

# 認識乳癌



長庚醫療財團法人

編印

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

## 目 錄

壹、 前言.....	1
貳、 定義、常見危險因子的族群、分期、病理分子生物標記、 臨床症狀.....	1
參、 檢查方式.....	4
肆、 治療方法.....	5
伍、 術後照護重點.....	6
陸、 化學治療的自我照護.....	11
柒、 放射線治療的自我照護.....	11
捌、 居家照護.....	11
玖、 建議看診科別.....	13
拾、 諮詢服務電話.....	13

## 壹、前言

隨著國人生活型態改變及飲食習慣日漸西化，台灣婦女罹患乳癌比率有愈來愈高的趨勢，目前乳癌發生率為國內女性癌症第一位。根據研究發現，國人乳癌好發年齡比歐美國家年輕十歲，且多發性(惡性腫瘤原發部位不只一處)的比例也較高；為提高乳癌治癒率，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。

## 貳、定義、常見危險因子的族群、分期、病理分子生物標記、臨床症狀

### 一、定義

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。根據本院資料顯示，乳癌病人的五年存活率平均為84.6%，其中初期(第一、二期)為93%，第三期約為71.4%，而第四期則為28.9%。

### 二、常見危險因子的族群：

- (一) 高危險族群(致癌相對機率大於4倍)：一側乳房得過乳癌、早期胸部接受過放射線照射者、乳房切片有不正常細胞增生、乳管內或小葉性原位癌、帶有特定遺傳基因突變者(BRCA1、BRCA2、TP53、ATM、CDH1)、家族內有50歲內被診斷卵巢癌、40歲前被診斷乳癌者。
- (二) 次高危險族群(致癌相對機率2~4倍)：母親或姊妹(一等親內)得過乳癌、家族內有男性罹患乳癌、得過卵巢癌或子宮內膜癌、未曾生育、第一胎生育在35歲之後、未曾哺乳、停經後體重過重或肥胖、極度緻密乳線(乳房攝影指數>50%)、乳房增生性疾病、帶有特定遺傳基因突變者(CHEK2、PTEN)。
- (三) 略高危險族群(致癌相對機率1.1~1.9倍)：更年期荷爾蒙補充超過五年、長期大量飲酒(每天2~3份)、初經在12歲以前、停經在55歲以後、飲食偏高脂肪、肥胖、少運動。
- (四) 可能罹癌族群(致癌相對機率未確定)：口服避孕藥、吸菸。

### 三、分期

乳房由15~20個乳葉所形成，每一乳葉包含許多小葉，乳葉及小葉間由許多細管相連接，這些細管是產生乳癌最多的地方，發生在細管稱為乳管癌，發生在乳葉稱為乳葉癌，乳葉癌易發生雙側乳癌。根據國際抗癌聯合會及美國癌症聯合會(AJCC)，將罹患乳癌的診斷期數依照腫瘤大小(T)、腋下淋巴結轉移與否(N)、遠處是否轉移(M)等這三個定義來分期(如：表一 乳癌分期)：

#### (一) T：腫瘤的大小

T0 (Tis)：原位癌組織，為最早期乳癌，癌細胞仍在乳腺管基底層內尚未轉移。

T1：腫瘤小於兩公分以下的浸潤癌(包括2公分)，又分T1mi、T1a、T1b、T1c。

T1mi：≤0.1公分(包括0.1公分)。

T1a：0.2~0.5公分(包括0.5公分)。

T1b：0.6~1公分(包括1公分)。

T1c：1.1~2公分(包括2公分)。

T2：腫瘤大於2公分，≤5公分(包括5公分)之間的浸潤癌。

T3：腫瘤大於5公分的浸潤癌。

T4：腫瘤很大或已侵犯至胸壁或皮膚；乳房皮膚變皺如橘皮狀，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，乳房腫的非常厲害，或發炎性乳癌變化。

