

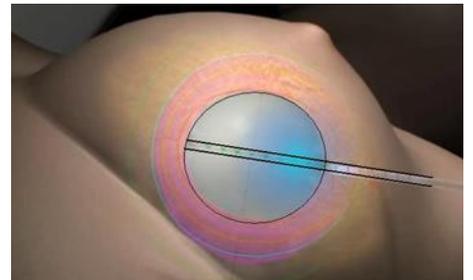


我可以選擇乳癌術中放射線治療嗎？

術中放射線治療原理

由目前臨床經驗得知，選擇乳房保留手術之乳癌病患，須於術後追加全乳房放射線治療，方能得到足夠之局部控制率。但事實上，早期乳癌局部復發最常見的位置，是乳癌原來切除部位附近 1-2 公分的地方，因此部分早期乳癌患者，若復發風險較低，可考慮只照射原先腫瘤生長的周邊位置(部分乳房照射)。乳癌手術中放射治療(Intraoperative radiotherapy, IORT)為部分乳房照射的一種選項。其原理為手術中，切除腫瘤後，透過單一次高劑量照射，完成放射線治療。

示意圖：



術中放射線治療的優點

1. 一次性的治療，且於手術過程中同時完成，可以減少病患舟車勞頓。
2. 皮膚相關副作用較少。
3. 減少對非乳房組織的不必要照射劑量。

適合選擇術中放射線治療的族群

根據本院臨床指引的規範，建議使用乳癌手術中放射線治療的族群如下：

1. 大於等於 45 歲的乳腺癌病患、腫瘤小於等於 3 公分、同時雌激素受體(ER)陽性且 HER2 陰性者。並且術中的冰凍切片必須沒有淋巴結轉移的證據。
2. 其他不符合上述條件者，若仍強烈希望接受手術中放射治療，可於術前與放射腫瘤專科醫師詳細討論後決定。

治療考量與相關建議

1. 根據目前文獻報導，手術中放射線治療目前之局部復發率，仍可能比傳統全乳房照射來得高*。
2. 慢性皮膚變化，如傷口不癒合、潰瘍、壞死，或是照射後組織液長期蓄積於



術後之空腔，造成局部積水現象(seroma)。

3. 侵入性乳小葉癌(invasive lobular carcinoma)患者不建議進行手術中放射治療。
4. 如果術中前哨淋巴有轉移，則不建議進行手術中放射治療。
5. 若術後正式病理報告才發現淋巴有轉移，或手術腫瘤切除邊緣有陽性侵犯(殘存癌組織)，根據臨床指引與全球共識，仍需要接受傳統全乳房照射。

*文獻出處：Silverstein, M.J., Fastner, G., Maluta, S. et al. Ann Surg Oncol (2014) 21: 3793.
doi:10.1245/s10434-014-3999-5

參考文獻

A. Luini, et al., Breast Cancer Research and Treatment, vol. 93, no. 1, pp. 55–59, 2005.

J. S. Vaidya, et al., The Lancet, vol. 376, pp. 91-102, 2010

J. S. Vaidya, et al., The Lancet, vol. 383, no. 9917, pp. 603–613, 2013

U. Veronesi, et al., The Lancet Oncology, vol. 14, pp. 1269–1277, 2013

～後面尚有題目，請繼續回答，謝謝～



中山醫學大學附設醫院
醫病共享決策輔助評估表

病人資料

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

步驟一：全乳房放射線治療與術中放射線治療的比較

項目/治療方式	全乳房放射線治療	術中放射線治療
照射範圍	整個乳房	開刀切除的範圍
照射次數	20-30 次	單次
照射劑量	50-60 葛雷	20 葛雷
所需時間	5-6 週，每週 5 次，週一到週五	手術中進行，10-15 分鐘
副作用	類似曬傷，皮膚紅腫、脫屑，脫皮等	少數人會傷口不癒合、潰瘍或壞死，否則幾乎沒有症狀
健保給付與否	是	否
所需費用	無，除非另選擇自費項目(如弧形刀)	26 萬

步驟二：

請圈選下列考量因素，1 分代表對您不重要，5 分代表對您非常重要。

考量因素	不重要	較不重要	普通	重要	非常重要
治療效果	1	2	3	4	5
經濟因素	1	2	3	4	5
時間因素	1	2	3	4	5
生活品質	1	2	3	4	5
副作用	1	2	3	4	5
私人保險	1	2	3	4	5



步驟三：您對治療的認知有多少？（請勾選√）

	對	不對	我不確定
1. 術中放射線治療誰都可以做			
2. 術中放射線治療需全額自費 26 萬			
3. 術中放射線治療是透過局部放射線治療進行局部治療，達到控制效果			
4. 術中放射線治療的優點是單次完成，副作用低			

步驟四：您現在確認好想要的治療方式嗎？

1. 我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：（下列擇一）

術中放射線治療

傳統全乳房放射線治療

2. 目前我還無法決定

我想再與我的主治醫師討論我的決定

我想要再與其他人(包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者…)討論我的決定

3. 對於以上治療方式，我想要再了解更多，我的問題有：

完成以上評估後，您可以將此份結果與您的主治醫師討論。

主治醫師/SDM 教練：

患者/家屬簽名欄：

日期： 年 月 日

～感謝您撥空填寫，敬祝 順心～



中山醫學大學附設醫院

醫病共享決策輔助評估表

最後，請花一點點時間幫我們完成下列評估。

您的肯定跟建議是我們的動力~^_^

醫療決定品質評估

	是 (1)	否 (0)
1.您覺得您做了最適合您的決定嗎?	1	0
2.您知道每一個選項的優點及缺點嗎?	1	0
3.您清楚對您最重要的優點及缺點嗎?	1	0
4.您有得到足夠的幫助及建議來做決定嗎?	1	0

The SURE Test O'Connor and Le'gare', 2008

有建議也歡迎提出唷~
