在任何期數(T0、T1、T2、T3、T4)，但已轉移鎖骨上、下淋巴結，或是內乳淋巴結(N3)。

四期：癌細胞已轉移至其他器官(M1)。

#### (四) 症狀

1. 腫塊：最常見的是摸到硬塊。惡性腫塊的特徵通常感覺較硬且粗糙，硬度與正常組織分界不明顯，最常發生的部位為乳房的外上方。

2. 乳頭凹陷：若乳頭原本正常無凹陷者而變成凹陷時，表示癌細胞可能已侵犯乳頭下方所造成。

3. 皮膚的變化：乳癌侵犯至真皮、皮下組織或淋巴管時，可能引起皮膚陷縮或像豬皮或橘皮樣的腫脹及粗糙變化。

4. 乳頭出現異常滲出液：癌細胞侵犯至乳頭下方的主要乳管，可經由乳頭流出血樣分泌物，約百分之十的乳癌病人可能有此症狀。

5. 腋下淋巴結腫大：表示乳癌可能已蔓延至腋下淋巴結。

### 三、乳癌檢查方法

乳房病變之檢查包括：特殊放射線攝影、乳房超音波、血液檢驗及活體組織檢視等，常見的檢查說明如下：

(一) 乳房超音波檢查：此為無侵襲性及輻射線之檢查方法，診斷乳癌有 90%

正確性；但對於微細鈣化點不易檢查出來。對年輕婦女或有腫瘤、囊腫是較好的檢查方法。

(二) 乳房攝影術(mammography)：乳房 X 光照像是針對乳房軟組織的放射線檢查方法，雖然有時會發生偽陽性及偽陰性，但癌瘤診斷有 85-90% 的正確度。早期乳癌篩檢時，使用 X 光攝影是理想的方法，受檢時機如下：

1. 具有一等親罹患乳癌家族史的婦女(如：母親、女兒)，每年檢查一次。
2. 符合其他轉介標準的婦女每三年檢查一次。

(三) 細針穿刺細胞抹片及粗針切片檢查：在 X 光或超音波指引下做抹片或穿刺，為一快速而不失正確的方法。並不會使病情惡化，病人無需擔心穿刺後會使癌細胞擴散出去。

(四) 細胞學穿刺檢查或病理組織切片：如果臨床上或影像學上懷疑有乳癌的病灶，將進一步做穿刺或切片，取出病灶送化驗，盡可能不要直接切除病灶送檢查，以免減低保留乳房的機會。

(五) 血液檢驗：癌胚胎抗原(Carcinoembryonic Antigen 簡稱 CEA)及 CA 153 的檢驗，可作為癌症治療及是否有轉移的參考，CEA 是一種複合蛋白質，在血清中、尿液、腹水滲透液或腦脊髓液中可以檢查到；40% 的 CEA 及 50% 的 CA15.3 值升高與腫瘤再發及病程進展有關。

(六) 乳房核磁共振攝影(MRI)：乳房核磁共振造影是第二線的檢查方法，它的敏感度非常高，容易看到不正常的顯影，但並非每位病人都要做這樣的檢查，通常乳癌確診後，如要施行保留手術，但擔心超音波或乳房攝影無法精確的診斷時，會視病人狀況做磁振造影，檢視乳癌是不是有多發性的現象或是兩邊都有乳癌的情形。

#### 四、治療方式

乳癌治療仍以手術治療為主，放射治療、化學治療及荷爾蒙治療為輔。對於早期乳癌(第一期、第二期乳癌)，可選擇乳房保留治療(部分乳房切除併腋下淋巴結廓清術，加上乳房放射治療)；臨床實驗已證實乳房保留治療可得到與全乳房切除術一樣好的結果，而且又可以保留乳房之完整及美觀。

(一) 手術治療：目前所使用的手術方法有四種方式：

1.改良式根治性乳房切除術：切除乳房及部分淋巴結，但保留胸大肌。改良式根治性乳房切除術比標準術式有美容及功能上的效益。保留胸大肌可避免鎖骨下形成空洞，也比較少發生手臂淋巴水腫及肩膀功能障礙。