(二)N：有無腋下淋巴結轉移

N0：無淋巴轉移。

N1：1~3個同側腋下淋巴結轉移。

N2：4~9個同側腋下淋巴結轉移。

N3：大於10 個(包括10個)以上同側腋下淋巴結轉移；已轉移鎖骨上、下淋巴結或是內乳淋巴結。

(三)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。

(四)乳癌的期數依上述 TNM訂定分級(如：表一 乳癌分期)

零期：即原位癌，為最早期的乳癌，癌細胞只存在乳腺管基底層或乳小葉內。

第一期：分為1A( I A)與1B( I B)兩期。

1A( I A)：腫瘤小於2公分(T1)且無淋巴結轉移。

1B( I B)：腫瘤小於2公分(T1)或無腫瘤(T0)，有淋巴顯微轉移(N1mi)。

第二期：又可分為2A( II A)與 2B( II B)兩期。

2A( II A)期：腫瘤大於2公分，小於5公分(T2)，無淋巴轉移(N0)；或腫瘤小於2公分(T1)，但有腋下淋巴結轉移(N1)。

2B( II B)期：腫瘤大於 5 公分(T3)，無淋巴轉移(N0)；或腫瘤大於2公分，小於5公分(T2)，但有轉移至腋下淋巴結(N1)。

第三期：又分為3A( III A)、3B( III B)及 3C( III C)三期。

3A( III A)期：腫瘤大於 5 公分(T3)，有局部淋巴結轉移(N1)；或腫瘤大於5公分或5公分以下(T0、T1、T2、T3)，但出現淋巴結轉移(N2)。

3B( III B)期：腫瘤很大，已侵犯至胸壁或皮膚(T4)；無淋巴轉移(N0)或出現淋巴結轉移(N1、N2)。

3C( III C)期：不論腫瘤大小 (T0、T1、T2、T3、T4)，有大於 10 個(包括 10個)以上同側腋下淋巴結轉移；已轉移鎖骨上、下淋巴結，或內乳淋巴結(N3)。

第四期：癌細胞已轉移至其他器官(M1)。

表一 乳癌分期

階段(Stage)		腫瘤(Tumour)	淋巴結(Node)	腫瘤轉移(Metastasis)
零期	0期	Tis	N0	M0
第一期	1A( I A)	T1	N0	M0
	1B( I B)	T0-1	N1mi	M0
第二期	2A( II A)期	T0-1	N1	M0
		T2	N0	M0
	2B( II B)期	T2	N1	M0
		T3	N0	M0
第三期	3A( III A)期	T0-3	N2	M0

階段(Stage)		腫瘤(Tumour)	淋巴結(Node)	腫瘤轉移(Metastasis)
		T3	N1	M0
	3B(III B)期	T4	N0-2	M0
	3C(III C)期	任何(Any) T	N3	M0
第四期	IV期	任何(Any) T	任何(Any) N	M1

#### 四、病理分子生物標記

- (一) 雌激素受體 (Estrogen Receptor; ER) 及黃體素受體 (Progesterone Receptor; PR)：兩種，不同的荷爾蒙受體皆存在於正常的乳腺細胞中，若乳癌細胞對ER或PR呈現陽性反應，表示癌細胞會受到荷爾蒙的刺激而生長，故需接受抗荷爾蒙治療。乳癌細胞含有越多的荷爾蒙接受體，對於抗荷爾蒙治療的效果越好。
- (二) 第二型人類上皮生長因子受體 (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2; HER-2)：如果HER-2/neu蛋白在細胞膜上大量增加，可能增加癌細胞繁殖的能力，影響乳癌的預後。若乳癌細胞對HER-2呈現陽性反應，則需接受抗HER-2標靶治療。
- (三) 腫瘤細胞分化級數 (Grade)：根據腫瘤細胞在病理組織學上的分化程度而定，一般分為I、II、III三個等級，分化越好（越像正常組織）的級數越低，分化越差的級數越高。分級的旨在評估乳癌的預後，進而決定最佳的治療方針。
- (四) 細胞生長分裂速度指數 (Ki-67)：常用來檢測細胞的增殖率，比例越高表示癌細胞生長分裂速度越快。
- (五) 乳癌基因型態介紹：

