



讀者互動 | 臉書: www.facebook.com/easily.sinchew 電郵: sceasily@sinchew.com.my

03-7965 8586 (每週一至週五 11AM-5PM) | easily.sinchew.com.my

聯盟夥伴: 光明日報良醫

醫識力 | 筆錄 鄭雪欣

癌症
診治

医句话:

乳癌的治疗方式多样, 技术也在不断进步, 但若在晚期才发现, 治愈率也会大幅下降。国民对乳癌的认识与警觉性仍然偏低, 许多人在乳癌悄悄找上门时依然毫无察觉。其实, 平时应多做乳房自我检查, 40岁以上或高风险者更应定期筛查。男性虽然罹患乳癌的几率不高, 但并非毫无风险, 切勿掉以轻心。

“在马来西亚, 乳癌是第一癌症杀手。粗略统计, 我国每19名女性中, 就有1人一生中可能罹患乳癌。而在全球, 乳癌也刚刚超越了肺癌, 成为排名首位的癌症, 平均每10名女性就有1人会罹患乳癌。此外, 每100名乳癌患者中约有1人是男性, 因此男性也不应掉以轻心。

我国的患病率看似较低, 其实主要的原因在于诊断率不足。多数人没有定期筛检, 确诊时往往已是第三或第四期, 确诊年龄也更高, 可见本地人对乳癌的警觉性相对不足。

遗传因素 少于10%

乳癌是如何发生的呢? 当乳房组织中的某个细胞发生突变, 失去正常控制并不断增殖, 就会逐渐形成肿瘤。这通常发生在乳房的乳管内, 称为乳管癌 (ductal carcinoma); 少数则发生在乳房的小叶 (图1), 称为小叶癌 (lobular carcinoma)。乳癌的发病原因尚不明确, 遗传基因的因素仅占5%至10%。

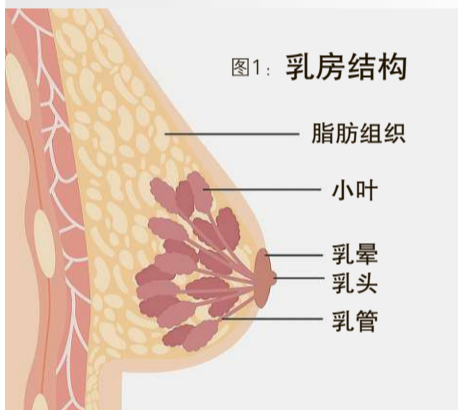


图1: 乳房结构

除了依发病位置分为乳管癌与小叶癌, 乳癌也可依病理分为侵袭性 (invasive) 与原位 (in situ)。侵袭性乳癌有机会扩散, 而原位癌只局限在局部, 不会扩散至其他部位, 前者占大多数。

另一种分类方法是依分子特征, 也就是说, 细胞表面有哪些受体。乳癌细胞表面可能会有雌激素受体 (Estrogen Receptor, ER)、黄体酮受体 (Progesterone Receptor, PR) 或第二型人类表皮生长因子受体 (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2, HER2)。

受体被启动 癌细胞速长

受体就像细胞上的‘钥匙孔’, 当对应的‘钥匙’, 如雌激素、黄体酮等, 与受体结合, 就会刺激癌细胞加速生长。因此, 若癌细胞上有特定受体, 代表它们会受到特定物质的影响而生长得更快。

不同的受体组合又有不同名称, 比如若ER与PR阳性、HER2阴性, 称为管状A型 (luminal A); 三者均阳性, 称为管状B型 (luminal B); ER与PR阴性、HER2阳性, 称为HER2阳性型; 三者均阴性, 则称为三阴性。

除了分类, 乳癌当然还有分期, 主要依TNM分期系统: T代表肿瘤 (tumour), 指原发肿瘤的大小及是否侵犯邻近组织; N代表淋巴结 (nodes), 指是否扩散至淋巴结; M代表远处转移 (metastasis), 指是否扩散至身体其他部位。这3项指标各有不同等级, 须综合起来才能判断乳癌分期。

乳癌的主要症状包括:

- 第一、乳房出现肿块, 且引起疼痛。
- 第二、乳头有分泌物。
- 第三、乳头凹陷。
- 第四、乳头附近皮肤异常如变红。

第五、腋下或颈部出现硬块 (表示癌细胞已影响淋巴)。

一般上, 乳癌第一期不会出现症状, 症状一般在第二期出现, 但许多患者在症状持续了一段时间才就医, 往往已到第三或第四期。

僅10%靠檢查 早期揪出

研究显示, 我国大多数人在症状明显时才就医, 因而错过了早期治疗, 仅有约10%的人是在例行检查中早期发现。

其实, 即使没有出现症状, 所有人都应该定期检查。

检查方式有几种, 其中最简单的是自我检查, 建议20岁以上者开始进行。事实上, 男性也应该做检查, 男性因没有预料到自己也可能罹患乳癌, 往往更迟发现, 预后也更差。

乳房自我检查的做法是观察乳房的外观、大小、形状是否有改变; 乳头是否出现凹陷、分泌物、皮肤是否有

大馬每19女性

1患乳癌

警覺不足 篩檢率偏低

红肿。接着, 举起一只手臂, 用另一只手按压, 以画小圈的方式, 从外围慢慢移向乳头, 检查有没有硬块或肿块, 之后换手检查另一侧乳房。

40岁起定期查乳

除了自我检查, 也应定期接受乳房X光摄影 (mammography) 及乳房超声波 (ultrasound) 检查。建议40岁以上的女性每年做一次。

若属于高风险族群, 检查需要更早开始, 也需要更频繁。高风险者包括曾有乳房疾病 (即使为良性, 如良性囊肿, 俗称‘水瘤’)、有家族病史或携带BRCA基因突变者。一般建议, 检查应在家族中患乳癌的成员的诊断年龄提前10年开始。