2.部份乳房切除加腋下淋巴切除：將腫瘤及旁邊乳腺切除，並伴隨切除腋下淋巴結，確定邊緣已無癌細胞，術後需加作放射治療。其適應症：

- (1)對乳房外表美觀抱有較大期望者。
- (2)能定期自我檢查、返院門診及相當合作者。
- (3)沒有接受過放射線治療者。
- (4)未懷孕者。
- (5)乳癌的病灶非多發性者。
- (6)腫瘤在 3 公分之內，不在乳暈旁邊者。

3.單純乳房切除術：如果癌症的患處侷限於乳房，沒有擴散至鄰近肌肉或局部淋巴結以外的部位，則施行單純乳房切除術或同樣寬度的局部切除即可。

4.前哨淋巴切除術：是指乳癌腫塊經由淋巴腺引流的第一個淋巴腺，可用來判斷是否乳癌已發生淋巴轉移；以核子醫學同位素檢查或以染料注射後，取出數個有問題之淋巴結節檢查，若病理檢查證實有癌細胞轉移則做腋下淋巴切除，若無轉移，則只取樣並不需做腋下淋巴切除。而適合接受前哨淋巴切除術的病人為：臨床上判定無淋巴轉移者。

(二)放射線治療：放射線治療(俗稱電療)可用作治療性或預防性的治療，可與手術合併使用或單獨使用，對於腋窩淋巴結有轉移者建議再接受輔助性化學治療或賀爾蒙治療。

(三)賀爾蒙(內分泌)控制治療：若乳癌細胞荷爾蒙接受體為陽性之病人，可給予抗荷爾蒙藥物之治療。

(四)化學治療：以各種細胞毒性製劑來治療乳癌，一般會在手術前後輔助使用及轉移性乳癌治療。

(五)標靶治療：目前許多乳癌新藥，針對癌症細胞之特異表現攻擊，有如導航飛彈直接命中腫瘤，避開正常細胞，以減輕治療所引發的毒性或副作用，這也就

是癌症的「標靶治療(target therapy)」的概念。例如：trastuzumab 為一種單株抗體，來對抗位於乳癌細胞表面的生長因子(簡稱 Her2)抗原。北美大型之臨床試驗中顯示，Her-2 過度表現的轉移性乳癌病人，合併用化學治療和 trastuzumab，可以提升化學治療的反應率，並有助提高存活率。第二代標靶治療藥物 lapatinib 可同時抑制第一、第二型的表皮生長因子受體(Her-1 及 Her-2)，並且能穿越血管腦部屏障。對於 HER-2 過度表現的腦部轉移性乳癌病人，有初步治療成效。

## 五、手術後的護理指導

### (一) 傷口護理：

1.術後傷口視不同情況作不同的處理，有些會以宜拉膠布加壓止血及減輕腫脹，部份則以紗布膠帶固定傷口。

2.病人傷口如有放置引流球引流傷口血水及分泌物，引流球需維持壓扁狀(呈負壓引流狀態)，引流管應呈拋物線狀，並以透氣紙膠布井字型固定，避免引流管拉扯、壓折。

3.術後第 3—5 天傷口應換藥，引流球則由醫師視情況拔除(引流量減少 30ml/天以下及引流液顏色由紅變淡黃)，出院前如未拔除，病人及家屬應學會換藥、固定方式及記錄引流量等，返家後需自行換藥、記錄引流量及顏色，以便回診時提供醫師參考。