亞型	腫瘤病理切片	治療方向
管腔細胞A型 (HR陽性)	ER陽性和PR陽性 HER-2陰性，低Ki-67	抗荷爾蒙治療±化療
管腔細胞B型 (HER-2陰性)	ER陽性和低PR陽性或陰性 HER-2陰性，高Ki-67	化療→抗荷爾蒙治療
管腔細胞B型 (HER-2陽性)	ER陽性和PR陽性 HER-2陽性	化療+抗HER-2標靶治療→ 抗荷爾蒙治療
三陰型 (基底細胞型)	ER陰性和PR陰性 HER-2陰性	化療
HER-2類型 (HER-2陽性)	ER陰性和PR陰性 HER-2陽性	化療+抗HER-2標靶治療

依據病理報告中雌激素受體(ER)、黃體素受體(PR)、第二型人類上皮生長因子受體(HER-2)、細胞生長分裂速度指數(Ki-67)，可將乳癌基因型態分類如下：

依據第八版美國癌症聯合委員會的乳癌分期系統，可加入乳癌基因型態分類、腫瘤細胞分化級數、及乳癌基因檢測結果，有41%的病患可能分期改變有不同的預後指數。

## 五、臨床症狀

- (一)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外上方。
- (二)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。
- (三)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橘皮樣的腫脹及粗糙變化。
- (四)乳頭出現異常滲出液：癌細胞侵犯至乳頭下方的主要乳管，約百分之十的乳癌病人可能會經由乳頭流出血樣分泌物。
- (五)腋下淋巴結腫大：表示乳癌可能已蔓延至腋下淋巴結。

## 參、檢查方式

### 一、乳房超音波檢查

此為無侵襲性及輻射線檢查方法，有90%正確性診斷出乳癌，對年輕婦女或有腫瘤、囊腫者，是較好的檢查方法，但對微細鈣化點不易檢查出來。

### 二、乳房X光攝影

乳房攝影是使用低劑量X光透視乳房組織的一種影像檢查，可用來偵測乳房的鈣化點或微小腫瘤，發現無症狀的零期乳癌，是目前有實證醫學顯示唯一可降低乳癌死亡率的篩檢工具，雖然有時會發生偽陽性及偽陰性，在癌症診斷有85~90%正確度。國民健康署的篩檢對象為45至69歲一般女性民眾，每2年一次免費乳房攝影，高危險群（直系親屬有乳癌者）則提早至40歲，每2年一次檢查，如有發現異狀，應盡速就醫。

### 三、乳房核磁共振攝影

為第二線檢查方法，敏感度非常高，易看到不正常顯影，但並非每位病人都要做這項檢查，通常為乳癌確診後，如要施行保留手術，超音波或乳房攝影無法精確診斷時，會視病人狀況做乳房核磁共振攝影，檢視乳癌是不是有多發性的現象。

### 四、顯影劑乳房X光攝影

此技術是注射含碘顯影劑的檢查，同時呈現低階能量的傳統化乳房攝影與顯影劑乳房攝影對照比較，後者可藉由腫瘤的顯影特性，讓腫瘤呈現高對比來診斷，可解決因緻密性乳房在乳房攝影的低敏感度，增加癌症的偵測率。

### 五、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，為確診必要檢查，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。

### 六、病理組織開刀切片

如果臨床或影像學上懷疑有乳癌病灶，有時需要開刀取出病灶送化驗，方能確診。

### 七、血液檢驗

癌胚胎抗原(簡稱CEA)及CA15-3檢驗項目，可作為轉移性乳癌治療療效的一種參考資料，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% CEA及50% CA15-3值升高與腫瘤再發及病程進展有關。