特别是携带BRCA基因突变者, 更应提高警觉。这类乳癌通常较为恶性、发病年龄更早, 处理上也更为棘手。若家族中有成员被检出携带这种基因, 整个家庭都应接受基因检测, 之后再定期进行检查。

X光加超聲 聯手更全面

一般上, 乳房检查会同时进行X光摄影与超声波, 因为两者能看到的東西不完全一样, 可以互补不足。

X光摄影的概念如同把乳房压平, 拍一张内部组织的‘黑白底片’, 过程需要用2块夹板分别从上下、左右方向压平乳房。X光摄影主要用来观察钙化点 (calcifications), 这些钙化点可能是乳癌的线索, 在影像上会显示为一个个白点。

乳房密度高 X光易失真

不过, 是否能看清楚钙化点取决于乳房的密度。若乳房密度很高, 例如年轻女性、怀孕或刚分娩的女性, 影像上往往会呈现大片白色, 导致难以看清里面的组织, 这时就需要乳房超声波扫描来辅助。

乳房超声波对于观察微小钙化点的敏感度不如X光, 但更容易显示肿块结构。因此, 两者结合使用, 才能更全面地评估乳房状况。

5.免疫治疗 (immunotherapy), 即透过药物增强免疫系统对抗癌细胞, 多用于三阴性乳癌, 尤其对某些带有特定生物标记的类型更为有效。

治療3要素

选择治疗方案时, 需要考量的因素相当多, 主要可分为3大方面: 癌症的因素、患者的因素, 以及疗程的因素。

先说癌症的因素, 即乳癌的分期与基因表现, 是治疗决策的关键。

乳癌的分期主要影响是否适合进行切除手术、手术的时机, 以及是否需要术前治疗。第一期的乳癌, 若属于低风险, 通常可直接进行切除手术, 术后再安排后续治疗。

第二及第三期乳癌也可进行手术, 但多数情况下会先进行术前治疗, 特别是HER2阳性或三阴性等相对恶性的乳癌。术前治疗能先将肿瘤缩小, 研究显示, 采用术前治疗可改善整体预后, 提升存活率并降低复发率。

現今傾向 局切非全切

至于手术方面, 现今多数乳癌患者会选择局部切除手术, 而非全乳房切除。这类患者术后通常需要接受放疗, 以进一步降低复发风险。

若乳癌已进展至第四期, 切除手术的收益不大, 因此通常会直接给予治疗。

那么, 基因表现如何影响治疗选择? 如前所述, 只有带有特定标记的乳癌, 如HER2阳性或荷尔蒙受体阳性乳癌, 才适合采用标靶治疗; 荷尔蒙受体阳性乳癌也可能适合荷尔蒙治疗; 三阴性乳癌因缺乏特定标记, 部分类型可能适合免疫治疗。至于化疗与放疗, 则不依赖特定受体, 大多数乳癌的类型都能使用。

患者狀況 影響治療

第二个要考量的是患者本身的因素, 比如年纪、身体功能是否良好、是否有共病, 以及是否曾接受手术治疗等。

举例来说, 若患者心脏或呼吸系统有问题, 可能不适合接受全身麻醉, 因而无法进行乳房

切除手术; 有多种共病的长者, 若接受化疗, 可能会出现更多副作用, 疗程也可能影响糖尿病或高血压等共病的控制。再者, 年长女性患者可能不介意全乳房切除, 但年轻女性患者往往更倾向于局部切除。

疗程没走完 复发风险高

第三个是疗程的因素, 包括疗程的便利性, 如是否需要频繁回诊、是否有口服药选择, 或必须接受静脉注射, 医生会考量患者的偏好与配合度来决定。

乳癌有机会复发, 但未必有单一明确的原因。三阴性或HER2阳性乳癌侵袭性较高, 复发风险也相对更高。年轻患者的复发率通常也较高。此外, 若疗程不完整或强度不足, 也会增加复发风险。

從90% 掉至30% 治癒率看分期

尽管乳癌的治疗方法多样, 技术也日益进步, 但治疗的成效始终与分期息息相关。数据显示, 第一期乳癌的治愈率可超过90%; 第二期约70%; 第三期仅剩50%; 到第四期更是低于30%。由此可见, 早期发现乳癌至关重要。

在我国, 大众对乳癌的认识仍然十分不足, 许多人抱着‘再观察一阵’的侥幸心理, 拖到病情严重才就医。其实, 平时就应养成自我检查的习惯, 40岁以上或高风险人士更应主动定期接受乳癌筛查。若出现症状, 如摸到硬块, 更应立即就医。

早检查、早诊断、早治疗, 才是明智之举。别忘了, 男性同样可能罹患乳癌, 因此不论男女, 都不应忽视乳癌的威胁。



魏永进医生

(Vance Koi Yung Chean)
临床肿瘤专科顾问

全球每10名女性1人罹患乳癌, 大马病发率虽看似较低, 实则因筛检不足导致低估。想要了解更多详情, 请扫描二维码, 看看魏永进医生怎么说?

温馨提示: 文章与广告内提及产品、服务及个案仅供参考, 不能作为看诊依据, 须以医生的意见为主。