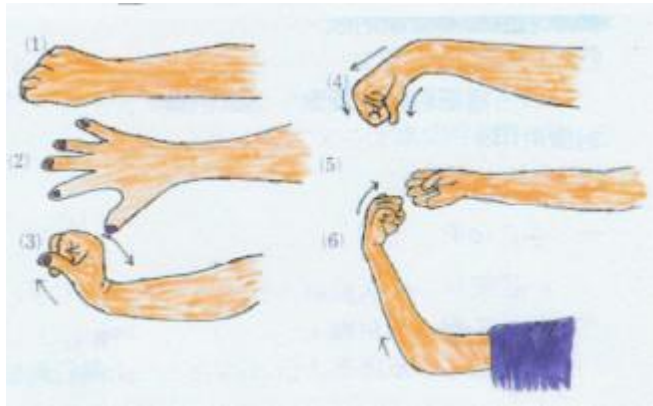
4.傷口大多不需拆線，如需拆線則約於 2 週後執行，手術後即已貼上紙膠布或美容膠帶，若無滲液或脫落，每週清潔及更換紙膠一次即可，紙膠黏貼的方式須與手術傷口呈垂直，每段紙膠重疊 1/3 黏貼，持續黏貼 3-6 個月，可使傷口美觀並減少疤痕產生。

5.注意傷口周圍皮膚有無紅、腫、熱、痛或異常分泌物、引流量突增或發燒等情形。

(二) 復健運動：目的在減少手臂淋巴水腫，並恢復肢體功能。開始時，動作要慢，動作幅度由小增大，次數由少變多。直至傷口組織會有些微緊繃的感覺，一般活動或進行所有的復健運動時，患側上肢不可以產生肌肉酸痛。通常運動需持續練習長達一年以上，才可以達到防止組織粘連。

1.術後 1-5 天，每隔 1-2 小時做手掌、手腕、手肘之屈曲、伸展及握拳運動，

臥床時可抬高患肢(如下圖一)。



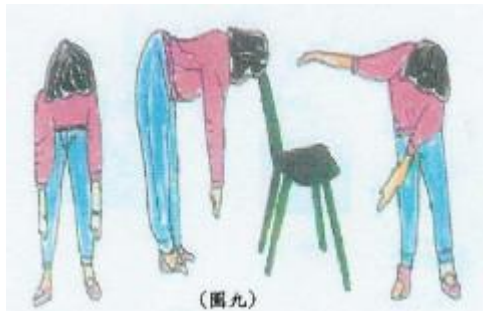
2.依醫師指示可在術後或膠布移除後開始做復健運動，最初每日 2-3 次，每次二十分鐘，循序漸進增加次數及頻率，以不感覺疼痛為原則。以後每天做下列運動及梳頭、洗頭、穿衣等日常活動，使手臂功能恢復正常。

(三) 復健運動的種類：

1.手臂搖擺運動：(每項動作 20 次)

(1)將雙腿伸直分開，彎腰向前或以椅背支托頭部。

(2)雙手自然下垂不可交叉，施行鐘擺式左右運動(如圖九)。

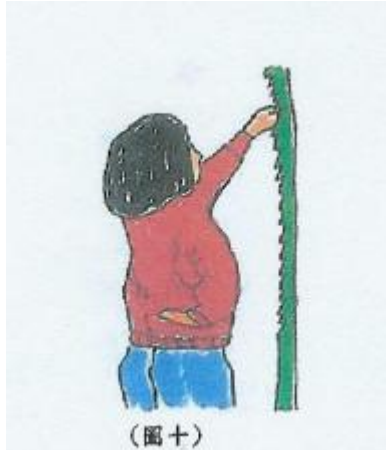


2.手臂爬牆運動：(反覆爬行約 20 次)

(1)首先兩腿微開伸直，挺胸縮腹。

(2)健側手插腰或將兩手手臂伸直使高度與肩膀平齊，將手掌貼於牆上或階梯上。

(3)最後以食指、中指緊貼於牆壁或階梯，慢慢向上爬升(如圖十)。



(4)每日記錄其高度以作為參考。

3.拉肘運動(梳頭運動)：(每項運動作約 20 次)

(1)患側手臂向外伸直與肩膀水平。

(2)手臂向內彎曲至頸後作梳頭運動。

(3)同時將兩手臂向外伸直後，內彎至頸後互拉作挺胸運動(如圖十一)。



4.推牆運動：(每項運動作約 20 次)