## 肆、治療方法

乳癌治療仍以手術治療為主，放射治療，化學治療，標靶治療及荷爾蒙治療為輔。

### 一、手術治療

#### (一)乳房切除手術

1. 部份乳房切除：將腫瘤及旁邊乳腺切除，確定邊緣已無癌細胞。術後需加做放射治療。其適應症包含：對乳房外表美觀抱有較大期望者、能配合一週返院五天，為期一個半月放射治療療程者、未懷孕者及乳癌的病灶非多發性者。
2. 乳房全切除術：非部分切除的適應症，則行全部乳房切除。
3. 乳頭保留乳房全切除術：進行乳房全切除同時保留乳頭，不過要確保乳頭邊緣沒有癌細胞侵犯，通常會同時進行重建手術。
4. 皮膚保留乳房全切除術：進行乳房全切除同時保留部分皮膚，但會切除乳頭及乳暈，通常會同時做重建手術。

#### (二)腋下淋巴手術

1. 前哨淋巴切除術：適合臨床上判定無淋巴轉移者。
2. 腋下淋巴廓清手術：病理上確定有淋巴轉移者，大部分都需要接受腋下淋巴廓清術。

#### (三)改良式根治性乳房切除術

包括上述乳房全切除術及腋下淋巴廓清術，但保留胸大肌可避免鎖骨下形成空洞，少發生手臂淋巴水腫及肩膀功能障礙，此種手術方式比標準術式切除胸大肌及切斷胸小肌，有美容及功能上的效益。

#### (四)乳房重建手術

在乳房切除後因外觀問題可做重建手術，分為立即性重建及延遲性重建，立即性重建可在當次手術即完成切除及重建，延遲性重建則是分成兩次手術完成。重建方式選擇又分為組織擴張器(Tissue Expander)，義乳(Implant)及自體組織移植(Autologous Tissue Transfer)。

### 二、放射線治療

放射線治療（俗稱電療）可作為治療性或預防性的治療，可與手術合併使用或單獨使用，有時需合併輔助性化學治療或荷爾蒙治療。

### 三、荷爾蒙（內分泌）控制治療

若乳癌細胞荷爾蒙接受體為陽性，可予抗荷爾蒙藥物治療，以預防復發或降低對側乳房罹癌風險。

### 四、化學治療

一般會在手術前、手術後或有轉移性乳癌時會執行化學治療。化學療法的目的為：治療癌症、控制病情及解除症狀。可經由血液循環全身殺死手術及放射線治療無法接觸到的癌細胞。

### 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，這也是癌症「標靶治療(target therapy)」的概念。如：Trastuzumab(賀癌平)為一種單株抗體，來對抗位乳癌第二型表面生長因子(簡稱 HER-2)過度表現。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(賀癌平)，可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(泰嘉錠)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。另研究發現雙標靶Trastuzumab(賀癌平)及Pertuzumab(賀疾妥)併用化學治療對癌細胞的抑制效果優於單一藥物，延緩疾病惡化，並延長整體存活率。

## 伍、術後照護重點

### 一、傷口護理

- (一)術後傷口視不同情況作不同處理，部分傷口會以紗球彈性繃帶或自費使用術後衣加壓止血、減輕腫脹及減少滯留的血水，其他傷口處則以紗布覆蓋，膠帶固定傷口。
- (二)引流球為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），引流管呈拋物線狀，以透氣紙膠井字型固定，避免引流管拉扯、壓折。
- (三)躺臥時，可使用枕頭墊高患側手臂，保持高於心臟，以促進靜脈血及淋巴液回流，減輕手臂水腫。
- (四)術後傷口應遵醫囑換藥，引流管是以負壓抽吸方式吸引血水，因此引流管必須是真空狀態（壓扁）及每8小時擠壓引流管，以利血水引流，如果引流管已半滿、鼓起或阻塞，須適時排空，以利引流功能。引流管則由醫師視情況拔除（引流量每天小於30mL以下及引流液顏色由紅變淡黃），醫護人員會定期觀察傷口引流液的量、顏色及性質，並協助排空引流液。
- (五)出院前若未拔除，病人及家屬應學會換藥、固定方式並記錄引流量及顏色等，以便回診時提供醫師參考。
- (六)引流管請保持低於胸部，以利引流；日常活動不須受限，只要活動時將引流管妥善固定，以避免牽扯滑脫。
- (七)傷口大多不需拆線，如需拆線則約於2週後執行，手術後傷口即以貼上紙膠或美容膠帶，若有滲液或美容膠帶脫落，應清潔並更換紙膠或美容膠帶。紙膠或美容膠帶黏貼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。
- (八)注意傷口周圍皮膚有無紅、腫、熱、痛或異常分泌物，顏色變濁或發燒等情形應立即就診。

### 二、復健運動

於術後或依醫師指示移除引流管後，可開始做復健運動，最初每日2~3次，每次二十分鐘，循序漸進增加次數及頻率，以不會疼痛為原則。以後每天做下列運動如：梳頭、洗頭、穿衣等日常活動，使手臂功能恢復正常。其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，可達到防止組織粘連。

#### (一)手掌、手腕、手肘之屈曲、伸展及握拳運動：每項動作20次

1. 術後1~5天，每隔1~2小時做，臥床時可抬高患肢(如：圖一，順序由1→2→3→4→5→6)。

1



→2



→3



→4



→5



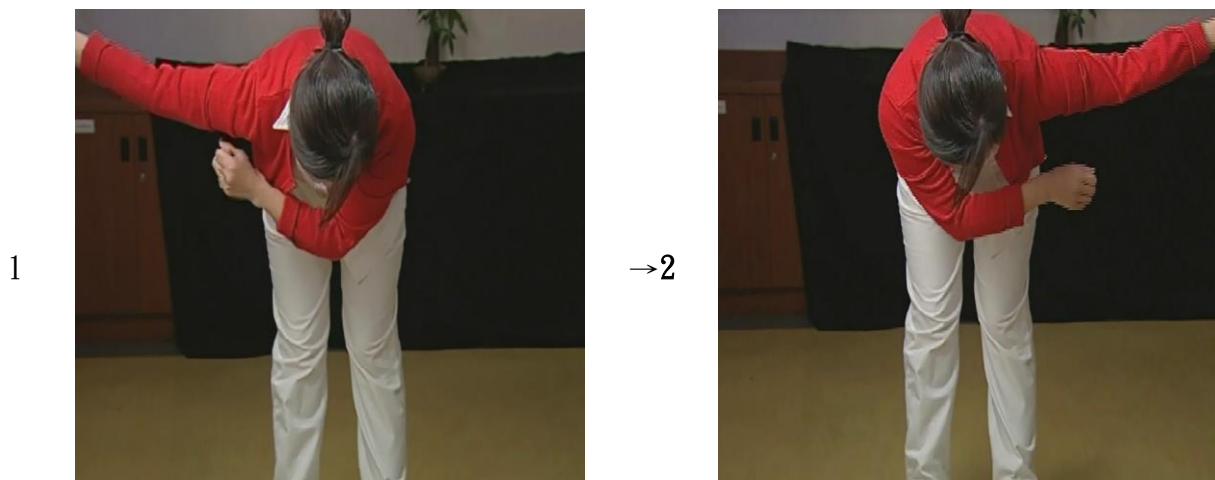
→6



圖一 手掌、手腕、手肘之屈曲、伸展及握拳運動

(二)手臂搖擺運動：每項動作20次

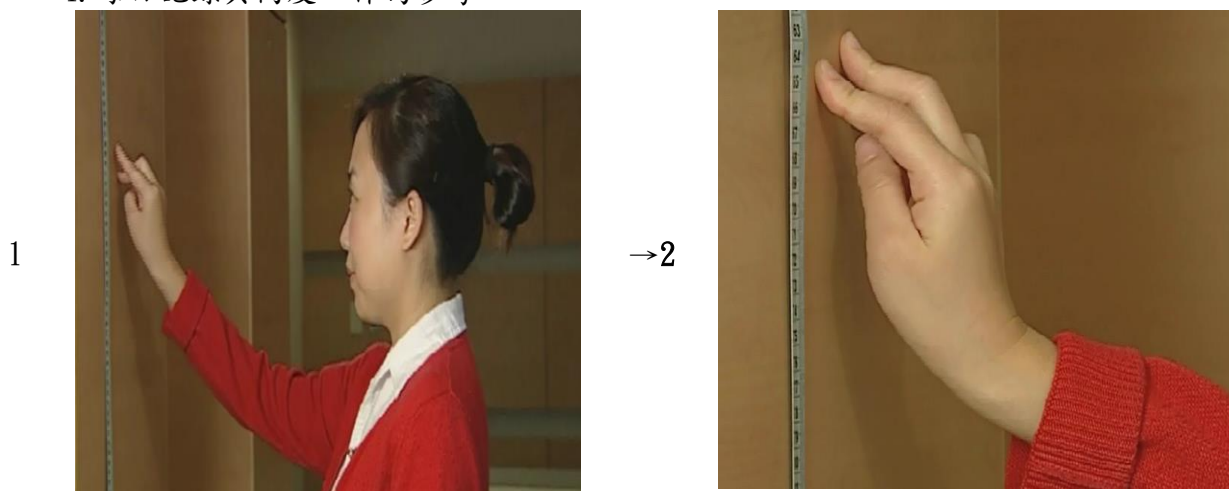
1. 將雙腿伸直分開，彎腰向前或以椅背支托頭部。
2. 雙手自然下垂不可交叉，施行鐘擺式左右運動(如圖二，順序由1→2)。



圖二 手臂搖擺運動

(三)手臂爬牆運動：反覆爬行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：圖三，順序由1→2)。
4. 每日記錄其高度，作為參考。



圖三 手臂爬牆運動

(四)拉肘運動(梳頭運動)：每項運動作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：圖四，順序由1→2→3→4)。

1



→2



→3



→4



圖四 拉肘運動(梳頭運動)

(五)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：圖五，順序由1→2→3→4)。

1



→2





→3



→4



圖五 推牆運動

(六)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，幫助患肢抬高到手可拉直(如：圖六，順序由1→2)。

1



→2



圖六 拉繩運動

(七)手臂肩輪運動(轉動輪軸運動)：來回轉動20次

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(如：圖七，順序由1→2)。