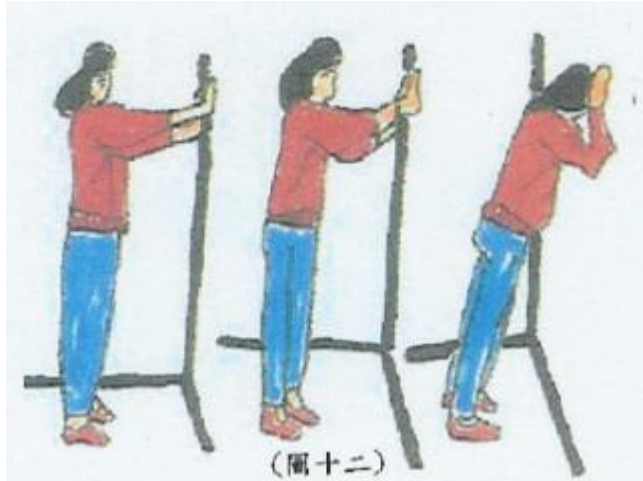
(1)面對牆壁，距離為一臂長，兩腳分開站立。

(2)將兩手平行向前舉高到肩部，作推牆運動。

(3)慢慢彎曲手肘，向前彎曲軀幹，直至前額碰到牆壁。

(4)慢慢將手肘伸直，直到身體直立為止(如圖十二)。





#### 5.拉繩運動：(上下拉動 20 次)

(1)病人直立或坐於繩下，將雙手握住繩之兩端作拉繩運動。

(2)以健側手臂往下拉幫助患肢抬高(如圖十三)。



#### 6.手臂肩輪運動(轉動輪軸運動)

(1)健側手插腰，將患肢置於肩輪上轉動。亦可利用繩子一端固定於門把上，患側握住另一端作旋轉動作。

(2)來回轉動 20 次(如圖十四)。



## 六、化學治療的護理指導

(一) 因化學治療會使白血球數目減少，破壞病人的免疫力，在治療後平均 7-10 天白血球會降到最低，若返家發燒超過  $38^{\circ}\text{C}$ 、畏寒、合併有上呼吸道感染症狀(咳嗽、流鼻水、喉嚨痛)、泌尿道感染(解尿疼痛、灼熱或解尿費力)或腸胃道感染(腹瀉 1 天 3 次、腹痛)等情形，應立即就醫。

(二) 維持皮膚及黏膜完整是預防細菌和黴菌感染的第一道防線，請避免出入擁擠環境，尤其是需要避免上呼吸道感染，必要時請配戴口罩並加強洗手。避免養植剪下的鮮花和室內植物，因為水長期裝在一個容器內都是滋生細菌的來源，應避免。

(三) 飲食注意事項：

1. 攝取高蛋白、高卡路里的食物，如：肉類、冰淇淋；增加維生素 A 及維生素 C，如：柑橘類，以預防感染；但攝取維生素前先請教醫生，以免影響藥物治療，儘可能要多漱口，以加強口腔清潔；若口腔潰瘍者應進食軟質、無酸性食物，通常溫暖或涼的食物較能減少刺激。

2. 若吃不下時，飲食可採流質取代固體。

3. 治療中如有噁心、嘔吐，在治療的 1-2 小時內應減少食物攝取。若無法忍受食物的味道時，可以喝一點水，或食用嚐起來溫或冷的食物、糖果亦有幫助。

4. 持續維持良好的進食習慣，可促進身體組織癒合；新鮮的食物需徹底加以清洗，如果食物未經烹煮則應剝去外皮，避免進食生的蛋類、胡椒粉、發黴的乳酪和沙拉，使用較小的食物容器，以一次食畢為佳。剩餘食物需立刻丟棄，避免留

到下一餐。

5.需有自己的進食器具，用餐時勿與他人共用避免感染。

## 七、放射線治療的護理指導

(一)治療結束前切勿移除皮膚上之標記，以防照射部位不準確，造成正常細胞的破壞。

(二)在醫師許可下可進行淋浴，但需使用溫水及具滋潤性中性的肥皂，輕柔的清洗照射部位，避免用毛巾直接搓揉，最後需將泡沫沖洗乾淨。如照射部位是頭皮可使用嬰兒洗髮精較溫和，以減少照射部位的皮膚刺激。