1



→2



圖七 手臂肩輪運動(轉動輪軸運動)

## 陸、化學治療的自我照護

- 一、因化學治療會使白血球數量減少，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°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次以上或腹痛）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。應避免養殖水生盆栽，因為水長期裝在一個容器內，都是滋生細菌的來源。
- 三、飲食的注意事項
  - (一)進食後儘可能多漱口，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。
  - (二)若吃不下時，飲食可採流質取代固體。
  - (三)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，可喝一點水，或食用嚐起來溫或冷的食物、糖果亦有幫助。
  - (四)持續維持良好進食習慣，可促進身體組織癒合；新鮮食物需徹底加以清洗及烹煮，水果建議選擇剝皮及削皮的種類，避免進食生的蛋類、生肉類、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；飲用水應煮沸過。
  - (五)需有自己的進食器具，用餐時勿與他人共用避免感染。
  - (六)避免碰觸寵物，如：貓及狗。

## 柒、放射線治療的自我照護

- 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，可以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。
- 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、香水及除臭劑等用品。
- 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、戴帽子及撐傘等。
- 七、切勿使照射部位接觸冷源、熱源，如：冰水、熱水袋、熱水瓶及燈管等。
- 八、如照射部位須剃毛，可選擇電動刮鬍刀，以防割傷。
- 九、治療期間照射範圍如有傷口須包紮切勿黏貼膠帶，以免對皮膚造成傷害。
- 十、治療期間避免游泳或泡溫泉，以減少皮膚發紅及癢的現象。

## 捌、居家照護

### 一、傷口照護

- (一)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。

- (二)引流液計量：引流液量多時應隨時傾倒，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。
- (三)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，須加強擠壓引流管路或立即回診。

## 二、預防淋巴水腫措施(接受腋下淋巴廓清術的個案)

- (一)避免各種會壓迫到患側淋巴回流的首飾與配件(包括戒指、手鐲或手錶等)。
- (二)不要在患側背、提、勾掛皮包或提超過3公斤的重物以及拖拉物品。
- (三)避免穿戴過緊衣物，內衣胸罩應鬆緊適度調整，不要有鋼絲為佳。
- (四)避免在患側做任何治療，如：打針、抽血、量血壓及針灸。
- (五)避免讓患側上肢過度出力或做重複性極高動作，尤其會造成肢體痠痛或不適的行為為要極力避免，因為痠痛有可能會造成局部性發炎，以致增加淋巴系統的負擔。
- (六)避免長時間熱水泡浴，會使血管擴張，包括避免患側的日曬、蒸氣浴、紅外線以及熱敷等，若想要泡溫泉時，請不要將患肢浸入溫泉水中，浸泡區域限制在腰部以下為佳。
- (七)避免在患側做推拿或深部按摩，此種按摩會造成血管擴張，增加淋巴液產生，因為淋巴系統回流路徑若受損，可能會引起淋巴水腫。
- (八)在旅遊方面，應永久遵守，凡搭乘飛機或登高山，行程中皆須穿戴個人專屬的壓力袖套或纏繞繃帶纏繞於患側，當飛機降落或下山時，才可移除壓力袖套或繃帶。
- (九)保護皮膚，預防手臂乾裂，可使用綿羊油、乳液及嬰兒油等滋潤皮膚。
- (十)任何傷口都有可能造成感染，增加淋巴系統負擔，進而引發淋巴水腫。
- (十一)修剪指甲勿太短及需預防甲溝炎。
- (十二)從事可能受傷的活動時盡量帶手套，以保護雙手，避免受傷。於廚房工作時應小心，避免燙傷及使用刺激性之清潔劑。
- (十三)小心保護患側皮膚，避免蚊蟲咬傷、外傷及皮膚乾裂而引發感染。
- (十四)必須持續做復健運動，輕度日常生活工作皆可照做。
- (十五)術後發生淋巴水腫的時間不一定，原則上以保護患側手臂為主，當患側手臂有緊繃感、腫脹或兩側手臂大小不對稱時，應與手術醫師聯繫看診。
- (十六)出院後應繼續行手臂全關節運動(如用手臂爬牆、拉手肘及拉繩運動等)。
- (十七)不宜過度勞累，睡眠時可以枕頭抬高手臂，以預防水腫。

三、夫妻間可維持正常的性生活。

四、依醫師指示藥物按時服用。

五、保持均衡飲食及愉快心情，不要聽信沒有科學根據的營養建議或偏方。

六、乳房全切手術4~6週傷口癒合後，可考慮義乳胸罩之穿戴，以重建自信心。

七、定期追蹤

- (一)請依醫師預約的時間回院檢查，通常在最初二年內須每三至六個月檢查一次，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。

(二)當出現傷口發紅、發熱或乳房出現不尋常變硬或腫脹，請隨時返診就醫。  
玖、建議看診科別：一般外科、乳房外科

**拾、諮詢服務電話**

基隆院區(02)24313131 轉 2051、2145  
情人湖院區(02)24329292 轉 2401、2411  
台北院區(02)27135211 轉 3321、3903  
土城醫院(02)22630588 轉 3926、3927  
林口院區(03)3281200 轉 2887、2896、2882  
嘉義院區(05)3621000 轉 3255、3256  
高雄院區(07)7317123 轉 8982、8983

長庚醫療財團法人 N238 32K 2021年  
<http://www.cgmh.org.tw>