(三)用柔軟乾淨的毛巾輕輕將照射部位拍乾或是用吹風機之冷風吹乾也可以。

(四)除非醫師建議，否則不可於照射部位任意塗擦藥膏、藥粉或是香水、除臭劑等用品。

(五)若手臂下皮膚因摩擦、潮溼或放射線灼傷導致發紅，可在皮膚皺摺間墊一乾淨的軟紗布，以防破皮。

(六)應避免照射部位暴露於陽光下，如果在陽光下會超過十五分鐘時應做好防曬措施，如著長袖長褲、戴帽子、撐傘等。

(七)切勿使照射部位接觸冷源、熱源，例如冰水、熱水袋、熱水瓶、燈管等。

(八)如照射部位須剃毛可選擇電動刮鬍刀以防割傷。

(九)如須包紮切勿在照射範圍中貼膠帶，以免對皮膚造成傷害。

(十)治療期間避免在鹹水或加人工消毒劑的游泳池中游泳。

## 八、居家照顧

(一)傷口照護：

1.換藥前先以肥皂洗淨雙手，傷口以生理食鹽水濕潤棉棒清洗後，由內向外環繞方式擦拭引流管周圍皮膚，再以水性優碘藥水重複此動作，消毒後覆蓋無菌紗布，以膠帶固定；引流管呈拋物線方式，再用膠布以井字型方式固定。傷口或引流管處周圍皮膚如有紅、腫、熱、痛、異常分泌物、引流管滑脫或發燒等情形，請立即回診。

2.引流液計量：引流液量多時可隨時傾倒，量少時至少每日傾倒一次，傾倒前須先將引流管折起再打開蓋子，避免引流液逆流造成傷口處感染，並以有刻度之容器(小藥杯或量杯)測量引流液的量，記錄傾倒的時間、引流量及顏色，並於回診時提供醫師作為拔管之參考。

3.預防引流管阻塞：引流球必須保持負壓(壓扁狀態)。隨時觀察引流管是否暢通，若傷口腫脹不適或引流量驟減，可能是引流管阻塞，必須加強擠壓引流管路或立即回診。

## (二) 預防淋巴水腫措施

- 1.終身避免穿戴過緊的衣服、手飾，並請勿穿有鋼圈的胸罩。
- 2.側拖拉物品，不要在患側揹掛手提袋或提超過 3 公斤的重物。
- 3.避免在患側做任何治療，如：打針、抽血及量血壓。
- 4.必須持續做復健運動，輕度日常生活工作皆可照做。
- 5.避免長時間直接日曬，可使用防曬油，以免引起皮膚紅腫發炎；另預防手臂乾裂，可使用綿羊油、乳液及嬰兒油等滋潤皮膚。
- 6.從事粗糙事務時，請戴手套，避免刺傷及引起其他外傷。
- 7.預防昆蟲咬傷及甲溝炎。
- 8.於廚房工作時應小心，避免燙傷及使用強烈之清潔劑。
- 9.常保持手術患側的乾淨。

(三) 夫妻間可維持正常的性生活。

(四) 按時服用藥物。

(五) 手術後 4-6 週傷口癒合後，可考慮義乳胸罩之穿戴，以重建自信心。

## (六) 定期追蹤

1.請依醫師預約的時間回院檢查，通常在最初二年內須每三個月檢查一次，然後每半年檢查一次，持續五年，之後每年追蹤檢查一次即可。

2.當出現傷口發紅、發熱或乳房出現不尋常的變硬或腫脹，請隨時返診。

## 九、諮詢服務電話

基隆院區：(02)24313131 轉 2052

基隆情人湖院區：(02)24329292 轉 2401、2411

台北院區：(02)27135211 轉 3321、3903

林口院區：(03)3281200 轉 2947、2968、8605

嘉義院區：(05)3621000 轉 2726

高雄院區：(07)7317123 轉 8982

本著作非經著作人同意，不得轉載、翻印或轉售。

著作權人：長庚醫療財團法人

長庚紀念醫院      N238      32K      99.07